

Välfärdssystemets utarmning

Bo Burström, Bo J A Haglund

Bo Burström, professor i socialmedicin, Institutionen för global folkhälsa,
Karolinska Institutet. E-post: bo.burstrom@ki.se

Bo J.A. Haglund, professor emeritus, Institutionen för global folkhälsa, Karolinska Institutet.
E-post: bjahag@icloud.com. Orcidnr: 0000-0002-3928-5790

DOI: <https://doi.org/10.62607/smt.v103i1-2.64754>

Den svenska välfärdsstaten har utarmats, både vad gäller ersättningar i socialförsäkringen och resurser till hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Artikeln belyser konkreta exempel.

Statens minskade stöd till regioner och kommuner och socialförsäkringens minskande andel av bruttonationalprodukten medför mindre resurser till regionala och kommunala välfärdstjänster och ökad andel i fattigdom bland långvarigt sjuka och arbetslösa, utrikesfödda och ensamförsörjarkhushåll med barn. Andelen som får ekonomiskt bistånd ökar inte.

Äldreomsorg och hälso- och sjukvård har resursbrist och rekryteringsproblem, höga sjukskrivningstal och anställda lämnar. Konkurrensen från privat hälso- och sjukvård ökar i Sverige och andra länder.

Norge visar exempel på hur välfärdssektorn kan avkommersialiseras. Även i Sverige finns möjligheter till att öka jämlikhet i tillgång till vård. En majoritet av befolkningen är beredda att avstå skattesänkningar för att i stället öka resurser till välfärd.

The Swedish welfare state has been hollowed out, both regarding social insurance reimbursements and resources to healthcare and social care of older people. This article highlights concrete examples.

Reduced state support to regions and municipalities and in the social insurance share of gross national product results in less resources for local welfare state services, and increased poverty rates among those unemployed, with chronic illnesses, foreign-born and lone parent families.

Longterm care of older people and healthcare have insufficient resources and recruitment problems and high sickness absence. Competition from private healthcare increases in Sweden and other countries.

Norway presents examples how to de-commercialize the welfare sector. It is possible to increase equity in healthcare also in Sweden. A majority of the population prefer increasing resources on welfare before reductions in taxes.

Välfärdsstater i förändring

Välfärdsstaterna växte fram efter andra världskriget. Medan de reformer som ägde rum efter andra världskriget fram till 1980-talet handlade främst om expansion av medborgarnas sociala rättigheter, har reformerna efter dess handlat mera om att begränsa sådana rättigheter. Vi följs från barnaålder till dess vi blir gamla av sociala trygghetsprogram och hälso- och sjukvårdssystem som vi hjälps åt att finansiera via olika skatter och avgifter (1). Socialpolitiska förändringar är resultat av politisk handling med en dragkamp mellan olika politiska eller ekonomiska krafter, ideologier och intressen. Vem skall få vad och under vilka villkor? Grundfrågan i socialpolitiken. Svaret på dessa frågor avgörs av vilka värderingar som ligger till grund för socialpolitiken. (1)

Lösningarna på grundfrågorna har sett olika ut i de europeiska länderna. Samtidigt blir den europeiska befolkningen äldre, och det finns flera sårbara grupper i samhället som långtidsarbetslösa, ungdomar utan utbildning och jobb och allt fler med invandrarbakgrund. Arbetsmarknaden har blivit alltmer fragmenterad samtidigt som arbetslösheten förblivit hög och även i Sverige nått svindlande höjder under Tidöregeringen.

Privatisering av vård och omsorg har blivit vardag i flera av Europas länder där människor med ekonomiska resurser köper egna privata försäkringar och service i allt högre grad. Det har blivit regel snarare än undantag att minska statens ansvar för både den sociala tryggheten och regleringen av arbetsmarknaden. I flera av Europas länder har fattigdomen ökat både i termer av disponibla inkomster i förhållande till andra och i absoluta termer. Parallellt ökar missnöjet i Sverige och runt om i Europa hos de som förfördelas av den utveckling som pågår med ett uppsving av högerpopulism.

Det finns olika åsikter om välfärdsstaternas förändring där man å ena sidan kan se att storleken på hur mycket pengar man använder för social- och hälso- och sjukvård varierar, i snitt mellan 15-30 procent av BNP (1). Välfärdstjänster och förmånsprogram som vi är vana vid som till exempel vårdcentraler, pensioner och daghem finns i stort kvar. Å andra sidan håller mycket på att ändras där olika förmånsprogram urholkats under de senaste decennierna. I en debattartikel 2020 i DN hävdar till och med författarna, Daniel Barr och Jakob Palme: *"Ingen talar om att Sverige inte längre är en välfärdsstat"* (2). Författarna redovisar att olika socialförsäkringar utvecklas efter olika principer så att urholkningen för t.ex. pensionssystemet sedan ett beslut 2001 avbrutits genom att indexeras efter inkomstutvecklingen i stället för prisutvecklingen, medan sjukförsäkringen är prisindexerad och arbetslöshetsförsäkringen bestämd som kronantal. Kronantalet justeras lite då och då genom riksdagsbeslut, men fortsätter urholkas. Författarna avslutar: "Genom att rikta strålkastarljuset mot de här trenderna vill vi

uppmärksamma våra beslutsfattare på problemen och dessutom peka på att det finns tekniska lösningar -om nu den politiska viljan och handlingskraften skulle finnas att bryta utvecklingen”. (2)

Denna artikel belyser några konkreta exempel på hur välfärdssystemet förändrats över tid.

Statens roll i välfärdssystemet – socialförsäkring och bidrag till kommuner och regioner

Forskarna Åsa Plesner och Niklas Altermark beskriver i boken *Konsten att avveckla en välfärdsstat* (3) hur och genom vilka mekanismer förändringar skett över tid. I en mycket illustrativ figur (3, sid 77) visas det författarna kallar ”det åtstramningspolitiska kretsloppet”. De ekonomiska förutsättningarna för välfärden är skatteintäkter som avgör utrymmet för offentliga utgifter. Regeringen avgör hur dessa ska användas, utifrån att staten inte får göra underskott och med tanke på att politiker vill bli omvalda. Detta kan leda till smygnedskärningar, eller nedskärningar på ”oförtjänta grupper”. Ett uttryck för detta är försvagade socialförsäkringssystem.

En annan mekanism för välfärdssystemets utarmning är att inte indexera statsbidrag till kommuner och regioner där välfärdstjänsterna utförs. Genom att inte indexera statsbidrag till kommuner och regioner flyttas kostnader från staten och regioner och kommuner gör i sin tur dolda nedskärningar (enligt samma logik som staten, för att inte göra underskott och för att politikerna ska bli omvalda) vilket leder till försämrad arbetsmiljö för de som arbetar i välfärden. Det resulterar i personalbrist, sämre kvalitet i välfärden samt ökade sjukskrivningar (vilket belastar socialförsäkringen). (3)

Sveriges kommuner och regioner (SKR) visar i sin ekonomirapport (4) hur de icke-indexerade statsbidragen påverkar kommunernas och regionernas ekonomi och verksamheter. Statsbidrag utgör cirka 15 procent av intäkterna. Rapporten skriver att ”Finansieringen av välfärden urholkas när generella bidrag står still”. Det ackumulerade underskottet som genererats genom att pris- och löneutveckling inte beaktats i statsbidragen de senaste 20 åren beräknas till 130 miljarder kronor för kommuner och regioner (4).

Befolkningens inställning till välfärd eller skattesänkningar

En majoritet av befolkningen är positivt inställda till välfärd. I en undersökning av TCO (5) hösten 2024 svarade 3 av 5 att de ville att regeringen skulle satsa på välfärden före skattesänkningar för de som arbetar. En majoritet av alla riksdagspartiers väljare höll med om detta. På frågan om regeringen bör prioritera sänkt skatt även om det innebär mindre resurser till välfärden svarade 3 av 4 att de inte

instämde med detta. Endast bland Moderaternas väljare instämde en majoritet med detta. (5)

Trots dessa uppfattningar bland befolkningen valde Tidöregeringen att ytterligare öka jobbskatteavdraget för de som arbetar, även i höstbudgeten 2025. Genom detta minskar utrymmet för andra satsningar. Enligt Dagens Arena var kostnaden för de jobbskatteavdrag som införts sedan år 2007 ca 200 miljarder kronor år 2025 (6). Pengar som också kunde använts till välfärd.

Socialförsäkringssystemet

Ersättningsnivåer, varaktighet och kvalificeringsvillkor

Sverige har historiskt haft en standardtrygghetsmodell som inte endast skulle tillgodose grundläggande behov utan även skydd för inkomstbortfall, men som nu förändrats mot mera av en modell för grundtrygghet. I en aktuell rapport från SNS (7) beskriver forskarna Kenneth Nelson och Sebastian Sirén utvecklingen över tid av svensk ekonomisk trygghetspolitik och konstaterar att Sverige förlorat sin särställning. Ersättningarna har blivit mindre generösa, deras varaktighet har minskat och kvalificeringsvillkoren skärpts.

Försäkringar har pågått sedan 1990-talets ekonomiska kris. Ersättningsnivåerna var som högst under 1990-talets början, cirka 85 procent av en genomsnittlig industriarbetarlön. Arbetslöshetsersättningen var högre än i andra länder men ligger nu i nivå med eller under många andra jämförbara länder, den faktiska nivån ligger nu på cirka 60 procent. (7)

Sjukförsäkringen, arbetsskadeförsäkringen och föräldraförsäkringen har i viss mån behållit högre ersättningsnivåer. Det behovsprövade minimistödet (försörjningsstöd och bostadsbidrag) har dock inte höjts i takt med övriga inkomstökningar, vilket gör att skillnaderna ökat mellan de som får försörjningsstöd och medianhushållet. Det svenska minimistödet når inte upp till EU:s fattigdomsgräns (60% av medianinkomsten) utan motsvarar cirka 40 procent av medianinkomsten, jämfört med omkring 60-70 procent på 1990-talet. (7)

Ersättningsnivåerna sänktes först genom aktiva politiska beslut men på senare år mer genom icke-beslut där ersättningarna inte höjts, och jobbskatteavdrag för de som arbetar har vidare ökat gapet mellan arbetsinkomster och transfereringar. Konsekvenserna är en ökad inkomstspridning och en ökad andel som lever i relativ fattigdom (7).

Sjuk- och aktivitetsersättning

Kraven för ersättning vid långvarig sjukdom har skärpts i lagstiftning. Andelen som beviljas sjuk- och aktivitetsersättning minskade med 58 procent mellan 2004 och 2024, till största delen beroende på restriktiva regelförändringar,

från 10 procent år 2005 till 3,5 procent av befolkningen (19-65 år) år 2024 (8). Psykiatriska diagnoser är vanligast, utvecklingsstörningar och neuropsykiatriska diagnoser utgör idag en större andel av sjukersättningarna. Depressioner och ångestsjukdomar har minskat i andel. På senare år har andelen som saknar tidigare arbetsinkomster ökat, dessa får endast garantiersättning (9). Garantiersättningsnivån varierar mellan 12.235 - 13.715 kr/månad. Högsta beloppet för de som med tidigare haft arbetsinkomst är 23.939 kr/månad. Till detta kan komma kollektivavtalade försäkringar för de som tidigare arbetat. I relation till medianinkomsten 2024 (37.100 kr/månad) är lägsta garantiersättningsnivån knappt 33 procent och högsta beloppet med tidigare arbetsinkomst knappt 65 procent. (9)

Socialförsäkringarnas andel av BNP

Förändringarna märks även i utvecklingen av socialförsäkringarnas andel av bruttonationalprodukten (BNP), som minskat från 9 procent i början av 1990-talet till omkring 3,5 procent år 2022. Den största minskningen inom socialförsäkringen gäller sjukdom och funktionsnedsättning, från cirka 6,5 procent 1990 till drygt 2 procent av BNP (3). På motsvarande sätt har andelen i relativ fattigdom ökat från mindre än 10 procent bland arbetslösa och sjuka 1990 till omkring 40 procent år 2022. (3)

Inflationen drabbar olika. Personer som lönearbetar har större möjligheter att klara sin ekonomi än hushåll som i högre grad är beroende av ersättningar från socialförsäkringen. Barnbidrag, bostadsbidrag, underhållsstöd och föräldrapenning är inte kopplade till prisbasbeloppet. Højningar av de ersättningar som länkas till prisbasbeloppet (t. ex. sjuk- och aktivitetsersättning) släpar ändå efter 18 månader (10).

Andelen i relativ fattigdom

Andelen i relativ fattigdom har sedan 1995 fördubblats till 14 procent, ersättningsnivåerna till arbetslösa och vid försörjningsstöd är lägre än EU:s genomsnitt. Försämringen av ersättningsnivåerna i socialförsäkringen har gjort att avtalsförsäkringar via kollektivavtal och fackförbund och andra privata försäkringar har fått allt större betydelse för att täcka upp förlorad inkomst vid sjukdom och arbetslöshet. Detta kan också underminera förtroendet för den gemensamma välfärdsstaten. (11)

Ökning av relativ fattigdom men minskning av försörjningsstöd

Trots att andelen i relativ fattigdom ökat ses en minskning av andelen med försörjningsstöd. År 2023 var det 2,5 procent av landets hushåll som mottog försörjningsstöd jämfört med 8 procent under 1990-talets senare del (12). Forskaren

Björn Gustafsson diskuterar tre skäl till denna diskrepans. Det första är att den nationella nivån på försörjningsstöd följer prisutvecklingen men inte inkomstutvecklingen, vilket ökar skillnaden i inkomst mellan majoritetsbefolkningen och de som mottar försörjningsstöd. Normen för försörjningsstöd tar inte hänsyn till detta. Det andra är att tillämpningen av beviljande av försörjningsstöd blivit mer restriktiv över tid, vilket visats genom vinjettstudier i olika tidsperioder. Ett tredje skäl är att en större andel av de som söker försörjningsstöd nu har ursprung i andra länder och har svårigheter på arbetsmarknaden. (12)

Bland de som fick försörjningsstöd år 2023 var närmare hälften (49%) arbetslösa och 18 procent sjukskrivna eller hade sjuk- och aktivitetsersättning och 19 procent hade arbetshinder av sociala skäl. Samma år var 58 procent av de vuxna som mottagit försörjningsstöd utrikes födda. (13)

Det är alltså uppenbart att arbetslöshet och långvarig sjukdom är viktiga underliggande faktorer bakom fattigdom, vilket tyder på att socialförsäkringens ersättningar (sjukersättning och arbetslöshetsersättning) inte fungerar som avsett. Det är också tydligt att endast en mindre del av de som bedöms vara i relativ fattigdom erhåller försörjningsstöd. Ersättningsnivån i det stödet är dessutom mycket låg (40% av medianinkomsten) (7).

Barnfamiljer med låg inkomst

En annan grupp med högre risk för relativ fattigdom är barnfamiljer med låg inkomst, särskilt ensamstående mödrar (14). I Försäkringskassans genomgång av barnhushållens ekonomi framgår att omkring 5 procent av svenskfödda sammanboende med barn har låg ekonomisk standard, jämfört med omkring 35 procent av utrikesfödda sammanboende med barn. Bland ensamstående kvinnor med barn är motsvarande siffror 30 procent för svenskfödda och närmare 60 procent bland utrikesfödda ensamstående kvinnor med barn. Skiljelinjen går således både mellan att vara svenskfödd och utrikesfödd och mellan att vara sammanboende och ensamstående. (14)

Försäkringskassan konstaterar vidare att de familjepolitiska ersättningarna minskat i betydelse för att minska andelen med låg ekonomisk standard har minskat sedan år 2000. Då gjorde ersättningarna att andelen med låg ekonomisk standard minskade med 16 procentenheter från 24 procent till 8 procent. År 2024 var minskningen 8 procentenheter, från 23 procent till knappt 16 procent. (14)

Av alla barnhushåll var andelen med försörjningsstöd år 2023 3,8 procent. Bland samboende utrikesfödda var andelen 9,2 procent och bland utrikesfödda ensamstående kvinnor med barn var siffran 14,9 procent (bland svenskfödda 4,1 procent). (14)

Av ovanstående genomgång framgår att de familjepolitiska ersättningarnas betydelse för att minska andelen med låg ekonomisk standard har minskat av-

sevärt de senaste 20 åren. Ersättningarnas värde har inte följt med värdet av inkomstökningar av arbete, och prisökningar i samhället.

Förslag för att stärka barnhushåll med låg ekonomisk standard

Ett förslag för att stärka barnhushåll med låg ekonomisk standard har presenterats av forskaren Tapio Salonen (15). Förslaget innebär att höja och beskatta barnbidraget, vilket skulle ge stödet en fördelningspolitisk profil och gynna familjer med låga inkomster samtidigt som bidragets universella karaktär bibehålls. I en rapport simuleras kostnader och effekter av olika nivåer av höjning (15).

Salonen har även presenterat ett förslag om ensamförsörjartillägg i barnbidraget, vilket övriga nordiska länder haft under längre tid (16), för att särskilt stödja ensamstående mödrar med låga inkomster.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar vår genomgång att de statliga utgifterna för stöd till välfärdsverksamheter och stöd till barnfamiljer med låg inkomst, ensamförsörjare, långvarigt sjuka och arbetslösa har minskat avsevärt över tid. Dessa grupper återfinns i stor utsträckning bland de i relativ fattigdom.

Statsbidrag till regioner och kommuner har dessutom urholkats. Till detta kommer att Tidöregeringen nu föreslår böter för de kommuner och regioner som höjer sin skatt (17), vilket kringskar deras möjligheter att bibehålla eller utveckla välfärdsverksamheter efter sina invånares behov. Detta trots att en stor del av befolkningen är beredd att avstå skattesänkningar till förmån för välfärdssatsningar.

Utveckling av välfärdstjänster – hälso- och sjukvård och äldreomsorg

Välfärdstjänster är en regional och kommunal angelägenhet. Som SKR konstaterade i sin ekonomirapport (4) har det statliga stödet för både regioner och kommuner i reala termer minskat, trots att behovet av hälso- och sjukvård och äldreomsorg ökat, inte minst på grund av den ökande andelen äldre (särskilt 80 år och äldre) i befolkningen. SCB prognosticerar att andelen personer 80 år och äldre ökar med 50 procent från 2018 till 2028 (18). Ökningen fortsätter även längre fram. Mer resurser behövs för att möta behoven.

Både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen har bemanningsproblem och begränsade resurser. Arbetsmiljön får allvarlig kritik, både av de anställda och av Arbetsmiljöverket.

Hälso- och sjukvård

Inom hälso- och sjukvården är det brist på personal, arbetsbelastningen är hög, arbetsmiljön kritiseras av Arbetsmiljöverket som gjort tillsyn vid alla akutsjukhus

och delar av primärvården. Av 437 inspekterade arbetsplatser hade närmare tre fjärdedelar brister som föranleder åtgärder (19). Den vanligaste anmärkningen var ohälsosam arbetsbelastning. Arbetsmiljöverkets generaldirektör Lars Löow skrev i en debattartikel i Dagens Nyheter att: ”svensk sjukvård har ett strukturellt arbetsmiljöproblem som nu är så allvarligt att det påverkar både vårdens kvalitet och vårdpersonalens hälsa – ibland med för tidig död som utgång. Våra inspektioner visar att samma problem blir kvar, år efter år.” (20)

Trots förslag om ökade satsningar på ”En god och nära vård” för att möta de ökande behoven inte minst bland äldre personer uppger endast en tredjedel av befolkningen att de har en fast läkarkontakt (21). Socialstyrelsen uppger i sin uppföljning att mer resurser behövs till primärvården (22).

Äldreomsorg

Även inom äldreomsorgen kritiseras arbetsmiljön, arbetsbelastningen är alltför hög. Fackförbundet Kommunal verkar för bättre anställningsvillkor (fast anställning, heltidsanställning), bättre arbetsmiljö (högre bemanning, bättre scheman) och höjda löner (23). Kommunal gjorde år 2025 en enkätundersökning där 43 procent av medlemmarna som arbetar i äldreomsorgen upplever att bemanningen sällan eller aldrig är tillräcklig. Endast 15 procent av personalen anser att bemanningen är tillräcklig dagligen. Drygt en tredjedel upplever att de har förutsättningar att ge god omsorg och tillgodose de äldres individuella behov dagligen. En femtedel, 19 procent upplever att de sällan eller aldrig har förutsättningar att ge god omsorg och tillgodose de äldres individuella behov. Totalt 43 procent anser att bemanningen är så låg att det innebär en risk för de äldre minst en gång i veckan, och nästan en femtedel, 18 procent, att det innebär en risk varje dag. Jämfört med motsvarande undersökning 2021 har upplevelsen av underbemanning förvärrats (24). Andelen personer 80 år och äldre med insats inom äldreomsorgen har minskat över tid. Andelen som fick hemtjänst minskade från 24 procent år 2012 till 16 procent år 2024. Motsvarande andelar i särskilt boende minskade från 16 procent till 10 procent. (24)

År 2023 gjorde Kommunal en rapport om de som lämnar äldreomsorgen (25). Endast 46 procent av de svarande uppgav att de ville fortsätta arbeta inom äldreomsorgen inom tre år. I en undersökning tio år tidigare var siffran 76 procent. Anledningarna till att inte vilja fortsätta var framför allt dålig arbetsmiljö, att inte orka fram till pension, låg lön och att pensionen kommer att bli för låg. (25)

De närmaste åren, fram till 2031 behövs ytterligare närmare 60 000 personer anställas i äldreomsorgen, för att möta ökade behov. Samtidigt kommer pensionsavgångar göra att det totala rekryteringsbehovet blir 110 000 personer. (26)

Försäkringskassans generaldirektör konstaterade i årsrapporten för 2025 att nivån på stressrelaterade sjukskrivningar är ”historiskt hög” och att ”Det be-

hövs stora satsningar för att skapa drägliga arbetsvillkor inom vård, skola och omsorg” (27). Sjukfrånvaron är högst i kvinnodominerade kontaktyrken inom omsorg, vård och skola, där arbetsmiljöutmaningarna också är störst. (27) Detta har lett till att sjukvårdsminister Elisabeth Lann kallat till möte med fackförbund, Sveriges Kommuner och Regioner, Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket, där man enades om en nationell kriskommission (28).

Sammanfattning

Det är uppenbart att centrala välfärdsverksamheter som hälso- och sjukvården och äldreomsorgen har stora utmaningar. Resurser måste ökas i paritet med behoven. Arbetsvillkoren och arbetsmiljön måste förbättras för att personal ska kunna behållas och rekryteras. Resursbristen och underbemanningen är några av orsakerna till arbetsmiljöproblemen och de höga sjukskrivningstalen inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Det krävs också organisatoriska förändringar och satsningar, inte minst för att möta de ökande behoven och åstadkomma en god och nära vård.

Åk till akuten

I boken Åk till akuten (29) frågar sig läkaren Fanny Nilsson hur det blivit så här i Sverige. Som blivande specialist i internmedicin, verksam vid ett mindre sjukhus, illustrerar hon från sin dagliga gärning tillkortakommanden i svensk hälso- och sjukvård och äldreomsorg, som drabbar både patienter och personal. Hon ger sig ut på en resa till Spanien, Storbritannien och Nederländerna för att se fördelar och nackdelar med andra sätt att organisera, hon intervjuar personer verksamma inom vården, forskare och beslutsfattare.

Nära tillgång till vård, en vårdgivare med kontinuitet som kan ta helhetsansvar för vår vård och eventuell vidareremittering eller samverkan med annan instans kan minska annan vårdkonsumtion och minska dödlighet, vilket visats i Norge (30). Ofta är dock hälso- och sjukvårdssystemen ägnade åt hög grad av specialisering med betoning på sjukhus. Primärvård som den första instansen fungerar olika bra i de olika länderna. (29)

I Spanien finns ett offentligt finansierat system med namngiven primärvårds-läkare och sjuksköterska för varje invånare, med hög kontinuitet. Systemet blir dock överbelastat på grund av brist på allmänläkare, och konkurrerar med privata aktörer som tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring, som ökat över tid och som också ger privat sjukhusvård. (29)

Även Nederländerna strävar efter hög kontinuitet i primärvården vars doktorer också är viktiga för att samordna specialistvården för sina patienter. I Storbritannien liksom i Nederländerna är allmänläkare småföretagare. Patienterna

ska i princip alltid först träffa sin allmänläkare, utom i mycket akuta fall. Nederländerna har ett försäkringsbaserat system, men vinster är förbjudna, både för sjukhus och försäkringsbolag. I Storbritannien har brist på läkare gjort att man i primärvården anställt läkarassistenter (med 2-årig vårdutbildning) för att minska kostnader och öka tillgänglighet. Trots den allomfattande skattefinansierade National Health Service har många i Storbritannien, liksom i Spanien, privat sjukvårdsförsäkring med snabbare tillgång till specialistvård. (29)

Ett genomgående fynd i boken är att hälso- och sjukvårdssystem inte alltid är konstruerade för befolkningens behov, att ekonomiska styrsystem och incitament kan leda fel. Oreglerade privata vinstdrivande aktörer skapar ojämlikhet i vård och riskerar att underminera förtroendet för offentlig vård, med exempel från Spanien och Storbritannien (29). Vi ser detta även i Sverige. Men det finns möjligheter att minska ojämlikhet i vård, som Göran Dahlgren och Lisa Pelling visar i boken *Vägar för jämlik vård* (31).

Vi avslutar med att kort redovisa de 10 reformförslagen för en jämlik handlingsplan och den diskussion som fördes om det Norska avkommersialiseringsförslaget.

Avkommersialisering i Norge

I Norge presenterades Avkommersialiseringsutredningen 2024 (32). Utredningens frågeställning var om det går att rulla tillbaka marknadiseringen av välfärdstjänster. Följande sju specifika områden konsekvensgranskas: socialtjänst riktad mot barn och ungdomar, barnomsorg, skola, flyktingmottagande, arbetsmarknadsåtgärder, specialistvård och äldreomsorg. Man diskuterar tre olika alternativ eller referensmodeller för dessa välfärdsområden:

1. En utfasning av alla icke-offentliga aktörer i välfärden (drift i offentlig regi).
2. En utfasning av enbart de kommersiella aktörerna (drift i offentlig regi kombinerat med idéburna aktörer).
3. Ett system där vinstdrivna privata aktörer kan utföra skattefinansierade välfärdstjänster (offentlig regi kombinerat med både vinstdrivande och idéburna aktörer), men inom ramen för en striktare reglering än idag.

Utredningens huvudslutsats är att det spelar roll hur välfärdstjänster bedrivs då dessa inte är som andra varor. De har för det första en samhällsfunktion. Skolan är ett exempel; den är viktig inte bara för den enskilde utan för hela samhället. Friskolors intresse att locka till sig lätt-undervisade elever är inte nödvändigtvis samma som samhällets intresse av en skola som ger alla barn en bra start i livet. För det andra är det svårt att mäta och kontrollera kvaliteten på mänskliga tjäns-

ter som vård, skola och omsorg. Risken är att vinstdrivande företag prioriterar vinst framför kvalitet, vilket ökar behovet av kontroller (more market, more regulation). Detta leder till en kostsam byråkrati och minskad flexibilitet. Men framför allt varnar utredningen för att marknadsiseringen leder till en tudelad välfärd. En jämlik välfärd förutsätter att alla välfärdstjänster fördelas efter behov och inte efter efterfrågan eller plånbok. (32)

Vägar för Jämlik vård

I boken *Jämlik vård: en handlingsplan* (31) utgår man från tesen att den svenska hälso- och sjukvården har blivit alltmer ojämlig. Författarna menar att utvecklingen har gått från en vård som styrs av behov till en vård som i hög grad styrs av marknadslogik, konkurrens och vinstintressen, vilket missgynnar både patienter och personal. Författarna visar hur reformer som vårdval, etableringsfrihet och privatisering har lett till: 1. ökade skillnader i tillgång till vård mellan olika grupper och regioner, 2. resurser som styrs till mer lönsamma patienter och behandlingar snarare än till dem med störst behov, 3. svagare demokratisk styrning av vården. De menar att detta strider mot hälso- och sjukvårdslagens mål om vård på lika villkor för hela befolkningen.

Bokens andra huvuddel är framåtblickande och presenterar tio konkreta reformförslag för att återskapa en mer jämlik vård. Förslagen handlar bland annat om: att minska marknadsstyrningen och vinstincitamenten i vården, att stärka den offentliga och demokratiska kontrollen, att styra resurser tydligare efter medicinska behov och att förbättra arbetsvillkoren för vårdpersonal. Ambitionen är att visa att en annan utveckling är möjlig, och att politiska beslut spelar en avgörande roll.

Till sist några korta kommentarer till de tio förslagen:

1. *Inför etableringskontroll.* Var vård ska finnas ska avgöras av befolkningens vårdbehov, inte av vårdföretagens möjligheter att göra vinst. Fri etableringsrätt leder till överetablering i rika områden och underförsörjning i andra.
2. *Avskaffa Lagen om valfrihetssystem (LOV) i primärvården.* LOV ger privata aktörer en i praktiken obegränsad och långsiktig finansiering. Författarna vill att offentligt finansierade vårdcentraler i huvudsak ska drivas i offentlig eller icke vinstdrivande regi. Detta förslag har något oväntat nyligen fått stöd i Produktivitetskommissionens slutbetänkande (33), med hänvisning till att regionernas krav på att tillämpa LOV, i upphandling av primärvård leder till både försämrad kostnadskontroll och ökad risk för välfärds kriminalitet.

3. *Använd Lagen om offentlig upphandling (LOU) istället för LOV.* LOU ger politiken möjlighet att styra var, hur och av vem vård ska bedrivas, särskilt inom specialistvården. Det gör det möjligt att planera vården mer jämlikt.
4. *Utveckla en integrerad digital vård.* Digital vård ska vara skattefinansierad och integrerad i den ordinarie vården. I dag menar författarna att nätläkartjänster dränerar resurser från fysiska vårdcentraler.
5. *Inför en stopplag mot privatisering av offentliga sjukhus.* Offentligt finansierade sjukhus ska inte drivas med vinstintresse. Befintliga privatiserade sjukhus bör återgå till offentligt eller icke vinstdrivet huvudmannaskap.
6. *Utveckla den icke vinstdrivna vården och ersätt New Public Management (NPM).* Vården ska styras av professionella bedömningar och tillit, inte av ekonomiska styrmodeller som NPM. Detta gäller även inom offentlig vård.
7. *Öka den offentliga finansieringen av vården.* En mer jämlik vård kräver ökade skatteintäkter. Fördelningseffekter måste vägas in så att resurser styrs dit behoven är störst.
8. *Särskilj offentlig och privat finansierad vård.* Det ska inte vara möjligt att köpa sig förbi vårdköer hos vårdgivare som får offentliga medel. Offentligt finansierad vård ska ges efter behov.
9. *Stärk primärvården i underförsörjda områden.* Riktade satsningar behövs i områden som missgynnats av marknadsstyrningen, för att minska skillnader mellan stad och landsbygd samt mellan socioekonomiska grupper.
10. *Skärp hälso- och sjukvårdslagen (HSL).* HSL bör bli en rättighetslag där rätten till vård på lika villkor väger tyngre än exempelvis aktiebolagslagen. Hälsomål ska överordnas vinstintressen.

Referenser

1. Nygård M. Valfärdsstat i förändring. Socialpolitiska reformer i Västeuropa på 2000-talet. Studentlitteratur. 2020.
2. Barr D, Palme J. (2020). Ingen talar om att Sverige inte längre är en välfärdsstat". DN Debatt 2020-12-21.
3. Plesner Å, Altermark N. Konsten att avveckla en välfärdsstat. Verbal förlag, 2024.
4. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Ekonomirapporten oktober 2025. Om kommuners och regioners ekonomi.
5. TCO pressmeddelande 2024-09-18. Allmänheten väljer satsningar på välfärd framför skattesänkningar. <https://tco.se/fakta-och-politik/samhallesekonomi/allmanheten-valjer-satsningar-pa-valfard-framfor-skattesankningar>
6. Dagens Arena redaktionen 11 februari 2025. Jobbskatteavdrag. <https://www.dagensarena.se/innehall/funkisskatten-okar-klyftorna-ar/>
7. Nelson K, Sirén S. Grund- eller inkomsttrygghet? Svensk ekonomisk trygghetspolitik i historisk och internationell belysning. SNS Förlag, 2025.
8. Försäkringskassan. Utgifter från sjukförsäkringen. Långa trender och viktiga förklaringsfaktorer. Socialförsäkringsrapport 2025:4
9. Försäkringskassan. Vem har sjukersättning? Korta analyser 2025:2
10. Försäkringskassan. Större privatekonomisk osäkerhet vid hög inflation. Korta analyser 2023:1
11. Sirén S. Den relativa fattigdomen i Sverige har fördubblats <https://www.uu.se/nyheter/2026/2026-01-29-den-relativa-fattigdomen-i-sverige-har-fordubblats>

12. Gustafsson B. Utveckling av ekonomiskt bistånd och fattigdomens utbredning – pekar tidserierna åt samma håll? Ekonomisk Debatt 2025, s 42-54.
13. Socialstyrelsen. Försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd år 2023.
14. Försäkringskassan. Barnhushållens ekonomi. Uppföljning av resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken. Svar på regeringsuppdrag, 2025.
15. Salonen T. Inkomstrelaterat barnbidrag – en reform i tiden? SBV Working Paper 2025:9. Malmö universitet, 2025.
16. Salonen T. Ensambförsörjartillägg i barnbidraget – även i Sverige? SBV Working Paper 2026:1. Malmö universitet, 2026.
17. Bengtsson J. Dagens Arena 2026-03-10. En skattebroms som bromsar välfärden | Dagens Arena
18. SCB 2018-04-26. Störst folkökning att vänta bland de äldsta. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning-och-levnadsforhallanden/befolkningens-sammansattning-och-utveckling/befolkningsframskrivningar/pong/statistiknyhet/sveriges-framtida-befolkning-20182070/#:-:text=Allra%20mest%2C%20procentuellt%20sett%2C%20%C3%B6kar%20de%20som,De%20senaste%20%C3%A5ren%20har%20befolknings%C3%B6kningen%20 varit%20snabb.>
19. Läkartidningen 27 november 2025. Tre av fyra arbetsplatser i vården sågas av Arbetsmiljöverket. <https://lakartidningen.se/nyheter/tre-av-fyra-arbetsplatser-i-varden-sagas-av-arbetsmiljoverket/>
20. Löw L. DN Debatt 2025-11-26. Livsfarlig arbetsmiljö inom svensk sjukvård” <https://www.dn.se/debatt/livsfarlig-arbetsmiljo-inom-svensk-sjukvard/>
21. Myndigheten för vårdanalys 2024. Fast läkarkontakt i primärvården. <https://www.vardanalys.se/rapporter/fast-lakarkontakt-i-primarvarden-2024/>
22. Socialstyrelsen 2025-09-01 Mer resurser behövs till primärvården. <https://www.socialstyrelsen.se/aktuellt/god-och-nara-var-d-mer-resurser-behovs-till-primarvarden/>
23. Kommunal. (<https://www.kommunal.se/bransch/aldreomsorg>)
24. Mari Huupponen. Underbemanning som norm. En rapport om bemanning och kvalitet i äldreomsorgen. Kommunal, 2026.
25. Kommunal. Rapport Kommunal. Personal som lämnar, 2023. Personal som lämnar - en rapport om personalflykt i äldreomsorgen (pdf)
26. Socialstyrelsen, Vård och omsorg för äldre, 2023
27. SVT Nyheter 13 januari 2026. Stress bakom tusentals sjukskrivna i vård, skola och omsorg <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/stress-bakom-tusentals-sjukskrivna-i-var-d-skola-och-omsorg-kan-inte-fortsatta-sa-har>
28. SVT Nyheter 17 februari 2026 Krismöte om arbetsmiljön i sjukvården. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/krismote-om-arbetsmiljon-i-sjukvarden>
29. Nilsson F. Åk till akuten. Hur mycket sjukvård har vi råd med? Stockholm: Natur och Kultur, 2025.
30. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract 2021; DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>
31. Dahlgren G., Pelling L. (2020). Jämlik vård – en handlingsplan. Stockholm, Premiss förlag.
32. Støstad JE m.fl. (2024) Avkommersialiseringsutredningen. (NOU 2024:17). Norska slutsatser om vinstdrivande aktörers roll i välfärden. <https://arenaide.se/wpcontent/uploads/sites/2/2024/11/avkommersialiseringsutredningen-digital.pdf>
33. SOU 2025:96. Fler möjligheter till ökat välbefinnande. Slutbetänkande av Produktivitetskommissionen.