



Välfärdsgapet

LOs prognos 2022:
Resursbehov i vård, skola och omsorg till 2026

Författare: Jonathan Herlitz, Ulrika Lorentzi och Eric Sundström,
Enheten för samhällspolitik



© Landsorganisationen i Sverige 2022

Omslagsfoto: Lars Forsstedt

Grafisk form: LO

Tryck: Bantorget Grafiska AB, Stockholm 2022

ISBN 978-91-566-3549-6

LO 22.05 1 000

Innehåll

Sammanfattning.....	5
1. Inledning.....	7
2. Dagens vård, skola och omsorg	9
Resurser i vård, skola och omsorg	9
Förtroende för vård, skola och omsorg	11
Välfärdens styrning – marknadsiering.....	13
Vinster, avkastning och värdeöverföringar.....	20
Vård	21
Förskola, skola och fritidshem	22
Omsorg.....	23
3. Utmaningar i vård, skola och omsorg	28
Kompetensförsörjning.....	28
Ta tillbaka den demokratiska kontrollen.....	29
Risk för systemskifte till efterfrågestyrd välfärd och privat finansiering	31
4. Resursernas och behovens utveckling	35
LOs beräkningsmodell	35
Ta itu med välfärdsunderskottet.....	40
Finansieringsgap i välfärden	41
5. Slut välfärdsgapet. LOs förslag för en tryggad välfärd	43
Slut välfärdsgapet	44
Skapa en hållbar kompetensförsörjning.....	44
Utveckla vård, skola och omsorg	44
Ta tillbaka den demokratiska kontrollen över välfärden	45
Referenser.....	46

Sammanfattning

Generell välfärd med skattefinansierad vård, skola och omsorg av hög kvalitet var avgörande när Sverige reste sig ur fattigdom och blev ett av världens mest jämlika, jämställda och högproduktiva länder. Men de senaste decennierna har ett välfärdsunderskott vuxit fram. Att välfärden är sämre finansierad, mer privatiserad och mindre jämlik är en av flera förklaringar till varför Sverige är det land där klyftorna har ökat mest i hela västvärlden.

För att klara framtida ekonomiska och sociala utmaningar krävs satsningar på den gemensamt finansierade skolan, vården och omsorgen. I den här rapporten gör vi en beräkning av hur mycket resurser som krävs under de närmaste fyra åren och vilka reformer som måste genomföras för att trygga en jämlik välfärd.

Dagens vård, skola och omsorg – resurser, förtroende och marknadisering

För att mäta välfärdunderskottet i vård, skola och omsorg behöver utvecklingen av resurser ställas i relation till hur behoven har utvecklats. Ett sätt att göra det är att titta på resurserna som andel av BNP. Resurserna till vården har ökat som andel av BNP mellan 1995 och 2020, medan ökningen inom utbildning och omsorg är liten. Ett annat sätt är att mäta antalet anställda som andel av befolkningen. Det totala antalet anställda i välfärden har ökat kontinuerligt de senaste två decennierna, men som andel av befolkningen ser vi en stor minskning efter 2006, en ökning efter 2014 och på senare år en minskning.

Förtroendet för den offentligt finansierade välfärden är centralt för att medborgarna ska vilja finansiera vård, skola och omsorg med skattemedel. Vården har höga förtroendesiffror som har ökat de senaste åren. Även skolan har positiva förtroendesiffror som ökar medan äldreomsorgen har lägre förtroende. Förtroendet för offentlig sektor i stort är starkt. Allt färre svenskar vill minska offentlig sektor. Inte ens en av fem tycker att det är ett bra förslag.

Under tre decennier har välfärden gradvis marknadiserats. Vård, skola och omsorg styrs som om de var marknader där konkurrens mellan aktörer ska skapa kvalitet. Privata företag har fått möjlighet att utföra skattefinansierad välfärd. I dag ser vi att förhoppningarna att konkurrens skulle leda till högre kvalitet, ökad effektivitet och bättre arbetsvillkor inte har infriats. Privata välfärdsföretag sparar in på viktiga kvalitetsfaktorer som bemanning, anställda med rätt utbildning och arbetsvillkor. En ny byråkrati för att kontrollera företagen har växt fram. Företag som styrs av vinstintresse försöker ”plocka russinen ur kakan”, det vill säga locka till sig de elever, patienter eller brukare som ger högre ersättning än de kostar. Bra förutsättningar för företagen har prioriterats före förbättringar för medborgarna och en jämlik välfärd. Den här utvecklingen uppskattas inte av befolkningen. Allt fler tycker att det är ett dåligt förslag att bedriva mer av vård, skola och omsorg i privat regi. Två tredjedelar av befolkningen vill förbjuda vinstutdelning i skattefinansierad vård, skola och omsorg.

Rapporten ger en bild av dagens vård, skola och omsorg, med några mått som vi anser är relevanta. För att alla ska kunna få en fast läkarkontakt på sin hälso- eller vårdcentral behövs fler primärvårdsläkare så att det i genomsnitt går 1 100 invånare per läkare, i stället för dagens 1 692 invånare. Skolans förmåga att lyfta alla barn brister. Nästan var sjätte barn med föräldrar som har högst gymnasieexamen får underkänt i matematik i årskurs 9. Kontinuiteten i hemtjänsten brister. En hemtjänstmottagare får i genomsnitt hjälp av 16 olika personer under en tvåveckorsperiod.

Välfärdens utmaningar – kompetensförsörjning, demokratisk kontroll och systemskifte

Fokus i rapporten är på det välfärdsunderskott som har växt fram under de senaste decennierna när resurserna till välfärd inte har följt med utvecklingen av behoven. Bristen på resurser hänger ihop med andra utmaningar i vård, skola och omsorg. Kompetensförsörjning är ett av välfärdstjänsternas största problem. Det räcker inte med mer resurser om det inte finns personal med rätt kompetens att anställa.

En annan utmaning är bristen på insyn i välfärden och politikens svårigheter att styra hur resurser används i en allt mer marknadiserad välfärd. Samtidigt som vi ökar resurserna behöver vi ta tillbaka den demokratiska kontrollen över vård, skola och omsorg. En tredje utmaning är

riskerna för ett systemskifte, från en generell skattefinansierad välfärd av hög kvalitet som fördelas efter behov till en åtstramad skattefinansierad basvälfärd för vanligt folk och möjlighet för de som har råd att köpa till högre kvalitet.

Välfärdsgapet – LOs beräkningsmodell och förslag

I rapporten presenteras den beräkningsmodell som ligger till grund för LOs krav på mer resurser och ökad bemanning i vård, skola och omsorg. Två faktorer är centrala för beräkningarna: dels Sveriges demografiska utveckling, dels kravet på kvalitetshöjningar. Beräkningen bygger på att vi både ska möta befolkningsutvecklingen med fler äldre och genomföra en kvalitetssatsning utöver de demografiska behoven med 50 000 fler anställda. Totalt behöver 102 000 fler anställas inom vård, skola och omsorg fram till 2026.

Med nuvarande skatteregler och aviserade nivåer på statsbidrag uppstår ett finansieringsgap som uppgår till 70 miljarder kronor år 2026. Sammanlagt blir finansieringsgapen för de kommande fyra åren 201 miljarder kronor. Detta välfärdsgap måste slutas och flera andra förändringar genomföras för att trygga välfärden. Här är ett urval av reformer vi vill se:

- **Slut välfärdsgapet.** Satsa 201 miljarder kronor under de kommande fyra åren för att sluta finansieringsgapet i välfärden. Anställ 102 000 fler välfärdsarbetare i vård, skola och omsorg fram till 2026.
- **Skapa en hållbar kompetensförsörjning.** Höj bemanningen i skolan, vården och omsorgen och förbättra arbetsvillkoren så att de anställda vill och orkar jobba kvar. Tillsvidareanställningar på heltid måste bli norm, delade turer avskaffas och den fysiska och psykiska arbetsmiljön förbättras. Skapa många vägar in i välfärden genom en utvecklad vuxenutbildning i kombination med förbättrade former för validering och goda ekonomiska möjligheterna för människor att utbilda och omskola sig till välfärdsyrken.
- **Utveckla vård, skola och omsorg.** Bygg en jämlik och kompensatorisk förskola och skola. Reformerna skolval för att motverka segregationen och ge alla barn samma möjlighet att välja skola. Ge kommunen rätt att göra ett avdrag på skolpengen till enskild huvudman, eftersom kommunen har ett bredare uppdrag. Fördela resurser utifrån barnens behov. Kommunerna ska vara skyldiga att erbjuda barnomsorg utanför kontorstid till föräldrar som har sin arbetstid förlagd då. Satsa på Lärfrutids och stimulerande aktiviteter i verksamheten. Slopas avgiften och ge alla barn rätt till fritids, även barn till föräldralediga och arbetslösa. Utveckla primärvården så att alla kan få en fast läkarkontakt. Alla hemtjänstomtagare ska ha en fast namngiven omsorgskontakt som har huvudansvar för den äldres omsorg och för samordning av vård och omsorg.
- **Ta tillbaka den demokratiska kontrollen över välfärden.** Välfärdspolitikerna måste läggas om i grunden från konkurrens och marknadsutsättning till att inriktas på att styra mot ökad jämlikhet. Stoppa vinstjakten och inför en non-profit-princip i vård, skola och omsorg. Inför offentlighetsprincip för alla aktörer som utför offentligt finansierad välfärd. Avskaffa företagens fria etableringsrätt inom vård, skola och omsorg samt tvångsprivatiseringen av primärvården och Lagen om valfrihetssystem, LOV. Utförare av offentligt finansierad välfärd ska inte få ta emot privat finansierade kunder, till exempel med privat sjukvårdsförsäkring. Stärk hemtjänsten och avskaffa rut-avdraget.

LO anser att vi har råd att trygga en välfärd av hög kvalitet som fördelas efter behov, men inte råd att låta bli. Vår gemensamma välfärd är en förutsättning för en god ekonomisk utveckling och för att näringslivet både ska få tillgång till medarbetare med rätt kompetens och att dessa medarbetare ska kunna kombinera sitt förvärvsarbete med omsorgsansvar. En försvagad välfärd med fler privata lösningar leder till växande ojämlikhet och segregation samt ökar riskerna för slitningar och samhällsoro. Att inte välja den väg som leder till en bättre välfärd är också ett val.

1. Inledning

Under årtionden har Sverige byggt upp offentligt finansierad vård, skola och omsorg som vi ska vara stolta över. Valfärdstjänsterna var avgörande när Sverige reste sig ur fattigdom och blev ett av världens mest jämlika, jämställda och högproduktiva länder. Men de senaste decennierna har ett oroande välfärdsunderskott vuxit fram. Detta välfärdsunderskott är en förklaring till varför Sverige är det land där klyftorna ökat mest i hela västvärlden.

Varför är gemensamt finansierad vård, skola och omsorg som alla får ta del av och som fördelas efter behov så viktigt för LO och LO-förbundens medlemmar? Valfärdstjänsterna är en sektor som sysselsätter många av LO-förbundens medlemmar, främst inom Kommunal. För Kommunals medlemmar är en välfärd med goda arbetsvillkor och förutsättningar att använda sin yrkeskompetens centralt. Men även för medlemmar i andra LO-förbund är en generell välfärd av hög kvalitet avgörande för ett jämlikt och välfungerande samhälle.

Valfärdstjänster utjämnar livsvillkoren mellan individer och under en livstid. När fördelningsfrågor diskuteras faller sökarljuset oftast på disponibelinkomsten – dina pengar i plånboken. Men även omfattningen av skattefinansierade välfärdstjänsterna har stor betydelse. I länder där medborgarna betalar privat för sina barns utbildning eller sin sjukvård måste inkomsten räcka även till detta. Personens plånbok avgör möjligheten att få tillgång till en bra skola eller vård och omsorg av hög kvalitet. Det leder till ökande ojämlikhet och drar isär samhället.

Generell välfärd bidrar till tillväxt och jämlikhet

LOs syn på välfärden grundas i övertygelsen om att det är rätt och smart att vi tar ett gemensamt ansvar för välfärden. Att alla har tillgång till skola, vård och omsorg av hög kvalitet, oavsett vem vi är, oavsett var vi bor i landet, bidrar till tillväxt och välstånd. Valfärden skapar tillit och sammanhållning mellan människor. Globalt växer insikten om att en offentligt finansierad välfärd är en väg till en stark ekonomi och ett robust samhälle. OECD har beskrivit att de nordiska ländernas ekonomiska utveckling och sociala jämlikhet inte skulle ha varit lika framgångsrik utan utbyggnaden av gemensamt finansierade välfärdstjänster inom vård, skola och omsorg.¹

Att den offentligt finansierade välfärden är *allmän* och *generell*, till skillnad från selektiv och då enbart riktad till personer med låg inkomst, är en viktig faktor som bidrar till tillväxt och jämlikhet. Den generella välfärden lyckas kombinera medborgarnas egen nytta av att få tillgång till välfärdstjänster som har hög kvalitet, med allmännyttan som uppstår då dessa tjänster är tillgängliga för alla oavsett inkomst. Eftersom alla bidrar och får del av välfärden erhåller den ett brett folkligt stöd, samtidigt som resurserna räcker till att erbjuda vård, skola och omsorg till alla. LO anser att vår gemensamma välfärd är en förutsättning för en god ekonomisk utveckling och för att näringslivet både ska få tillgång till medarbetare med rätt kompetens och att dessa medarbetare ska kunna kombinera sitt förvärvsarbete med omsorgsansvar.

Det är mycket som står på spel de kommande åren. För att vården, skolan och omsorgen ska ha legitimitet, måste vi alla känna förtroende för att vi får den hjälp vi behöver. Investeringar i välfärden behöver prioriteras, samtidigt som andra viktiga satsningar som rör klimatomställning och försvarsförmåga måste tillgodoses. Alla dessa investeringsbehov står mot skattesänkningar. Att våra skattepengar till välfärden går till välfärdsverksamheterna står mot välfärdsföretagens vinstuttag och expansion. En generell välfärd med hög kvalitet fördelad efter behov står mot en skiktad välfärd med en otillräcklig finansierad basvälfärd - där det finns möjlighet att köpa till privata lösningar för den som har råd.

¹ OECD (2018) *Is the Last Mile the Longest? Economic Gains from Gender Equality in Nordic Countries*, OECD Publishing, Paris.

Slut välfärdsgapet

För att klara framtida ekonomiska och sociala utmaningar krävs stora satsningar som leder till en utbyggd och jämlik skola, vård och omsorg. Vi lever allt längre, och kvaliteten i välfärdstjänsterna behöver förbättras. LO vill se en politik som sätter jämlikhet och vanligt folks trygghet främst. Vi har en av Europas lägsta statsskulder och vi har urstarka finanser. Ett starkt samhälle med sjukvård, skola och omsorg av hög kvalitet har också en bättre krisberedskap. Välfärden är en viktig del av ett samhälles styrka, hållbarhet och motståndskraft. I den här rapporten försöker vi besvara hur mycket resurser och vilka reformer som behövs för att trygga en jämlik välfärd.

2. Dagens vård, skola och omsorg

Att alla i vårt samhälle får tillgång till vård, skola och omsorg av hög kvalitet är bra både för individerna och för samhället i stort. Valfärden stärker allas möjlighet att försörja sig och styra över sitt eget liv. Skolan ger oss kunskaper och förmågor att ta de jobb som växer fram. Föräldrar kan jobba när de vet att barnen är trygga och får utvecklas och lära sig saker i förskolor och på fritidshem. Äldre med behov av hjälp kan känna sig trygga med stödet från äldreomsorgen, och deras barn kan gå till jobbet utan att oroa sig för gamla mamma eller pappa. Personer med funktionsvariation får den hjälp de behöver för att leva ett gott liv. I samtliga dessa fall ökar tryggheten både för dem som direkt tar del av välfärden och för deras anhöriga.

Sverige har vård, skola och omsorg av hög kvalitet med kompetent personal som gör ett mycket gott arbete. Men det finns problem, som otillräckliga resurser, för låg bemanning och en utveckling mot en välfärd där plånbok och efterfrågan styr i stället för behoven. I det här avsnittet ger vi en beskrivning av dagens vård, skola och omsorg, med ett antal mått som vi anser är relevanta. I huvudsak har vi använt offentlig statistik som går att följa över tid.

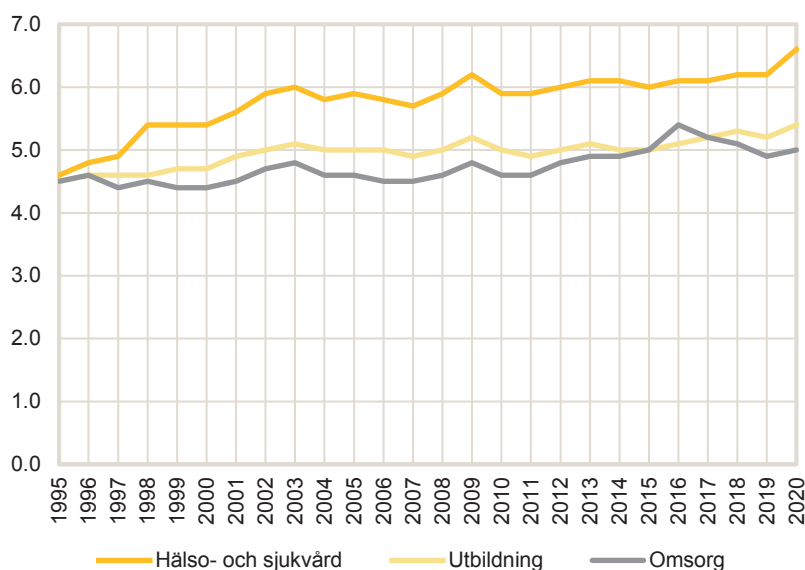
Resurser i vård, skola och omsorg

Ett sätt att mäta resurserna till välfärden är som andel av BNP. Det första diagrammet nedan redovisar kostnaden för individuella välfärdstjänster uppdelat på tre områden: hälso- och sjukvård, utbildning och omsorg.² Under 2019 var utgifterna för dessa tre områden sammanlagt 824 miljarder kronor. Diagrammet visar att det i synnerhet är hälso- och sjukvården som har ökat som andel av BNP mellan 1995 och 2020. Att kurvan går relativt skarpt uppåt kring 2019 och 2020 beror på två faktorer. BNP minskade med 2,9 procent under 2020, vilket allt annat lika innebär att andelen för hälso- och sjukvård ökar. Samtidigt ökade kostnaderna med anledning av pandemin.

Sett över hela perioden har även kostnaderna för utbildning respektive omsorg ökat något som andel av BNP, men inte alls lika mycket. Det ska noteras att diagrammet har 1995 som utgångsår. En relevant fråga är om den relativt modesta ökningen som har skett under de senaste decennierna är tillräckliga för att kompensera för de kraftiga nedskärningar som krisen i början 1990-talet medförde.

² I rapporten använder vi begreppet omsorg i stället för socialt skydd, som är det begrepp som används enligt COFOG-klassificeringen. I data från Eurostat som redovisas enligt COFOG-klassificeringen räknas barnomsorg till omsorg, medan vi i Sverige räknar in förskola i utbildning.

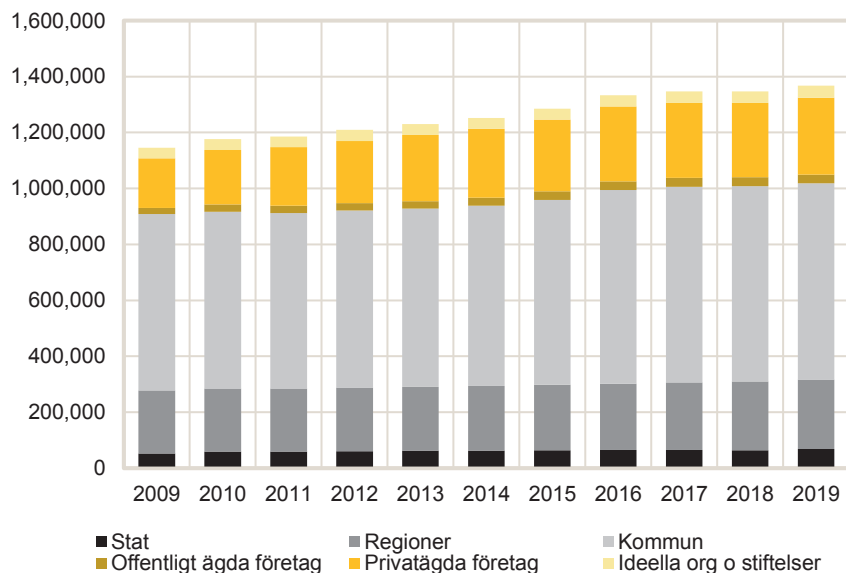
Diagram 2.1 Utgifter för individuella välfärdstjänster som andel av BNP, kommun och region



Källa: Eurostat

Ett annat sätt att beskriva hur mycket resurser som läggs på vård, skola och omsorg är att titta på hur många som arbetar inom välfärden. I diagrammet nedan ser vi en långsam men relativt stadig ökning av antalet förvärvsarbetande inom vård, skola och omsorg uppdelat på sex olika sektorer.

Diagram 2.2 Antal förvärvsarbetande inom vård, skola och omsorg 2009-2019, uppdelat på sektor

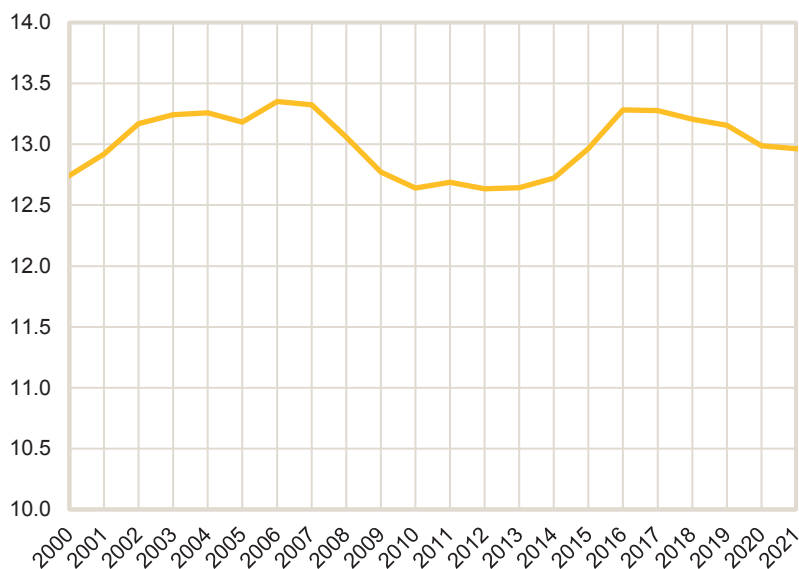


Källa: SCB, Finansierare och utförare inom vården, skolan och omsorgen

Antalet människor som arbetar i vår välfärd måste dock sättas i relation till befolkningstillväxten. Om vi tittar på antalet medarbetare i välfärden som procent av hela Sveriges befolkning ser utvecklingen mindre linjär ut, som framgår av Diagram 2.3. Den stora

minskningen mellan 2006 och 2014 sammanfaller med de borgerliga regeringsåren och finanskrisen 2008. Kurvan stiger därefter för att sedan avta igen efter 2016.

Diagram 2.3 Anställda i välfärden 2000-2021 i procent av befolkningen



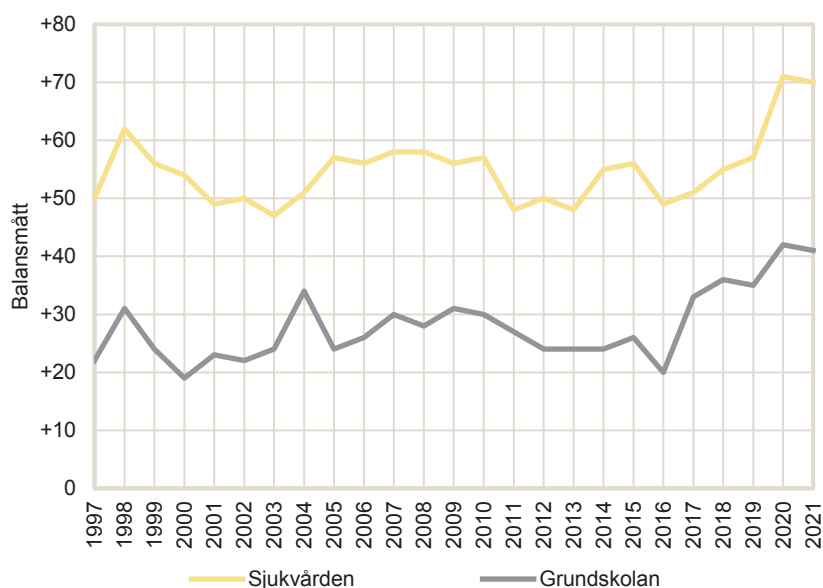
Källa: SCB och Regeringskansliet VP22

Förtroende för vård, skola och omsorg

Förtroende för de offentligt finansierade välfärdstjänsterna är viktigt både för enskilda medborgare och för samhället i stort. Att invånarna känner sig trygga med barnens skola och har förtroende för såväl vårdcentralen som för omsorgen om våra äldre är centralt för medborgarnas trygghet. Det spelar även stor roll för tilliten i samhället generellt och för viljan att bidra med resurser till välfärden via skattsedeln.

SOM-institutets undersökningar visar att tilliten till sjukvård är hög och har ökat de senaste åren. Tilliten till grundskolan är inte lika hög men det är fler som har förtroende för skolan än som inte har det, och även här har förtroendet ökat de senaste åren. Diagrammet visar ett balansmått som består av andelen som svarat ”mycket stort förtroende” eller ”ganska stort förtroende”, minus andelen som svarat ”ganska litet förtroende” eller ”mycket litet förtroende” på frågan hur väl sjukvården respektive grundskolan sköter sitt uppdrag. Balansmättet kan variera mellan 100 (om alla svarspersoner anger stort förtroende) och -100 (om alla svarspersoner anger litet förtroende).

Diagram 2.4 Förtroende för samhällsinstitutioner – sjukvården och grundskolan

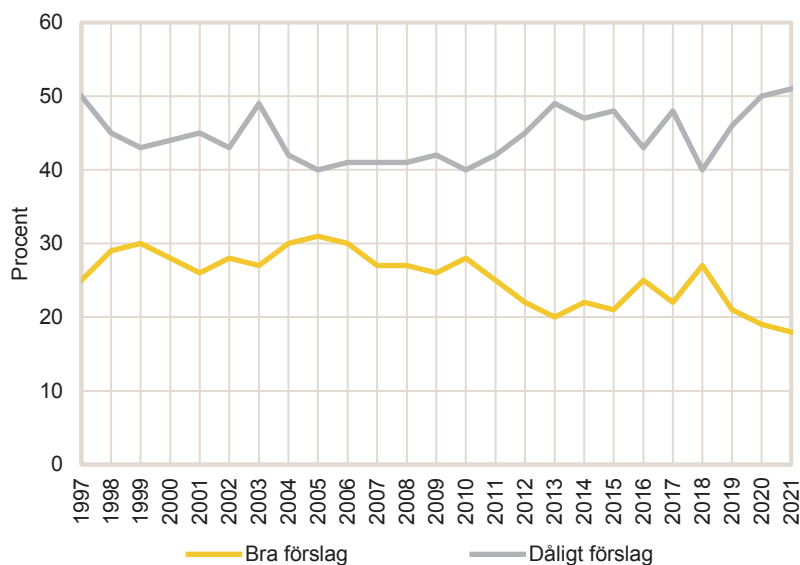


Källa: SOM-institutet vid Göteborgs universitet (Den nationella SOM-undersökningen 1986–2021, Svenska trender 1986–2021). Frågeformulering: "Hur stort förtroende har du för det sätt på vilket följande institutioner och grupper sköter sitt arbete?" Svarsalternativen är "mycket stort förtroende"; "ganska stort förtroende"; "varken stort eller litet förtroende"; "ganska litet förtroende" samt "mycket litet förtroende". Balansmätt avser andelen som svarat 'mycket' eller 'ganska stort förtroende' minus andelen som svarat 'mycket' eller 'ganska litet förtroende'. Balansmättet kan variera mellan 100 (alla svarspersoner anger stort förtroende) och -100 (alla svarspersoner anger litet förtroende).

Äldreomsorgen finns inte med i SOM-institutets undersökning, men andra undersökningar visar att den har lägre förtroendesiffror. Under våren 2020 började Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) kontinuerligt följa befolkningens förtroende för hur äldreomsorgen hanterade situationen med en pandemi. I början av pandemin hade 36 procent av de tillfrågade förtroende för äldreomsorgens arbete – men i mitten av maj 2020 hade den siffran sjunkit till 18 procent. I den senaste undersökningen från februari 2022 var andelen med ganska eller mycket högt förtroende för äldreomsorgen 27 procent.³

Förtroendet för välfärden har betydelse för viljan att betala skatt: Alla behöver känna att de får något tillbaka om de samtidigt ska ha en vilja att betala in till systemet. Tilliten till offentlig sektor ser ut att ha stärkts på senare år. SOM-institutet vid Göteborgs universitet har ställt följande fråga till svenska folket över tid: "Vilken är din åsikt om följande förslag - minska den offentliga sektorn?" Diagrammet nedan visar hur andelen som anser att det är ett dåligt förslag har ökat till 51 procent de senaste åren. Inte ens en av fem svenskar (18 procent) anser att det är ett bra förslag att minska den offentliga sektorn.

³ Sifo (2022) Rapport om förtroende, oro och beteende under coronakrisen. Rapport till MSB - februari 2022.

Diagram 2.5 Inställning till att minska den offentliga sektorn

Källa: SOM-institutet vid Göteborgs universitet (Den nationella SOM-undersökningen 1986–2021, Svenska trender 1986–2021). Frågeformulering: "Vilken är din åsikt om följande förslag? - Minska den offentliga sektorn". Svartalternativen är "mycket bra förslag"; "ganska bra förslag"; "varken bra eller dåligt förslag"; "ganska dåligt förslag" samt "mycket dåligt förslag". Procentbasen utgörs av samtliga svarande.

Välfärdens styrning – marknadsiering

De senaste decennierna har ett antal reformer stöpt om den offentligt finansierade välfärden till att styras med marknadslänkande system. På 1980-talet kritiserades den offentliga sektorn, från hela den politiska skalan, för att vara dyr och stelbent. Vänsterröster ville bryta upp byråkratin med idéer om egenmakt och lokal demokrati. Högerröster ville ha mer valfrihet och tillåta privata företag i välfärden och fick stöd av en nyliberal tidsanda där många var övertygade om att konkurrens skulle skapa kvalitet inom välfärden.

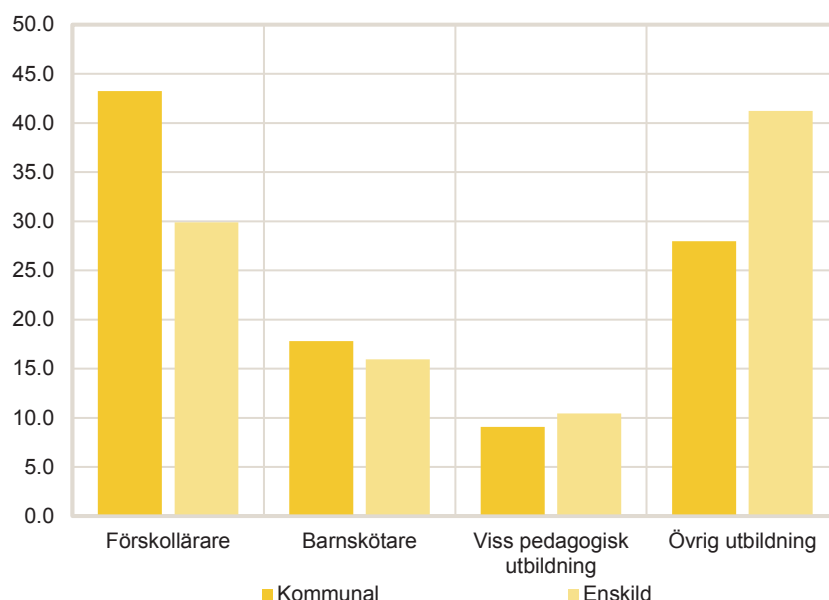
Det blev de nyliberala lösningarna som genomfördes, och stegvis har reformer införts som har förändrat styrningen av offentlig sektor. Några exempel är att aktiebolag tilläts i barnomsorgen 1991; friskolereformen började genomföras 1992; och Lagen om valfrihetssystem/vårdval (LOV) infördes 2008 och blev obligatoriskt i primärvården två år senare. Marknadsieringen sker bland annat genom offentlig upphandling enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU), eller genom kundvalssystem, som skolval eller valfrihetssystem enligt LOV. Förhoppningarna var att reformerna skulle skapa konkurrens som i sin tur förmodades leda till högre kvalitet, ökad effektivitet, mindre byråkrati och bättre arbetsvillkor.

I dag ser vi att förhoppningarna inte har infriats. Det finns naturligtvis många privata företag inom vård, skola och omsorg som bedriver en verksamhet med hög kvalitet. Men på samhällsnivå går det inte att se effekter som tydligt visar att produktionen av välfärd har blivit billigare, eller att markanta kvalitetsförbättringar har inträffat. Samtidigt har nya problem uppstått. En ny byråkrati har vuxit upp för att kontrollera att alla företag inom välfärden följer de avtal som har upprättats. På flera områden sparar privata välfärdsföretag in på viktiga kvalitetsfaktorer som personaltäthet, utbildningskrav och anställningsförhållanden.

Privata utförare har, i genomsnitt, lägre bemanning, färre anställda med rätt utbildning samt fler deltids- och visstidsanställda jämfört med kommunala utförare. Diagram 2.6 nedan visar att de enskilda förskolorna har betydligt lägre andel förskollärare jämfört med de kommunala. De enskilda har även lägre andel barnskötare, alltså båda de utbildningar som är utformade för arbete på förskola. Den största gruppen på enskilda förskolor är "övrig utbildning", den kategori som Skolverket tidigare kallade "saknar utbildning för att arbeta med barn". Sverige har utvecklat förskolor med hög kvalitet där förskollärare, med högskoleutbildning, och

barnskötare, utbildade på gymnasienivå, arbetar tillsammans. Risken är påtaglig att en utveckling mot allt lägre andel personal med utbildning för att arbeta med barn äventyrar förskolornas kvalitet.

Diagram 2.6 Utbildning bland personal förskola 2021, andel heltidstjänster som arbetar med barn

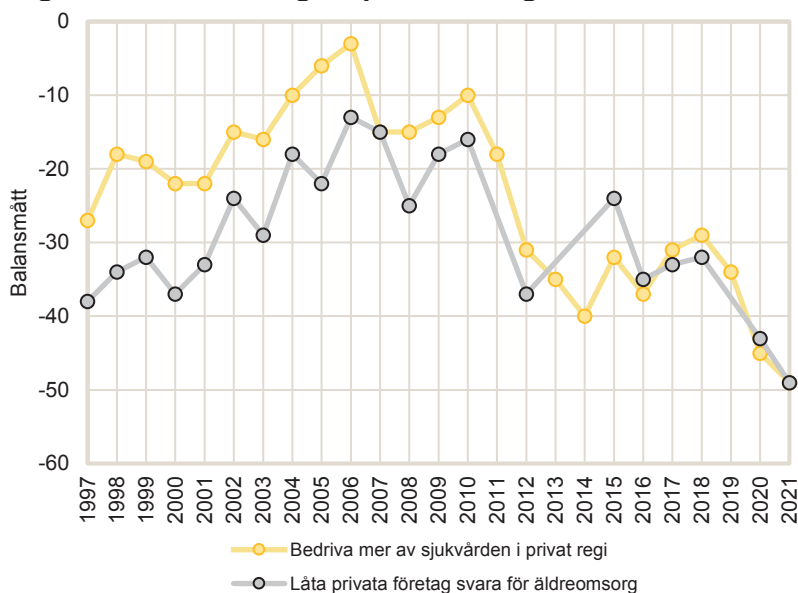


Källa: Skolverket, 2022. (Lärare och fritidspedagog har plockats bort då båda utgör mindre än 2 procent av personalen i förskolan).

Den politiska styrningen av välfärden har haft fokus på ökad konkurrens och bra förutsättningar för företagen, snarare än att förbättra för medborgarna och bidra till ett jämlikt samhälle. De marknadsinspirerade reformerna har byggt in mekanismer i välfärden som leder till en ojämlik välfärd. Det är lättare att bedriva en lönsam verksamhet med elever från högutbildade hem än med elever vars föräldrar har kortare utbildning. Högutbildade patienter med lättbehandlade sjukdomar och generellt god hälsa är mer lönsamma än lägre utbildade patienter med mer komplicerade sjukdomar som kräver fler och längre besök - och kanske även en tolk. Privata utförare kan locka till sig ”rätt” grupper på flera sätt, till exempel genom att placera sin verksamhet i resursstarka områden, att marknadsföra sig mot resursstarka grupper, eller genom att ha en inriktning på sin skola som passar självgående elever med starkt stöd hemifrån. Det har slagit mot mindre resursstarka grupper, till exempel LO-grupper och deras barn.

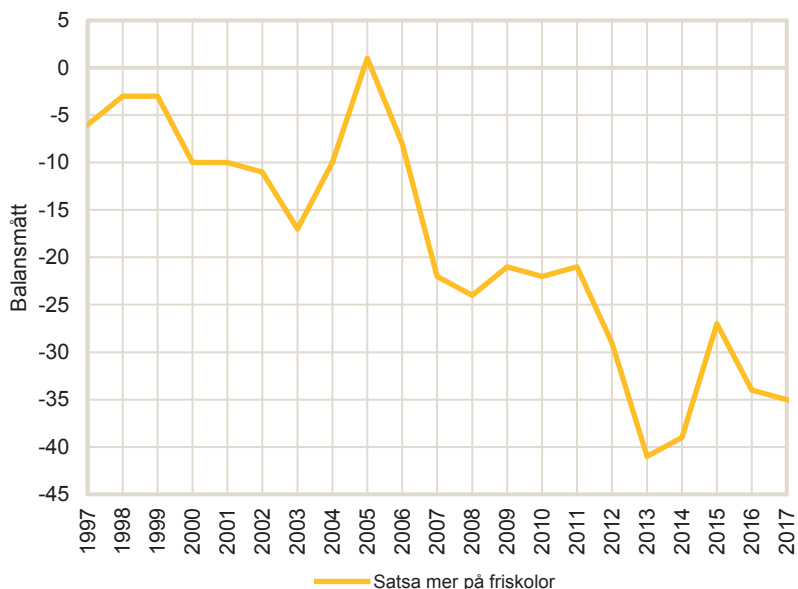
Medborgarna fortsatt kritiska till privatisering

Majoriteten av de svenska medborgarna är skeptiska till privatisering av vård, skola och omsorg, och fler har blivit kritiska över tid. Diagram 2.7 nedan visar att en ökande andel medborgare tycker att det är ett dåligt förslag att bedriva mer av sjukvården i privat regi och att låta privata företag svara för äldreomsorg. Balansmätt avser andelen som svarat att förslaget är ”mycket bra” eller ”ganska bra” minus andelen som svarat ”ganska dåligt” eller ”mycket dåligt”. År 2021 är balansmättet -50.

Diagram 2.7 Inställning till privatisering av vård och omsorg

Källa: SOM-institutet vid Göteborgs universitet (Den nationella SOM-undersökningen 1986–2021, Svenska trender 1986-2021). Frågeformulering: "Vilken är din åsikt om följande förslag?". Svarsalternativen är "mycket bra förslag"; "ganska bra förslag"; "varken bra eller dåligt förslag"; "ganska dåligt förslag"; "mycket dåligt förslag". Balansmätt avser andelen som svarat "mycket" eller "ganska bra förslag" minus andelen som svarat "ganska" eller "mycket dåligt förslag".

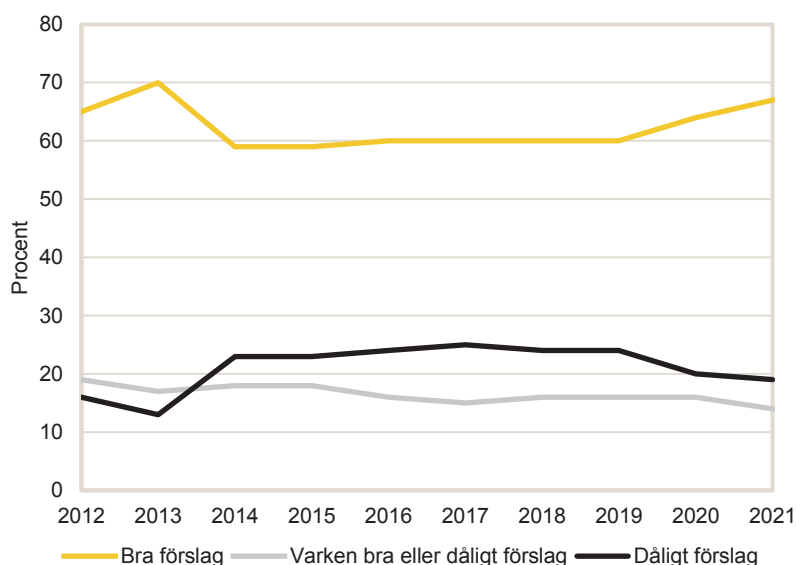
När det gäller att satsa mer på friskolor har SOM-institutet ställt frågan fram till 2017. Som framgår av diagrammet nedan är samma trend tydlig även när det gäller privatisering av skolan. Andelen som anser att det är ett dåligt förslag att satsa mer på friskolor har ökat under perioden.

Diagram 2.8 Inställning till privatisering av skola

Källa: SOM-institutet vid Göteborgs universitet (Den nationella SOM-undersökningen 1986–2021, Svenska trender 1986-2021). Frågeformulering: "Vilken är din åsikt om följande förslag?". Svarsalternativen är "mycket bra förslag"; "ganska bra förslag"; "varken bra eller dåligt förslag"; "ganska dåligt förslag"; "mycket dåligt förslag". Balansmätt avser andelen som svarat "mycket" eller "ganska bra förslag" minus andelen som svarat "ganska" eller "mycket dåligt förslag".

Det har aldrig funnits en majoritet bland medborgarna för att tillåta vinstutdelning i skattefinansierad vård, skola och omsorg. I diagram 2.9 nedan ser vi att andelen som tycker att det är ett bra förslag att förbjuda vinstutdelning har ökat sedan 2019, och andelen som anser att förslaget är dåligt har minskat. Två tredjedelar av befolkningen tycker att det är ett bra förslag att inte tillåta vinstutdelning i skattefinansierad vård, skola och omsorg och knappt en femtedel tycker att det är ett dåligt förslag.

Diagram 2.9 Vinstutdelning ska inte tillåtas i skattefinansierad vård, skola, omsorg



Källa: SOM-institutet vid Göteborgs universitet (Den nationella SOM-undersökningen 1986–2021, Svenska trender 1986–2021). Frågeformulering: "Vilken är din åsikt om följande förslag? - Vinstutdelning ska inte tillåtas inom skattefinansierad vård, skola och omsorg". Svartaltemativen är "mycket bra förslag"; "ganska bra förslag"; "varken bra eller dåligt förslag"; "ganska dåligt förslag" samt "mycket dåligt förslag". "Bra förslag" avser dem som svarat "ganska" eller "mycket bra förslag". "Dåligt förslag" avser dem som svarat "ganska" eller "mycket dåligt förslag".

Stora skillnader i marknadsieringens utbredning

Marknadsiering av vård, skola och omsorg innebär både ett förändrat sätt att styra välfärden med olika marknadsliknande system, samt att privata utförare ges möjlighet att bedriva skattefinansierad välfärd. Välfärden kan styras med marknadsliknande system även utan privata utförare, till exempel genom att välfärdsverksamhet upphandlas och kommunens egenregi vinner upphandlingen, eller ett valfrihetssystem där invånarna får välja mellan olika kommunala utförare. Marknadsmodellerna underlättar dock för att släppa in privata utförare, och det har också varit ett syfte med reformerna.

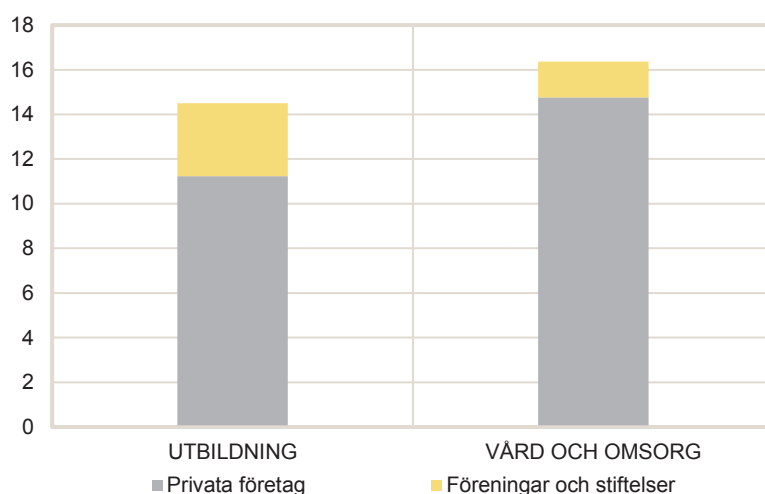
Det är stora skillnader mellan olika delar av landet både vad gäller i vilken utsträckning styrningen har marknadsierats och hur stor andel av välfärden som bedrivs av privata utförare. Det finns också skillnader mellan olika välfärdstjänster vad gäller hur stor andel som köps av privata utförare. I det följande visar vi några exempel på dessa skillnader.

De geografiska skillnaderna följer några mönster. Det tydligaste är att marknadsiering är mest framträdande i storstadsregionerna, i synnerhet i Stockholm. Det förklaras troligen dels av att regionerna och kommunerna i storstadsregioner i större utsträckning är styrda av borgerliga partier, dels av hur marknader fungerar. I storstäderna finns ett större utbud av elever, brukare och patienter på en mindre yta. Det gör det lättare för företag att bedriva en lönsam verksamhet. Ett annat genomgående mönster är att andelen välfärdstjänster som köps av föreningar och stiftelser, alltså utförare som inte har vinst som syfte, är låg. Ökningen av

privata utförare, sedan marknadsreformerna började införas på 1990-talet, har utgjorts av privata företag.

I diagram 2.10 nedan ser vi hur stor andel av verksamheterna inom utbildning (förskola, skola och fritidshem) respektive vård och omsorg som kommuner och regioner köper av privata företag samt från föreningar och stiftelser. Inom vård och omsorg har marknadsiseringsreformerna inte bidragit till någon ökning av andelen vård och omsorg som köps av föreningar och stiftelser. Inom utbildning har andelen föreningar och stiftelser minskat, samtidigt som andelen privata företag fortsätter att öka.

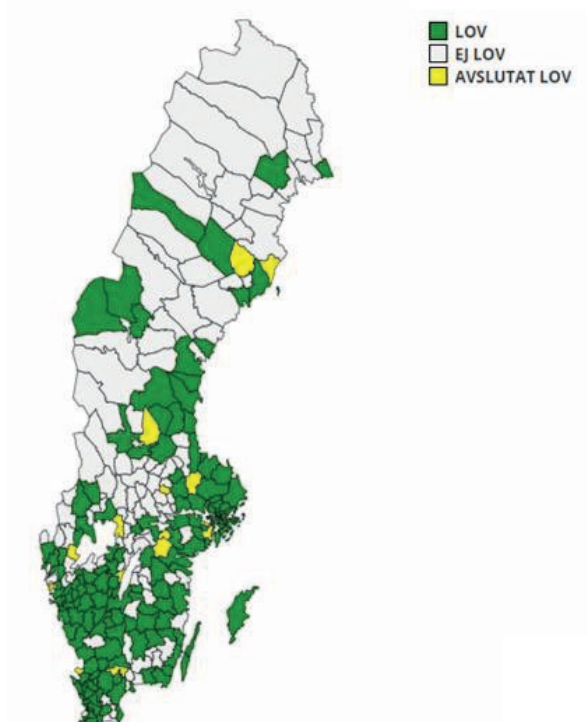
Diagram 2.10 Kommunernas köp av verksamhet från privata företag samt från föreningar och stiftelser 2019, andel av bruttokostnad



Källa: SCB, Finansiärer och utförare inom vården, skolan och omsorgen.

I kartdiagrammet 2.11 nedan visas ett exempel på skillnader mellan olika delar av landet. Det visar hur stor andel av eleverna i grundskolan som går i en skola med enskild huvudman (det som även kallas friskola) fördelat på län. Enligt Skolverkets statistik går totalt 1 107 000 elever i årskurs 1-9, varav 922 000 går i kommunal skola och 178 000 i skola med enskild huvudman. Det innebär att 16 procent av eleverna i grundskolan går i en skola med enskild huvudman. I Stockholms län är andelen högst med 26 procent, medan den är lägst i Jönköpings län med 6 procent.

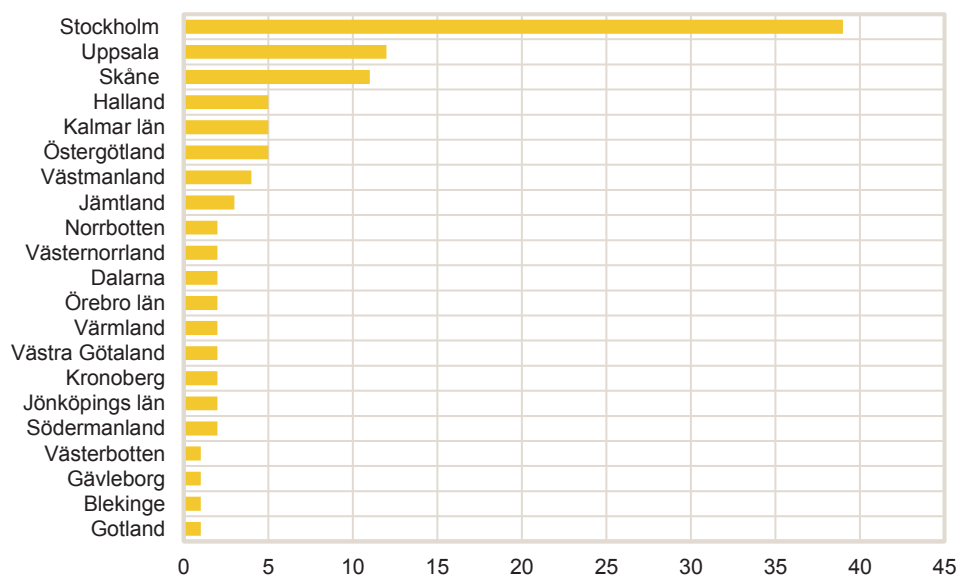
Diagram 2.12 Valfrihetssystem enligt LOV i kommuner 2021



Källa: SKR/Upphandlingsmyndigheten.

Inom sjukvården är det obligatoriskt med vårdvals-system inom primärvården. Därutöver kan regionerna besluta om att fler delar av vården ska läggas ut på vårdval. Diagram 2.13 nedan visar hur många vårdvals-system som de olika regionerna har infört. Som synes sticker Region Stockholm ut markant med 39 vårdval. Majoriteten har bara ett eller ett par valfrihetssystem.

Diagram 2.13 Antal valfrihetssystem inom regionernas verksamhetsområden, juni 2021

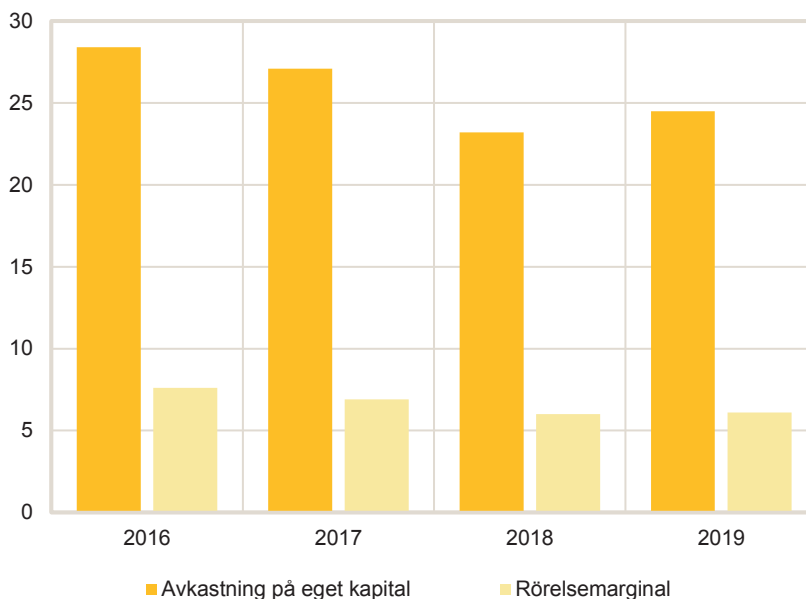


Källa: SKR (2021), PM Vårdval Valfrihetssystem i regionerna 2021.

Vinster, avkastning och värdeöverföringar

Många av företagen inom den skattefinansierade välfärden har god lönsamhet. Avkastning på eget kapital för företag inom vård, skola och omsorg var i snitt 24,5 procent 2019. Det kan jämföras med avkastning på eget kapital i hela tjänstesektorn samma år som var 13,7 procent. Ägarna till företag inom skola, hälso- och sjukvård samt omsorg i Sverige fick alltså en mycket god avkastning på sitt eget kapital, nästan dubbelt så hög som inom tjänstesektorn i sin helhet. Rörelsemarginalen för företag inom vård, skola och omsorg var i snitt 6,1 procent 2019.

Diagram 2.14 Nyckeltal för företag inom vård, skola och omsorg



Källa: SCB.

Vinstdriften leder till koncentration och oligopol, dvs en marknad som domineras av ett fåtal aktörer. Ett exempel på det är att fyra av tio friskoleelever, 147 000 elever, går i de fem största skolkoncernernas skolor. Dessa fem koncerner – Academedia, Engelska Skolan, Atvexa, Thorengruppen och Kunskapsskolan – omsatte 2020/2021 tillsammans 18,7 miljarder kronor. Academedia är den överlägset största koncernen med en omsättning på 10,8 miljarder i Sverige. 2020/21 gjorde de fem koncernerna ett samlat rörelseresultat på närmare 1,4 miljarder, vilket är sju gånger mer än för 15 år sedan. Mest tjänade Academedia med ett rörelseresultat i Sverige på 757 miljoner.⁴

Inom äldreomsorgen omsatte de tolv bolag med flest boenden över 45 miljarder kronor år 2020. I Sverige är Ambea och Attendo överlägset störst på privata äldreboenden. De båda bolagen har tillsammans nästan hälften (48 procent) av tillstånden hos Inspektionen för vård och omsorg (Ivo) för att bedriva särskilda boenden (äldreboenden samt boenden med särskild service). Attendo omsatte nästan 12,3 miljarder kronor, varav huvuddelen (76 procent) kommer från äldreomsorgen. Ambeas verksamhet inom äldreomsorg går under varumärket Vardaga (tidigare Carema). 2020 omsatte Ambea drygt 11 miljarder kronor, varav Vardaga utgjorde 32 procent.⁵

Vinst är ett trubbigt mätinstrument. LO menar att värdeöverföringar är ett mer relevant begrepp.⁶ Flera välfärdsföretag tar inte ut överskottet i verksamheten i vinst samma år, utan

⁴ Werne, Kent (2022) *Skolindustrin. Hur mångfald blev enfald*, LO.

⁵ Dagens Samhälle (2021) Lista: Här är storspelarna på äldreboendemarknaden. Dagens Samhälle 28/10 2021.

<https://www.dagensamhalle.se/offentlig-ekonomi/naringsliv/lista-har-ar-storspelarna-pa-aldreboendemarknaden/>

⁶ LO (2013) *Åtgärder för att begränsa vinst i välfärden*.

investerar i nya verksamheter eller uppköp av andra företag. Det kan se ut som om överskottet återinvesteras i verksamheten, men i själva verket används det för att expandera och därmed höja värdet på företaget, som sedan kan säljas med stor vinst. Andra exempel på värdeöverföringar är:

- Lån, räntor och avskrivningar inom samma koncern.
- Hyror. Valfärdsföretaget kan hyra lokaler av ett bolag inom samma koncern och betala en hyra som överstiger den marknadsmässiga.
- Köp av tjänster från andra bolag i samma koncern, exempelvis olika konsulttjänster där ersättningen är högre än om anbud tagits in.

Vård

Vilken är den viktigaste politiska frågan för svenska folket? Enligt opinionsundersökningsföretaget Novus mätningar har sjukvården hamnat i topp i varje mätning de senaste fyra åren. Det hänger förmodligen ihop med att medborgarna värderar hälsa – att vara frisk och få vård om man blir sjuk – mycket högt. Hälsa är ett viktigt värde i sig och påverkar dessutom människors levnadsvillkor på flera sätt, till exempel möjligheten att arbeta och försörja sig.

I SOM-undersökningen framgår att förtroendet för vården har ökat under senare år (se diagram 2.15). Coronapandemin innebar en stor påfrestning på sjukvården och personalen visade prov på god förmåga att ställa om verksamheten. Samtidigt blev brister, som underbemanning och bristande beredskapslager, smärtsamt tydliga. Nu finns det många i vårdens personal som har behov av återhämtning, samtidigt som det finns uppskjuten vård som behöver betas av.

I internationella mätningar ligger svensk sjukvård över genomsnittet för OECD-länder när det gäller medicinsk kvalitet, och ungefär på genomsnittet vad gäller tillgänglighet. Vi konstaterade tidigare att resurserna till vården har stärkts mer än till skola och omsorg. Men frågan är om resurserna går till rätt saker, och om de fördelas efter behov. Trots att Hälso- och sjukvårdslagets portalparagraf slår fast att vård ska ges på lika villkor är förtroendet för att så verkligen sker dessvärre lågt. I Sveriges Kommuner och Regioners enkät *Hälso- och sjukvårdsbarometer* svarar endast 58 procent att de har förtroende för att vård ges på lika villkor.

Det råder politisk enighet om att det viktigaste för att skapa en god vård på lika villkor, som fördelas efter behov och bidrar till god folkhälsa, är stärkta hälso- och vårdcentraler med vårdpersonal som känner invånarna och har förutsättningarna att ta ett helhetsansvar. Flera utredningar har beskrivit behovet av en god och nära vård och regeringens proposition om en primärvårdsreform antogs i april 2022.⁷

Samtidigt finns det mekanismer i vården som försvårar utvecklingen mot en bättre primärvård. Det är brist på många av vårdens yrkesgrupper och notan för hyrpersonal har ökat. Under 2021 utgjorde kostnaden för inhyrd personal 3,9 procent av regionernas totala personalkostnad.⁸

Att hälso- och sjukvården styrs som en marknad i större utsträckning har skapat ett system som missgynnar samarbete och förutsättningarna för att ta ett helhetsansvar. Vården har blivit fragmenterad med många olika vårdgivare som styrs och utvärderas som om de inte påverkar eller påverkas av andra aktörer. Marknadsreformerna har även utmanat principen om att vård ska fördelas efter behov och skapar ett system där patienter snarare får vård i enlighet med efterfrågan.⁹ Det har vuxit fram nätläkarbolag som har nischat sig mot patienter med okomplicerade vårdbehov. Dessa bolag satsar pengar på marknadsföring för att skapa en efterfrågan på vård för hälsotillstånd som egentligen inte behöver någon behandling.¹⁰

⁷ Proposition 2021/22:72 *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*, LOs yttrande ang SOU 2020:19 *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*.

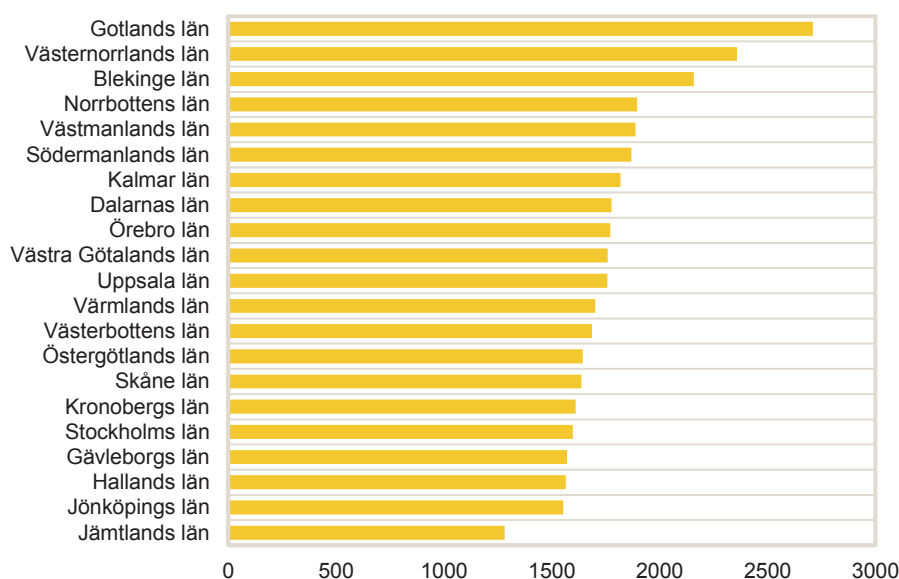
⁸ SKR (2022) *Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården 2021*.

⁹ Riksrevisionen (2014) *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?*

¹⁰ Bergwall, Peter (2021) *Exploring Paths of Justice in the Digital Healthcare: A Socio-Legal Study of Swedish Online Doctors*, Lunds universitet.

Två centrala frågor för att skapa en god, nära och jämlik vård är dels fast namngiven läkare i primärvården, dels en formalisering av undersköterskans roll för att underlätta arbetet i vårdteamet vilket skulle avlasta läkare och sjuksköterskor. Enligt lag ska alla ha tillgång till och kunna välja en fast läkarkontakt. Nyligen kom Socialstyrelsen med ett nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården. Riktvärdet är att en specialistläkare i primärvården ska ha ansvar för 1 100 invånare. Som framgår av diagram 2.15 nedan når ingen del av Sverige upp till det riktvärdet. År 2019 var rikssnittet 1 692 invånare per allmänläkare. Närmast riktmärket är Jämtlands län med 1 281 invånare per allmänläkare, och längst ifrån är Gotland där det finns en allmänläkare på 2 711 invånare.

Diagram 2.15 Antal invånare per allmänläkare, per län



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

Förskola, skola och fritidshem

I Sverige ska alla barn ha bra förutsättningar. Det är viktigt för det enskilda barnet, men också för att skapa ett jämlikt samhälle med tillväxt och utveckling. För att kunna erbjuda bra förutsättningar behöver alla föräldrar ha goda möjligheter att ta hand om sina barn och försörja sin familj. Förskola och fritidshem har ett dubbelt uppdrag. Dels ett pedagogiskt syfte som handlar om att stimulera barns utveckling och lärande. Dels ska förskola och fritidshem erbjuda barn en trygg omsorg i den omfattning det behövs med hänsyn till föräldrarnas förvärvsarbete och studier.

En stor majoritet av barnen går i förskola och på fritidshem. 85 procent av alla barn i åldern ett till fem år är inskrivna i förskolan. Bland tvååringarna är det 90 procent och från tre år 95 procent. Drygt fyra av fem barn i åldern 6-9 år är inskrivna på fritidshem. Inom förskolan har antalet barn ökat, men det gäller även antalet anställda. Det innebär att personaltätheten har ökat något de senaste åren och ligger nu på 5,1 barn per heltidstjänst. På fritidshemmen har personaltätheten legat på samma nivå under de senaste tio åren, med drygt 20 barn per heltidstjänst. Jämfört med 1980-talet har vi dock sett mer än en fördubbling av barn per vuxen.¹¹ LO har lyft fram behovet av en satsning på fritids för att bidra till ökad jämlikhet.¹²

¹¹ Skolverket samt Kommunal (2012) *Har någon sett Matilda? Vad fritidshemmen är och vad de skall kunna vara.*

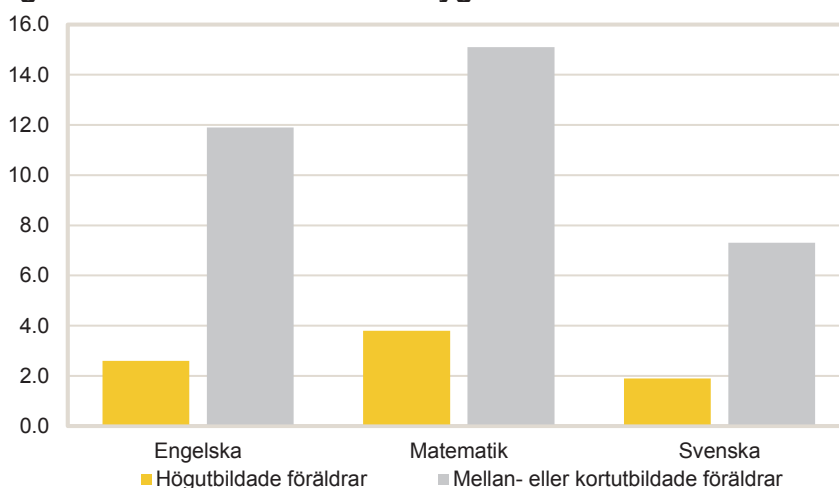
¹² LO (2018) *Program för en jämlik skola.*

Som framgick i diagram 2.6 är det stora skillnader i personalens utbildningsnivå mellan kommunala och enskilda förskolor. Detta gäller även fritidshem där till exempel andelen anställda med pedagogisk högskoleexamen är 39 procent i fritidshem med kommunal huvudman, medan andelen i fritidshem med enskild huvudman är 19 procent.¹³

Ett område där barnomsorgen brister är omsorg på kvällar, nätter, helger och tidig morgon. Kommuner är inte skyldiga att erbjuda barnomsorg på dessa tider. På dagens arbetsmarknad är det vanligt att arbeta utanför kontorstid, särskilt bland arbetaryrken. Sex av tio föräldrar som arbetar i LO-yrken arbetar på tider då barnomsorgen är stängd. Även i de fall då kommunen erbjuder barnomsorg utanför kontorstider är det ofta svårt att få tillgång till den. Föräldrar förväntas i första hand ordna omsorgen på annat sätt.¹⁴

En jämlik skola är en av LOs viktigaste politiska frågor. Utvecklingen under de senaste decennierna med ökad skolsegregation och ökade skillnader i skolresultat beroende på föräldrarnas socioekonomiska bakgrund är allvarliga hot mot jämlikheten och alla barns möjlighet att utvecklas och rustas för ett gott liv. I diagram 2.16 nedan visas andelen barn som får betyget underkänt i engelska, matematik och svenska i årskurs 9, uppdelat på deras föräldrars utbildningsnivå. Att skillnaderna är så stora, och att en så betydande andel av barnen med mellan- eller kortutbildade föräldrar får underkänt i kärnämnen, visar att skolan inte klarar sitt uppdrag att vara likvärdig och kompensatorisk.

Diagram 2.16 Andel barn med betyg F i årskurs 9



Källa: Skolverket.

Omsorg

De omsorgstjänster som kommunerna ansvarar för är vård och omsorg för äldre, funktionsnedsättningsomsorg samt individ- och familjeomsorg. Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre utgör lite mer än hälften – 51 procent – av kommunernas kostnader för socialtjänst.¹⁵ Insatser till personer med funktionsnedsättning står för strax under en tredjedel, och individ- och familjeomsorgen står för en femtedel av kommunernas kostnader för socialtjänst. I förhållande till annan verksamhet i kommunerna har kostnaderna för äldreomsorg och äldreomsorg sjunkit något de senaste åren och utgjorde 19,1 procent år 2019.¹⁶

¹³ Skolverket (2022) *Elever och personal i fritidshem Läsåret 2021/22*

¹⁴ LO (2022) *Den klassblinda familjepolitiken*.

¹⁵ Socialstyrelsen (2022) *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*

¹⁶ Se Socialstyrelsen (2021) *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021 och Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2021*.

Äldreomsorg

Sverige har byggt upp en äldreomsorg av hög kvalitet. Åtta av tio äldre som har hemtjänst eller bor på särskilda boenden är nöjda med omsorgen. Äldreomsorgen är, precis som barnomsorgen, en del av en social infrastruktur. Den hjälper äldre som har behov av omsorg, samtidigt som de äldres barn och andra anhöriga kan arbeta och försörja sig utan att vara oroliga. De vet att föräldrar eller andra äldre släktingar får den omsorg som de behöver.

Men det finns brister. Resurserna har inte räknats upp i nivå med behoven. Det har lett till att många kommuner har stramat åt, och äldre får inte hemtjänst eller särskilt boende förrän de har stora hjälpbehov. Marknadslösningar har lett till att multisjuka äldre skickas mellan olika vård- och omsorgsgivare i en fragmentiserad vård och omsorg utan ett sammanhållet ansvar.

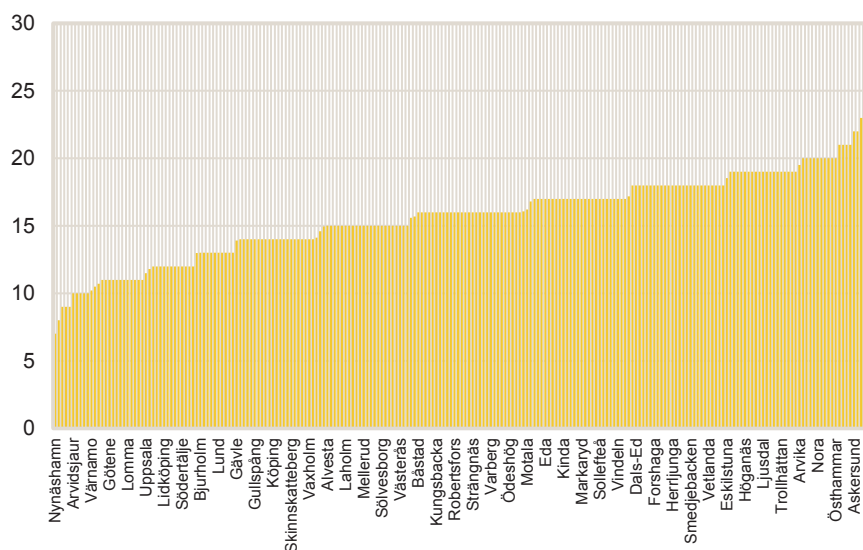
Anhörigas omsorg av äldre har ökat de senaste decennierna.¹⁷ Nästan hälften av alla i medelåldern ger omsorg, och fem procent av kvinnorna respektive två procent av männen blir som en följd av det själva sjukskrivna i minst två veckor. Uppskattningsvis har 140 000 personer gått ned i arbetstid eller slutat arbeta för att ta hand om sina anhöriga. En stor ökning har skett av så kallad organisatorisk omsorg, det vill säga att anhöriga får samordna de olika vård- och omsorgskontakter som den äldre behöver. Anhörigvårdare har en viktig roll för att stödja sina närstående äldre, men det måste ske frivilligt ur både den äldres och de anhörigas perspektiv.

En förutsättning för äldreomsorg av hög kvalitet är att personalen känner personen i fråga och hur hen behöver hjälp. Personalen behöver också ha rätt kompetens och tillräckligt med tid för att kunna vara flexibel och anpassa omsorgen efter den äldres dagsform. I dag har personalen i äldreomsorgen i många kommuner ofta en pressad arbetssituation och tvingas till korta besök hos många brukare.¹⁸ Det påverkar även kvaliteten på den omsorg som de äldre får. Diagram 2.17 nedan visar hur många olika individer i genomsnitt som hemtjänstpersonalen består av hos en brukare under 14 dagar, uppdelat per kommun och sorterat från lägsta till högsta värde. Nationellt genomsnitt är 16 personer. Som framgår av diagrammet är det stora skillnader mellan olika kommuner: Nynäshamn har bäst personalkontinuitet med i genomsnitt sju olika personer ur hemtjänstpersonalen som hjälper den äldre under 14 dagar, medan Oxelösund har högst genomsnitt på 24 olika personer.

¹⁷ Ulmanen, Petra (2015) *Omsorgens pris i åtstramningstid: Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv*.

¹⁸ Arbetsmiljöverket (2020) *Projektrapport Äldreomsorgen 2017-2019. Riskfylld arbetsmiljö - utmaningar för framtidens äldreomsorg*.

Diagram 2.17 Personalkontinuitet i hemtjänst: Genomsnittligt antal hemtjänstpersonal som hjälper den äldre under 14 dagar, år 2021.



Källa: Kolada.

Under coronapandemin blev brister i vård och omsorg om äldre uppenbara.¹⁹ Det har bidragit till att regeringen har tagit flera initiativ för att stärka äldreomsorgen. Några exempel är ett permanent sektorsbidrag till äldreomsorgen; ett äldreomsorgslyft där anställda får utbilda sig till bland annat undersköterska på betald arbetstid; krav på en fast omsorgskontakt som är undersköterska; och en äldreomsorgslag samt en äldreomsorgsplan som anger vad medborgare kan förvänta sig av äldreomsorgen i alla landets kommuner. Alla dessa exempel är del av ett långsiktigt arbete som måste hållas i över tid. Under de kommande åren väntas behov av äldreomsorg att stiga när andelen av befolkningen som är över 80 år ökar. För att det inte ska leda till att fler går ned i arbetstid mot sin vilja för att vårda sina anhöriga behövs stora satsningar på att bygga ut och kvalitetssäkra äldreomsorgen.

Äldreomsorgspersonalens förutsättningar

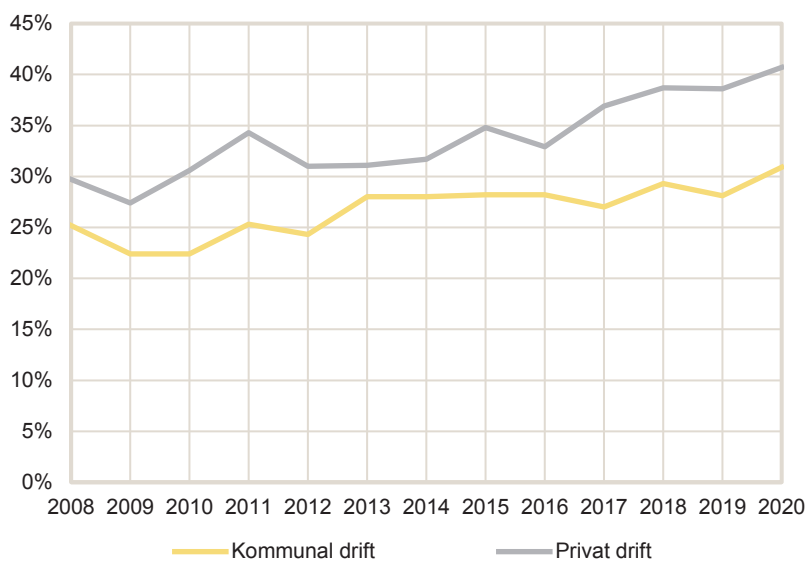
Fackförbundet Kommunal gör regelbundet medlemsundersökningar, bland annat om personalens förutsättningar. I rapporten *Rätt bemanning* (2021) beskrivs hur Kommunals medlemmar ser på dagens underbemanning i svensk äldreomsorg och hur den påverkar omsorgskvaliteten. Några resultat är:

- Endast en av fem av personalen svarar att bemanningen på deras arbetsplats i äldreomsorgen är tillräcklig varje dag.
- 37 procent av äldreomsorgspersonalen anser att bemanningen sällan eller aldrig är tillräcklig.
- Över en tredjedel anser att den otillräckliga bemanningen utgör en risk för de äldre minst någon gång i veckan.

Personalens pressade arbetssituation och den låga personalkontinuiteten har ett direkt samband med nivån på bemanningen. Andelen tidsbegränsat anställda är hög. Var fjärde anställd inom äldreomsorgen är tidsbegränsat anställd. Andelen tidsbegränsade anställningar och deltidsanställningar är högre inom privat driven äldreomsorg än inom kommunal regi.²⁰ Som framgår av diagram 2.18 nedan har skillnaderna ökat över tid.

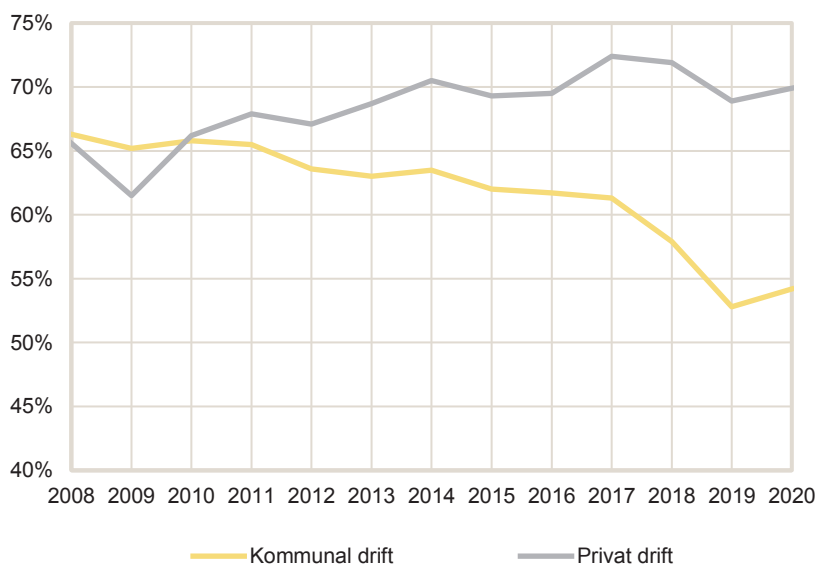
¹⁹ SOU 2020:80 *Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen*

²⁰ Kommunal (2021) *Så mycket bättre? 2021 En jämförelse av anställningsvillkor och löner i privat och kommunalt driven äldreomsorg*

Diagram 2.18 Andel tidsbegränsat anställda inom äldreomsorgen

Källa: SCB arbetskraftsundersökning

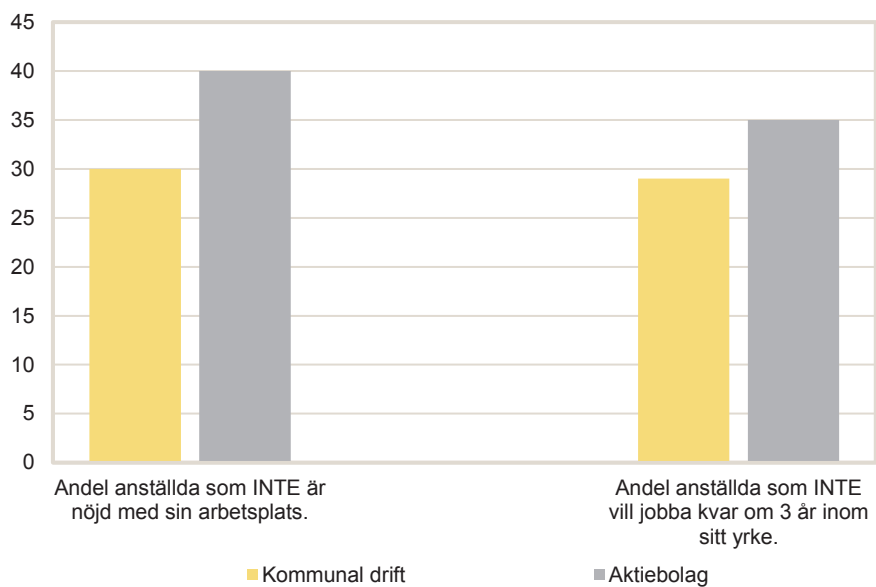
Över hälften av personalen i äldreomsorgen är deltidsanställd. Inom kommunalt driven äldreomsorg pågår ett arbete att införa heltid som norm. Fackförbundet Kommunal och arbetsgivarparten Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, arbetar tillsammans med en målsättning om att alla som nyanställs blir anställda på heltid, och att den som är anställd på deltid blir erbjuden heltid. I diagram 2.19 nedan syns en minskning av deltidsanställda inom kommunalt driven äldreomsorg, medan andelen deltidsanställda ökar i privat driven äldreomsorg.

Diagram 2.19 Andel deltidsanställda inom äldreomsorgen

Källa: SCB arbetskraftsundersökning

Äldreomsorgen har ett stort behov av att rekrytera personal framöver när gruppen över 80 år växer. Som synes i diagram 2.20 är en stor andel av personalen inte nöjd med sin arbetsplats och vill inte jobba kvar. För att det ska bli möjligt att få dagens anställda att arbeta vidare i äldreomsorgen, samtidigt som ny personal ansluter, behöver arbetsituationen förbättras radikalt.

Diagram 2.20 Personalens upplevelse



Källa: Kommunals medlemsundersökning 2021

3. Utmaningar i vård, skola och omsorg

Fokus i den här rapporten är på det välfärdsunderskott som har växt fram under de senaste decennierna när resurserna till välfärden inte har följt med utvecklingen av behoven. Bristen på resurser hänger ihop med en rad utmaningar inom vården, skolan och omsorgen. Många bedömare ser kompetensförsörjningen som välfärdstjänsternas största problem. Även om det skjuts till resurser så finns det inte personal med rätt kompetens att anställa. Som vi beskriver i det här avsnittet är det en utmaning med flera dimensioner som behöver tas på allvar.

En annan utmaning, som vi lyfter här, är bristen på insyn i välfärden och politikens svårigheter att styra hur välfärdens resurser används i en allt mer marknadsierad välfärd. Det räcker inte att öka resurserna. Vi behöver även ta tillbaka den demokratiska kontrollen över vård, skola och omsorg.

Den tredje utmaningen, som vi beskriver i det här avsnittet, är risken för ett systemskifte, från en generell skattefinansierad välfärd av hög kvalitet som fördelas efter behov till en åtstramad skattefinansierad basvälfärd där de som har råd kan köpa sig högre kvalitet. Risken för systemskifte hänger nära samman med välfärdsunderskottet. Om välfärden inte når upp till den kvalitet som medborgarna förväntar sig kommer en efterfrågan på privat betalda tillägg att öka. Utvecklingen förstärks genom att privata aktörer har släppts in i offentligt finansierad välfärd. Samtidigt har politiken understött möjligheten att ”toppa upp” offentligt finansierad sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar med kortare väntetider, och offentligt finansierad omsorg med skattesubventionerade rut-tjänster.

Kompetensförsörjning

Personalen är välfärdens viktigaste resurs. Välfärdens kvalitet bygger i stor utsträckning på de anställdas kompetens, engagemang och handlingsutrymme – att personal med rätt kompetens får tillräckligt med tid för att utföra sitt arbete.

Det är svårt att rekrytera personal inom nästan alla välfärdsyrken redan i dag och rekryteringsbehoven de kommande åren är stora.²¹ Som vi såg i kapitlet om äldreomsorgen är en av de viktigaste välfärdsutmaningarna att göra välfärdsyrkena attraktiva så att fler väljer att arbeta inom vård, skola och omsorg – och att de som arbetar där stannar kvar.

Resursbristen syns i rapporter om alltför pressad arbetsmiljö; i de höga sjukskrivningstalen inom välfärden; när anställda går ned i arbetstid för att orka; samt när välfärdspersonal helt sonika lämnar sektorn. Anställningsförhållandena i välfärden har försämrats med fler otrygga anställningar, deltid och delade turer med en lång paus mitt på dagen. Precisionsbemanning har satts före kontinuitet och kompetens. Välfärdstjänster styrs med ökad detaljkontroll och minutscheman, i stället för att understödja personalens kunnande och helhetssyn.

Många anställda inom välfärden har fått nog av nedskärningar och bristen på kollegor. På senare år har flera upprop och grupper protesterat mot situationen: undersköterskeupproret, förskoleupproret, sjukvårdsupprop och lärarmarschen. För att kunna säkra kompetensförsörjningen till vård, skola och omsorg behövs både ökad bemanning och åtgärder som skapar trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö.²²

Det behövs olika vägar in och utbildningsplatser på flera nivåer så att fler kan skaffa sig rätt kompetens för välfärdsyrkena. De som arbetar i sektorn ska inte bara stanna kvar, det är även angeläget att personer med utbildning inom olika välfärdsyrken kommer tillbaka. Universitetskanslersämbetet (UKÄ) har tillsammans med Myndigheten för yrkeshögskolan och Skolverket fått i uppdrag att kartlägga och föreslå fler vägar till vårdsyrken. De konstaterar i en delrapport att det finns minst 42 000 personer som har en undersköterskeutbildning, men som inte arbetar inom vård och omsorg.²³

²¹ SKR (2020) *Möt välfärdens kompetensutmaning – rekryteringsrapport 2020*

²² Se bland annat SOU 2021:52 *Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre* samt boken Awad, Akil m.fl. red (2022) *Stockholms sjukvårdsupprop: vittnesmål*

²³ UKÄ (2022) *Uppdrag att kartlägga och föreslå fler vägar till vårdsyrken. Delredovisning*

Ta tillbaka den demokratiska kontrollen

Marknadslösningar har försvagat den demokratiska kontrollen över välfärden. Med dagens vinstdrivna välfärdsverksamhet renodlas marknadstänkandet och vi riskerar att få en så hårt kontrollerad, reglerad och standardiserad välfärdsverksamhet att själva styrningen blir ett hot mot såväl valfrihet som kvalitet.

Ett problem är att privata aktörer inom vård, skola och omsorg inte omfattas av offentlighetsprincipen så allmänhetens insyn i verksamheterna är begränsad, fast de är skattefinansierade. Ett annat problem är att det finns system där kommuner och regioner saknar möjlighet att påverka både *när* och *var* en ny aktör etablerar sig. Detta gäller till exempel på skolans område där kommunen inte kan stoppa en skoletablering om skolan har fått tillstånd från Skolinspektionen. Det gäller även inom kundvalssystem enligt Lagen om valfrihetsystem, LOV, där alla leverantörer som lämnar in en ansökan som uppfyller de krav och villkor som framgår av förfrågningsunderlaget ska godkännas, tecknas kontrakt med och tillåtas bli leverantör i valfrihetssystemet. Det gör det svårt att planera för medborgarnas bästa och för en jämlik välfärd.

Brist på insyn och marknadslogik har även lett till problem är betygsinflation. Forskning har visat att fristående grundskolor sätter högre betyg än kommunala givet elevers kunskapsnivå.²⁴ När välfärden öppnades upp för privata aktörer skapades även möjligheter för oseriösa företag att fuska sig till resurser.²⁵ Mellan 2013 och 2021 har minst 66 hemtjänstföretag stängts av från kommuners valfrihetssystem på grund av fusk.

Vad är mest rationellt – köpa välfärdstjänster eller bedriva i egen regi?

Troligtvis har du hört följande argument, eller en variant på samma tema: Om det anses rationellt att låta privata företag bygga sjukhus med offentliga medel, varför ska inte privata aktörer få sköta driften av sjukhuset? Verkligheten är mer komplex än den spetsigt formulerade frågan, men kan ses som ett intressant tankeexperiment när beslut om välfärdsproduktion ska fattas.

Det finns flera exempel på kommuner som har tagit tillbaka verksamheter i egen regi. Den borgerliga kommunen Lomma har till exempel återigen placerat hemtjänst och äldreboende under egen försorg. Kommunalrådet Robert Wenglén (M) argumenterar för att kommunal regi ger ”mer pang för pengarna” då kommunen kan låna billigt och slippa avkastningskrav.²⁶ En forskningsenkät till kommuners ekonomi- och socialchefer, genomförd 2018, visar att kommuner har tagit tillbaka verksamhet vid mer än 200 tillfällen under de tre föregående åren.²⁷ Orsakerna till dessa återkommunaliseringar har varit kvalitetsbrister, att kommunen anser att andelen privata utförare blivit för hög, eller rent ekonomiska faktorer där uträkningar har visat att det blir billigare att driva verksamheten i egen regi.

Diskussionen om valet att producera välfärd i offentlig eller privat regi tangerar en bredare akademisk diskussion kring organisationers val att producera på egen hand, eller att köpa på marknaden. Vad är mest ekonomiskt rationellt?

Om vi antar att fria marknader är det bästa medlet för att allokera begränsade resurser, varför organiseras inte företag som marknader internt, utan snarare som centralt koordinerad hushållning? Det förklaras bland annat av *transaktionskostnader*, det vill säga kostnaden att köpa varor och tjänster på en fri marknad. Du ska hitta det du behöver. Du ska specificera exakt vad som ska tillverkas eller hur något ska utföras i ett kontrakt. Du behöver troligen kontrollera att kontraktet efterlevs. Och du behöver ta höjd för hur kvalitetskrav som inte uppnås ska hanteras.

²⁴ Vlachos, Jonas (2018). ”Trust-Based Evaluation in a Market-Oriented School System”. IFN Working Paper nr 1217. Stockholm: Institutet för Näringslivsforskning.

²⁵ Se Hjort Klingberg, Mira & Martinsson Karl (2021) *Hemtjänstmaffian: miljonsvindeln som förändrade äldreomsorgen*. Bokförlaget Atlas.

²⁶ Wenglén, Robert (2020) ”Det går att få mer ’pang för pengarna’ om äldreomsorgen drivs i kommunal regi.” *Sydsvenskan* 23/3 2020. <https://www.sydsvenskan.se/2020-03-23/det-gar-att-fa-mer-pang-for-pengarna-om-aldreomsorgen-drivs-i-kommunal-regi>

²⁷ Jansson, Magnus m.fl. (2021) ”Drivers of outsourcing and back-sourcing in the public sector: From idealism to pragmatism” i *Financial Accountability and Management*, Vol. 37, nr 3, s. 262-278

Ett relaterat problem är att en del transaktionskostnader kan vara ”osynliga” när beslutet att köpa från den fria marknaden fattas. Till exempel kan du ha begränsad information om vilka behov du har i framtiden, dina kunders beteenden, eller din leverantörs förmåga att leverera kvalitet över tid. Det som verkar vara rationellt vid ett första köp från marknaden kan på sikt visa sig vara olönsamt eller ineffektivt med tiden.

Ändå upphandlar både privata företag och offentliga organisationer regelbundet från marknader. Marknaden har en helt avgörande funktion i en modern samhällsekonomi. Det väsentliga är hur och varför beslutet att producera själv eller köpa fattas – dessa avvägningar kallas för *make or buy*-problemet.

För att illustrera avvägningen utgår vi från två självständiga aktörer som bestämmer sig för att investera i ett gemensamt åtagande²⁸. Bägge parter behåller kontrollen över sina separata organisationer och gör initiala investeringar i specifika åtagande som ger gemensam vinning. Då de har begränsad information om varandra skrivs ett kontrakt som specificerar respektive parts åtaganden.

Svårigheter uppstår ju mer avancerad den gemensamma verksamheten är, och ju mer specifika de respektive åtagandena blir. Kontrakten blir komplexa och ofullständiga och det blir allt svårare för den ena parten att reglera den andra partners agerande i frågor som påverkar den gemensamma vinningen. Med detta ökar risken att den ena parten underinvesterar, vilket minskar den gemensamma vinsten.

Då kontrakt ofta är ofullständiga, och eftersom separata organisationer innebär transaktionskostnader, kan det alltså vara billigare att producera själv än att köpa av en annan organisation som erbjuder varor eller tjänster på den fria marknaden. I klassiska företagsekonomiska exempel kan det till och med vara ekonomiskt rationellt att köpa upp den andra parten till överpris.²⁹

Om vi återgår till vårt ursprungsexempel där vi har en allmän acceptans för att en privat aktör vinner en upphandling för att uppföra sjukhuset, men där den offentligfinansierade driften i privat regi ifrågasätts, finns det goda (och ekonomiskt rationella) skäl till detta kritiska förhållningssätt. Ur ett kontraktsperspektiv är verksamheterna helt väsensskilda. Trots utmaningar att upphandla och uppföra just sjukhus innebär åtagandet att en privat aktör bygger fysisk infrastruktur utifrån fysiska kravspecifikationer under relativt förutsägbara förhållanden under en begränsad tidsperiod. Driften av de vårdinrättningar som samlas i sjukhuset är allt annat än förutsägbara, innebär kvalitetskrav som är svåra att specificera och som förändras över tid, och där driften är allt annat än temporär. Vård är dessutom ett demokratiskt beslutat välfärdsåtagande och bör således betraktas som en offentlig kärnverksamhet, till skillnad från uppförandet av offentliga byggnader.

Det offentliga finansierar och ställer likvärdiga krav på välfärdsverksamheter i såväl offentlig som privat regi. Målet är att skapa största möjliga välfärd för skattebetalarna med begränsade resurser. Inom den offentligt styrda välfärden är det möjligt att direkt påverka hur kraven uppfylls i den egna verksamheten, eftersom kommunen har mer information om sina egna verksamheter. Kommunen kan dessutom leda och omfördela resurser internt.

Men när kommunen ska påverka privata utförare är det lätt att den hamnar i den problematik som just har beskrivits: det offentliga måste specificera via kontrakt och regleringar. Ju mer komplexa kraven och verksamheten blir, desto svårare blir det att skriva fullgoda kontrakt och ju högre blir kostnaderna för att se till att reglerna efterlevs. Medborgarna ställer nya krav, kontrakten måste omförhandlas, tidigare förbisedda effekter måste regleras, nya allvarliga problem upptäckts under kontraktstiden, tillsynen och kontrollen måste öka, kvaliteten är inte den efterfrågade. Till slut kan verkligheten överträffa de akademiska exemplen; det blir kostnadsmässigt motiverat att återta verksamheten i offentlig regi.

²⁸ Exemplet utgår från Grossman och Harts (1986) *The Costs and Benefits of Ownership*, Journal of Political Economy, 1986 vol. 94, no. 4.

²⁹ Se t.ex. Coase (2000) *The Acquisition of Fisher Body by General Motors*, The Journal of Law and Economics, vol. 43, no. 1.

Risk för systemskifte till efterfrågestyrd välfärd och privat finansiering

Utvecklingen av nyliberala reformer i välfärden, det som kallas New Public Management (NPM), kan beskrivas som tre vågor. Den första vågen handlar om att organisera skattefinansierad offentlig verksamhet med ett marknadstänkande. Den andra vågen medförde en bolagisering och att utförandet av olika verksamheter lades ut på privata företag. Den tredje vågen går ut på att även privatisera finansieringen av tjänsterna.

I Sverige har vi inte riktigt kommit till den tredje vågen eller fasen, men det finns oroande tecken. Flera aktörer argumenterar för att välfärden i högre utsträckning måste finansieras privat.³⁰ De flesta menar att den demografiska utmaningen med fler äldre går att hantera inom en offentligt finansierad välfärd. Mer privat finansiering av välfärd motiveras snarare med att ökat välbefinnande leder till att efterfrågan på vård, skola och omsorg växer mer än ekonomin. Dessutom ökar inte produktiviteten i personalintensiv tjänstesektor lika mycket som i den varuproducerande sektorn. Varuproduktion kan effektiviseras och producera varor billigare, eller med högre kvalitet till samma pris. Då blir personalintensiva tjänster som välfärd, eller en sträckkvartett för den delen, relativt dyrare. Problemet med att finansiera välfärden gemensamt är alltså inte att vi inte skulle ha råd, utan att en större del av ekonomin skulle behöva vara skattefinansierad.

På den politiska högerkanten, med aktörer som Ratio och Timbro, finns en stor entusiasm inför en utveckling mot mer privat finansiering av välfärden. Möjligheten att underlätta med- och egenfinansiering i välfärden beskrivs som den nya valfrihetsfrågan. Dessa aktörer argumenterar bland annat för en övergång till obligatoriska sjukvårdsförsäkringar där försäkringsbolagen blir en central aktör i finansiering och styrning av vården, och där det finns goda förutsättningar att köpa till en bättre försäkring än den obligatoriska.

Det finns ännu inget politiskt parti som uttryckligen driver ett sådant här förslag, men finansborgarrådet i Region Stockholm, moderaten Irene Svenonius, propagerar för en vård finansierad av obligatoriska sjukvårdsförsäkringar i boken *Jag vill avskaffa mig själv*. Även Kristdemokraterna sneglar på länder med försäkringsfinansiering i rapporten *Århundradets sjukvårdsreform*, men partiet förespråkar inte en sådan lösning *just nu* eftersom ”många medborgare förknippar begreppet ’privat sjukvårdsförsäkring’ med länder där försäkringar inte omfattar samtliga medborgare.” KDUs ordförande, Nike Örbrink, vill däremot se ett system med obligatoriska sjukvårdsförsäkringar där alla medborgare väljer försäkringsbolag som i sin tur upphandlar vården av en vårdleverantör.³¹

Andra aktörer är mer bekymrade över hur ökat egenansvar för finansieringen av försäkringar skulle påverka olika grupper. ”Den framtida politiken står därför inför uppgiften att skapa förutsättningar för att medborgarnas efterfrågan på välfärdstjänster ska kunna tillgodoses utan att oacceptabla skillnader uppstår mellan olika medborgare.”, skriver Per Borg i en rapport som fick stor uppmärksamhet när den kom 2009.³² Thomas Andrén från Saco konstaterar att utbildning, sjukvård och barnomsorg är tjänster som är till nytta både för dem som brukar tjänsterna och för hela samhället. En jämn fördelning av välfärdstjänster har positiva effekter för alla, vilket talar för att även fortsatt finansiera dem via skatter. Andrén pekar dock på att den privata finansieringen redan har ökat, bland annat med utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar. Han menar att det kanske är ”den enda realistiska vägen på sikt”.

Privata sjukvårdsförsäkringar

När privata aktörer fick möjlighet att utföra skattefinansierad välfärd blev frågan om privat finansiering i offentligt finansierad välfärd aktuell. Friskolereformen tillät till en början att friskolorna tog ut en avgift, men senare förbjöds detta. Inom vård och omsorg har möjligheten att ”toppa upp” sin välfärd med privat finansiering understötts.

³⁰ Borg, Per (2009) *Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga?* ESO 2009:1, Gommel, Frida & Emanuel Örtengren (2021) *Egenfinansiering i vården*, Timbro, Karlson, Nils & Mattias Lundbäck (2022) *Rätt att välja. Framtidens vård och omsorg*, Andrén, Thomas (2021) *Välfärdens framtida finansiering – vad är problemet?* Saco

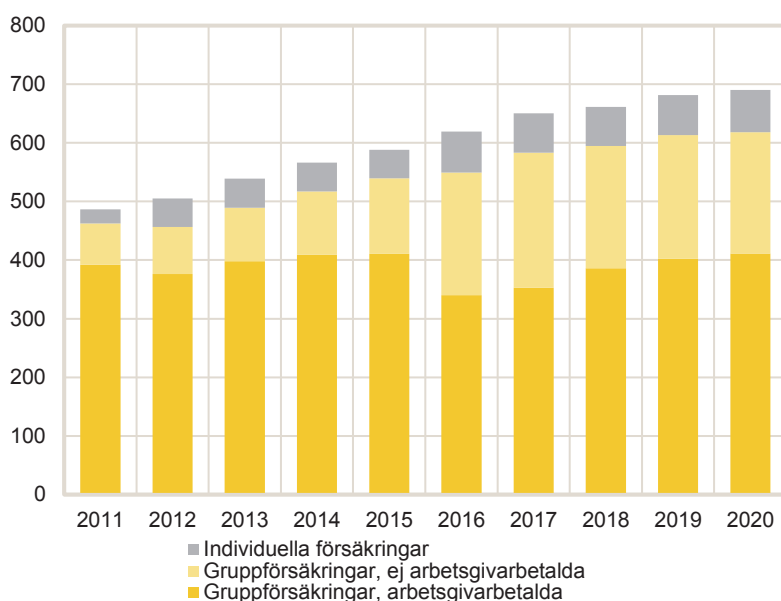
³¹ Örbrink, Nike (2021) ”KD borde ta initiativet till århundradets sjukvårdsreform” *GP* (13/11 2021).

³² Borg (2009) s. 50

År 2007 blev det tillåtet för privata vårdgivare att ta emot både offentligt finansierade och privat finansierade patienter. Detta gav företagen fler möjliga inkomstkällor och öppnade samtidigt upp för en växande försäkringsmarknad när antalet vårdföretag som försäkringsbolagen kunde ha avtal med ökade. Inom omsorgen underlättades privat finansiering genom skatteavdrag för hushållsnära tjänster, rutavdrag, och genom att privata omsorgsföretag får ta emot både offentlig och privat finansiering. Ett argument för att införa rutavdraget var att möjligheten att dra av halva kostnaden för hushålls- och omsorgstjänster utförda i det egna hemmet, eller i en förälders hem, skulle kompensera för minskningen av äldreomsorg och avlasta de äldres medelålders barn från anhörigomsorg.³³

Det skedde en kraftig ökning av antalet privata sjukvårdsförsäkringar efter 2006. På senare år har ökningen planat ut. År 2020 hade 690 000 personer i Sverige en privat sjukvårdsförsäkring. Det motsvarar drygt sex procent av hela befolkningen och 14 procent av den sysselsatta befolkningen i åldern 15-74 år. Premierna som betalas in till försäkringarna motsvarar dock mindre än en procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnader. Det saknas uppgifter om hur mycket vård som finansieras med försäkringarna.³⁴ Som framgår av diagram 3.1 nedan är majoriteten av försäkringarna betalda av arbetsgivarna. Få väljer att köpa sin försäkring individuellt. En försäkringstagare som inte får försäkringen betald av arbetsgivaren har oftast en gruppförsäkring till exempel via sitt fackförbund.³⁵

Diagram 3.1 Antal sjukvårdsförsäkringar, tusental 2011-2020



Källa: Svensk Försäkring

Det ska även noteras att sjukvårdsförsäkringarna är ojämnt och ojämnt fördelade.³⁶ Ju högre utbildning och inkomst, desto vanligare är det med privat sjukvårdsförsäkring. Endast en tredjedel av de försäkrade är kvinnor. Den kraftiga ökningen sedan 2006 har främst gått till den tiondel av befolkningen som har högst inkomster. I den gruppen mer än fördubblades andelen som har privat vårdförsäkring mellan 2006 och 2015. Detta innebär att de privata

³³ Prop. 2006/07:94

³⁴ SOU 2021:80 *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll*. Utredningen lägger förslag som, om de genomförs, kommer göra det möjligt att se hur stor andel av vården som betalas med försäkringar.

³⁵ Majoriteten av Sacoförbunden och några TCO-förbund erbjuder sina medlemmar sjukvårdsförsäkring. Inget LO-förbund gör det och LO har kongressbeslut på att stoppa utvecklingen med privata sjukvårdsförsäkringar.

³⁶ Palme, Märten (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige? En deskriptiv analys*

sjukvårdsförsäkringarna är vanligast i grupper med längre livslängd, bättre självrapporterad hälsa och lägre sjukskrivningstal än genomsnittet.

Folkhälsan i Sverige har utvecklats positivt under lång tid, men på senare år har skillnaderna utifrån klass, kön och födelseland ökat. Det förklaras av ökade ekonomiska klyftor och mer pressade arbetsvillkor, i synnerhet i LO-yrken. Det hänger också samman med att tillgången till vård har blivit mer ojämlig. Den mer ojämliga tillgången beror främst på att vården utvecklats till en marknad, där vårdföretag kan etablera sig i resursstarka områden där det är mest lönsamt. Privata sjukvårdsförsäkringar spår på den här utvecklingen.

Ett system med privata sjukvårdsförsäkringar utmanar den offentligt finansierad hälso- och sjukvården som fördelas efter behov. I Sverige har utvecklingen inte gått så långt än, men det går att förutse effekterna av en växande försäkringssektor utifrån både ekonomisk teori och erfarenheter från andra länder. Privata sjukvårdsförsäkringar leder till ineffektiv och ojämlig resursfördelning då försäkringsbolag välkomnar försäkringstagare med låg risk för sjukdom, och undviker kunder med hög risk att bli sjuka. Erfarenhet från länder där marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar har vuxit sig stark visar att politiken ofta är för svag för att lyckas reglera försäkringarna och hantera de starka ekonomiska intressen som ligger bakom försäkringarna. I flera länder motsätter sig försäkringsbolag och vårdföretag reformer för att skapa en jämlik, behovsbaserad vård.³⁷

Sammanfattningsvis är privata sjukvårdsförsäkringar ett hot mot den offentligt finansierade vården på flera sätt:

- Vården blir ojämlig då den ges efter plånbok, inte efter behov.
- Försäkringsvården tar knappa personalresurser i anspråk och belastar den gemensamma vården snarare än att avlasta den.
- Tilliten till den offentligt finansierade vården undermineras vilket leder till att viljan att bidra solidariskt till finansieringen minskar.

Sverige har fortfarande en mycket liten marknad för privata sjukvårdsförsäkringar. Det är emellertid viktigt att försäkringarna regleras innan marknaden har växt sig så stor att det blir politiskt omöjligt.³⁸

Avdrag för hushållsnära tjänster, rutavdrag

Hushållsnära tjänster är bland annat städning, tvätt i hemmet samt omsorg om barn och äldre. Rutavdraget gör det möjligt för den som köper hushållsnära tjänster, i sitt eget hem eller i sin förälders hem, att göra avdrag på skatten för halva arbetskostnaden. Taket för hur mycket avdrag en person får göra är 75 000 kronor per år, givet att personen har så mycket skatt att dra av.³⁹

Flera forskare varnar för att rutavdraget på sikt undergräver offentligt finansierad omsorg fördelad efter behov.⁴⁰ I takt med att den offentligt finansierade välfärden i allt högre utsträckning organiseras som en marknad har gränsen mellan offentligt finansierad välfärd och

³⁷ Thomson, Sarah m.fl (2020) *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*, European Observatory on Health Systems and Policies

³⁸ Förslagsvis i linje med den pågående utredning som har i uppdrag att: ”lämna förslag som i möjligaste mån innebär följande: att en privat vårdgivare som ingår avtal om hälso- och sjukvårdstjänster med en region, och därmed bedriver offentligfinansierad vård, inte får ta emot patienter vars vård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring för sådan vård som avtalet med regionen avser, och att offentligfinansierade vårdgivare får ta emot remitterade patienter från privata vårdgivare endast om den privata vårdgivaren har avtal om hälso- och sjukvårdstjänster med en region och därmed bedriver offentligfinansierad vård.”

³⁹ När rutavdraget infördes 2008 var taket 50 000 kronor. Det sänktes 2015 till 25 000 kronor för de som inte fyllt 65 år. Taket höjdes igen till 50 000 kronor från 1 juli 2019, efter att riksdagen antagit Moderaternas och Kristdemokraternas budgetreservation. Som en del av Januariavtalet höjdes taket till 75 000 kronor 1 januari 2021.

⁴⁰ Erlandsson, S., Storm, P., Stranz, A., Szebehely, M., & Trydegård, G.-B. (2013). ”Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation.” i G. Meagher, & M. Szebehely, *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences* (pp. 23-85). Stockholm: Stockholm University. Department of Social Work

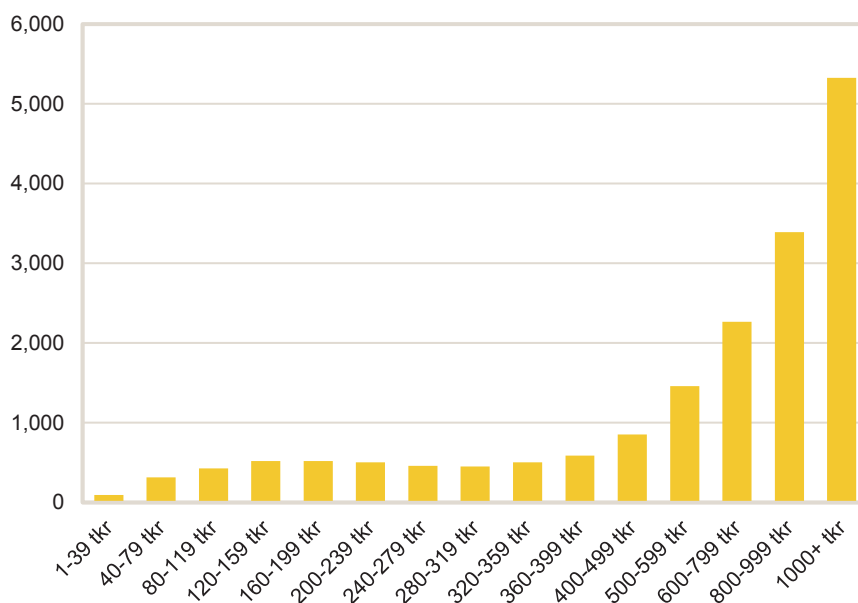
Blomqvist, Paula (2016) ”[NPM i välfärdsstaten: hotas universalismen?](#)” *Statsvetenskaplig tidskrift* 1/2016

Sirén, Sebastian (2019) [Välfärdspolitik och jämlikhet](#) *Insikter från jämförande socialpolitisk forskning*, LO

privat finansierad marknad luckrats upp. De tjänster som berättigar till rutavdrag, som städning, inköp, tvätt, personlig omsorg och barnpassning, överlappar insatser som utförs av hemtjänsten och barnomsorgen. Det är två olika, delvis skattefinansierade, system för samma hjälp som krockar. Ett marknadssystem som staten subventionerar med halva priset, där din betalningsförmåga avgör hur mycket hjälp du får. Och en generell välfärd med kommunalt finansierad äldreomsorg och barnomsorg där dina behov avgör vilken hjälp du får.

Den privatfinansierade hushållsnära sektorn har vuxit stadigt sedan rutavdraget infördes. Förra året, 2021, betalade staten ut 7 miljarder kronor i rutavdrag. Det innebär att Sverige förra året hade en rutsubventionerad sektor med en omsättning på 14 miljarder kronor. Nästan hälften av de resurser som staten lägger på rutavdrag går till den tiondelen av befolkningen som har de högsta inkomsterna.⁴¹ I diagram 3.2 nedan framgår hur stor kostnad staten har för rutavdrag per person i olika inkomstklasser. Det är tydligt att ju högre inkomst en person har desto större sannolikhet är det att personen använder rutavdrag, och att hen gör större avdrag.

Diagram 3.2 Statens kostnad för rutavdrag per person i olika inkomstklasser, 2020



Källa: SCB.

Rutavdraget leder till en utveckling där det som vi gemensamt beslutat ska vara ett ansvar för välfärden flyttas över till individen och en skattesubventionerad marknad. När mer resursstarka invånare kan lösa sina behov av omsorg med hjälp av skattesubventionerade ruttjänster minskar deras intresse av att garantera en offentligt finansierad omsorg av hög kvalitet, och därmed även det politiska trycket att bidra med mer resurser till välfärden.

⁴¹ Rickne, Johanna (2019) *SNS Analys nr 56. Kvinnor med flyktningbakgrund i rutsubventionerade företag*

4. Resursernas och behovens utveckling

I det här avsnittet beskriver vi vad som ligger till grund för våra beräkningar för hur mycket mer pengar som kommer att behövas till satsningar på välfärden fram till 2026. Avsnittet inleds med en beskrivning av LOs beräkningsmodell för behoven av välfärdstjänsterna vård, skola och omsorg inom kommuner och regioner. Inkomsterna för kommuner redovisas enligt finansdepartementets prognoser i vårpropositionen. Därefter beskriver vi de ytterligare satsningar som vi vill se för att ta itu med välfärdsunderskottet och höja kvaliteten. Slutligen beräknar vi ett finansieringsgap, eller ett *välfärds*gap, som uppgår till sammanlagt 201 miljarder kronor för de fyra åren 2023 till 2026.

LOs beräkningsmodell

Vår prognos över behoven i vård, skola och omsorg baseras på en framskrivning av 2019 års kostnader för välfärdstjänsterna hälso- och sjukvård, utbildning och omsorg i regioner och kommuner till och med år 2026. Framtidens behov beräknas genom att kostnaden per invånare i respektive åldersklass skrivs fram med utvecklingen av antalet invånare i åldersklasserna. Sedan används pris- och löneindex för att räkna upp kostnaderna till löpande priser. Vi inkluderar även en höjning om 0,3 procent per år i linje med Konjunkturinstitutets antagande om att utgifterna för lönerna och förbrukningen av varor och tjänster utgör konstanta kostnadsandelar i produktionen av välfärdstjänster.

Vår modell baseras på följande komponenter:

- SCB befolkningsframskrivning från april 2022.
- SCB kostnadsmatris för välfärdstjänster 2019.
- Pris- och lönekostnadsindex från SKR från februari 2022.
- SKR:s rekryteringsrapport 2020 samt Kommunals bedömning av ökad bemanning i välfärden i rapporten *Skatteväxling för välfärden* (2019).

Osäkerhet i prognosen

Prognoser är alltid förenade med osäkerhet. Flera skeenden kan påverka de faktiska utfallen för kommunernas och regionernas inkomster och behov av välfärdstjänster. Osäkerhet kring hur ekonomin utvecklas framöver är en sådan. En annan osäkerhet är den demografiska utvecklingen. SCBs befolkningsprognoser tenderar att revideras mellan åren och vi vet inte hur framtida flyktinginvandring ser ut.

Kriget i Ukraina är en annan osäkerhetsfaktor som påverkar både demografin och ekonomin i stort. SCB inkluderar inte personer som får uppehållstillstånd i Sverige genom massflyktsdirektivet i deras befolkningsframskrivning. Vi gör heller ingen egen uppskattning på grund av denna osäkerhetsfaktor. Vi konstaterar dock att en ökad flyktinginvandring innebär ökade behov av volymen välfärd. De flesta som flyr kriget är barnfamiljer som är i behov av i huvudsak barnomsorg och skola. Covidpandemin kan också påverka utfallen på flera sätt även fortsättningsvis.

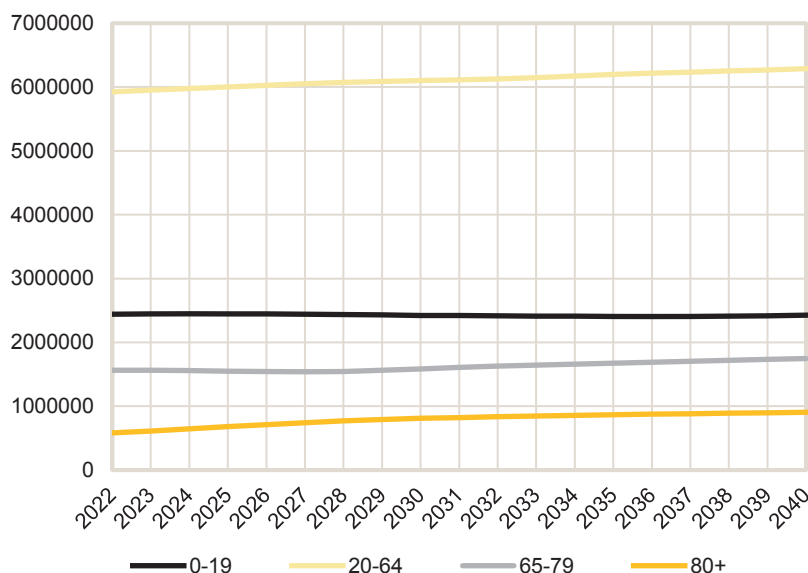
Befolkningsutvecklingen enligt SCBs framskrivning

Vår prognos baseras på SCBs befolkningsframskrivning från april 2022.⁴² Enligt SCB förväntas befolkningen öka från 10,5 miljoner i år till drygt 11,4 miljoner 2040. Det motsvarar en befolkningsökning på 8,1 procent. Fram till 2026 väntas befolkningen öka med 213 000 personer, vilket motsvarar en ökning på 2 procent. Utvecklingen i befolkningstillväxt och ålderssammansättning är viktiga komponenter i beräkningen av behovet av välfärdstjänster. Förändringar i demografin, där de äldre utgör en allt större andel av

⁴² I befolkningsframskrivningarna görs en framskrivning av den folkbokförda befolkningen. Personer som får uppehållstillstånd i Sverige genom massflyktsdirektivet ska inte folkbokföras i Sverige och ingår därmed inte i denna framskrivning. Personer som flyr från kriget i Ukraina räknas därmed inte in i befolkningsframskrivningen.

befolkningen, leder till ett ökat kostnadstryck på välfärdstjänsterna. Antalet personer av befolkningen över 80 år väntas under de närmaste tio åren öka med 41 procent, medan den arbetsföra befolkningen i åldern 20–64 år enbart ökar med 3 procent. En åldrande befolkning innebär att utgifterna för framför allt äldreomsorg och hälso- och sjukvård kommer att öka kraftigt.

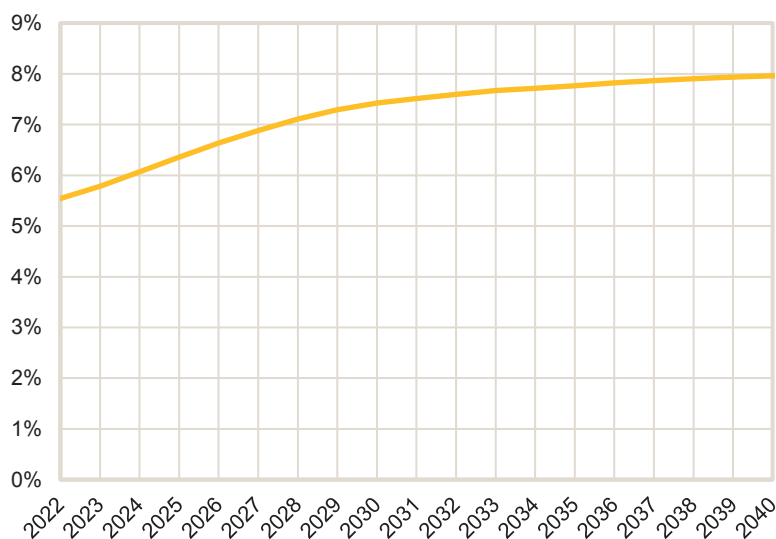
Diagram 4.1 Befolkningsutveckling i olika åldersklasser 2022-2040



Källa: SCB.

Andelen av befolkningen över 80 år ökar i en snabb takt och väntas stiga från ca 5,5 procent år 2022 till 8 procent 2040 (se diagram 4.2 nedan). Dessutom lever vi längre och den förväntade medellivslängden i befolkningen beräknas fortsätta öka. Viktigt att notera är att vi också blir friskare högre upp i åldrarna. För att det offentliga åtagandets kvalitet ska bibehållas eller förbättras så kommer det att krävas mer resurser.

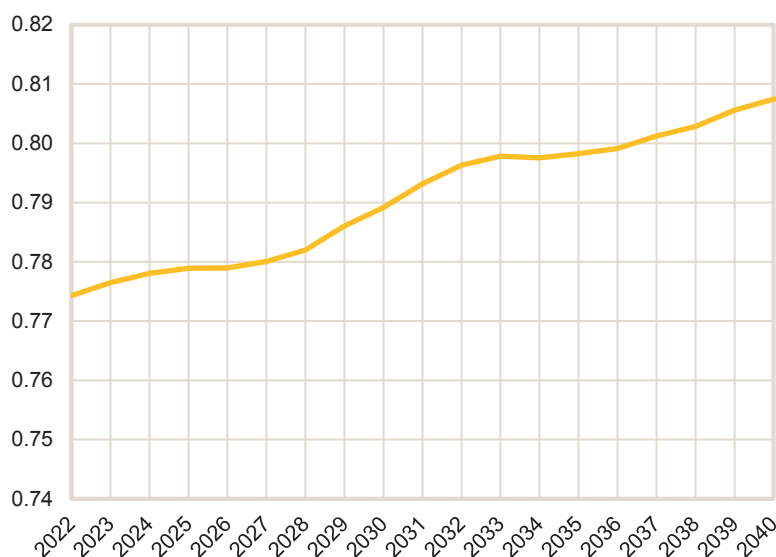
Diagram 4.2 Andel av befolkningen över 80 år 2022-2040



Källa: SCB och egna beräkningar.

Försörjningskvoten beskriver relationerna mellan de mest förvärvsaktiva åldersgrupperna (20-64 år) i ekonomin och resterande åldersgrupperna (0-19 år och 65+). Det är just åldersspannet 20-64 år som brukar studeras, även om det finns både äldre och yngre personer än så som arbetar. Försörjningskvoten beräknas ha ökat från ca 0,77 år 2022 till 0,79 år 2030. Det innebär att färre personer ska försörja fler. Det kan illustreras som att 100 arbetande individer år 2022 behövde försörja 77 individer utöver sig själv. År 2030 har denna siffra ökat till 79 individer.

Diagram 4.3 Försörjningskvotens utveckling 2022-2040



Källa: SCB och egna beräkningar

SCBs kostnadsmatris

SCBs kostnadsmatris för välfärden baseras på uppgifter från 2019 och visar genomsnittliga individuella kostnader för välfärdstjänster per åldersgrupp enligt COFOG-indelningen. COFOG står för *Classification of the Functions of Government* och är en internationell klassifikation som används för att redovisa den offentliga sektorns utgifter efter dess ändamål. I vår prognos undersöker vi välfärds konsumtion för kommun och region samt underkategorierna Hälso- och sjukvård, Utbildning och Omsorg.⁴³

Tabell 4.1 nedan visar att i gruppen Hälso- och sjukvård så ingår bland annat öppen läkarvård, sluten sjukhusvård, folkhälsovård, tandvård och läkemedel. I gruppen Utbildning ingår bland annat förskola, grundskola och gymnasieskola medan det i gruppen Omsorg ingår stöd till funktionshindrade, äldreomsorg och barnomsorg.

Tabell 4.1 COFOG-grupper och administrativa nivåer

COFOG-grupp	Nivå	Viktiga uppgifter
7. Hälso- och sjukvård	Region	Sjukhusvård, tandvård, läkemedel
9. Utbildning	Kommun	Förskola, grundskola, gymnasieskola
10. Omsorg	Kommun	Funktionshinder, äldreomsorg, barnomsorg

Hur utgifterna för offentlig konsumtion fördelar sig i kommun och region redovisas i Tabell 4.2. År 2019 utgjorde utbildning den största utgiftsposten i kommunerna (42,3 procent), följt av omsorg (39,9 procent). Tillsammans utgör dessa två poster cirka 82 procent av kommunernas utgifter. För det tredje största utgiftsområdet står den allmänna offentliga förvaltningen (7,8

⁴³ I rapporten använder vi begreppet omsorg i stället för socialt skydd, som är det begrepp som används enligt COFOG-klassificeringen.

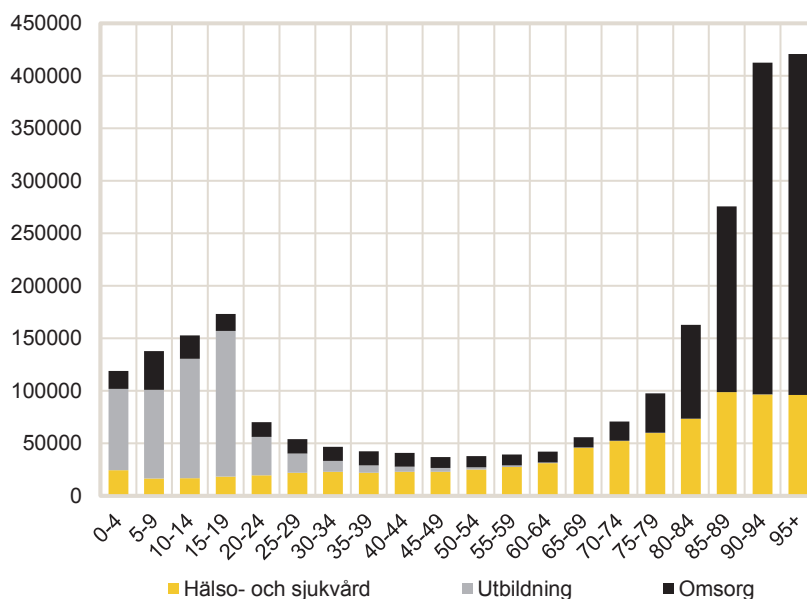
procent). Övriga utgiftsområden var relativt små. För regionerna stod hälso- och sjukvården för nästan 95 procent av utgifterna.

Tabell 4.2 Konsumtionsutgifter i kommun och region 2019

Utgiftsområde	COFOG-grupper	Primärkommun	Regioner
Allmän offentlig förvaltning	COFOG 01	7,8%	1,4%
Försvar	COFOG 02	0,1%	0,0%
Samhällsskydd och rättsväsende	COFOG 03	0,5%	0,0%
Ekonomiska frågor	COFOG 04	3,5%	1,6%
Miljöskydd	COFOG 05	0,2%	0,0%
Bostad/samhällsbygg	COFOG 06	1,1%	0,0%
Hälso- och sjukvård	COFOG 07	0,4%	94,8%
Fritid, kultur och religion	COFOG 08	4,3%	0,4%
Utbildning	COFOG 09	42,3%	0,7%
Omsorg	COFOG 10	39,9%	1,1%
Totalt		100,0%	100,0%

Behovet av välfärdstjänster ser olika ut för olika åldersgrupper, vilket blir tydligt i Diagram 4.4. Barn och äldre efterfrågar en större mängd välfärdstjänster i snitt jämfört med personer i arbetsför ålder. För äldre är det framför allt sjukvård och äldreomsorg som är de största behovsposterna, medan det för unga är utbildning. Den arbetsföra delen av befolkningens behov av välfärdstjänster är mindre kostsamma än för äldre och yngre. Diagrammet tydliggör att den demografiska sammansättningen spelar stor roll för det totala kostnadsbehovet av välfärdstjänster.

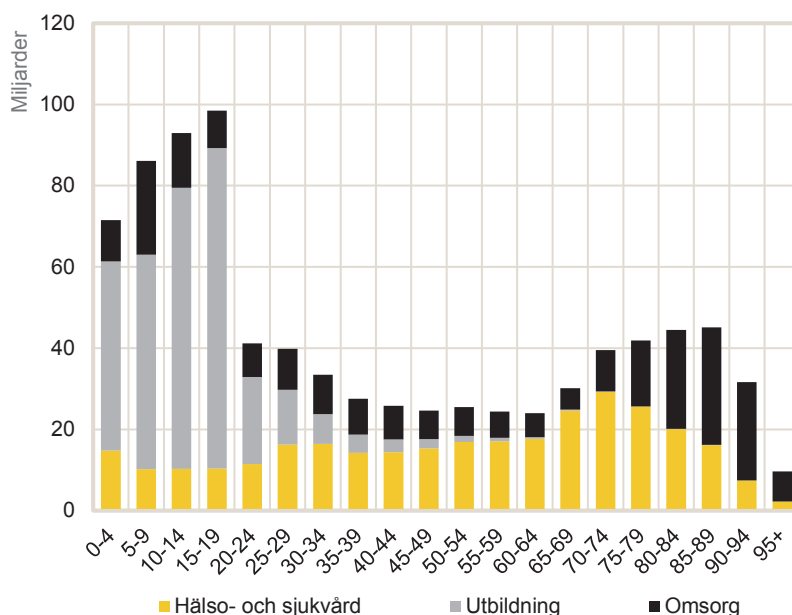
Diagram 4.4 Snittkostnad per individ för olika välfärdstjänster efter åldersgrupp år 2019



Källa: SCB och egna beräkningar.

Trots att snittkostnaderna för äldre personer är högst så utgör andelen äldre över 80 år en relativt liten andel av den totala befolkningen. Bilden blir annorlunda när vi multiplicerar den genomsnittliga kostnaden med antalet personer i varje åldersgrupp. När vi räknar fram den faktiska totalkostnaden för välfärdstjänster så återfinns de högsta staplarna i gruppen 0-19 år.

Diagram 4.5 Faktisk kostnad för välfärdstjänster fördelat på åldersgrupper (med hänsyn till åldersgruppernas storlek), 2019



Källa: SCB och egna beräkningar.

Uppräkning av priser och löner

Som prisindex använder vi oss av två index som SKR tar fram: Prisindex för kommunal verksamhet (PKV) och Landstingsprisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK). Dessa använder vi för att räkna fram behovet av välfärdstjänster i löpande priser.

Det är dessa prisindex som används i SKRs egna beräkningar och i deras beskrivning av sektorns kostnadsutveckling. Prisindexen är avsedda att användas för kommunerna och regionerna som underlag vid beräkningen av kostnaderna för löne- och prisutvecklingen i fasta löner och priser. PKV och LPIK tas fram genom att priset för löner, material och tjänster samt köpt verksamhet viktas till ett genomsnittligt pris. Dessa index går även att använda för att beräkna fasta till löpande priser.

Antagande om konstanta kostnadsandelar

När vi beräknar behoven utifrån den demografiska förändringen antar vi en bibehållen personaltäthet, samt att utgifterna för lönerna och förbrukningen av varor och tjänster utgör konstanta kostnadsandelar i produktionen av välfärdstjänster. Det innebär att förbrukningen av varor och tjänster i volym ökar snabbare än arbetade timmar. Därmed sker en trendmässig standardhöjning i förbrukningen till följd av att mer och/eller bättre förbrukningsvaror (och tjänster) per arbetad timme antas införskaffas över tid. Detta kan ses som en effekt av att den tekniska utvecklingen höjer kvaliteten på de förbrukade varor (och tjänster) som används i produktionen av välfärdstjänsterna. Därför antar vi likt Konjunkturinstitutet en standardhöjning på 0,3 procent, något som Konjunkturinstitutet beskriver i *Hållbarhetsrapport 2022 för de offentliga finanserna* (se sid 47 f).

Behovens utveckling utifrån demografi

I dessa beräkningar tar vi hänsyn till ökningen i priser och löner samt en höjning i linje med antagandet om konstanta kostnadsandelar om 0,3 procent per år. Enligt vår uppskattning ökar behovet av välfärdstjänster utifrån förändrad befolkning med 40 miljarder 2023, 29 miljarder 2024, 42 miljarder 2025 och 41 miljarder 2026. Totalt innebär det cirka 152 miljarder i ökat volymbehov av välfärd till 2026 jämfört med år 2022.

Tabell 4.3 Behov av välfärdstjänster inom kommun och region, löpande priser

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Kommun	528	546	569	588	613	639
Region	325	338	355	365	382	397
Totalt behov	853	884	924	953	995	1 036

Källa: SCB, SKR och egna beräkningar

Inkomster för kommuner och regioner

I det här avsnittet redovisar vi kommunsektorns inkomster enligt budgetpropositionen 2022 och vårpropositionen 2022. Kommunsektorn innebär kommuner och regioner sammanräknat, och sektorns inkomster består framför allt av skatt på arbete och av statsbidrag. Under 2022 och 2023 bedömer Finansdepartementet att skatteintäkterna kommer att öka betydligt till följd av att lönesumman utvecklas starkt. Skatteintäkterna väntas utvecklas något snabbare 2022 och 2023 än de senaste tio årens genomsnitt, för att därefter utvecklas något långsammare.

Kommuner och regioner får bidrag från staten i form av generella och riktade statsbidrag. De generella statsbidragen ökar med ca 3 miljarder kronor 2022, för att sedan minska med 12 miljarder kronor 2023. Därefter ligger de kvar på ungefär samma nivå. De riktade statsbidragen minskar med 7 miljarder kronor 2022, med ytterligare 24 miljarder kronor 2023, och med 8 miljarder till år 2025. Sammantaget väntas de totala statsbidragen minska samtliga år under prognosen 2022-2025 vilket bland annat beror på att de tillfälliga stöden under pandemin och lågkonjunkturen avvecklas.

Tabell 4.4 Kommunsektorns finanser, miljarder kronor

	Utfall 2021		Prognos 2022-2025			Egen kalkyl
	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Totala inkomster	1 300	1 344	1 357	1 393	1 422	1 462
Skatteintäkter	804	838	876	906	938	971
Generella statsbidrag	149	152	140	144	140	140
Riktade statsbidrag	141	134	110	100	92	92
Kommunal fastighetsavgift	21	22	23	24	24	24
Kapitalinkomster	9	10	13	15	18	18
Övriga inkomster	177	188	196	203	210	217

Källa: Budgetpropositionen 2022 och vårpropositionen 2022.

Anm: Beloppen är avrundade och stämmer inte alltid överens med summan. I kalkylen för 2026 antas 2025 års ökningstakt av skatteintäkter och övriga inkomster. Statsbidragen, kapitalinkomster och kommunal fastighetsavgift antas vara på 2025 års nivåer.

Trots att den största delen av kommunsektorns totala utgifter utgörs av kommunal konsumtion, det vill säga konsumtion av välfärdstjänster inom främst vård, skola och omsorg, så har kommunerna och regionerna därutöver utgifter för investeringar och transfereringar, till exempel ekonomiskt bistånd. I det här avsnittet redovisas de totala inkomsterna för kommunsektorn som ska finansiera samtliga av kommunens utgifter, och inte enbart kostnaderna för vård, skola och omsorg.

Ta itu med välfärdsunderskottet

Kvalitet i vård, skola och omsorg skapas framför allt genom att personal med rätt kompetens får tillräckligt med tid för att utföra sitt arbete. Under de senaste decennierna har inte resurserna till välfärden följt med utvecklingen av behoven. Ett välfärdsunderskott har växt fram.

Välfärdsunderskottet skildras i rapporter om alltför pressad arbetsmiljö; det syns i höga sjukskrivningstal inom välfärden; det görs sig påmint varje gång en anställd går ned i arbetstid

för att orka; det illustreras av att välfärdspersonal lämnar sektorn.⁴⁴ Coronakommissionen konstaterade att det finns stora personalrelaterade behov i äldreomsorgen. Antalet medarbetare som en chef ansvarar för måste minskas väsentligt. Personalkontinuiteten måste förbättras. Andelen timanställda måste sänkas kraftigt och grundbemanningen öka.

I SKRs rekryteringsrapport 2020 finns en beräkning som visar att antalet anställda i välfärden behöver öka med cirka 13 000 per år för att möta den demografiska utvecklingen. Fram till 2026 innebär det en ökning på 52 000 heltidsanställda för att upprätthålla dagens personaltäthet och välfärdsåtagande.

För att inte bara hålla jämna steg med befolkningsutvecklingen utan även ta itu med det välfärdsunderskott som har vuxit fram behövs en större ökning av bemanningen. Ett sätt att beräkna resursbehovet är att bedöma omfattningen av dagens underbemanning, och utifrån den bedömningen kan en uppskattning därefter göras. Vi har valt att utgå från Kommunals bedömning i rapporten *Skatteväxling för välfärden* (2019). I rapporten har Kommunal frågat experter inom verksamheterna vård, skola och omsorg om deras bedömningar vad gäller behovet av ökad bemanning samt ställt frågor om bemanning i en enkät till cirka 800 arbetsplatsombud. Den samlade bedömningen är att det behövs minst 50 000 fler heltidsanställda inom välfärden för att arbetsbelastning och arbetsmiljö ska hamna på en acceptabel nivå, samt för att personalen ska få tid att använda sin kompetens.

Totalt beräknar vi därför med att antalet anställda i välfärden behöver öka med 102 000 heltidsanställda fram till 2026. Det skulle i sin tur höja kvaliteten för barn, elever, patienter och brukare. Enligt våra beräkningar innebär det att personalkostnaderna ökar successivt med 7,5 miljarder kronor per år, vilket för de fyra åren till 2026 ger en ökning på 30 miljarder kronor jämfört med år 2022.⁴⁵

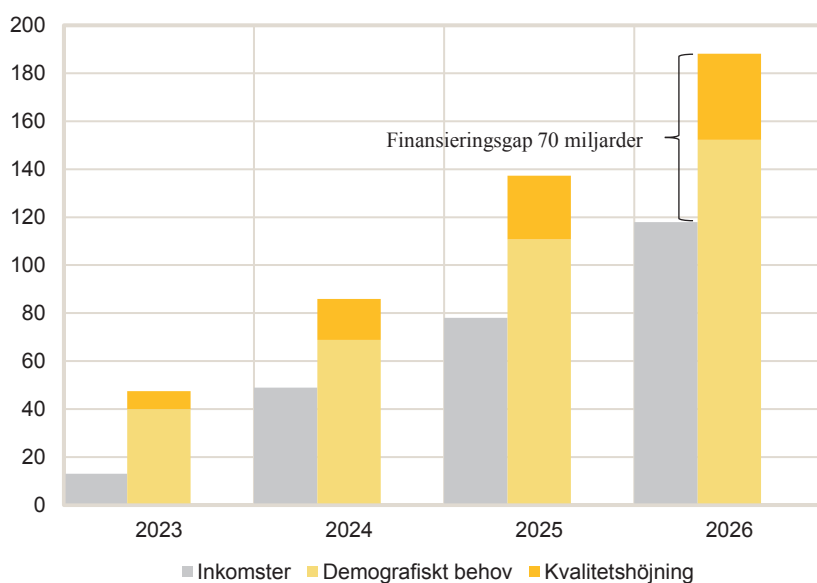
För att kunna öka bemanningen i välfärden med personal med rätt kompetens behövs satsningar på utbildning av såväl ny som befintlig personal. År 2020 infördes Äldreomsorgslyftet som innebär att ny och befintlig personal i äldreomsorgen ges möjlighet att genomgå utbildning på betald arbetstid. Regeringen avsätter sammanlagt 1,7 miljarder kronor till detta för 2022 och beräknas avsätta samma summa 2023. Vi anser att denna satsning behöver fortsätta och byggas ut till fler välfärdsområden under nästa mandatperiod. Vi räknar med ett kompetenslyft som ökas med 2 miljarder kronor per år från 2024 till 2026. Sammanlagt räknar vi med en satsning på höjd kvalitet och ökad bemanning som ökar successivt per år. Summan av dessa ökade satsningar – 30 miljarder kronor i personalkostnader och sex miljarder kronor till förstärkt kompetenslyft – blir alltså en ökning på 36 miljarder kronor år 2026 jämfört med år 2022.

Finansieringsgap i välfärden

Kommuners och regioners inkomster ökar med 118 miljarder kronor fram till 2026 jämfört med 2022 års nivå, med dagens skatteregler och aviserade nivåer på statsbidrag. Den ökningen räcker inte för att möta våra krav på en bättre välfärd som dels möter de demografiska behoven, dels höjer kvaliteten i vård, skola och omsorg. Med vår beräkning av ökade behov innebär det ett finansieringsgap på 70 miljarder kronor år 2026. Om vi slår ihop finansieringsgapen för de fyra åren 2023 till 2026 enligt diagram 4.6 nedan, uppgår det sammanlagda finansieringsgapet till 201 miljarder kronor.

⁴⁴ Arbetsmiljöverket (2020) *Projektrapport Äldreomsorgen 2017-2019. Riskfylld arbetsmiljö - utmaningar för framtidens äldreomsorg*, SOU 2020:80 *Äldreomsorgen under pandemin*

⁴⁵ Beräkningen baseras på 2020 års medellöner från SCBs lönestrukturstatistik för kommun och region samt kostnader för arbetsgivaravgifter, avtalsförsäkringar och avtalspensioner.

Diagram 4.6 Utvecklingen av inkomster och behov i välfärden jämfört med 2022, mdkr

Källa: Vårpropositionen 2022, SCB, SKR och egna beräkningar.

5. Slut välfärdsgapet. LOs förslag för en tryggad välfärd

Vi står i ett vägsval där en rad omständigheter och erfarenheter uppmanar oss att välja den väg som leder till en kraftigt förbättrad välfärd. Den demografiska utvecklingen innebär att andelen av befolkningen över 80 år ökar de närmaste åren, och de kommer ha behov av vård och omsorg. Samtidigt har pandemin visat att välfärden inte kan vara en *Just-in-Time* verksamhet där vi knappast har plats för alla ens i goda tider; där personalen saknar trygga arbetsförhållanden; där bemanning och lagerhyllor förutsätter att påfrestningen inte ökar.

Klimatförändringarna kommer att påverka vårt samhälle på sätt som är omöjliga att förutse exakt, men vi kan anta att förändring ibland skapar kris som medför att välfärden måste ha högre beredskap. Enligt forskare som samarbetar inom det europeiska projektet EUCP (*European Climate Prediction System*) kommer vintrarna i norra Europa att vara 3,4 grader varmare redan år 2050.

Samtidigt har vi ett försämrat säkerhetspolitiskt läge med krig bara ett par länder bort från Sverige. Även här är framtiden, inklusive flyktinginvandringens storlek, omöjlig att prognostisera. Oavsett hur de närmsta åren utvecklar sig, ter det sig oklokt att hoppas på att en välfärd utan marginaler ska räcka.

En dimension av kriget i Ukraina handlar om en världsutveckling där samhällen byggda på demokrati, mänskliga rättigheter och rättsstatens principer utmanas av auktoritära regimer. Mot bakgrund av den utvecklingen är det önskvärt att Sverige är ett välfungerande land som bidrar till att stärka de demokratiska samhällenas styrka, resiliens och attraktivitet.

Ett samhälle med medborgare som inte har förtroende för välfärden försvagas när viljan att bidra till det gemensamma försvinner. Med svagare gemensamma institutioner, fler privata lösningar, växande ojämlikhet och segregation ökar risken för slitningar och samhällsoro som kan utnyttjas av aktörer som inte vill vårt land väl.

Jämlika samhällen är bättre och mer produktiva

De senaste decennierna har vi sett ett betydande skifte i den akademiska forskningen vad gäller bland annat synen på jämlikhet, produktivitet, arbetsmarknadspolitik, fackföreningars roll och välfärdsstatens storlek. Detsamma gäller den nationalekonomiska diskussionen kring möjligheterna att driva en mer ambitiös finanspolitik. Sammantaget är det inte längre kontroversiellt att framhålla att jämlika samhällen är bättre och även mer produktiva samhällen; att en aktiv och omfattande arbetsmarknadspolitik är en klok investering; att hög facklig organisationsgrad är bra för ekonomin; att en generös välfärd inte bara bidrar till att vanligt folk klarar svåra tider, utan att det leder till positiva effekter för alla. Det är inte den som är snålast som vinner, utan den som investerar grönt och klokt.

I ett sådant vägsval är det också ett beslut att *inte* välja den väg som omständigheterna och erfarenheterna pekar emot. LO anser att vi har råd att trygga en välfärd efter behov, men inte råd att låta bli. Riskerna med en försvagad välfärd är för stora.

Betydande samhällspolitiska förändringar drivs ofta fram av en probleminsikt som inte sällan har inslag av akut kris. Vad gäller behovet av en starkare välfärd med högre kvalitet kommer problemen mer smygande och inger inte en känsla av akut kris. Demografiska förändringar sker gradvis och kan vara svåra att överblicka. Även marknadiseringen av välfärden har skett steg för steg.⁴⁶ De privata utförarna släpptes in i välfärden främst som ett komplement till det offentliga utbudet. Över tid har den privata andelen växt och välfärden har allt mer kommit att präglas av marknadens logik. Den utvecklingen har även öppnat upp för mer privat finansiering.

LO vill medverka till att etablera en gemensam problembild, som vi tror kommer att bereda marken för reformer som ska lyfta hela vår befolkning genom en vård, skola och omsorg som

⁴⁶ Sirén, Sebastian (2019) *Välfärdspolitik och jämlikhet. Insikter från jämförande socialpolitisk forskning*, LO

tillsammans skapar ett jämlikt och robust samhälle, som i sin tur vilar på en stark ekonomisk utveckling. I det arbetet anser vi att följande reformer kommer att vara nödvändiga.

Slut välfärdsgapet

- **Satsa 201 miljarder kronor under de kommande fyra åren** för att sluta finansieringsgapet i välfärden. Detta krävs både för att möta befolkningsutvecklingen där fler blir äldre och för att höja kvaliteten med ökad bemanning och bättre arbetsvillkor i vård, skola och omsorg.
- **Anställ 102 000 fler i vård, skola och omsorg fram till 2026.** Drygt hälften av dessa, 52 000 anställda, krävs för att möta befolkningsutvecklingen och upprätthålla dagens välfärdsåtagande. 50 000 anställda är den kvalitetsökning vi bedömer är nödvändig för att skapa en rimlig arbetsmiljö och ge personalen tid att använda sin kompetens.
- **Inför en indexering så att de generella statsbidragen** till kommuner och regioner höjs löpande efter ökade behov utifrån demografi, prisindex och standardhöjning.
- **Reformera skattesystemet.** För att klara en hållbar finansiering av välfärden måste skattesystemet vara enkelt, enhetligt och rättvist. Den som arbetar ihop sin inkomst ska inte betala mer i skatt än den som har ärvt sin förmögenhet. LO anser att en sammanhållen skattereform för ett rättvisare skattesystem är nödvändig.⁴⁷

Skapa en hållbar kompetensförsörjning

- **Anställ fler i skolan, vården och omsorgen och förbättra arbetsvillkoren** så att de anställda vill och orkar jobba kvar. Särskilda satsningar måste genomföras för att förbättra villkoren och skapa utrymme för jämställda och jämlika löner. Tillsvidareanställningar på heltid måste bli norm, delade turer avskaffas och den fysiska och psykiska arbetsmiljön förbättras.
- **Fortsätt att stärka tillgången till utbildningsplatser** inom både gymnasie- och vuxenutbildningen. Skapa många vägar in i välfärden genom en utvecklad vuxenutbildning i kombination med förbättrade former för validering och goda ekonomiska möjligheterna för människor att utbilda och omskola sig till välfärdsyrken.
- **Ta fram nationella kompetenskrav och yrkesutvecklingstrappor** inom välfärdstjänsterna som tydligt definierar utbildningsinnehåll och yrkesroller för vårdbiträde, undersköterska och undersköterska med specialistutbildning. Liknande yrkesutvecklingstrappor behövs även inom andra välfärdsområden.

Utveckla vård, skola och omsorg

- **Bygg en jämlik och kompensatorisk förskola och skola.** Reformera skolvalet för att motverka segregationen och ge alla barn samma möjlighet att välja skola. Ge kommunen rätt att göra ett avdrag på skolpengen till enskild huvudman, eftersom kommunen har ett bredare uppdrag. Fördela resurser utifrån barnens behov. Minska barngrupperna på förskola och fritidshem. Kommunerna ska vara skyldiga att erbjuda barnomsorg utanför kontorstid till föräldrar som jobbar då.
- **Satsa på Lärfrutids** och stimulerande aktiviteter i verksamheten. Slop avgiften och ge alla barn rätt till fritids, även barn till föräldralediga och arbetslösa.
- **Utveckla primärvården så att alla kan få en fast läkarkontakt.** Stärk samordningen mellan vård och omsorg med ett helhetsansvar sett till den äldres behov. Sänk trösklarna för att kunna bli beviljad insatser från hemtjänsten och utveckla hemtjänsten till den flexibla individanpassade tjänst den ska vara. Alla hemtjänstmottagare ska ha en fast namngiven omsorgskontakt som har huvudansvar för den äldres omsorg och för samordning av vård och omsorg.
- **Utveckla en styrning av välfärden** som ger personalen handlingsutrymme att använda sin erfarenhet och kompetens.
- **Öka underhållet av kommunal infrastruktur, särskilt välfärdens byggnader,** alltifrån skolor till sjukhus. Inför ett nytt statligt stöd riktat till kommuner som bygger nya bra

⁴⁷ LO (2021) *Skatter för det 21a århundradet – LOs skattepolicy*

äldreboenden. Prioritera långsiktiga samhällsinvesteringar där äldreboenden drivs i kommunal regi.

Ta tillbaka den demokratiska kontrollen över välfärden

- Velfärdspolitiken måste läggas om i grunden från konkurrens och marknadsutsättning till att inriktas på att styra mot ökad jämlikhet. Marknadsstyrningen inom offentligt finansierad välfärdsverksamhet fasas ut och ersätts av styrformer som stärker medborgarnas, brukarnas och de anställdas tillit och delaktighet.
- **Stoppa vinstjakten och inför en non-profit-princip i vård, skola och omsorg.** Skapa goda förutsättningar för idéburna utförare för ökad mångfald. LO har tagit fram ett eget förslag som innebär att aktiebolag som utför skattefinansierad välfärd som huvudregel ska vara samhällsbolag, det vill säga en bolagsform med särskilda begränsningar av vinst och värdeöverföringar.⁴⁸ LO har även ställt sig bakom det vinstbegränsningsförslag som lades fram i SOU 2016:78 *Ordning och reda i välfärden* och som 2018 lades fram som proposition till riksdagen (propositionen röstades ned).⁴⁹
- Inför offentlighetsprincip för alla aktörer som utför offentligt finansierad välfärd.
- **Avskaffa företagets fria etableringsrätt inom vård, skola och omsorg.** Det måste vara möjligt för politiker att bestämma om företag ska få etablera sig och var. Avskaffa tvångsprivatiseringen av primärvården och Lagen om valfrihetssystem, LOV.
- **Bryt utvecklingen mot en skiktad välfärd** med åtstramad offentligt finansierad basvälfärd för vanligt folk och en skattesubventionerad privat betald VIP-välfärd för de rika. Utförare av offentligt finansierad välfärd ska inte få ta emot privat finansierade kunder, till exempel med privat sjukvårdsförsäkring. Utveckla den offentligt finansierade äldreomsorgen och avskaffa rut-avdraget.

⁴⁸ LO (2013) *Åtgärder för att begränsa vinst i välfärden*

⁴⁹ [LOs yttrande över Ordning och reda i välfärden \(SOU 2016:78\)](#)

Referenser

- Andrén, Thomas (2021) *Välfärdens framtida finansiering – vad är problemet?* Saco.
- Arbetsmiljöverket (2020) *Projektrapport Äldreomsorgen 2017-2019. Riskfylld arbetsmiljö - utmaningar för framtidens äldreomsorg.*
- SOU 2020:80 *Äldreomsorgen under pandemin.*
- Awad, Akil m.fl. red (2022) *Stockholms sjukvårdsupprop: vittnesmål*
- Bergwall, Peter (2021) *Exploring Paths of Justice in the Digital Healthcare: A Socio-Legal Study of Swedish Online Doctors*, Lunds universitet.
- Blomqvist, Paula (2016) ”NPM i välfärdsstaten: hotas universalismen?” *Statsvetenskaplig tidskrift* 1/2016.
- Borg, Per (2009) *Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga?* ESO 2009:1.
- Coase, Ronald H. (2000) ”The Aquisition of Fisher Body by General Motors”, *The Journal of Law and Economics*, vol. 43, no. 1.
- Dagens Samhälle (2021) Lista: Här är storspelarna på äldreboendemarknaden. *Dagens Samhälle* 28/10 2021. <https://www.dagenssamhalle.se/offentlig-ekonomi/naringsliv/lista-har-ar-storspelarna-pa-aldreboendemarknaden/>
- Erlandsson, S. m.fl. (2013). ”Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation.” i G. Meagher, & M. Szebehely, *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*, Stockholm: Stockholm University
- Gommel, Frida & Emanuel Örtengren (2021) *Egenfinansiering i vården*, Timbro.
- Grossman och Harts (1986) ”The Costs and Benefits of Ownership”, *Journal of Political Economy*, 1986 vol. 94, no. 4.
- Hjort Klingberg, Mira & Martinsson Karl (2021) *Hemtjänstmaffian: miljonsvindeln som förändrade äldreomsorgen*. Bokförlaget Atlas.
- Jansson, Magnus m.fl. (2021) ”Drivers of outsourcing and back sourcing in the public sector: From idealism to pragmatism” i *Financial Accountability and Management*, Vol. 37, nr 3, s. 262-278.
- Karlson, Nils & Mattias Lundbäck (2022) *Rätt att välja. Framtidens vård och omsorg*, Ratio.
- Kommunal (2012) *Har någon sett Matilda? Vad fritidshemmen är och vad de skull kunna vara.*
- Kommunal (2021) *Så mycket bättre? 2021 En jämförelse av anställningsvillkor och löner i privat och kommunalt driven äldreomsorg.*
- LO (2013) *Åtgärder för att begränsa vinst i välfärden.*

- LO (2018) *Program för en jämlik skola.*
- LO (2021) *Skatter för det 21a århundradet – LOs skattepolicy.*
- LO (2022) *Den klassblinda familjepolitiken – vem kan arbeta och ha familj?*
- OECD (2018) *Is the Last Mile the Longest? Economic Gains from Gender Equality in Nordic Countries*, OECD Publishing, Paris.
- Palme, Mårten (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige? En deskriptiv analys.* Svensk Försäkring
- Prop. 2006/07:94. *Skattelättnader för hushållstjänster, m.m.*
- Prop. 2021/22:72 *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*
- Rickne, Johanna (2019) *SNS Analys nr 56. Kvinnor med flyktingbakgrund i rutsubventionerade företag.*
- Riksrevisionen (2014) *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?*
- Sifo (2022) *Rapport om förtroende, oro och beteende under coronakrisen.* Rapport till MSB - februari 2022. <https://www.msb.se/siteassets/dokument/aktuellt/pagaende-handelser-och-insats/coronaviruset---covid-19/resultat-fran-kantar-sifos-undersokningar/mars-2022/resultat-av-coronaundersokning-januari-2022.pdf>
- Sirén, Sebastian (2019) *Välfärdspolitik och jämlikhet Insikter från jämförande socialpolitisk forskning*, LO.
- SKR (2020) *Möt välfärdens kompetensutmaning – rekryteringsrapport 2020.*
- SKR (2022) *Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården 2021.*
- Socialstyrelsen (2022) *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*
- Socialstyrelsen (2021) *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021.*
- Socialstyrelsen (2021) *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2021.*
- SOU 2021:52 *Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre.*
- SOU 2021:80 *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll.*
- Thomson, Sarah m.fl (2020) *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- UKÄ (2022) *Uppdrag att kartlägga och föreslå fler vägar till vårddyrken.* Delredovisning.
- Ulmanen, Petra (2015) *Omsorgens pris i åtstramningstid: Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv.*

Wenglén, Robert (2020) ”Det går att få mer ’pang för pengarna’ om äldreomsorgen drivs i kommunal regi.” *Sydsvenskan* 23/3 2020. <https://www.sydsvenskan.se/2020-03-23/det-gar-att-fa-mer-pang-for-pengarna-om-aldreomsorgen-drivs-i-kommunal-regi>

Werne, Kent (2022) *Skolindustrin. Hur mångfald blev enfald*, LO.

Vlachos, Jonas (2018). ”Trust-Based Evaluation in a Market-Oriented School System”. IFN Working Paper nr 1217. Stockholm: Institutet för Näringslivsforskning.

Örbrink, Nike (2021) ”KD borde ta initiativet till århundradets sjukvårdsreform” *GP* (13/11 2021).



Rapporten kan hämtas som pdf-dokument på LOs hemsida.

Maj 2022

ISBN 978-91-566-3549-6

www.lo.se

OMSLAGSFOTO: Lars Forsstedt