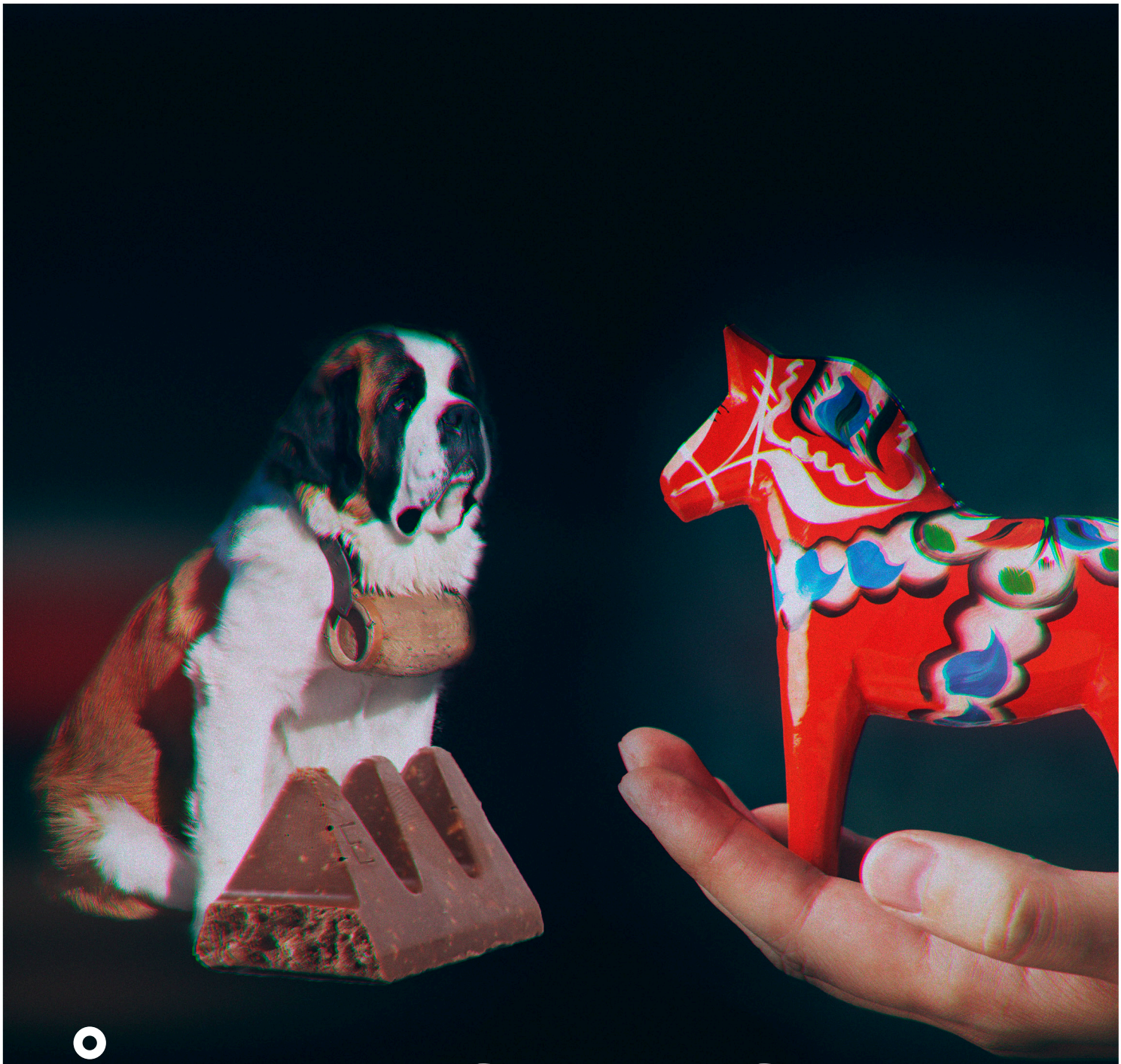


ÅLDERSKRIS

INTERNATIONELLA EXEMPEL PÅ HUR
PRIVAT FINANSIERING KAN AVLASTA
DEN OFFENTLIGA VÄLFÄRDEN.

DEL 3: SCHWEIZ

NIMA SANANDAJI & GABRIEL HELLER-SAHLGREN

TIMBRO

INNEHÅLL

Sammanfattning	4
Välfärdens kostnadskris	6
Tre modeller för att möta kostnadskrisen	9
Vårdens finansiering och utförande i Schweiz	11
Jämlika utfall i den schweiziska vården	14
Bra tillgänglighet i schweizisk vård	17
Slutsats	20
Referenser	22

AUGUSTI 2019

OM RAPPORTSERIEN

Rapportserien ”Ålderskris – Internationella exempel på hur privat finansiering kan avlasta den offentliga välfärden” är framtagen i samarbete mellan tankesmedjorna Timbro och European Centre for Entrepreneurship and Policy Reform (ECEPR). Serien ger internationella exempel på hur ett ökat inslag av privat finansiering kan bidra till att avhjälpa de problem som uppstår i den offentliga välfärden när andelen äldre växer. Rapporten om Schweiz är den sista av tre rapporter. Den första handlar om Japan och den andra om Nederländerna.

OM FÖRFATTARNA

Nima Sanadaji är teknologie doktor och vd för tankesmedjan European Centre for Entrepreneurship and Policy Reform.

Gabriel Heller-Sahlgren är forskare vid London School of Economics och Institutet för Näringslivsforskning. Han är även chefsekonom vid Centre for Education Economics och akademisk rådgivare vid tankesmedjan ECEPR.

© Författarna och Timbro 2019
www.timbro.se
info@timbro.se
Sättning: Markus Konow
Omslag: Anders Meisner

SAMMANFATTNING

Sveriges välfärdssektor står inför långsiktiga finansieringsproblem, som uppstår på grund av att kostnaderna för välfärdstjänster som vård och omsorg stiger snabbare än den offentliga sektorns intäkter. Genom ett samarbete mellan tankesmedjorna Timbro och ECEPR sätter vi fokus på finansieringsproblemet och hur det kan lösas. I rapporten *Spelregler för långsiktigt hållbar välfärd* som utkom våren 2018 sammanfattade vi studier om välfärdens finansiering och lyfte fram förslag på hur det kunde lösas.[1] Under våren 2019 har den följts upp av rapportserien *Ålderskris: Internationella exempel på hur privat finansiering kan avlasta den offentliga välfärden*. I den första rapporten lyftes Japan fram som ett reformföredöme för Sverige. Japan, som har betydligt högre andel äldre invånare, har en framgångsrik vårdmodell som bygger på att halva finansieringen sker via skattsedeln och andra halvan via obligatoriska privata försäkringar.[2]

I den andra rapporten, *Ålderkris – del 2: Nederländerna*, vidareutvecklades det internationella perspektivet genom en jämförelse med Nederländerna. Nederländerna är ett europeiskt välfärdssamhälle, med en universell sjukvårdsmodell av nordiskt snitt. Samtidigt sker vårdens finansiering huvudsakligen genom obligatoriska privata försäkringar. Personer som har låga inkomster och/eller hälsoproblem gynnas av fördelningsmekanismer i systemet och statligt stöd ges till de som inte har råd att teckna en egen försäkring. Tillgången till vården är bättre än i Sverige och den genomsnittliga invånaren i Nederländerna träffar en läkare drygt tre gånger oftare per år än i Sverige.[3]

I föreliggande rapport, som är den tredje och sista i serien, riktar vi i stället fokus mot Schweiz. Det schweiziska vårdsystemet karaktäriseras av konkurrens och decentralisering, där staten och de 26 kantonerna reglerar den vård som till stor del bedrivs och finansieras privat. Landet har en modell med obligatoriska privata vårdförsäkringar. Medan försäkringsbolagen inte får göra vinst på grundförsäkringen har de möjlighet att göra vinst på de kompletterande försäkringar som erbjuds. Försäkringsbolagen består därför av icke-vinstdrivande filialer som erbjuder grundförsäkringar och vinstdrivande filialer som erbjuder frivilliga tilläggsförsäkringar. Offentlig finansiering ges för invånare som saknar möjlighet att själva teckna försäkring.

Schweiz har goda hälsoutfall, bland annat i form av högre förväntad livslängd än i Sverige. För att jämföra själva vårdkvaliteten har forskare i en färsk jämförelse rankat vårdsystemen i 195 länder efter utfall kring diagnoser som ska kunna åtgärdas med vårdinsatser, exempelvis olika cancerformer, hjärtinfarkter och tuberkulos. I denna ranking uppnår Schweiz något högre resultat än Sverige.

Mest intressant är jämlikheten i hälsoutfall. Den absoluta ojämlikheten i mortalitet efter utbildningsnivå vad gäller mortalitet bland män är ungefär lika hög i Schweiz som i Sverige – och ojämlikheten är lägre i Schweiz än i länder som Danmark, Finland och Norge, som alla har en vårdmodell som liknar Sveriges. Bland kvinnor levererar dock det schweiziska systemet mer jämlikhet sett till mortalitet efter utbildningsnivå än alla dessa nordiska länder, inklusive Sverige. En liknande bild gäller jämlikheten i den självskattade hälsan. Bland den femtedel av befolkningen

[1] Sanandaji och Heller-Sahlgren (2018).

[2] Sanandaji och Heller-Sahlgren (2019a).

[3] Sanandaji och Heller-Sahlgren (2019b).

som har lägst inkomster i Schweiz anger 66,6 procent att de har bra hälsa, vilket är något högre än 63,6 procent i samma inkomstgrupp i Sverige. Bland höginkomsttagare, den femtedel av befolkningen som har högst inkomster, anger 86,1 procent i Sverige och 85,9 procent i Schweiz att de har bra hälsa. Klassskillnaden enligt detta mått är därmed högre snarare än lägre i Sverige.

Det kan ses märkligt att Sveriges skattefinansierade vårdmodell leder till större klassskillnader i hälsoutfall än Schweiz mer individualistiska, försäkringsbaserade modell, där närmast all finansiering av vården sker privat och där inslagen av fördelning är betydligt mindre än i Sverige. En tänkbar delförklaring är att tillgången till svensk vård ransoneras, och att personer med högre utbildning (det vill säga i regel höginkomsttagare) har bättre förutsättningar att navigera den offentliga byråkratin.[4] Vid bristsituationer ska inte vikten av socialt kapital underskattas.

Schweiziska medborgare har enligt kartläggningen från Health Consumer Powerhouse bäst tillgång till vård i Europa. Detta kan jämföras med Sverige som anses ha ”medelmåttig tillgång” till specialistvård, större elektiv kirurgi samt datortomografi. För barnpsykiatri, familjeläkare och cancerterapi beskrivs tillgången till vård i Sverige som ”dålig tillgång”. Sverige får faktiskt inte betyget ”god tillgång” i någon kategori, till skillnad från Schweiz som är det enda europeiska landet som genomgående får betyget ”bra tillgång” i jämförelsen.

Lärdomen från Schweiz är att kraven på välfungerande och tillgänglig vård kan uppnås med en individualistisk försäkringsmodell, med starka inslag av marknadskonkurrens bland försäkringsgivare och vårdutförare.

[4] Sanandaji (2012).

VÄLFÄRDENS KOSTNADSKRIS

Det finns i dag goda skäl att lyfta fram behovet av mer genomgripande reformer av den svenska välfärdssektorn. Välfärdens långsiktiga finansieringsproblem, som delvis orsakas av en åldrande befolkning, är ingen nyhet. Redan 2002 varnade dåvarande Svenska Kommunförbundet, föregångaren till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för problematiken:

> ”Det har knappast undgått någon att den offentliga sektorn i allmänhet och kommunerna i synnerhet står inför stora ekonomiska utmaningar i framtiden. Det överskuggande problemet är den förskjutning som sker i befolkningens åldersstruktur mot en ökad andel äldre. Statistiska centralbyrån (SCB) räknar med att det under de närmaste 30 åren sker en fördubbling av antalet invånare i åldern 85 år och äldre. Samtidigt beräknas befolkningen i yrkesverksam ålder förbli i stort sett oförändrad.[5]”

Övergången mot fler äldre i samhället är en av tre grundorsaker till välfärdens finansieringsproblem, då försörjningskvoten ökar. Försörjningskvoten visar hur många personer varje förvärvsarbetande måste försörja utöver sig själv. En andra orsak är dock att välfärdstjänster blir relativt sett dyrare att producera över tid. Detta beror på att arbetsproduktiviteten ökar i ekonomin i stort i snabbare takt än vad den gör i välfärdssektorn. Den tredje grundorsaken är att medborgarnas krav, förväntningar och efterfrågan på tjänster som sjukvård ökar i takt med att välståndet stiger i samhället.

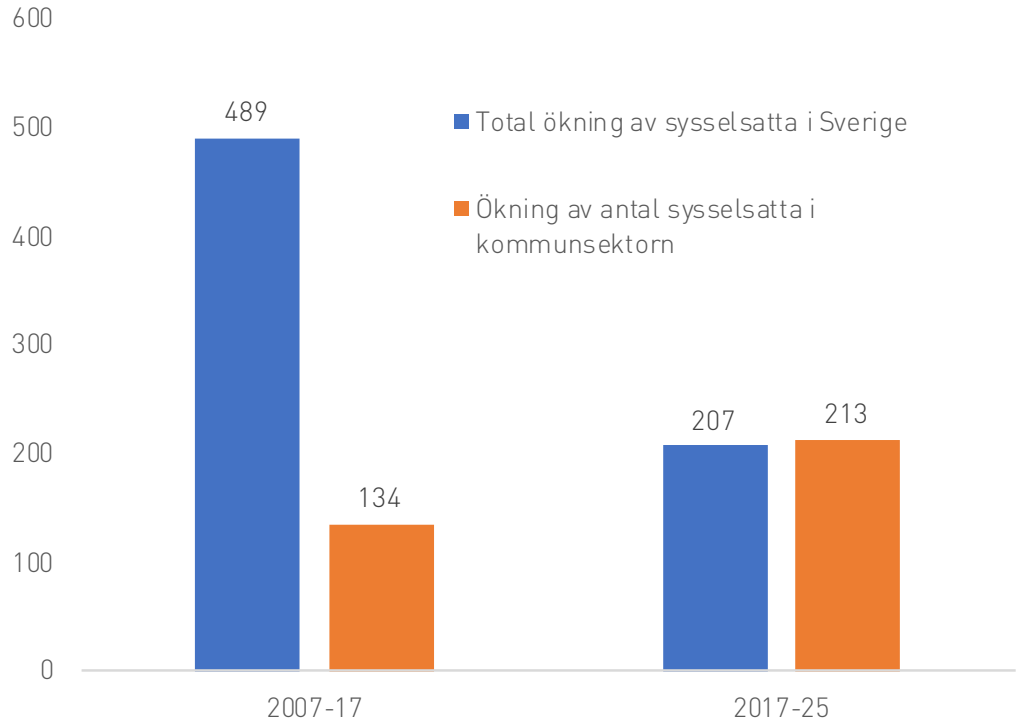
Sverige står alltså inför en övergång mot betydligt fler äldre i samhället, i en tid då kraven på välfärdstjänster ökar, samtidigt som ineffektivitet i välfärdsutförandet tynger systemet. SKL räknar med att de demografiskt betingade behoven av välfärdstjänster har lett till en kostnadsökning med cirka 0,5 procent per år mellan början av 1990-talet och 2014. Det är en ökning som inte har kunnat matchas med en lika stor ökning av befolkningen i yrkesverksam ålder. Mellan 2015 och 2029 förväntas också de demografiskt betingade behoven leda till en dubbelt så snabb kostnadsökning, med 1,2 procent per år, samtidigt som ökningen av befolkningen i yrkesverksam ålder ligger på 0,6 procent per år. På så sätt byggs obalanser gradvis upp i systemet.

Även efter 2029 förväntas problemet att fortsätta. Om ökningstakten av antalet sysselsatta i kommunsektorn (inklusive kommunalt finansierad privat verksamhet) fortsätter, och sett i relation till behovsutvecklingen, kommer hela ökningen av antalet sysselsatta i Sverige mellan perioden 2017 till 2025 behöva ske i kommunsektorn, enligt SKL. Som illustreras i figur 1 bör detta jämföras med perioden 2007–2017, då 27 procent av sysselsättningsökningen skedde i kommunsektorn.[6] Det är helt uppenbart en ohållbar utveckling.

[5] Svenska Kommunförbundet (2002), s. 5.

[6] SKL (2018a) samt Morin & Sanandaji (2018).

Figur 1. Förändring av antal sysselsatta, historisk och förväntad (hundratusentals personer)



Källa: SKL (2018a) samt egna beräkningar.

Det är visserligen viktigt att nyansera perspektivet: tidigare larm om den offentliga sektorns ekonomiska obestånd har inte fullt ut realiserats, då äldres arbetsmarknadsdeltagande har ökat och eftersom strukturreformer i Sverige har stärkt ekonomin. Med det sagt framstår ändå dagens finansieringsproblem som allvarligt. I sin ekonomirapport från december 2018 varnar SKL till exempel för stora underskott i kommunsektorns ekonomi:

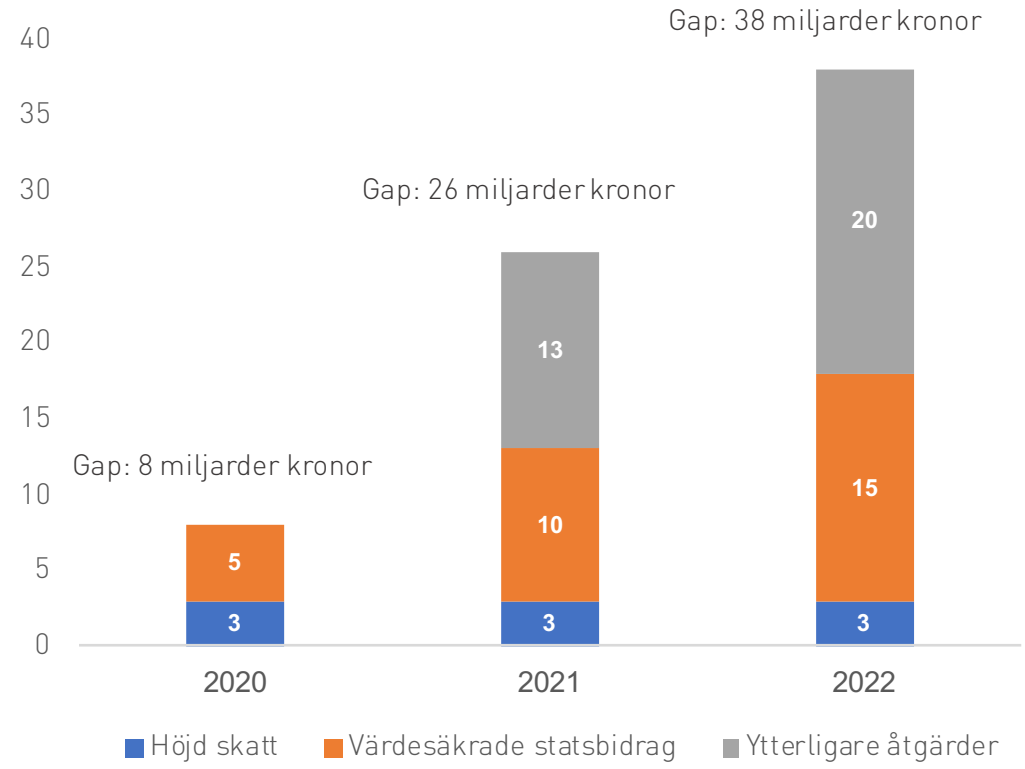
> ”Utifrån vår samhällsekonomiska bedömning och ett antagande om att kostnaderna i sektorn ökar i takt med de demografiska kraven, det vill säga en oförändrad personaltäthet, uppstår ett gap mellan intäkter och kostnader motsvarande 43 miljarder kronor fram till 2022.[7]”

SKL:s senaste ekonomirapport, från maj 2019, drar också slutsatsen att kommuner och regioner är ”i början av en period med mycket stora krav på omställning”.[8] Som visas i figur 2 förväntar sig SKL att kommunsektorn saknar 8 miljarder kronor för att nå överskott på en procent i verksamheterna år 2020. Detta underskott växer till 26 miljarder kronor år 2021 och vidare till 38 miljarder kronor år 2022. SKL rekommenderar att situationen löses genom höjda skatter i kommunsektorn, ökade statsbidrag samt ytterligare åtgärder i form av effektiviseringar, besparingar och andra skattehöjningar. Risken är påtaglig att de existerande problemen blir än svårare att möta när nästa ekonomiska lågkonjunktur slår till.

[7] SKL (2018b), s. 5.

[8] SKL (2019), s. 5.

Figur 2. SKL:s förslag på hur gapet mellan kostnader och intäkter i kommunsektorn ska mötas



Källa: SKL (2019).

TRE MODELLER FÖR ATT MÖTA KOSTNADSKRISEN

Hur kan Sverige klara av välfärdens finansieringskris? En uppenbar lösning, som är lättare i teorin än i praktiken, är att öka effektiviseringen. Strukturella reformer, som ökade frihetsgrader för utförare av välfärdstjänster att testa olika arbets- och organisationsformer, kan stärka effektiviteten i välfärdssektorn och skapa bättre förutsättningar för privata aktörer att bistå med viktig innovation. Effektiviteten kan även stärkas genom att kommuner och landsting via benchmarking lär sig av andra kommuner och landsting som klarar samma verksamhet bättre med mindre resurser.[9]

Men givet att det under så lång tid har varit svårt att öka effektiviteten i välfärdssektorn måste även andra alternativ studeras. Man skulle exempelvis kunna tänka sig att klara ökade krav i välfärdssektorn genom att höja skatten. Att höja de redan höga skatterna i Sverige leder dock, via dynamiska effekter, till att ekonomin undermineras. Det skapas därmed inte nödvändigtvis mera resurser till välfärdssektorn. Denna slutsats lyfts inte bara fram av den Långtidsutredning som publicerades 2008 under Alliansregeringen, utan också av den Långtidsutredning som publicerades 2015 under en socialdemokratiskt ledd regering.[10] Långtidsutredningen 2015 framför till exempel:

> ”Utredningen bedömer att ett visst utrymme för skattehöjningar med rätt profil skulle kunna tas i anspråk, med begränsade negativa effekter på tillväxten. Men det är viktigt att notera att eventuella skattehöjningar enbart kan bidra till att lösa finansieringsproblemen på kort sikt. Om skattekvoten successivt måste höjas för att finansiera en kontinuerligt stigande efterfrågan kommer det relativt snart att bli omöjligt att hitta nya skatteförändringar som inte har en tydligt negativ effekt på ekonomins funktionssätt och därigenom på tillväxten.
>
> Det är enligt utredningens bedömning ofrånkomligt att det kommer att krävas svåra prioriteringar oavsett hur antalet arbetade timmar utvecklas, men naturligtvis i högre grad ju sämre utvecklingen blir. Det kan handla om val mellan välfärdstjänster och transfereringar, mellan omsorg och utbildning, mellan pensioner och andra socialförsäkringar, och mellan utgiftsminskningar och skattehöjningar.[19].[11]”

Den lösning som kvarstår är en övergång mot ökad privat finansiering av välfärdssektorn. ECEPR och Timbro har i en rapportserie, som avslutas med denna rapport, undersökt tre länder som är intressanta förebilder för Sverige i detta sammanhang:

Japan, ett land med goda hälsoutfall och en ovanligt hög andel äldre i samhället. Den japanska modellen innebär att hälften av finansieringen till vård och omsorg sker via skattsedeln och den andra hälften betalas med obligatoriska privata försäkringar som framför allt betalas av arbetsgivare.[12]

Nederländerna, som har en universell vårdmodell där enbart en liten del av vår-

[9] Morin & Sanandaj (2018).

[10] SOU 2008:105, SOU 2015:104.

[11] SOU 2015:104, s. 22-23.

[12] Sanandaji och Heller-Sahlgren (2019a).

dens finansiering sker via skatten. I stället har landet ett system med obligatoriska privata försäkringar där staten som reglerare har infört solidariska finansieringsmekanismer.[13]

Schweiz, vilket är det tredje exemplet som lyfts fram i denna rapport. Schweiz har en vårdmodell som påminner om den i Nederländerna, med konkurrens bland försäkringsgivare liksom bland vårdutförare. Skillnaden är att landet har en utpräglad individualistisk modell utan större deltagande av arbetsgivare. Solidarisk finansiering säkerställs även i denna modell, då försäkringsgivare inte får exkludera individer på grund av ålder eller sjukdom. Det finns också små inslag av offentlig finansiering.

Samtliga tre länder har liksom Sverige goda hälsoutfall. Samtliga tre skiljer sig dock från Sverige när det gäller tillgängligheten till vård, som genomgående är bättre i Japan, Nederländerna och Schweiz. Målet med rapporterna är att säkerställa bättre förståelse för vårdsystemen i dessa tre länder – för att på så sätt förhoppningsvis skapa en konstruktiv reformlinje i riktning mot ett försäkringsbaserat system även i Sverige.

[13] Sanandaji och Heller-Sahlgren (2019b).

VÅRDENS FINANSIERING OCH UTFÖRANDE I SCHWEIZ

Det schweiziska vårdsystemet karaktäriseras av konkurrens och decentralisering, där staten och de 26 kantonerna reglerar den vård som till stor del bedrivs och finansieras privat. På grund av det schweiziska federala systemet hade staten länge väldigt lite att säga till om vad gäller vården, vilket gav upphov till ganska olika system i de olika kantonerna. De senaste årtiondena har dock vården sakta men säkert centraliserats, framför allt vad gäller regleringen av systemets finansiering. I grunden baseras systemet på privata försäkringar, som sedan 1996 har varit obligatoriska i hela Schweiz, då man ämnade skapa ett konkurrensutsatt system över hela landet med universell täckning. Sedan dess måste alla som bor i Schweiz teckna en individuell privat sjukförsäkring och flyttar man dit måste man teckna en försäkring inom tre månader. I princip alla invånare har därför en sjukförsäkring. Arbetsgivarna sponsrar normalt inte försäkringen, som är individuell och därmed måste köpas för alla i hushållet separat. Försäkringsbolagen får inte neka enskilda kunder möjlighet att teckna en grundförsäkring, vilket gör att friska/unga i praktiken betalar för sjuka/äldre. Grundförsäkringspremierna varierar inte heller mellan personer beroende på kön eller sjukdomshistoria som har tecknat en försäkring med samma bolag och som bor i samma region. Staten och kantonerna subventionerar samtidigt låginkomsttagares försäkringspremier för att alla ska kunna betala. Likaså betalar kommuner och kantoner försäkringspremierna för socialbidragstagare och andra utsatta grupper.[14]

Grundförsäkringen erbjuds av konkurrerande icke-vinstdrivande bolag som regleras av en central myndighet, som bestämmer prisgolv för premierna. Dessa beräknas så att de ska täcka kostnaderna för försäkrade individer i en given kanton. Den genomsnittliga årliga försäkringspremien år 2016 för en vuxen person med minsta möjliga självrisk varierade mellan cirka 37 000 kronor och 62 000 kronor beroende på vilken kanton man bor i. Självrisken varierar mellan cirka 2 800 kronor för vuxna och gratis för barn och cirka 23 700 kronor för vuxna och 5 600 kronor för barn, beroende på vad försäkringstagaren väljer. Försäkringspremierna varierar samtidigt beroende på ålder: de är lägst för barn och ungdomar upp till och med 18 år, högre bland personer mellan 19 och 26 år och högst bland personer som är äldre än 26 år. Utöver detta måste försäkringstagaren även betala 10 procent av kostnaden för alla tjänster, såsom läkarbesök och recept, men det finns ett tak på cirka 6 600/3 300 kronor för vuxna/barn per år som gäller för summan av självrisk och egenavgift. Likaså måste försäkringstagaren betala cirka 140 kr per dag vid inläggning på sjukhus. För långtidsvård står grundförsäkringen för en andel som beror på patientens vårdbehov, medan patienten betalar en andel (högst 20 procent) och kantonen står för resterande kostnader.[15]

Medan försäkringsbolagen inte får göra vinst på grundförsäkringen har de möjlighet att göra vinst på de kompletterande försäkringar som erbjuds. I praktiken har detta lett till att försäkringsbolagen består av en icke-vinstdrivande filial som erbjuder grundförsäkringar och en vinstdrivande filial som erbjuder frivilliga tilläggsförsäkringar. Även de frivilliga försäkringarna regleras av en central myndighet, men bolagen har naturligtvis större friheter att variera försäkringspremierna och vad som ingår i dessa försäkringar. Bolagen får också neka kunder möjlighet att teckna frivilliga försäkringar beroende på deras sjukdomshistoria, men de får inte använda information som kan härledas till kundernas grundförsäkring.[16]

[14] Daley och Gubb (2013). De Pietro m.fl. (2015 och Sturny (2019).

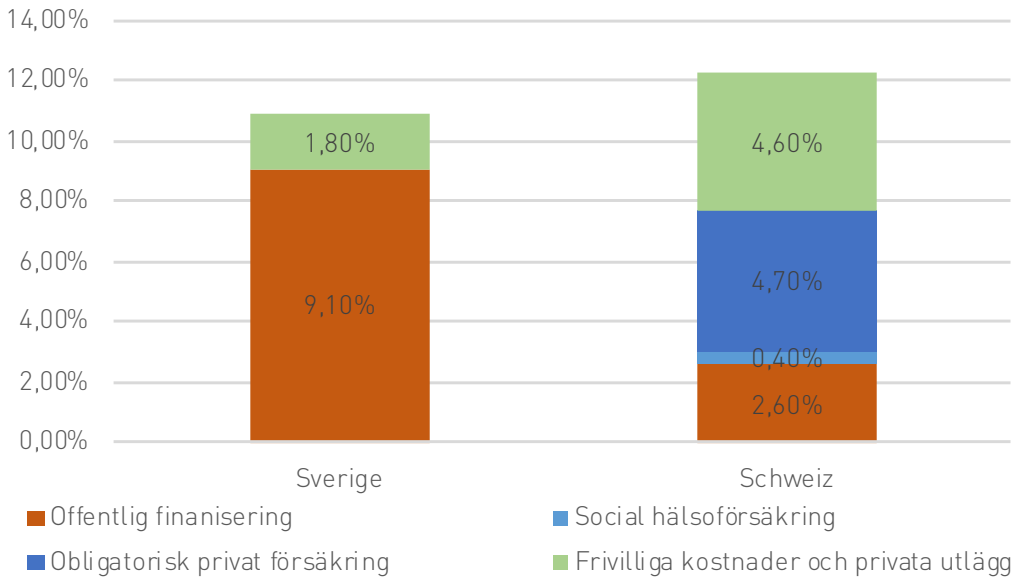
[15] De Pietro (2015) och Sturny (2019).

[16] Sturny (2019).

Vilka vårdkostnader har detta system gett upphov till? Överlag har Schweiz ganska höga kostnader i jämförelse med många andra OECD-länder – men det står samtidigt klart att kostnaderna endast är något högre i Schweiz än i Sverige. Vårdens totala utgifter var 10,9 procent av Sveriges BNP under 2017 jämfört med 12,3 procent i Schweiz. Som beskrevs ovan skiljer sig dock den schweiziska modellen för finansiering markant från den svenska. Detta illustreras i figur 3. I Sverige uppgår 9,1 procent av BNP till offentlig direktfinansiering av vården, jämfört med 2,6 procent i Schweiz. I Schweiz består 0,4 procent av BNP av finansiering av vård via social hälsoförsäkring medan ytterligare 4,7 procent består av vårdfinansiering via obligatoriska privata vårdförsäkringar. I Sverige uppgår 1,8 procent av BNP till frivilliga kostnader för vård, via privata försäkringar och privata utlägg. Samma andel är 4,6 procent i Schweiz. Schweiz utmärker sig också mer generellt i OECD då en ovanligt hög andel av finansieringen består av privata utlägg: 3,6 procent av BNP uppgår till privata utlägg för vård, vilket kan jämföras med 1,7 procent i Sverige och 1,9 procent i USA.[17] Det schweiziska vårdsystemet innefattar således en väsentligt större andel privat finansiering än det svenska.

Det är dock viktigt att återigen betona att den federala regeringen och de olika kantonerna subventionerar låginkomsttagare för att alla ska kunna betala för grundförsäkringen. Likaså betalar kommunerna och kantonerna försäkringspremierna för socialbidragstagare och andra utsatta grupper.[18] På så sätt har man säkerställt att i princip alla individer i hela landet har en fullgod grundförsäkring, trots att systemet innefattar en så hög andel privat finansiering och konkurrens mellan olika försäkringsbolag.[19]

Figur 3. Sjukvårdens finansiering, andel av BNP



[17] Data har hämtats från OECD (2019).

[18] Sturny (2019).

[19] Som beskrivs i avsnittet som diskuterar tillgängligheten till vård tycks systemet ha gett upphov till större ojämlikheter i tillgång till vård än det svenska, vilket är ett naturligt resultat av att en så pass hög andel av vårdkostnaderna finansieras med privata utlägg. Samtidigt tycks vårdutfallen vara väldigt jämna i Schweiz, vilket indikerar att systemet har skapat en väldigt hög miniminivå vad gäller kvalitet; trots att förhållandevis många schweizare rapporterar att de avstår viss vård på grund av kostnaderna är utfallen jämlika.

Generellt är också vårdutförandet mer konkurrensutsatt i Schweiz än i Sverige. Öppenvården karaktäriseras av konkurrens mellan egenanställda läkare som arbetar i oberoende kliniker som erbjuder både primär- och specialistvård – och patienterna har därför stor frihet att välja läkare och sjukhus. Enkel tillgång till all slags vård, utan behov av remiss, har utmärkt det schweiziska systemet. Det senaste årtiondet har läkarnätverk samt hälso- och sjukvårdsorganisationer ökat, vilka skriver kontrakt med försäkringsbolagen för att ge vård åt deras försäkringstagare. År 2012 hade cirka 21 procent av alla försäkringstagare en sådan försäkring. På så sätt minskas kostnaderna, men även patienternas valmöjligheter då kontrakten med försäkringsbolagen stipulerar vilka vårdgivarna ska vara.[20]

Samtidigt drivs ungefär 21 procent av sjukhusen offentligt, medan 25 procent drivs av icke-vinstdrivande organisationer och mer än 50 % av vinstdrivande företag. Ungefär 35 % av alla sjukhussängar finns därför i vinstdrivande sjukhus. Innan 2012 begränsades konkurrensen bland sjukhusen på grund av att valmöjligheterna mellan kantoner var begränsade. Men sedan 2012 får patienter välja sjukhus som befinner sig i andra kantoner än där de bor. Det året var andelen sjukhusbehandlingar som genomfördes i en kanton där individen inte var bosatt 19,4 procent, vilket tyder på att konkurrensen har ökat efter reformen. Ersättningen följer dock reglerna i kantonen där individen bor, vilket betyder att den är begränsad till den ersättning som sjukhusen i kantonen skulle ha fått för samma individ. Sedan 2007 omfattas privata och offentliga sjukhus också av samma ersättningssystem, vilket ökade konkurrensen på sjukhusmarknaden mer generellt. Även denna reform utökade också mer generellt möjligheterna att välja en vårdgivare utanför den kanton som man bor i.[21]

Totalt sett karaktäriseras det schweiziska vårdsystemet alltså av en hög grad av privat finansiering, konkurrens och valmöjligheter för patienter. Systemet med en grundläggande individuell försäkring säkerställer universell tillgång till vård och skiljer sig markant från det svenska systemet, som karaktäriseras av offentlig direktfinansiering, och de japanska och nederländska systemen, där arbetsgivarna i högre utsträckning betalar för individers sjukförsäkring. I nästa avsnitt diskuterar vi hur det schweiziska systemet presterar i jämförelse med det svenska.

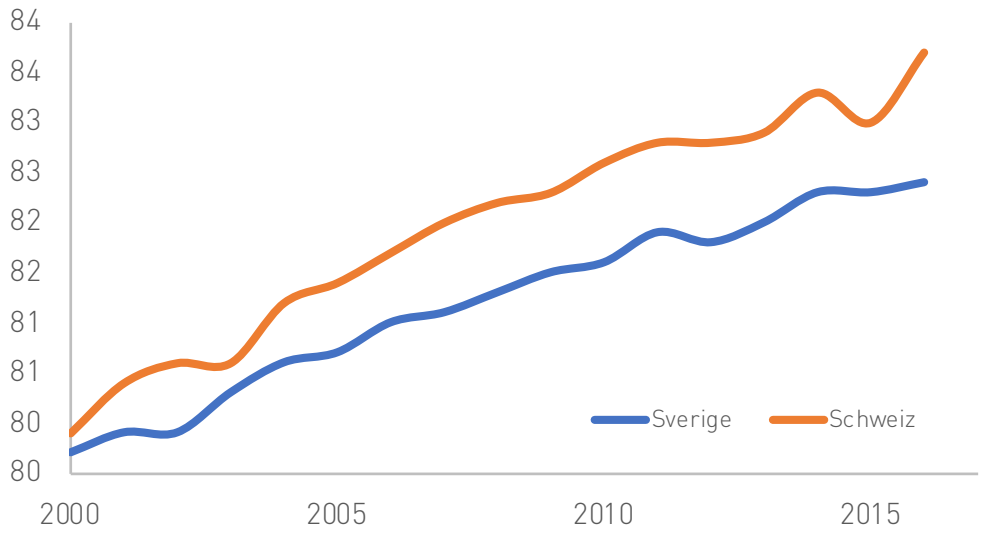
[20] De Pietro m.fl. (2015).

[21] Ibid.

JÄMLIKA UTFALL I DEN SCHWEIZISKA VÅRDEN

En vanlig föreställning är att vårdfinansiering av svenskt snitt är den enda garanten för att låginkomsttagare ska ha tillgång till högkvalitativ vård. Schweiz system med privat finansiering av såväl den grundläggande vårdförsäkringen som de kompletterande försäkringarna förväntas, utifrån detta perspektiv, leda till markanta klasskillnader i vårdutfall. I så fall borde vi förvänta oss att Sverige har bättre hälsoläge – eftersom alla invånare har god vård – samt mindre klasskillnader i hälsoutfall jämfört med Schweiz. Men detta är intressant nog inte den bild som träder fram i statistiken.

Figur 4. Förväntad livslängd (år) vid födsel



Källa: OECD Health Status data, data för senast tillgänliga året 2016.

Som visas i figur 4 hade Schweiz endast något högre förväntad livslängd än Sverige år 2000 – 79,9 års förväntad livslängd vid födsel jämfört med 79,7 år i Sverige. Sedan dess har gapet mellan länderna dock vuxit. År 2016 hade den förväntade livslängden stigit till 83,7 år i Schweiz jämfört med 82,4 år i Sverige. Förväntad livslängd är något som påverkas av flera olika faktorer, inte minst medborgarnas egna val kring kost, motion och levnadsval som rökning och alkoholkonsumtion. Det är dock värt att notera att Schweiz klarar sig bättre i detta avseende än Sverige.

Kanske än mer intressant är frågan om jämlikhet. Faktum är att den absoluta ojämlikheten efter utbildningsnivå vad gäller mortalitet bland män är ungefär lika hög i Schweiz som i Sverige – och ojämlikheten är lägre i Schweiz än i länder som Danmark, Finland och Norge, som alla har en vårdmodell som liknar Sveriges.[22] Bland kvinnor är dock det schweiziska systemet betydligt mera jämlikt

[22] Kommissionen för Jämlik Hälsa drar i sin underlagsrapport från 2017, som granskar hälsosituationen i Sverige, slutsatsen att ojämlikheten i dödsrisker är betydligt större bland män än bland kvinnor. Samtidigt har ojämlikheten i dödsrisker minskat i Sverige förutom för gruppen låginkomsttagande kvinnor. Källa: Hartman & Sjögren (2017).

än alla dessa nordiska länder, inklusive Sverige.[23] Totalt sett präglas således det schweiziska systemet faktiskt av mer jämlika utfall än det svenska systemet när det gäller mortalitet.

Kommissionen för Jämlik Hälsa studerar i en rapport som publicerades 2017 utvecklingen av de sociala skillnaderna i dödsrisker mellan 1994 och 2011 för 30–60 åringar. Studien finner att ojämlikheten i dödlighet har ökat med storleksordningen 30–36 procent för kvinnor, mätt med inkomstfördelning som mått på jämlikhet, och med mellan 11 och 30 procent sett till utbildning som mått på jämlikhet. För män har ojämlikheten över inkomstfördelningen under samma period inte ökat, medan den ökat något eller varit oförändrad över utbildningspremien.

Ett annat viktigt hälsomått är den självskattade hälsan: hur stor andel av befolkningen som själva rapporterar att de har bra hälsa. Intressant nog anser 66,6 procent av de personer som har lägre inkomster i Schweiz – den femtedel av befolkningen som har lägst inkomster – att de har bra eller mycket bra hälsa. I Sverige är samma andel 63,6 procent, det vill säga något färre än i Schweiz. Bland höginkomsttagare – den femtedel av befolkningen som har högst inkomster – är andelarna 86,1 procent i Sverige och 85,9 procent i Schweiz, det vill säga praktiskt taget likadana.[24]

Trots att Schweiz till stor del förlitar sig på patientavgifter och försäkringar går det inte att se att skillnaderna i hälsoutfall mellan lågutbildade och högutbildade är större. En förklaring är att tillgången till svensk vård ransoneras, och att personer med högre utbildning (det vill säga i regel höginkomsttagare) har bättre förutsättningar att navigera den offentliga byråkratin, och därmed också bättre tillgång till vårdtjänster.[25]

Som visas i nästa avsnitt har patienter i Schweiz, i rollen som försäkringstagare, bättre tillgång till vården. Såväl låg- som höginkomsttagare i Schweiz har patientmakt, trots att de inte har tillgång till exakt samma slags vård via sina försäkringar. Den mätbara klasskillnaden i hälsa tycks hur som helst vara något lägre i Schweiz än i Sverige. Både Sverige och Schweiz har goda hälsoutfall, men sett till förväntad livslängd och klasskillnader i hälsoutfall klarar sig Schweiz något bättre. Detta visar att idén om att svensk vårdfinansiering är den enda garanten för god hälsa bland allmänheten inte är korrekt; samma eller bättre resultat kan uppnås genom en konkurrensutsatt modell med privata försäkringar, som i Schweiz.

Det är dock svårt att veta om utfallen som diskuteras ovan beror på vårdsystemet eller andra faktorer, såsom annorlunda levnadsvanor eller sociala skillnader. För att jämföra själva vårdkvaliteten har dock forskare i en färsk jämförelse rankat vårdsystemen i 195 länder efter utfall kring diagnoser som ska kunna åtgärdas med vårdinsatser, exempelvis olika cancerformer, hjärtinfarkter och tuberkulos. År 2016 nådde Schweiz 96 poäng i denna ranking medan Sverige nådde 95. Schweiz hamnade därför på sjunde plats i världen, medan Sverige hamnade på åttonde plats. Mellan år 2000 och 2016 ökade Schweiz kvalitet med 4 poäng. Detta kan jämföras med den svenska som ökade med 3,1

[23] Källa: Machenbach m.fl. 2018. Absolut ojämlikhet avser skillnaden i mortalitet mellan olika socioekonomiska grupper. Ett annat mått som ofta diskuteras är relativ ojämlikhet, vilket är förhållandet mellan dödligheten för olika grupper. Måtten fångar upp olika saker. Säg att mortaliteten är 1000 för lågutbildade och 500 för högutbildade år 2000 – och skillnaden mellan dem därför är 500. Om mortaliteten sedan sjunker till 500 för lågutbildade och till 250 för högutbildade till år 2020 har den absoluta ojämlikheten halverats, medan den relativa ojämlikheten inte har påverkats alls. Vi bedömer att absolut ojämlikhet är det mest relevanta måttet för att studera ojämlikheter i hälsa.

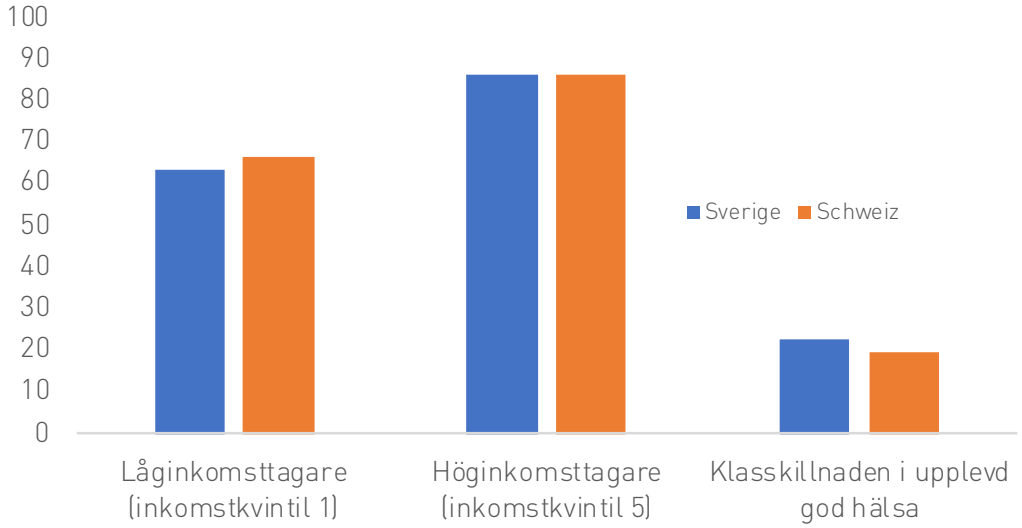
[24] OECD:s hälsodatabas.

[25] Sanandaji (2012).

poäng.[26] Såväl Schweiz som Sverige har alltså god sjukvård – och systemen tycks generera likvärdig objektiv kvalitet enligt den ranking som forskarna har utformat.

Men den upplevda vårdkvaliteten är samtidigt högre i Schweiz än i Sverige. I en undersökning av den upplevda vårdkvaliteten i elva länder från 2016 framkommer det att schweizarna i snitt gav högst övergripande betyg på kvaliteten i sjukvården av alla studerade länder, medan Sverige hamnade på näst sista plats. Likaså rankar schweizarna det upplevda bemötandet betydligt högre än vad svenskarna gör: medan 77 procent av den schweiziska befolkningen upplever att läkarna de träffar känner till viktig information om deras medicinska historia hamnar Sverige sist bland undersökta länder på 55 procent. En liknande bild gäller andelen som anser att läkarna spenderar tillräckligt med tid med dem. Patienter i Schweiz känner också att de är mer delaktiga i beslut om vård och behandling, samt att deras läkare ger dem lättfattliga förklaringar, än i Sverige.[27] Sett till upplevd kvalitet verkar Schweiz därför ha en bättre fungerande vårdmodell än Sverige.

Figur 5. Andel som bedömer sig själva ha bra/mycket bra hälsa



Källa: OECD Health Status data, data för senast tillgänliga året 2016.

[26] GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators (2018).

[27] OECD (2019) och Vårdanalys (2016).

BRA TILLGÄNGLIGHET I SCHWEIZISK VÅRD

Sverige utmärks av få läkarbesök per genomsnittlig invånare: 2,8 gånger per år, vilket som visas i tabell 1 är den lägsta nivån bland samtliga utvecklade ekonomier. De två andra länder som studerats i rapportserien om privata vårdförsäkringar, Japan och Nederländerna, utmärker sig genom att ha högt antal läkarbesök per invånare. Schweiz når dock liknande nivåer som i Sverige: i Schweiz träffar den genomsnittliga invånaren läkaren 3,9 gånger per år – oftare än i Sverige men inte lika ofta som i många andra rika länder.

Tabell 1. Antal läkarbesök per genomsnittlig invånare

Sydkorea	17.0
Japan	12.8
Slovakien	11.5
Ungern	11.1
Tyskland	10.0
Ryssland	9.7
Litauen	9.2
Nederländerna	8.8
Turkiet	8.6
Kanada	7.7
Australien	7.6
Polen	7.5
Belgien	6.9
Slovenien	6.7
Österrike	6.6
Estland	6.3
Frankrike	6.1
Luxemburg	5.9
Lettland	5.9
Irland	5.8
Norge	4.4
Danmark	4.3
Finland	4.3
Schweiz	**3.9**
Mexiko	2.9
Sverige	**2.8**

OECD (2019). Data för år 2016 anges för samtliga länder förutom Japan och Schweiz, för vilket 2015 års data i stället anges.

Hur ser då tillgången till olika behandlingar ut? Objektiva väntetider för vården i Schweiz anges inte i OECD:s hälsodatabas. Däremot kan dessa jämföras med de svenska med hjälp av data från Health Consumer Powerhouse. Schweiz utmärker sig i jämförel-

sen med att ha bäst tillgång i sjukvård i Europa, jämfört med Sverige som karaktäriseras av bristande tillgång till sjukvård: Sverige har ”medelmåttig tillgång” till specialistvård, större elektiv kirurgi samt datortomografi. För barnpsykiatri, familjeläkare och cancerterapi uppges Sverige ha ”dålig tillgång” till vård. Sverige får faktiskt inte betyget ”bra tillgång” i någon kategori, till skillnad från Schweiz som är det enda europeiska land som genomgående får betyget ”bra tillgång” i jämförelsen. På grund av det schweiziska systemets utformning, med stora valmöjligheter och direkt tillgång till alla olika slags vård har det schweiziska systemet ”i princip inga vårdköer”.[28]

Tabell 2. Vårdens tillgänglighet

	Sverige	Schweiz
Familjeläkare tillgång samma dag	Dålig tillgång	Bra tillgång
Direkt tillgång till specialist	Medelmåttig tillgång	Bra tillgång
Större elektiv kirurgi, väntetid mindre än 90 dagar	Medelmåttig tillgång	Bra tillgång
Cancerterapi, väntetid mindre än 21 dagar	Dålig tillgång	Bra tillgång
Datortomografi, väntetid mindre än 7 dagar	Medelmåttig tillgång	Bra tillgång
Barnpsykiatri, väntetid	Dålig tillgång	Bra tillgång

Källa: Health Consumer Powerhouse (2019).

Även de subjektiva vårdköerna tycks vara kortare i Schweiz generellt sett: medan 88 procent av schweizarna rapporterar att de fick en tid hos en läkare eller sjuksköterska inom 1–7 dagar senaste gången de var sjuka, rapporterar endast 69 procent av svenskarna det. Även upplevda väntetider till specialist, icke-akut eller planerad kirurgi samt behandling på sjukhusets akutmottagning är mycket kortare i Schweiz än i Sverige. Exempelvis är andelen som behöver vänta mindre än fyra veckor för att få en tid för att träffa en specialist 73 procent i Schweiz, vilket är den högsta andelen bland de elva undersökta länderna, medan Sverige når 48 procent.[29] Enligt subjektiv tillgänglighet tycks den schweiziska vården i många fall alltså prestera bättre än den svenska.

Samtidigt tycks tillgängligheten till vård vara mer ojämnt fördelad i Schweiz än i Sverige, i varje fall enligt subjektiva bedömningar, vilket sannolikt är en direkt konsekvens av att en så hög andel av vårdkostnaderna finansieras med privata utlägg. År 2016 rapporterade 22 procent av den schweiziska befolkningen att de avstått från medicin, läkarbesök eller behandling på grund av kostnaderna; samma siffra i Sverige var 8 procent.[30] Det finns alltså skäl att anta att människor i högre utsträckning struntar i att söka vård på grund av kostnaderna i Schweiz jämfört med Sverige, som en direkt konsekvens av att systemen skiljer sig åt när det gäller andelen av vårdkostnaderna som finansieras med privata utlägg.

Detta är dock naturligtvis inte bara av ondo, eftersom prismekanismen säkerställer att överutnyttjande av vården minskar utan att påverka kvaliteten. Eftersom vårdutfallen

[28] De Pietro m.fl. (2015), s. 225.

[29] Vårdanalys (2016).

[30] Ibid.

tycks vara så pass jämnt fördelade i Schweiz, som beskrevs tidigare i rapporten, finns det mycket riktigt skäl att anta att så är fallet: trots att en högre andel av den schweiziska befolkningen rapporterar att de avstår från vård på grund av kostnaderna är hälsoutfallen om något jämnare fördelade än i den svenska befolkningen. Det är också möjligt att systemet ger upphov till jämna utfall på grund av den objektivt och subjektivt höga kvaliteten och tillgängligheten enligt rankingen som noterades tidigare i rapporten, vilket i sin tur delvis sannolikt beror på det konkurrensutsatta systemet.

SLUTSATS

Många antar att den universella välfärdsmodell som finns i länder som Sverige skapar bättre och mer jämlik vård än i mer konkurrensutsatta, individualistiska system. Som denna rapport visar kan detta antagande ifrågasättas: Schweiz har dels högre livslängd än Sverige, en skillnad som var marginell vid millennieskiftet men som sedan dess har ökat. Mortalitetsskillnaderna mellan låg- och högutbildade är samtidigt något lägre i Schweiz. Andelen låginkomsttagare som upplever sig ha god eller mycket god hälsa är också något högre i Schweiz än i Sverige, medan andelen bland höginkomsttagare är densamma.

Att hälsoutfallen är så lika – om något är klasskillnaderna faktiskt högre i Sverige – kan potentiellt åtminstone delvis förklaras med att den svenska vården ransoneras, vilket gör att personer med högre utbildning och större sociala nätverk i större utsträckning kan säkra tillgång till vård när köer uppstår. I Schweiz har alla invånare i stället rollen som försäkringstagare, vilket sannolikt delvis kan förklara varför de enklare och snabbare kan få tillgång till vård vid behov. Som konsumenter är deras rättigheter utkrävbara i större utsträckning än i vårt teoretiskt allomfattande, men i praktiken hårt ransonerade, system.

Enligt objektiva rankingar är vårdkvaliteten i Schweiz och Sverige jämbördig, men den upplevda kvaliteten är mycket högre i Schweiz. Likaså tycks tillgängligheten i den schweiziska vården vara högre än i den svenska. Enligt Health Consumer Powerhouse jämförelse av vårdens tillgänglighet är exempelvis Schweiz det enda land som genomgående bedöms ha ”god tillgång” i de former av vård som undersöks. Sverige har samtidigt ”medelmåttig tillgång” bland hälften av de undersökta vårdformerna och ”dålig tillgång” i resterande vårdformer.

Dessa skillnader är relevanta att lyfta fram av två skäl. För det första utmanar de rådande föreställningar om att det enda sättet att leverera god och jämlik vård är genom offentlig direktfinansiering som i Sverige. För det andra stödjer de idén om en övergång till större inslag av privata vårdförsäkringar i Sverige.

Av de tre länder som studerats i rapportserien om privata vårdförsäkringar är Schweiz det som ligger längst från Sverige, då systemet är individualiserat och innefattar privata tilläggsförsäkringar och relativt stora privata utlägg. Finansieringen är närmast helt privat för både grund- och tilläggsförsäkringarna, med stöd till låginkomsttagare så att dessa har råd med premierna. Denna modell är mer väsensskild från det svenska systemet, jämfört med modellen i Japan, där hälften av vårdkostnaderna finansieras med offentliga medel och hälften med obligatoriska vårdförsäkringar. Även Nederländerna befinner sig närmare Sverige: vårdmodellen i Nederländerna bygger liksom den i Schweiz på att närmast all finansiering sker via obligatoriska vårdförsäkringar som kan kompletteras med tillvalsförsäkringar. Inslagen av solidarisk finansiering är dock större, och inslagen av privata utlägg är lägre, i Nederländerna än i Schweiz. Att en hög andel av vården finansieras med privata utlägg i Schweiz har givit upphov till att en relativt hög andel av befolkningen rapporterar att de avstår vård på grund av kostnaden. Detta betyder dock inte att vårdkvaliteten är lägre eller att hälsoutfallen är mer ojämlika i Schweiz; landet har i princip lika hög klinisk kvalitet och mycket högre subjektiv kvalitet än Sverige, medan hälsoutfallen är om något mer jämlikt fördelade i Schweiz.

Medan Schweiz befinner sig längre ifrån Sverige policymässigt än exempelvis Nederländerna uppfyller landet kraven på en välfungerande universell vårdmodell, god folkhälsa och bra tillgänglighet till vården. Lärdomen från Schweiz är att kraven på välfungerande och tillgänglig vård kan uppnås med en individualistisk försäkringsmodell, med starka inslag av marknadskonkurrens bland försäkringsgivare och vårdutförare.

REFERENSER

Daley, Claire och James Grubb (2013). ”Healthcare Systems: Switzerland”. Updated by Emily Clarke (December 2011) and Elliot Bidgood (2013). CIVITAS, https://civitas.org.uk/content/files/switzerland.pdf.

De Pietro, Carlo, Paul Camenzind, Isabelle Sturny, Luca Crivelli, Suzanne Edwards-Garavoglia, Anne Spranger, Friedrich Wittenbecher och Wilm Quentin (2015). ”Switzerland: Health System Review”. *Health Systems in Transition* 17(4), http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf?ua=1.

GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators (2018). ”Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016”. Lancet 391(10136): 2236–2271.

Hartman, L. & A. Sjögren (2017). ”Hur ojämlikt är Sverige? Sociala skillnader i dödsrisker: Utvecklingen över tid och skillnader mellan åldersgrupper och regioner”, underlagsrapport, Kommissionen för Jämlik Hälsa.

Health Consumer Powerhouse (2019). ”Euro Health Consumer Index 2018”.

Mackenbach, Johan P, José Rubio Valverde, Barbara Artnik, Matthias Bopp, Henrik Brønnum-Hansen, Patrick Deboosere, Ramune Kalediene, Katalin Kovács, Mall Leinsalu, Pekka Martikainen, Gwenn Menvielle, Enrique Regidor, Jitka Rychtaříková, Maica Rodriguez-Sanz, Paolo Vineis, Chris White, Bogdan Wojtyniak, Yannan Hu och Wilma J. Nusselder (2018). ”Trends in health inequalities in 27 European countries”. PNAS 115(25): 6440–6445.

Morin, A. & N. Sanandaji (2018). ”Vägar till hållbar välfärd”, *Svenskt Näringsliv*.

OECD:s hälsodatabas. ”Life expectancy” samt ”Perceived health status by socio-economic status”. Data hämtades senast 2019-05-12.

OECD (2019). Data hämtades från OECD:s databas: https://stats.oecd.org/.

Sanandaji, N. (2012). ”I Väntan på Välfärden”.

Sanandaji, N. & G. Heller-Sahlgren (2018). ”Spelregler för långsiktigt hållbar välfärd”, Timbro.

Sanandaji, N. & G. Heller-Sahlgren (2019a). ”Ålderskris – Del 1: Japan, Internationella exempel på hur privat finansiering kan avlasta den offentliga välfärden”, ECEPR & Timbro.

Sanandaji, N. & G. Heller-Sahlgren (2019b). ”Ålderskris – Del 2: Nederländerna, Internationella exempel på hur privat finansiering kan avlasta den offentliga välfärden”, ECEPR & Timbro.

SKL (2018a). ”Ekonomirapporten maj 2018 – Om kommunernas och landstingens ekonomi”.

SKL (2018b). ”Ekonomirapporten, december 2018 – Om kommunernas och landstingens ekonomi”.

SKL (2019). ”Ekonomirapporten, maj 2019 – Om kommunernas och regioners ekonomi”.

SOU 2008:105. ”Långtidsutredningen 2008 Huvudbetänkande”, Regeringen 2008.

SOU 2015:104. ”Långtidsutredningen 2015 Huvudbetänkande”, Regeringen 2015.

Sturny, Isabelle (2019). ”The Swiss Health Care System”. Commonwealth Fund, https://international.commonwealthfund.org/countries/switzerland/.

Svenska Kommunförbundet (2002). ”Kommunala framtider: en långtidsutredning om behov och resurser till år 2050”.

Vårdanalys (2016). ”Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder”, https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/V%C3%A5rden-ur-befolkningens-perspektiv-2016-en-j%C3%A4mf%C3%B6relse-mellan-Sverige-och-tio-andra-l%C3%A4nder.pdf.

TIMBRO