

Rapport 2024:1

Redo för framtiden?

Analys av hur det offentliga åtagandet
i hälso- och sjukvården och äldre-
omsorgen kan utvecklas till år 2040



► **vård- och
omsorgsanalys**

Citera gärna ur Vård- och omsorgsanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns publicerad på www.vardanalys.se

Beställning av tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2024
Grafisk design och produktion: Hellsten Kommunikation
Omslagsbild: Hellsten Kommunikation via Midjourney
ISBN 978-91-89933-01-9

Redo för framtiden?

Analys av hur det offentliga åtagandet
i hälso- och sjukvården och äldre-
omsorgen kan utvecklas till år 2040

Beslut

Beslut om den här rapporten har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredare Johan Frisk har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Åsa Ljungvall, analyschefen Caroline Olgart Höglund och chefsjuristen Catarina Eklundh Ahlgren deltagit.

Stockholm 16 maj 2024

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Johanna Adami
Styrelseordförande

Anna Dunér
Vice ordförande

Caroline Blomberg-Ohlström
Styrelseledamot

Gustaf Arrhenius
Styrelseledamot

Per Molander
Styrelseledamot

Pär Ödman
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Johan Frisk
Föredragande

Förord

Befolkningens samlade behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg växer när vi blir fler och lever allt längre. Tillsammans med befolkningens höga förväntningar och en minskande andel i arbetsför ålder blir det svårare att både finansiera och kompetensförsörja dagens omfattning av det offentliga åtagandet. I den här rapporten samlar vi tidigare kunskap och eget material, för att ge en bild av omfattningen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040. Vi ger även regionernas, kommunernas och befolkningens syn på utvecklingen.

Med den här rapporten vill vi presentera ett kunskapsunderlag som kan bidra till ökad medvetenhet och fortsatt diskussion om framtida omfattning för det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Arbetet med rapporten har letts av projektledaren och utredaren Johan Frisk. I projektgruppen har även utredare Erika Budh, senior utredare Nils Janlöv, juristen Ellen Ringqvist, praktikanten Julia Belcastro samt projektdirektören Åsa Ljungvall deltagit.

Vi vill tacka alla som besvarat våra enkäter, ställt upp på intervjuer eller på andra sätt bidragit till innehållet i rapporten. Ett särskilt tack till våra experter, Lina Maria Ellegård vid Lunds universitet, Valter Hultén vid Konjunkturinstitutet, Patrik Jonasson vid SKR samt Kristoffer Lundberg vid Socialdepartementet, som har lämnat värdefulla synpunkter och kommentarer på ett utkast av rapporten. Vård- och omsorgsanalys svarar dock självständigt för rapportens innehåll.

Stockholm juni 2024
Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Resultat i korthet

Befolkningens samlade behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg väntas bli allt större under de kommande 20 åren. I den här rapporten undersöker vi förutsättningarna och möjligheterna att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040. Våra resultat visar att det finns utmaningar framöver. För hälso- och sjukvården är utmaningen främst att det behövs effektiviseringar för att skapa utrymme för fortsatta ambitionshöjningar. För äldreomsorgen är utmaningen ett ökat behov som kommer när befolkningen blir äldre, vilket betyder att ekonomiska resurser behöver frigöras i form av effektiviseringar, för att inte skatter och avgifter ska behöva öka. Dessutom finns ett behov av mer personal om inte arbetssätten effektiviseras i relativt stor utsträckning.

Vi vill särskilt lyfta fram följande resultat:

- ▶ En stor del av befolkningen förväntar sig att hälso- och sjukvården fortsätter att utvecklas genom fortsatta ambitionshöjningar som att introducera nya behandlingar och ny medicinsk teknik.
- ▶ Fyra av fem förväntar sig att äldreomsorgen år 2040 tillgodoser den äldre befolkningens behov i större eller åtminstone i lika stor utsträckning som i dag.
- ▶ Våra framskrivningar visar att äldreomsorgen behöver effektiviseringar motsvarande ett resurstillskott på 75 miljarder kronor till 2040 för att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet, vilket vore en ökning av äldreomsorgens andel av BNP från 2,7 till 3,6 procent.
- ▶ Många av kommunerna bedömer att de själva inte klarar finansieringen av äldreomsorgen till år 2040, med dagens finansieringsmodell och ekonomiska utveckling.
- ▶ Nästan alla regioner bedömer att hälso- och sjukvården kommer kunna tillgodose befolkningens samlade vårdbehov år 2040 i åtminstone samma utsträckning som idag.

- ▶ Var fjärde av ekonomins tillkommande helårsarbete behövs i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040, vilket för äldreomsorgen innebär runt 70 000 helårsarbeten eller 91 000 sysselsatta.
- ▶ Strategiskt förändringsarbete kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar men också till kostnadsökningar. Däremot är strategier för förebyggande arbete, välgrundade prioriteringar och utvecklad kompetensmix sällan kostnadsdrivande.

Vi kommer fram till följande slutsatser:

- ▶ Sammantaget kan dagens omfattning av det offentliga åtagandet behållas, men för fortsatt ambitionshöjning krävs effektiviseringar.
- ▶ För att behålla dagens omfattning av åtagandet krävs sannolikt mindre personalintensiva arbetssätt, särskilt inom äldreomsorgen.
- ▶ Befolkningen förväntar sig att omfattningen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen växer, eller åtminstone behålls som i dag.
- ▶ Regionerna bedömer att dagens omfattning av åtagandet i hälso- och sjukvården kan behållas genom att använda resurserna effektivare.
- ▶ Kommunerna bedömer att det finns flera stora utmaningar med att behålla dagens omfattning av åtagandet inom äldreomsorgen.
- ▶ Många strategier kan ge kostnadsbesparande effektiviseringar men också bidra till ambitionshöjningar.

Vi ger tre medskick för fortsatta diskussioner:

- ▶ Det behövs en fortsatt diskussion om omfattningen av det framtida offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.
- ▶ Det behöver tydliggöras hur olika reformer kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar och hur de påverkar det offentliga åtagandet.
- ▶ Det behövs fler studier och fortsatt metodutveckling för att bättre förstå framtida utmaningar med kompetensförsörjningen.

Sammanfattning

Befolkningens samlade behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg väntas bli allt större under de kommande 20 åren, i takt med att befolkningen i Sverige växer och åldras. Andelen av befolkningen som är 75 år eller äldre förväntas exempelvis öka med 28 procent till 2040. Även levnadsstandarden i samhället fortsätter att öka, vilket kan medföra att befolkningen kommer att efterfråga mer välfärdstjänster och ha fortsatt höga förväntningar på hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

I dagens ekonomiska läge har hälso- och sjukvården och äldreomsorgen tydliga utmaningar med finansieringen och tillgången på personal. Fortsättningsvis innebär befolkningsutvecklingen med en åldrande befolkning dessutom att andelen i arbetsför ålder minskar. Därmed blir det svårare att finansiera och kompetensförsörja hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Dessutom finns det stora skillnader i befolkningssammansättningen mellan olika regioner och kommuner, vilket innebär att utmaningarna varierar regionalt och lokalt.

Med den här rapporten vill vi presentera ett kunskapsunderlag som kan bidra till ökad medvetenhet och fortsatt diskussion om framtida omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Vi undersöker omfattningen av det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen

Den här rapporten handlar om det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Det offentliga finansierar och tillhandahåller välfärdstjänster efter behov för att främja hälsa och livskvalitet hos befolkningen. Vi definierar det offentliga åtagandet som *omfattningen* av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Med *omfattningen* av det offentliga åtaganden menar vi den totala resursramen – ekonomiska resurser eller personal – som läggs på hälso- och sjukvården och äldreomsorgen i relation till befolkningens storlek och sammansättning. Det handlar alltså inte om det exakta innehållet, det vill säga vilka behandlingar eller tjänster som ges.

I rapporten analyserar vi omfattningen av det offentliga åtagandet ur två olika perspektiv:

- Vi analyserar om de *ekonomiska resurserna* per individ och åldersgrupp kan behållas på dagens nivå (och i dagens penningvärde) när befolkningens ålderssammansättning förändras till 2040. Till exempel undersöker vi om varje person i gruppen 90–95-år kan få motsvarande resurser som i dag fram till 2040.
- Vi analyserar hur *antalet helårsarbeten* i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen behöver utvecklas för att behålla dagens personaltäthet när befolkningens ålderssammansättning förändras till 2040.

Omfattningen av det offentliga åtagandet är i grunden en fråga om politiska prioriteringar. Lagstiftning och andra regler vägleder det offentliga åtagandet, men bara genom att delvis precisera innehållet eller omfattningen. Ekonomiska resurser, liksom tillgången till personal och kompetens, begränsar i praktiken omfattningen av det offentliga åtagandet i förhållande till befolkningens behov. Utbudet är inte på andra sätt fastställt, utan är snarare ett resultat av vad som ryms och prioriteras med de resurser som står till buds i ekonomin.

Syfte och frågeställningar

Syftet med den här rapporten är att studera förutsättningarna och möjligheterna att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040. De frågeställningar vi har undersökt är:

1. Hur ser förutsättningarna ut för att finansiera dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040?
2. Hur ser förutsättningarna ut för att kompetensförsörja dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040?
3. Vilka förväntningar har befolkningen på omfattningen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen i framtiden?
4. Hur bedömer regioner och kommuner möjligheterna att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040?
5. Hur kan olika former av strategiskt förändringsarbete påverka det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen?

För att svara på frågorna har vi gjort framskrivningar, det vill säga beräkningar, av den framtida kostnadsutvecklingen och personalbehovet, en enkätundersökning till befolkningen samt en enkät- och intervjuundersökning bland kommuner och regioner. Vi har också gjort en ramverksanalys av vilka effekter strategiskt förändringsarbete kan ha på det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Våra resultat mynnar ut i sex övergripande slutsatser

Resultaten visar att det blir en utmaning att behålla omfattningen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040, både när det gäller ekonomiska resurser och tillgången på personal. För hälso- och sjukvården handlar utmaningen främst om att fortsatt ha råd med ambitionshöjningar, som ny kostnadsdrivande teknik och behandlingar. För äldreomsorgen är utmaningen främst att tillgodose det ökade behovet i befolkningen som kommer av att vi blir äldre, vilket påverkar både finansieringen och tillgången på personal.

Sammantaget kan dagens omfattning av det offentliga åtagandet behållas, men för fortsatt ambitionshöjning krävs effektiviseringar

För att undersöka förutsättningarna för att finansiera dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040 har vi gjort framskrivningar av kostnadsutvecklingen. Framskrivningarna utgår från den förväntade befolkningsutvecklingen fram till 2040 och historiska trender för ambitionsförändringar samt pris- och löneutveckling från de senaste 20 åren i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Dessutom baseras framskrivningarna på en given prognos för samhällsekonomin utveckling samt att skatter och avgifter behålls på dagens nivå. Med att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet menar vi här att de ekonomiska resurserna behålls på samma nivå – samma kostnad per individ och åldersgrupp som i dag.

Omfattningen av det offentliga åtagandet har ökat inom hälso- och sjukvården men minskat inom äldreomsorgen

De senaste 20 åren har kostnaderna i hälso- och sjukvården ökat mer än vad som kan förklaras av befolkningsutvecklingen. Det kan delvis ses som en ambitionshöjning där vi över tid fått mer vård per individ i befolkningen, bland annat till följd av den medicinska och medicintekniska utvecklingen. I äldreomsorgen har kostnaderna däremot ökat mindre än vad som kan förklaras av befolkningsutvecklingen, vilket kan ses som en ambitionssänkning.

Hälso- och sjukvård med begränsad ambitionshöjning kan finansieras till 2040

För hälso- och sjukvården visar framskrivningarna att dagens omfattning av det offentliga åtagandet kan finansieras fram till 2040. Men att behålla dagens omfattning innebär i praktiken att exempelvis nya kostsamma läkemedel inte fortsatt kan finansieras i samma utsträckning som i dag, eftersom vi inte räknar med framtida ambitionshöjningar. Våra framskrivningar visar dock på ett visst utrymme för fortsatta ambitionshöjningar, men inte i samma storlek som vi sett

under de senaste decennierna och som befolkningen är van vid. Att upprätthålla fortsatta ambitionshöjningar skulle kräva effektiviseringar som motsvarar ett årligt resurstillskott på 4 miljarder kronor eller totalt nästan 73 miljarder kronor (i 2022 års penningvärde) fram till 2040.

För att behålla omfattningen av det offentliga åtagandet i äldreomsorgen fram till 2040 krävs effektiviseringar som motsvarar stora resurstillskott

När det gäller äldreomsorgen ser situationen annorlunda ut. För att enbart behålla omfattningen av det offentliga åtagandet i äldreomsorgen fram till 2040 krävs effektiviseringar som motsvarar stora resurstillskott. Äldreomsorgens BNP-andel skulle öka från dagens nivå på 2,7 procent till 3,6 procent 2040. Det motsvarar resurstillskott på knappt 4,5 miljarder kronor varje år eller omkring totalt 75 miljarder kronor (i 2022 års penningvärde) till 2040. Något som kan bidra till effektivisering är en fortsatt utveckling av mer avancerade hjälpmedel och välfärdsteknik.

Sammantaget kan dagens omfattning av åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen behållas, men det krävs aktiva åtgärder

För hälso- och sjukvården och äldreomsorgen sammantaget visar våra framskrivningar att det går att finansiera dagens omfattning av det offentliga åtagandet utan höjningar av vare sig skatter eller avgifter. Det förutsätter i så fall att det utrymme som finns för viss fortsatt ambitionshöjning i hälso- och sjukvården omfördelas till äldreomsorgen. En sådan omfördelning är inte något som sker naturligt i ett system med flera olika huvudmän, vilket alltså gör omfördelningen hypotetisk. Om omfattningen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen i stället fortsatt ska inkludera motsvarande ambitionshöjningar som skett under de senaste 20 åren, behöver även kostnadsbesparande effektiviseringar genomföras. Det skulle frigöra utrymme för exempelvis ny teknik och nya behandlingar, som kostnadsdrivande mediciner.

Förbättrad hälsa i befolkningen minskar utmaningen för äldreomsorgen

Ett av våra grundläggande antaganden är att befolkningens behov av vård och äldreomsorg i olika åldersgrupper är konstanta fram till 2040. Samtidigt finns det skäl att tro att hälsan förbättras i takt med att medellivslängden ökar och att vi blir mer självständiga längre upp i åldrarna. Om vi därför antar att hälsoförbättringen leder till ett uppskjutet behov av äldreomsorg, kommer framtiden att se ljusare ut för äldreomsorgen. Men utmaningen att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet inom äldreomsorgen fram till 2040 finns kvar, och det skulle fortfarande krävas ytterligare effektiviseringar eller resurser.

Resultaten från framskrivningarna bygger på viktiga antaganden

Framskrivningarna är i grunden översiktliga framtidsbilder, och ska inte ses som exakta sanningar om hur framtiden kommer att bli. Våra framskrivningar och analys baseras på ett antal antaganden som bland annat innebär att resultaten är beroende av hur ekonomin förväntas växa under samma period. En högre tillväxt i ekonomin underlättar finansieringen av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, medan en lägre tillväxt försvårar situationen. Men vi vill påminna om att vår analys utesluter insatser utanför hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, som exempelvis kan stärka tillväxten i samhällsekonomin.

För att behålla dagens omfattning av åtagandet krävs sannolikt mindre personalintensiva arbetssätt, särskilt inom äldreomsorgen

Vi har även genomfört framskrivningar av den personal som skulle krävas för att behålla dagens personaltäthet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Våra framskrivningar utgår från den förväntade befolkningsutvecklingen fram till 2040 och även trender i personaltätheten från de senaste 20 åren i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Framskrivningarna av personalbehovet bygger på samma antaganden som framskrivningarna av ekonomiska resurser, men även på att de personalresurser som krävdes 2021 för att utföra exempelvis en behandling eller omsorgsinsats är desamma fram till 2040. Om samma insatser kan göras med mindre personalresurser kommer också färre personal att behövas för att uppfylla behovet i framtiden, och tvärtom. Med att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet menar vi här att personaltätheten behålls på samma nivå – per individ och åldersgrupp till 2040 som i dag.

Under de senaste 20 åren har personaltätheten minskat i äldreomsorgen men varit relativt konstant i hälso- och sjukvården

Under 2000-talet har personaltätheten i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ökat något, medan den har minskat inom äldreomsorgen. Antalet helårsarbeten i hälso- och sjukvården överstiger befolkningsutvecklingen de två senaste decennierna, medan antalet sysselsatta och helårsarbeten i äldreomsorgen understiger befolkningsutvecklingen för personer 65 år eller äldre under samma period.

För fortsatt ambitionshöjning inom hälso- och sjukvården behöver andelen helårsarbeten öka i relation till ekonomin

Våra framskrivningar visar att dagens personaltäthet i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården kan behållas till 2040 utan krav på betydande effektiviseringar. Det betyder att hälso- och sjukvårdens andel av ekonomins helårsarbeten är relativt

oförändrad fram till 2040. Det är däremot en utmaning om även ambitionshöjningen i hälso- och sjukvården ska fortsätta framöver, då behöver hälso- och sjukvårdens andel av ekonomins helårsarbeten öka från 6,3 procent till 6,5 procent 2040. Det motsvarar totalt drygt 12 000 fler helårsarbeten 2040, eller 17 000 sysselsatta personer med samma medelarbetstid som 2021.

Äldreomsorgen behöver öka andelen helårsarbeten i relation till ekonomin, för att behålla dagens personaltäthet fram till 2040

Våra framskrivningar visar att för att behålla dagens personaltäthet inom äldreomsorgen till 2040, krävs att en större andel av de arbetade timmarna i ekonomin utförs i äldreomsorgen jämfört med i dag. Andelen behöver öka från drygt 4,2 procent i dag till 5,8 procent 2040. Det motsvarar ett årligt tillskott av nästan 4 000 helårsarbeten i äldreomsorgen och totalt drygt 70 000 fram till 2040. Om vi utgår från samma medelarbetstid som 2021, innebär det totalt 91 000 sysselsatta personer fram till 2040. Om dagens personaltäthet ska behållas behövs sannolikt både förändrade eller utvecklade arbetssätt som är mindre personalintensiva och att fler personer kan tänka sig att arbeta där.

Vart fjärde tillkommande helårsarbete i ekonomin behövs inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen för att behålla dagens personaltäthet

För att hälso- och sjukvården och äldreomsorgen sammantaget ska behålla dagens personaltäthet behöver ungefär var fjärde tillkommande helårsarbete i ekonomin till 2040 utföras inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Merparten, runt 17 procent, behövs i äldreomsorgen. En utmaning framöver är att få fler än i dag att välja att arbeta i hälso- och sjukvården eller äldreomsorgen, samtidigt som stora delar av näringslivet och staten också har arbetskrafts- och kompetensbrist. Även att bara få en lika stor andel som idag att vilja jobba i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är en utmaning som kräver en insats.

Trots hälsoförbättringar behöver äldreomsorgen förändrade arbetssätt

I våra framskrivningar utgår vi från att hälsan är oförändrad i befolkningen. Om vi istället antar att den äldre befolkningens hälsa blir bättre, skjuts behoven av äldreomsorg ett år framåt i livet i genomsnitt. Då minskar behovet av helårsarbeten i äldreomsorgen från 70 000 till 40 000 mellan 2022 och 2040. Det betyder att en förbättrad hälsa i den äldre befolkningen kan bidra till att minska utmaningen med tillgången på personal i äldreomsorgen, men löser den inte.

Förändringar utanför hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ingår inte i våra framskrivningar

På samma sätt som med framskrivningarna av ekonomiska resurser är det viktigt att komma ihåg att beräkningarna bygger på antaganden. Dessutom utesluter vår analys insatser utanför hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, som exempelvis bidrar till ett ökat arbetsutbud, som strukturella förändringar på arbetsmarknaden eller genom migration.

Befolkningen förväntar sig att omfattningen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen växer, eller åtminstone behålls som i dag

När vi blir rikare ökar den relativa betydelsen av välfärdstjänster och även våra förväntningar på vad den gemensamma välfärden ska omfatta och innehålla. Vi har genomfört en enkät där vi har frågat befolkningen om deras förväntningar på det framtida offentliga åtagandet, både om omfattning och innehåll. Totalt svarade 1 084 personer på frågor om hälso- och sjukvården, hälften av dem svarade även på frågor om äldreomsorgen. Dessutom svarade 1 438 personer på frågor om kompetensförsörjning.

Enkätsvaren visar att befolkningen anser att den offentligt finansierade hälso- och sjukvården över lag fungerar bättre än äldreomsorgen i dag. Samtidigt bekräftar svaren att befolkningen har höga förväntningar på både den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Drygt 75 procent förväntar sig att hälso- och sjukvården 2040 tillgodoser befolkningens behov i större eller åtminstone samma utsträckning som i dag. Den äldre befolkningens förväntningar på äldreomsorgen visar samma mönster. Det innebär sannolikt att befolkningen också förväntar sig ambitionshöjningar i framtiden som ligger i linje med hur det har varit tidigare inom hälso- och sjukvården och att ambitionssänkningen i äldreomsorgen upphör.

En avgörande utmaning är den offentligt finansierade hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens möjligheter att säkerställa tillgången på personal. Vår enkätundersökning visar att en övervägande majoritet av de unga i åldrarna 18–39 år uppfattar att arbetet inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är meningsfullt. Våra enkätresultat understryker en risk för att äldreomsorgen inte får den påfyllning av arbetskraft som hälso- och sjukvården kan vänta sig från dem som studerar i dag.

Digitalisering är en förändringsstrategi som kommunerna hoppas kan effektivisera framtidens äldreomsorg, men befolkningen är inte positiv till alla typer av förändringar. Många är negativa till välfärdsteknik som riskerar att minska mänsklig närvaro, exempelvis digital tillsyn dagtid eller nattid och digital kommunikation.

Dessutom är befolkningen negativ till att närstående tar ett större ansvar för vård och omsorg om äldre samt att ruttjänster ersätter offentligt finansierad äldreomsorg. Båda förändringarna minskar omfattningen av det offentliga åtagandet genom att helt enkelt minska utbudet av offentliga tjänster, en sorts ransonering. Då behöver den äldre befolkningens behov tillgodoses på annat sätt.

Regionerna bedömer att dagens omfattning av åtagandet i hälso- och sjukvården kan behållas genom att använda resurserna effektivare

För att undersöka hur regionerna bedömer att det offentliga åtagandet kommer att utvecklas till 2040, har vi genomfört en enkät- och intervjustudie. Totalt 18 regioner svarade på enkäten och tre regionföreträdare, chefer för hälso- och sjukvården, intervjuades.

Regionernas övergripande bedömning är att hälso- och sjukvården kan behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet genom att använda resurserna effektivare, men fortsatta ambitionshöjningar är utmanande. Det krävs också att flera olika förändringar genomförs samtidigt – det kommer inte räcka att välja ut ett par eller ett fåtal förändringar.

Intervjuerna visar att regionerna anser att befolkningens förväntningar på hälso- och sjukvården präglas av att den snabba medicinska och medicintekniska utvecklingen hittills har integrerats löpande. Samtidigt anser de att en fortsatt ambitionshöjning genom att integrera medicinska framsteg är utmanande.

Regionerna uppfattar omställningen till en nära vård som avgörande för att resurserna ska kunna användas mer effektivt. Exempelvis kan förebyggande insatser och mer egenvård på sikt minska befolkningens vårdbehov. Majoriteten av regionerna bedömer att nära vård kommer att ha mycket eller ganska stor betydelse, och flera skriver i fritextsvaren att regional hälso- och sjukvård inte kommer att kunna tillgodose befolkningens behov 2040 i samma utsträckning som i dag utan omställningens förväntade effekter. Dessutom pekar regionerna på att bättre samordning och samverkan med kommunerna har stor betydelse för en effektivare resursanvändning.

Digitalisering beskrivs ofta som en nyckel för att behålla omfattningen av åtagandet i hälso- och sjukvården och att digitaliseringen behövs för att resurserna ska kunna användas effektivare. Men i både enkäten och intervjuerna betonar flera av regionerna att det är viktigt att ha realistiska förväntningar på digitaliseringen och att det finns många praktiska hinder. Sammantaget ser regionerna att störst potential finns i att digitalisera dokumentation och kommunikation.

Kommunerna bedömer att det finns flera stora utmaningar med att behålla dagens omfattning av åtagandet inom äldreomsorgen

För att undersöka hur kommunerna bedömer att det offentliga åtagandet kommer att utvecklas till 2040, har vi genomfört en enkät- och intervjustudie. Totalt 190 kommuner svarade på enkäten och 5 kommunföreträdare, chefer för äldreomsorg, deltog i intervjuer.

Kommunerna gör en mindre optimistisk bedömning av möjligheterna att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet i äldreomsorgen, där kommunal hälso- och sjukvård för befolkningen som är 65 år eller äldre ingår. Äldreomsorgen präglas redan i dag av små ekonomiska marginaler och svårigheter att säkerställa tillgången på personal, samtidigt som man tar hand om allt komplexare behov hos den äldre befolkningen.

I intervjuerna betonar kommunerna vikten av att arbeta mer med förebyggande och hälsofrämjande insatser, för att i förlängningen använda resurserna effektivare än i dag. Kommunerna betonar särskilt hur viktigt det är att de äldre är självständiga högt upp i åldrarna, eftersom äldreomsorgens resurser kommer att vara mycket begränsade i förhållande till behoven under de närmaste 20 åren. Det är av stor betydelse att arbeta förebyggande för att minska befolkningens behov av äldreomsorg i framtiden.

En bättre samordning och samverkan mellan kommuner och regioner kan öka effektiviteten. Kommuner och regioner behöver bättre kunskap om och förståelse för varandras processer, för att identifiera möjligheter till samordning och samverkan. Många kommuner beskriver att den regionala primärvården alltför ofta är osynlig och att omställningen till en nära vård ökar trycket på kommunernas verksamheter, vilket bidrar till svårigheterna med att behålla omfattningen av det offentliga åtagandet i äldreomsorgen.

Även om man använder resurserna effektivare än i dag, bedömer drygt varannan kommun att man kommer tillgodose den äldre befolkningens behov framöver i mindre eller mycket mindre utsträckning än i dag. Många kommuner förklarar att det trots effektiviseringar krävs prioriteringar, som att prioritera bort mindre vårdbehov och ersätta offentligt finansierade serviceinsatser med privata ruttjänster.

Många strategier kan ge kostnadsbesparande effektiviseringar men också bidra till ambitionshöjningar

Utifrån ett ramverk, med ett hälsoekonomiskt resonemang, analyserar vi vilka effekter olika former av strategiskt förändringsarbete kan ha på det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Strategiskt förändringsarbete kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar – det vill säga producera samma

omfattning av hälsa och livskvalitet till lägre kostnader – men också bidra till andra effekter som kostnadsdrivande effektivisering genom ökad kvalitet. Med strategiskt förändringsarbete menar vi olika former av breda förändringsarbeten inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, som reformer, satsningar eller initiativ. Vi har identifierat och analyserat sju breda strategier:

- balanserad och tjänsteanpassad styrning
- struktur- och organisationsreformer med fokus på integrations- och skalfördelar
- minskat behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg i befolkningen genom förebyggande arbete
- utvecklad organisering och utvecklade arbetssätt genom digitalisering
- välgrundade prioriteringar
- utvecklad kompetensmix
- personcentrering med fokus på egenvård.

Urvalet och analysen är varken en heltäckande genomgång av alla tänkbara strategier eller en fullständig genomlysning av varje strategi. En viktig avgränsning är att vi bara utgår från strategier som kan verkställas inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen i sig. Vi utesluter alltså insatser utanför hälso- och sjukvården och äldreomsorgen som kan stärka tillväxten i samhälls-ekonomi eller bidra till ett ökat arbetsutbud, exempelvis strukturella förändringar på arbetsmarknaden. Trots det är vår förhoppning att analysen ska bidra till en diskussion om hur olika strategier kan analyseras och bidra till att behålla det offentliga åtagandet.

Analysen fokuserar på hur de samlade ekonomiska resurserna, oavsett framtida personaltäthet, kan användas effektivare än i dag. Resurserna som frigörs via effektiviseringarna kan i sin tur användas till förbättrade villkor och arbetsmiljö för personalen inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. På så vis går förutsättningarna för att stärka de ekonomiska resurserna och personalförsörjningen hand i hand.

Vi ser att samtliga sju strategier har potential att bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar om de används och tillämpas på rätt sätt. Samtidigt ser vi att flera av strategierna också kan riskera att bidra till motsatsen – kostnadsdrivande effektiviseringar – och även i några fall ambitionssänkningar i form av minskat utbud.

De strategier som är särskilt relevanta för kostnadsbesparande effektivisering är att minska befolkningens behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg genom förebyggande arbete samt genom välgrundade prioriteringar, exempelvis genom att ersätta behandlingar och andra vårdåtgärder med billigare alternativ som ger likvärdig eller större patientnytta. Båda strategierna medför samtidigt en begränsad

risk för kostnadsdrivande effektiviseringar, det vill säga ambitionshöjningar. Även i vår enkätundersökning betonar kommuner och regioner betydelsen av just förebyggande insatser.

Utöver konsekvenser på det offentliga åtagandet finns det ytterligare aspekter att tänka på i allt strategiskt förändringsarbete. Bland annat kan tidshorizonten och införandet påverka vilka effekter varje strategi faktiskt ger. Det är därför viktigt att betrakta arbetet som en investering, eftersom ökade kostnader i dag kan förväntas ge kostnadsbesparingar längre fram.

Medskick för fortsatta diskussioner

Mot bakgrund av rapportens slutsatser ger vi tre framåtblickande medskick för fortsatta diskussioner om det offentliga åtagandets omfattning och utveckling.

Det behövs en fortsatt diskussion om omfattningen av det framtida offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen

Vår ambition med den här rapporten är att lämna ett kunskapsunderlag som kan bidra till ökad medvetenhet hos såväl staten, regionerna, kommunerna och samhället i stort om framtida utmaningar för det offentliga åtagandet och nödvändigt förändringsarbete. Det kan exempelvis handla om hur hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens resurser kan användas effektivare än i dag, eller hur vi kan få fler att arbeta i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Vi hoppas också att kunskapsunderlaget ska bidra till diskussioner om möjligheter framåt utifrån befolkningens förväntningar.

Det behöver tydliggöras hur olika reformer kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar och hur de påverkar det offentliga åtagandet

Ur vårt perspektiv är de förväntade effekterna av olika förändringar inte särskilt tydliga när det gäller möjligheterna att behålla omfattningen av det offentliga åtagandet. Vi ser fördjupade analyser som en viktig del i ett utvecklat evidensbaserat beslutsfattande och att det därför finns anledning att på såväl statlig, regional som kommunal nivå uppmärksamma och öka medvetenheten om vilka effekter reformer, satsningar och initiativ kan förväntas ha på det offentliga åtagandet.

Det behövs fler studier och fortsatt metodutveckling för att bättre förstå framtida utmaningar med kompetensförsörjningen

Vi ser ett behov av både fler studier samt en generell metod- och modellutveckling, för att bättre förstå utmaningen med kompetensförsörjningen och de ekonomiska resurserna. Det handlar bland annat om hur pris- och löneutvecklingen mellan hälso- och sjukvården och äldreomsorgen jämfört med den övriga ekonomin påverkar förutsättningarna för kompetensförsörjning och kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Då kan vi få en tydligare och mer sammanhållen bild av de framtida utmaningarna.

Innehåll

1	Inledning	21
1.1	Befolkningsutvecklingen skapar större behov	21
1.2	Vi studerar förutsättningar och möjligheter att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet.....	22
1.3	Rapporten bygger på tre delstudier	23
2	Befolkningsutvecklingen utmanar det offentliga åtagandet	26
2.1	Befolkningen i Sverige fortsätter växa till 2040, särskilt gruppen äldre	26
2.2	Försörjningskvoten varierar mellan olika kommuner och regioner	28
2.3	Många faktorer tillsammans påverkar befolkningens behov	32
3	Omfattningen av det offentliga åtagandet under 2000-talet	36
3.1	Ett offentligt åtagande skapar en jämnare fördelning av hälsa och livskvalitet i befolkningen	36
3.2	Lagstiftning, ekonomi och personal ger ramarna för omfattningen.....	37
3.3	Inom ramarna är åtagandet en flytande ambitionsnivå	41
3.4	Kostnaderna för det offentliga åtagandet	43
3.5	Kompetensförsörjningen i det offentliga åtagandet	46
4	Fördjupad analys av det offentliga åtagandets utveckling	50
4.1	Analysen utgår från finansiering och kompetensförsörjning.....	50
4.2	Hälso- och sjukvården har genomgått en ambitionshöjning	54
4.3	Äldreomsorgens ekonomiska resurser och personal har inte förändrats i takt med behoven	56
5	Framskrivning av det offentliga åtagandets omfattning till 2040.....	60
5.1	Så här har vi gjort vår framskrivning.....	60
5.2	Dagens omfattning av det offentliga åtagandet kan finansieras genom fortsatt tillväxt i ekonomin.....	62
5.3	Fler behöver arbeta i hälso- och sjukvården och många fler i äldreomsorgen	70

6	Tre perspektiv på det offentliga åtagandet till 2040	80
6.1	Vi har genomfört en enkätundersökning	81
6.2	Befolkningen har höga förväntningar på det framtida offentliga åtagandet	83
6.3	Förändringsarbete krävs för att behålla omfattningen av det offentliga åtagandet 2040	85
6.4	Personalförsörjningen är grunden	90
6.5	Resurserna kan användas effektivare	95
6.6	Kommuner och regioner ser olika på svårigheter med att möta befolkningens förväntningar	106
7	Analys av strategiskt förändringsarbete och hur det kan påverka det offentliga åtagandet	109
7.1	En ramverksanalys av strategiskt förändringsarbete	109
7.2	Strategi 1: Balanserad och tjänsteanpassad styrning för övergripande effektivitet	116
7.3	Strategi 2: Struktur- och organisationsreformer med fokus på integrations- och skalfördelar för ökad allokativ effektivitet	121
7.4	Strategi 3: Minska befolkningens behov av vård och äldreomsorg genom att förebygga	127
7.5	Strategi 4: Utveckla organisering och arbetssätt genom digitalisering för ökad produktivitet.....	130
7.6	Strategi 5: Väl underbyggd prioritering för ökad allokativ effektivitet	135
7.7	Strategi 6: Utvecklad kompetensmix för ökad allokativ effektivitet	139
7.8	Strategi 7: Personcentrering med fokus på egenvård för effektivare sök beteende.....	143
7.9	Samlade iakttagelser från vår ramverksanalys	146
8	Sammanfattande resultat och slutsatser	153
8.1	Sammantaget kan dagens omfattning av det offentliga åtagandet behållas, men fortsatt ambitionshöjning kräver effektiviseringar	155
8.2	Att behålla dagens omfattning av åtagandet kräver mindre personalintensiva arbetssätt, särskilt inom äldreomsorgen.....	158
8.3	Befolkningen förväntar sig att omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen växer, eller åtminstone behålls som i dag.....	160
8.4	Regionerna bedömer att dagens omfattning av åtagandet i hälso- och sjukvården kan behållas genom att använda resurserna effektivare	162
8.5	Kommunerna bedömer att det finns flera stora utmaningar med att behålla dagens omfattning av åtagandet inom äldreomsorgen.....	165

8.6	Många strategier kan ge kostnadsbesparande effektiviseringar men också bidra till ambitionshöjningar	167
8.7	Medskick för fortsatta diskussioner	171
	Referenser	174
	Bilaga 1: Definition av kostnader	193
	Bilaga 2: Metodbeskrivning för den fördjupade analysen av kostnadsutvecklingen	196
	Bilaga 3: Enkätundersökning till befolkningen	200
	Bilaga 4: Enkät om det offentliga åtagandet till Vård- och omsorgsanlys befolkningspanel	203
	Bilaga 5: Enkäter och intervjuguider till regioner och kommuner	210

1 Inledning

Det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen innebär att det offentliga finansierar och tillhandahåller välfärdstjänster efter behov, för att främja hälsa och livskvalitet hos befolkningen. I vår rapport definierar vi det offentliga åtagandet som *omfattningen* av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Med *omfattningen* av det offentliga åtaganden menar vi den totala resursramen – ekonomiska resurser eller personal – som läggs på hälso- och sjukvården och äldreomsorgen i relation till befolkningens storlek och sammansättning. Det handlar alltså inte om det exakta innehållet, det vill säga vilka behandlingar eller tjänster som ges. Omfattningen av det offentliga åtagandet är i grunden en fråga om politiska prioriteringar. Lagstiftning och andra regler vägleder det offentliga åtagandet, men bara genom att delvis precisera innehållet eller omfattningen. Ekonomiska resurser, liksom tillgången till personal och kompetens, begränsar i praktiken omfattningen av det offentliga åtagandet i förhållande till befolkningens behov. Utbudet är inte på andra sätt fastställt, utan är snarare ett resultat av vad som ryms och prioriteras med de resurser som står till buds i ekonomin.

1.1 Befolkningsutvecklingen skapar större behov

Befolkningens samlade behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg blir större, eftersom befolkningen växer och åldras, och då blir det svårare att finansiera och framförallt kompetensförsörja hälso- och sjukvården och äldreomsorgen (SKR 2024). Den här utmaningen har länge diskuterats i olika sammanhang och analyserats i många tidigare studier och rapporter (se exempelvis SOU 2008:105, Borg 2009, Socialdepartementet 2010, Sundén m.fl. 2014, SOU 2019:65, SOU 2020:8, Välfärdskommissionen 2021, TLV 2023, SOU 2023:85). Under det senaste decenniet har den långsiktiga finansieringen av det offentliga åtagandet allt oftare beskrivits som hanterlig, främst till följd av ökad tillväxt i ekonomin och gynnsammare förändringar i befolkningsstrukturen (Sundén m.fl. 2014, Konjunkturinstitutet 2014, 2016, 2018, 2022a, 2024a). Kompetensförsörjningen har i stället lyfts fram som en allt tydligare och svårare utmaning, eftersom den samlade efterfrågan i hela ekonomin växer parallellt med att behoven av hälso- och sjukvård och

äldreomsorg förväntas öka (Socialdepartementet 2010, SOU 2019:65, IVO 2022, Socialstyrelsen 2024a, SKR 2022a, 2023a). Skillnaderna mellan kommuner och regioner är samtidigt stora när det gäller förutsättningarna att kompetensförsörja och finansiera hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Med den här rapporten vill vi presentera ett kunskapsunderlag som kan ligga till grund för fortsatta diskussioner om det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. En viktig diskussion handlar om hur kommuner och regioner kan arbeta för att behålla omfattningen av åtagandet över tid – oavsett politisk uppfattning om ambitionsnivån för åtagandet.

1.2 Vi studerar förutsättningar och möjligheter att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet

Syftet med den här rapporten är att studera förutsättningarna och möjligheterna att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040.

1.2.1 Vi har arbetat utifrån fem fördjupade frågeställningar

Rapporten sammanfattar befintlig kunskap om möjligheterna att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet. Dessutom kompletterar vi med ny kunskap om det framtida åtagandet utifrån dels framskrivningar, det vill säga beräkningar av det framtida behovet av ekonomiska resurser och personal, dels kommunernas, regionernas och befolkningens perspektiv på det offentliga åtagandet i framtiden. Slutligen utvecklar vi ett ramverk för att beskriva och analysera om strategiskt förändringsarbete kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar samt vilka effekter olika typer av strategier har på det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Följande frågeställningar har varit vägledande i vårt arbete:

1. Hur ser förutsättningarna ut för att finansiera dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040?
2. Hur ser förutsättningarna ut för att kompetensförsörja dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040?
3. Vilka förväntningar har befolkningen på omfattningen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen i framtiden?
4. Hur bedömer regioner och kommuner möjligheterna att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040?
5. Hur kan olika former av strategiskt förändringsarbete påverka det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen?

1.2.2 Vi fokuserar på analys av utveckling och insatser inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har enligt sin instruktion till uppgift att ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. Vår analys av det offentliga åtagandet gentemot befolkningen omfattar enbart utvecklingen inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Det betyder att vi exkluderar tandvården liksom annan omsorg än äldreomsorg.

Analysen omfattar inte heller förändringar utanför hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, trots att detta är av stor betydelse för både finansiering och kompetensförsörjning. Tillväxttakten i ekonomin kan påverkas av exempelvis skatte- och pensionssystemets framtida utformning eller genom förändringar i arbetsmarknadspolitiken. I våra framskrivningar och analys använder vi Konjunkturinstitutets långtidsscenario för ekonomin, där bland annat skattesystemet och välfärdssystemen antas vara som i dag även i framtiden.

Våra framskrivningar omfattar inte hur försäkringsbaserad hälso- och sjukvård skulle kunna utvecklas i framtiden, eftersom vi tidigare konstaterat att det är svårt att ge ett entydigt svar på hur patienterna i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården påverkas av privata sjukvårdsförsäkringar (Vård- och omsorgsanalys 2020a). När det gäller huvudmannaskap för hälso- och sjukvården utgår vi från dagens situation, och bortser därmed från eventuella förändringar som kan ske utifrån den pågående parlamentariska utredningen (dir. 2023:73).

1.3 Rapporten bygger på tre delstudier

Rapporten bygger på tre delstudier som svarar mot minst en frågeställning vardera. I det här avsnittet beskriver vi delstudierna och rapportens disposition.

1.3.1 Kapitel 2 och 3 ger bakgrunden till samtliga delstudier

Rapportens nästföljande kapitel ger bakgrunden till alla tre delstudier.

I kapitel 2 beskriver vi översiktligt befolkningsutvecklingen från 1980 till i dag, och presenterar en framskrivning av befolkningsutvecklingen till 2040. Dessutom beskriver vi hur olika faktorer kan påverka hälsan i befolkningen och befolkningens behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg.

I kapitel 3 analyserar vi begreppet offentligt åtagande, hur det kan förstås teoretiskt och vad som påverkar åtagandets omfattning och innehåll i praktiken. Dessutom visar vi hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen har utvecklats under de två senaste decennierna vad gäller dels finansiering, dels kompetensförsörjning.

1.3.2 Vi skriver fram kostnadsutvecklingen och personalbehoven i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040

I den första delstudien kompletterar vi befintlig kunskap genom att göra egna framskrivningar av kostnadsutvecklingen och personalbehoven i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040. Delstudien svarar mot frågeställningarna 1 och 2 om hur förutsättningarna ser ut för att finansiera och kompetensförsörja dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Våra framskrivningar och analys utgår från SCB:s befolkningsframskrivningar till 2040 och Konjunkturinstitutets senaste långtidsscenario för tillväxten i svensk ekonomi. Delstudien presenteras i kapitel 4 och 5.

I kapitel 4 fördjupar vi analysen av förutsättningarna för våra framskrivningar av det offentliga åtagandet. Vi gör en fördjupad analys av kostnadsutvecklingen och utvecklingen av antalet helårsarbeten i hälso- och sjukvården respektive äldreomsorgen under 2000-talet.

I kapitel 5 gör vi egna framskrivningar av den kostnadsutveckling och den personalstyrka som skulle krävas för att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet till 2040.

1.3.3 Vi undersöker befolkningens förväntningar samt regionernas och kommunernas bedömningar av det framtida åtagandet

Delstudie 2 svarar mot frågeställningarna 3 och 4 genom att undersöka befolkningens förväntningar på samt kommunernas och regionernas bedömningar av det framtida offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Vi undersöker befolkningens förväntningar på det framtida offentliga åtagande genom en enkät till vår befolkningspanel. Kommunernas och regionernas bedömningar av möjligheterna att tillgodose den växande och åldrande befolkningens behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg till 2040 fångar vi med både enkäter och intervjuer. Delstudie 2 presenteras i kapitel 6.

1.3.4 Vi utvecklar ett ramverk och analyserar vilka effekter strategiskt förändringsarbete kan ha på det offentliga åtagandet

I delstudie 3 analyserar vi om olika former av strategiskt förändringsarbete kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar. Utgångspunkten är ett ramverk med ett hälsoekonomiskt resonemang som tar fasta på olika strategiska förändringsarbetens möjliga påverkan på det offentliga åtagandet. Delstudie 3 presenteras i kapitel 7.

1.3.5 Rapportens disposition

Kapitel 2 och 3 ger bakgrunden för samtliga delstudier. Den första delstudien presenteras i kapitel 4 och 5, den andra delstudien i kapitel 6 och den tredje delstudien i kapitel 7. I rapportens åttonde och sista kapitel presenterar vi våra sammanfattande slutsatser och framåtblickande medskick för fortsatt diskussion.

Figur 1. Rapportens disposition.

Kapitel	Innehåll	
2 Befolknings- utvecklingen utmanar det offentliga åtagandet	<ul style="list-style-type: none"> Översiktlig beskrivning och kartläggning av befolkningsutvecklingen från 1980 till i dag och SCB:s befolkningsframskrivning till 2040. Beskrivning av hur olika faktorer kan påverka hälsan och befolkningens behov av vård och omsorg. 	Bakgrund
3 Omfattningen av det offentliga åtagandet under 2000-talet	<ul style="list-style-type: none"> Teoretisk beskrivning av det offentliga åtagandet och vad som påverkar innehåll och omfattning. En deskriptiv sammanställning och genomgång av det offentliga åtagandets utveckling under 2000-talet. 	
4 Fördjupad analys av det offentliga åtagandets utveckling	<ul style="list-style-type: none"> Sammanställning och fördjupning av förutsättningarna för våra framskrivningar av det offentliga åtagandet. En fördjupad analys av ekonomiska resurser och personal inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. 	Delstudie 1
5 Framskrivning av det offentliga åtagandets omfattning till 2040	<ul style="list-style-type: none"> Resultat från framskrivningar av det offentliga åtagandets omfattning i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040. 	
6 Tre perspektiv på det offentliga åtagandet till 2040	<ul style="list-style-type: none"> Resultatredovisning från en befolkningsenkät till vår egen befolkningspanel. Resultatredovisning från en enkät riktad till region- och kommunföreträdare, samt intervjuer som komplettering till enkätresultaten. 	Delstudie 2
7 Analys av strategiskt förändringsarbete och hur det kan påverka det offentliga åtagandet	<ul style="list-style-type: none"> En ramverksanalys av och om vilka effekter strategiskt förändringsarbete kan ha på det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. 	Delstudie 3
8 Sammanfattande resultat och slutsatser		

2 Befolkningsutvecklingen utmanar det offentliga åtagandet

I kapitlet ger vi en överblick över befolkningsutvecklingen från 1980-talet fram till i dag samt utvecklingen till 2040 för Sverige som helhet, regionerna och kommunerna. Dessutom går vi igenom en rad andra faktorer som kan påverka befolkningens framtida hälsa och behov av vård och äldreomsorg.

2.1 Befolkningen i Sverige fortsätter växa till 2040, särskilt gruppen äldre

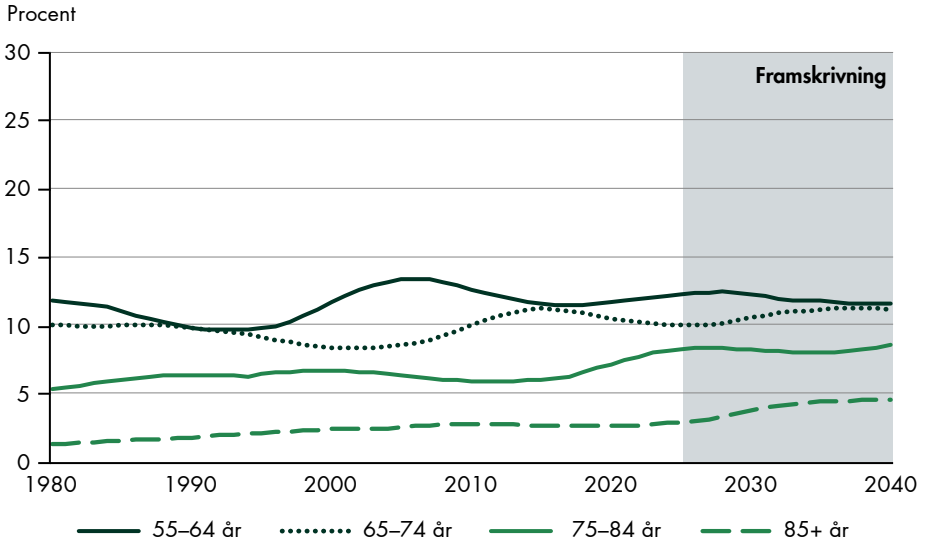
Befolkningen i Sverige har vuxit från drygt 8,3 miljoner invånare 1980 till 8,9 miljoner 2000 och till runt 10,5 miljoner invånare 2023 (SCB 2024a). Befolkningen ökar även i framtiden, men i en långsammare takt jämfört med tidigare befolkningsframskrivning. Den långsammare takten än tidigare beror på att det föds färre barn, fler avlider, färre invandrar och fler utvandrar än tidigare år. Den senaste befolkningsframskrivningen visar trots det på en fortsatt befolkningstillväxt och att befolkningen beräknas vara drygt 11 miljoner invånare 2040 (SCB 2024b).

Om befolkningen växer proportionellt i alla åldersgrupper över tid ökar behoven av vård och äldreomsorg i samma takt som en hypotetisk kapacitet att tillgodose densamma, det vill säga skatteintäkterna och arbetskraften ökar i samma omfattning som behoven. När befolkningens ålderssammansättning förändras så att andelen i arbetsför ålder minskar, ökar försörjningskvoten. Det betyder att relativt sett färre arbetar och betalar skatt som kan finansiera befolkningens växande behov av vård och äldreomsorg. Det leder till att kapaciteten att möta befolkningens behov minskar.

Figur 2 redovisar hur befolkningsandelen i fyra åldersgrupper från 55 år och uppåt har utvecklats från 1980 och hur dessa åldersgrupper, som andel av hela befolkningen, förväntas utvecklas till 2040. Över tid går olika åldersgruppers andel av befolkningen i vågor, som följer olika stora befolkningskullar över tid.

Befolkningsandelen i åldern 75 till 84 år och 85 år eller äldre har ökat stadigt sedan 1980. Mellan 1980 och 2023 fördubblades antalet personer som är 75 år eller äldre, en ökning med nästan 580 000 personer. Till 2040 beräknas gruppen 75 år eller äldre öka med ytterligare 28 procent, eller runt 315 000 personer. Antalet invånare 65 år eller äldre har ökat med 60 procent mellan 1980 och 2023, och förväntas fortsätta växa till 2040, om än i något lägre takt, runt 22 procent.

Figur 2. Utveckling för de äldsta åldersgruppernas andel i befolkningen, 1980–2040.



Källa: SCB (2024a, 2024b).

En förklaring till befolkningsutvecklingen är att medellivslängden har ökat sedan 1980 (SCB 2023a). Den återstående medellivslängden vid 65-års ålder 1980 var 14 år för män och 18 år för kvinnor. Till i dag har medellivslängden ökat med sex år för män respektive fyra år för kvinnor. År 2040 förväntas återstående medellivslängd vid 65-års ålder vara 21,5 år för män och drygt 23 år för kvinnor.

En befolkningsframskrivning är relativt stabil över tid men oväntade händelser får konsekvenser

Statistikmyndigheten SCB gör varje år framskrivningar av befolkningsutvecklingen i Sverige. Framskrivningar är förutsägelser om framtiden utifrån information som vi har i dag. Befolkningsframskrivningar bygger på antaganden om dödstal, fruktsamhet samt in- och utvandring (SCB 2023b).

Befolkningsutvecklingen påverkas av flera olika faktorer, trots detta är en befolkningsframskrivning ofta relativt träffsäker. Det beror på att framskrivningar av befolkningsutveckling bland annat utgår från fruktsamhet och dödstal, som är relativt stabila över tid. I den senaste befolkningsframskrivningen var antalet födda barn per kvinna det lägsta som någonsin uppmätts sedan den började mätas i Sverige 1749 (SCB 2024b).

Pandemier, flyktingströmmar och konjunktursvängningar kan påverka befolkningsutvecklingen på ett oväntat sätt. Exempelvis påverkade den omfattande migrationen från andra delar av världen till Europa och Sverige under 2015 befolkningsframskrivningen. Den förväntade befolkningsökningen har därefter skrivits ned, delvis på grund av politiska beslut om att minska invandringen. Ett annat exempel som påverkat befolkningsframskrivningen är covid-19-pandemin som kortsiktigt bröt trenden av stigande medellivslängd i Sverige (Kolk m.fl. 2021).

2.2 Försörjningskvoten varierar mellan olika kommuner och regioner

Försörjningskvoten beskriver hur många personer i arbetsför ålder som förväntas försörja personer i icke-arbetsför ålder, alltså unga och äldre. I det här avsnittet beskriver vi utvecklingen av försörjningskvoten i riket, regionerna och kommunerna mellan 1980 och 2040.

2.2.1 Försörjningskvoten i riket ökar något till 2040

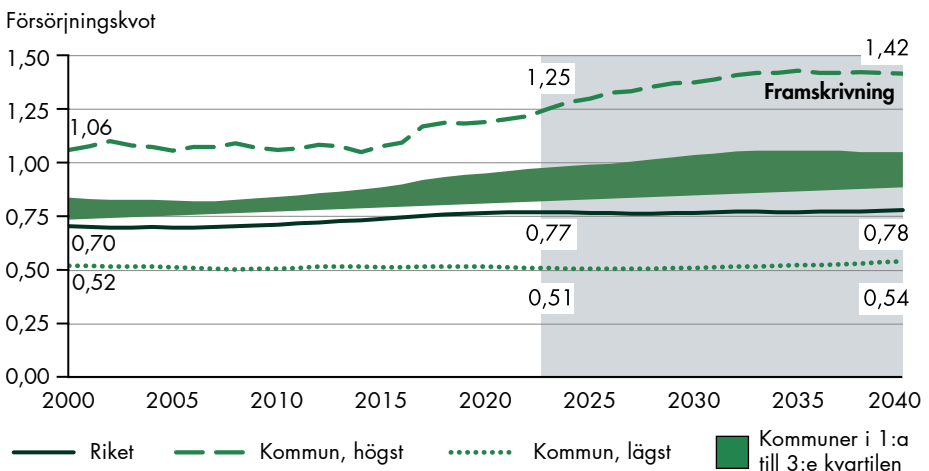
Försörjningskvoten beskriver storleksordningar mellan befolkningsgrupper som vanligtvis inte deltar i arbetskraften, alltså yngre än 20 år och äldre än 64 år, och de som vanligtvis deltar i arbetskraften, det vill säga från 20 till 64 år. Försörjningskvoten mäter ”trycket” på befolkningen i arbetsför ålder, från 20 till 64 år, och ger en fingervisning om förutsättningarna för att skattefinansiera och kompetensförsörja välfärden. Skatteunderlaget är beroende av att personer i arbetsför ålder arbetar och betalar skatt. När befolkningsandelen i arbetsför ålder minskar försämras förutsättningarna för att skattefinansiera välfärden, samtidigt som befolkningens samlade behov av vård och äldreomsorg kan öka och fler behöver arbeta i välfärden. Framst i befolkningsmässigt mindre kommuner kan även antalet

personer i arbetsför ålder komma att minska framgent, vilket ytterligare försvårar kompetensförsörjningen.

År 2023 var ungefär var femte person i Sverige 65 år eller äldre. År 2040 väntas andelen 65 år eller äldre vara drygt 24 procent, en ökning med 4 procentenheter. Trots att andelen yngre än 20 år minskar medför den ökande andelen äldre i befolkningen att försörjningskvoten ökar något framöver. Eftersom både utbildning och äldreomsorg är kommunala angelägenheter, skapar det en möjlighet att omfördela resurser inom den kommunala budgetramen.

Figur 3 visar försörjningskvoten i Sverige som helhet, högsta och lägsta försörjningskvot bland kommunerna samt en yta som visar försörjningskvoten i hälften av kommuner i riket, alltså mellan den första och tredje kvartilen. Att mer än varannan kommun har högre försörjningskvot än riket totalt beror på att försörjningskvoten i riket påverkas mest av kommuner med stor befolkning, som ofta har en lägre försörjningskvot än mindre kommuner. Försörjningskvoten i riket har ökat från 0,70 år 1980 till 0,77 år 2022, och förväntas öka till drygt 0,78 till år 2040 (SCB 2024a, 2024b). Spridningen mellan kommunerna är stor. I dag har Övertorneå högst försörjningskvot av alla kommuner, drygt 1,25, medan Solna har den lägsta, 0,51. Till 2040 beräknas försörjningskvot öka i samtliga kommuner jämfört med i dag. Då förväntas Borgholm ha högst försörjningskvot av alla kommuner, 1,42, samtidigt som Solna fortfarande beräknas ha lägst försörjningskvot, 0,54. Försörjningskvoten för kommuner i den första till tredje kvartilen, det vill säga i hälften av kommunerna, var år 2000 mellan 0,73 och 0,83 och beräknas ligga mellan 0,89 och 1,05 år 2040- (SCB 2023c).

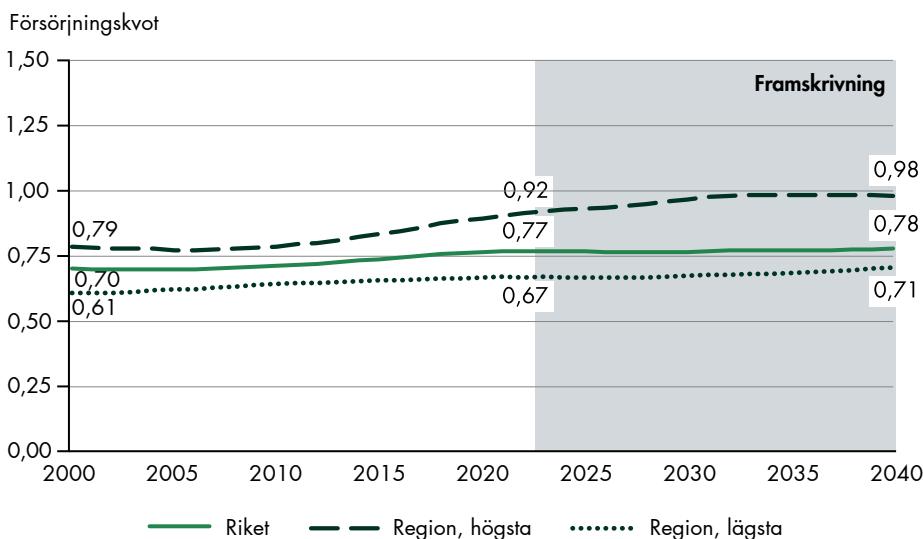
Figur 3. Försörjningskvot i riket, högst respektive lägst bland kommunerna samt för kommunerna i första till tredje kvartilen 2000–2040.



Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023c, 2024a,b).

Figur 4 visar försörjningskvoten i riket samt högsta och lägsta försörjningskvot i regionerna. Bland regionerna har Dalarna i dag högst försörjningskvot, nästan 0,92, medan Stockholm har den lägsta, 0,67. Till 2040 ökar försörjningskvoten i samtliga regioner, jämfört med i dag. Då beräknas Kalmar ha högst försörjningskvot med 0,98, och Stockholm lägst med 0,71.

Figur 4. Försörjningskvot i riket samt högsta och lägsta för regionerna 2000–2040.



Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023c, 2024a,b).

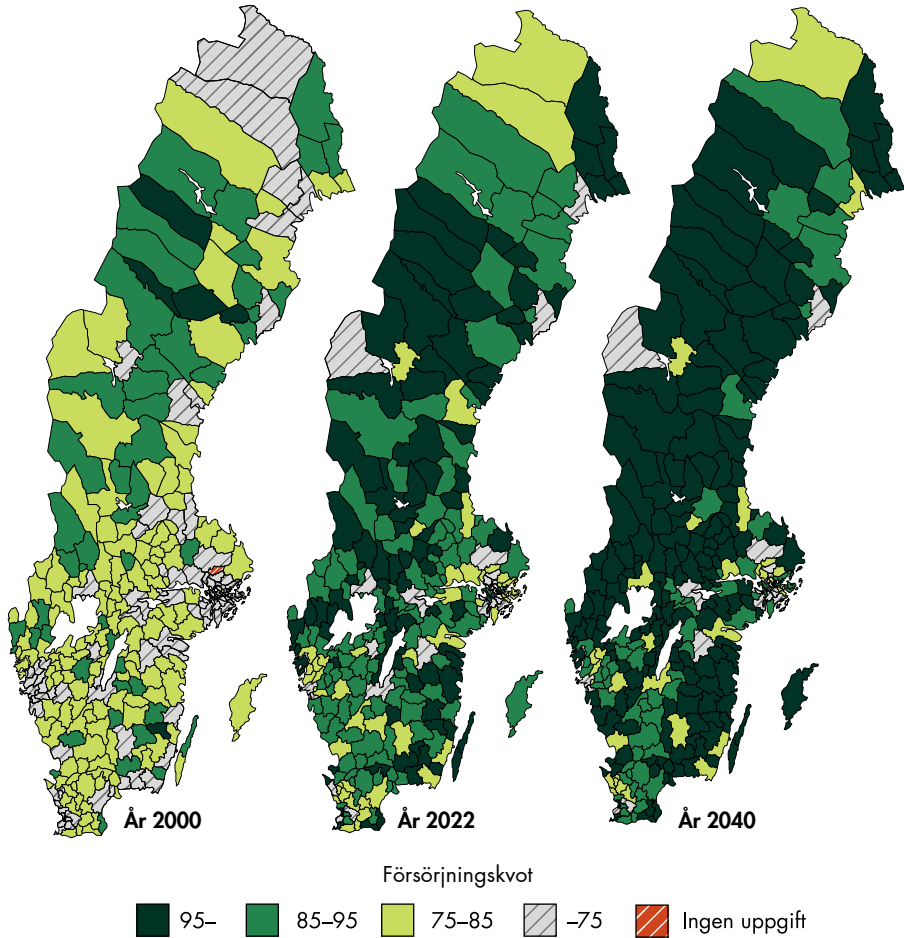
2.2.2 Glesbygdskommuner har större utmaningar än många andra kommuner

Även om befolkningen i Sverige växer är befolkningstillväxten ojämnt fördelad mellan landets kommuner, exempelvis minskade befolkningen i 193 av 290 kommuner under 2023. Några kommuner har en större andel yngre i befolkningen, än riket i genomsnitt, medan andra, framför allt små kommuner, oftare har en betydligt äldre befolkningsstruktur. Befolkningen beräknas minska i några av landets redan mindre kommuner (SCB 2024a,b). En minskande befolkning i arbetsför ålder innebär stora utmaningar i berörda kommuner med både skatteunderlag och kompetensförsörjning i välfärden.

Försörjningskvoten varierar mycket mellan kommunerna. Under 2000-talet minskade befolkningsandelen i arbetsför ålder i en överväldigande majoritet av kommunerna, det vill säga försörjningskvoten ökar. Bara ett fåtal kommuner har haft en ökande befolkningsandel i arbetsför ålder. Figur 5 visar försörjningskvoten i samtliga kommuner 2000 och 2022 samt beräknade försörjningskvoter 2040.

Det är tydligt att försörjningskvoten ökar över tid i en övervägande majoritet av kommunerna, vilket illustreras av att den mörkgröna färgen blir vanligare och vanligare. Det är främst i landets befolkningsmässigt mindre kommuner som försörjningskvoten ökar betydligt till 2040.

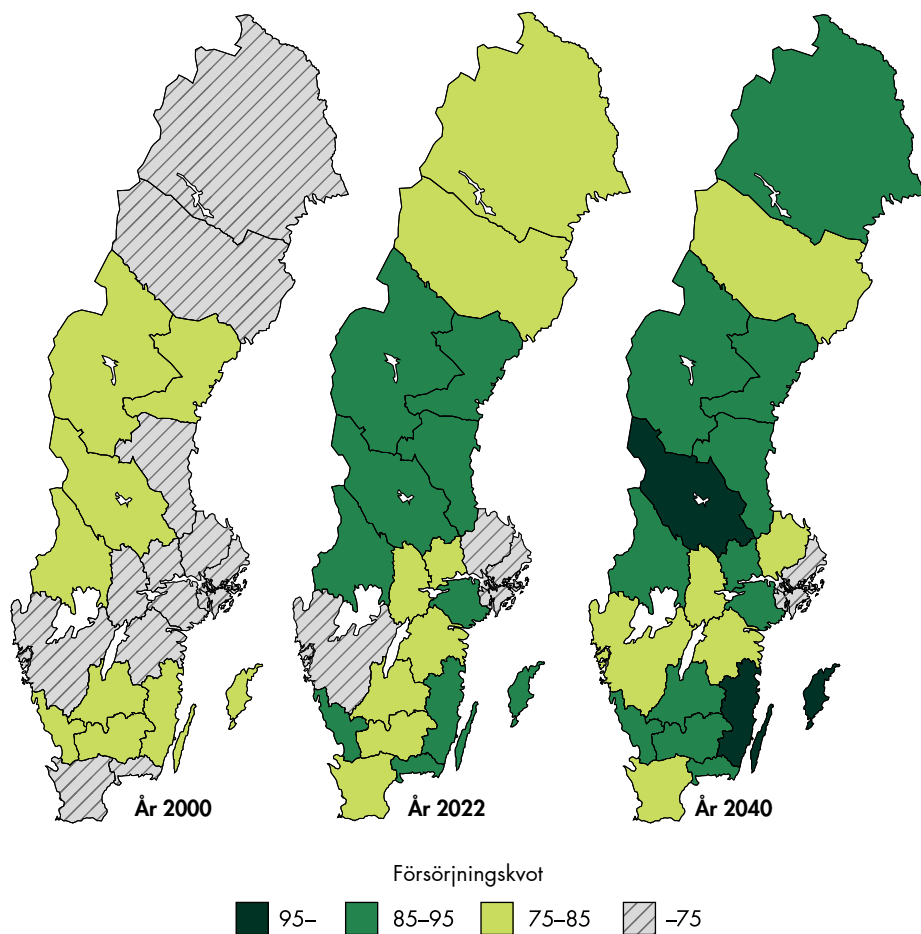
Figur 5. Kommunernas försörjningskvot 2000–2040.



Källa: Egen beräkningar utifrån SCB (2023c, 2024a).

Figur 6 visar försörjningskvoten i samtliga regioner 2000 och 2022 samt beräknade försörjningskvoter 2040. Befolkningsutvecklingen med en åldrande befolkning syns tydligt på utvecklingen i regionernas försörjningskvot, men inte lika tydligt som för kommunerna. Regionernas försörjningskvot förändras mindre, eftersom varje region har någon större kommun med mer gynnsam utveckling av försörjningskvoten än i de mindre kommunerna.

Figur 6. Regionernas försörjningskvot 2000–2040.



Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023c, 2024a).

2.3 Många faktorer tillsammans påverkar befolkningens behov

Utöver befolkningsutvecklingen är det flera faktorer som påverkar utvecklingen av befolkningens samlade behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Medicinska framsteg har gjort många kroniska sjukdomarna lättare att leva med. Det kan innebära att befolkningens behov av äldreomsorg inträffar under en kortare tidsperiod i högre åldrar än i dag, samtidigt kan den åldrande individen behöva sjukvård under en längre tidsperiod.

2.3.1 Medicinsk och medicinteknisk utveckling ökar vårdbehovet

Utifrån förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen har vi tidigare definierat befolkningens behov av hälso- och sjukvård som de samlade nedsättningarna i hälsa, hos samtliga individer, där det finns åtgärder inom hälso- och sjukvården som antingen kan förbättra individernas hälsa eller, vid allvarliga hälsotillstånd som inte kan förbättras, minska lidande (Vård- och omsorgsanalys 2021a). Om det saknas åtgärder i hälso- och sjukvården som kan förbättra ett visst hälsotillstånd, har individen enligt vår definition inget vårdbehov, även om hälsotillståndet är allvarligt. Men i takt med att nya behandlingsmöjligheter introduceras blir allt fler hälsotillstånd behandlingsbara, vilket alltså innebär att befolkningens vårdbehov växer i takt med medicinska och medicinsktekniska framsteg.

2.3.2 Fler kroniska sjukdomar när befolkningen lever längre

När medellivslängden stiger ökar även förekomsten av kroniska sjukdomar i befolkningen. Mer än varannan i åldersgruppen 65–74 år har minst två kroniska sjukdomar och bland personer över 85 år är andelen drygt 80 procent (SOU 2018:39). Sett ur befolkningens perspektiv har de medicinska framstegen medfört att många kroniska sjukdomar blivit mindre problematiska att leva med (Lindgren 2016). Framför allt upplever den äldre befolkningen i dag sig friskare än tidigare generationer (Skoog 2023). Även om befolkningen över lag upplever sig friskare påverkas inte kostnaderna för hälso- och sjukvård nödvändigtvis i samma omfattning. De kroniska sjukdomarna står för en stor del av landets totala sjukvårdskostnader, cirka 80–85 procent (Vård- och omsorgsanalys 2014a).

Övervikt och fetma har ökat kontinuerligt i den vuxna befolkningen sedan 1980-talet och i dag har varannan i befolkningen antingen övervikt eller fetma. Ökningen sker i alla samhällsgrupper, men ökningen är snabbast bland yngre vuxna, vilket medför ökad risk för att kroniska sjukdomar debuterar tidigare (Folkhälsomyndigheten 2024). Även psykisk ohälsa blir allt vanligare och är ojämnt fördelad mellan olika befolkningsgrupper (Vård- och omsorgsanalys 2024a).

2.3.3 Behovet av äldreomsorg ökar när befolkningen åldras

Med motsvarande resonemang som för befolkningens behov av hälso- och sjukvård definierar vi den äldre befolkningens omsorgsbehov som de samlade nedsättningarna, hos samtliga individer 65 år eller äldre, i förmåga att självständigt klara av olika dagliga aktiviteter där det finns åtgärder inom äldreomsorgen som kan förbättra individens livskvalitet. Åtgärderna omfattar personliga omvårdnadstjänster, exempelvis hjälp med att äta och med personlig hygien, service som städning och

hjälp med inköp samt en övrig social del. Dessutom tillgodoser äldreomsorgen delar av de medicinska vårdbehoven hos befolkningen som är 65 år eller äldre (Vård- och omsorgsanalys 2021b).

Även befolkningens behov av äldreomsorg kan påverkas av den medicinska utvecklingen. Exempelvis om fler demensdiagnoser skulle bli behandlingsbara, kan de samlade nedsättningarna i den äldre befolkningens i förmåga att klara olika dagliga aktiviteter minska. Då ökar befolkningens behov av äldreomsorg mindre än förväntat. Men utan nya behandlingsmetoder och bättre förebyggande åtgärder kan patientgruppen med demenssjukdom bli 50 procent större än i dag till 2040, vilket medför att befolkningens samlade behov av äldreomsorg ökar (Frisell m.fl. 2023).

2.3.4 Hälsotillståndet i befolkningen är gott men hälsan är ojämnt fördelad

Hälsotillståndet i befolkningen i Sverige har förbättrats över tid och är gott i internationell jämförelse (Folkhälsomyndigheten 2023a). Men hälsan är ojämnt fördelad mellan olika befolkningsgrupper. På gruppnivå har personer med sämre ekonomisk standard och lägre utbildningsnivå sämre hälsa och kortare medellivslängd än personer med hög utbildning (Vård- och omsorgsanalys 2022a). Utlandsfödda har delvis sämre hälsa än personer födda i Sverige och nyanlända har generellt bättre hälsa än de som bott några år i Sverige (Folkhälsomyndigheten 2019).

Att högre utbildning och inkomster är korrelerade med bättre hälsa brukar förklaras av att människors hälsa är sämre ju lägre social position de har (SOU 2017:47). Hälsan i befolkningen beror i hög grad av hur befolkningen lever och påverkas av samspelet mellan individ och samhälle (Folkhälsomyndigheten 2023a, Dahlgren och Whitehead 1991). Sjukdomspanoramat kan därför påverkas av andra samhällsförändringar.

2.3.5 Klimatförändringarna kan påverka sjukdomspanoramat

Förändringar i vår omvärld kan få stora konsekvenser för samhället i stort liksom för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Klimatförändringarna och dess påverkan på hälsan är en av dessa utmaningar (Caminade m.fl. 2019, Region Stockholm 2020). Det är svårt att förutse hur och i vilken omfattning sjukdomspanoramat i befolkningen kan komma att påverkas av klimatförändringarna (Van de Vuurst och Escobar 2023). Sjukdomar som vi tidigare inte haft i Sverige kan bli vanligare och förändringar i vår närmiljö kan ytterligare påverka vår hälsa. Hälsoeffekterna vid värmeböljor kan vara både direkta, i form, av ökad dödlighet och sjuklighet i hjärtkärlsjukdomar, samt indirekta genom försämrad närmiljö, som bakterier i bad- eller dricksvatten, och infektionssjukdomar. Ökad förekomst av smittsamma

sjukdomar kan medföra ett ökat behov av exempelvis antibiotika och antiparasitära medel (Region Stockholm 2020).

För hälso- och sjukvården kan klimatförändringarna innebära att fler behöver vård för åkommor som inte varit vanliga i Sverige tidigare. Klimatförändringarna kan även bli en utmaning i omsorgen om äldre, kanske speciellt vid framtida värmeböljor.

3 Omfattningen av det offentliga åtagandet under 2000-talet

I det här kapitlet diskuterar vi det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, olika faktorer som kan påverka åtagandets omfattning och innehåll samt hur finansieringen av och personaltätheten inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen har utvecklats under 2000-talet. Kapitlet kan sammanfattas så här:

- Lagstiftning ger övergripande ramar för vad det offentliga åtagandet ska omfatta, men preciserar bara delvis vad som ingår och hur mycket.
- Ekonomiska resurser, liksom tillgången till personal och kompetens, begränsar i praktiken innehåll och omfattning av det offentliga åtagandet, och är i grunden en politisk fråga om prioriteringar.
- Innehållet i, standarden på och omfattningen av åtagandet är som rörlig materia och preciseras närmare av bland annat olika styrformer och prioriteringar av olika aktörer på flera olika nivåer.
- Utvecklingen under 2000-talet tyder på att omfattningen av det offentliga åtagandet har ökat inom hälso- och sjukvården men minskat inom äldreomsorgen. Minskningen gäller både ekonomiska resurser och personal.

3.1 Ett offentligt åtagande skapar en jämnare fördelning av hälsa och livskvalitet i befolkningen

Hälso- och sjukvården är relevant för befolkningen genom att tillhandahålla hälsa eller minskat lidande. Äldreomsorgen ger ökad livskvalitet för brukarna och deras anhöriga. Det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, som är fokus för den här rapporten, ska ge befolkningen tillgång till välfärdstjänster efter behov, i linje med rådande uppfattningar om vad som är en rimligt rättvis fördelning av resurser, samt i förlängningen fördela hälsa och livskvalitet jämnare i befolkningen, än om marknaden fördelat resurserna (Molander 1999, 2017). Att välfärdstjänsterna till största delen är skattefinansierade handlar om fördelnings-

politik, det vill säga att dessa tjänster ska tillhandahållas befolkningen efter behov och inte efter den enskilda individens betalningsförmåga (Olovsson 2008). Exempelvis har ett väl utbyggt offentligt hälso- och sjukvårdssystem, med rimliga patientavgifter, visats säkerställa en god vård för alla befolkningsskikt och gynna relativt sett resurssvagare grupper (SOU 2020:46, Fledsberg m.fl. 2023).

Omfattningen av det offentliga åtagandet är i grunden en politisk fråga om prioriteringar, det vill säga politiska beslut sätter ramarna för det offentliga åtagandet genom lagstiftning och andra regler samt genom beslut om offentlig finansiering (SOU 2008:118). Men åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är inte fastställt till innehåll och omfattning, utan är snarare en flytande ambitionsnivå.

3.2 Lagstiftning, ekonomi och personal ger ramarna för omfattningen

Lagstiftningen vägleder det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, men bara genom att delvis precisera innehållet eller omfattningen. Ekonomiska resurser, liksom tillgången till personal och kompetens, begränsar i praktiken omfattningen av det offentliga åtagandet i förhållande till befolkningens behov.

3.2.1 Lagstiftningen preciserar bara delvis omfattning och innehåll

Innehållet i och omfattningen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är bara delvis definierat i lag. Ytterligare ledning går att få i rättspraxis och annan reglering, som myndighetsföreskrifter.

I 1 kap. 2 § regeringsformen (1974:152) framgår att den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Bestämmelsen anger att det allmänna ska trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. Det betyder att befolkningen kan förvänta sig ett statligt åtagande, även om det inte är preciserat hur det ska förverkligas i praktiken (Statskontoret 2021).

Delar av det statliga åtagandet överförs till regioner och kommuner, vilket regleras i kommunallagen (2017:725). Regioner och kommuner fungerar då som utförarorganisationer (Statskontoret 2020). Vad som ska utföras regleras ytterligare i speciallagstiftning. Regionerna ansvarar för att tillhandahålla vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och kommunerna ansvarar för äldreomsorg enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

Huvudmännen ska bedriva en god och säker vård

Hälso- och sjukvårdslagen reglerar hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas (1 kap. 1 §). Lagen anger vad sjukvårdshuvudmän och verksamheter ska göra i förhållande till enskilda. Målet med hälso- och sjukvården är enligt lagen en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 §). Lagen anger att huvudmännen ska bedriva en god och säker vård för befolkningen utan att närmare precisera vad det innebär. Hälso- och sjukvårdsverksamheten ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen att hälso- och sjukvården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt vara lätt tillgänglig. Utöver hälso- och sjukvårdslagen finns även andra centrala delar av lagstiftningen, exempelvis patientlagen (2014:821).

Socialtjänstlagen ger stort tolkningsutrymme för äldreomsorgen

Enligt socialtjänstlagen ansvarar varje kommun för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Av socialtjänstlagen framgår bland annat att socialnämnden ska verka för att äldre människor får goda bostäder och därutöver ge dem som behöver stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service, samt att kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd (5 kap. 5 §). Men det preciseras inte i lagen vilken typ och omfattning av hjälp i hemmet som den äldre har rätt till, eller hur boendeformer ska utformas. Tolkningsutrymmet för äldreomsorg är stort (Wittberg och Taghizadeh Larsson 2021, SOU 2004:118).

3.2.2 Offentliga finanser avgör omfattningen av det offentliga åtagandet på lång sikt

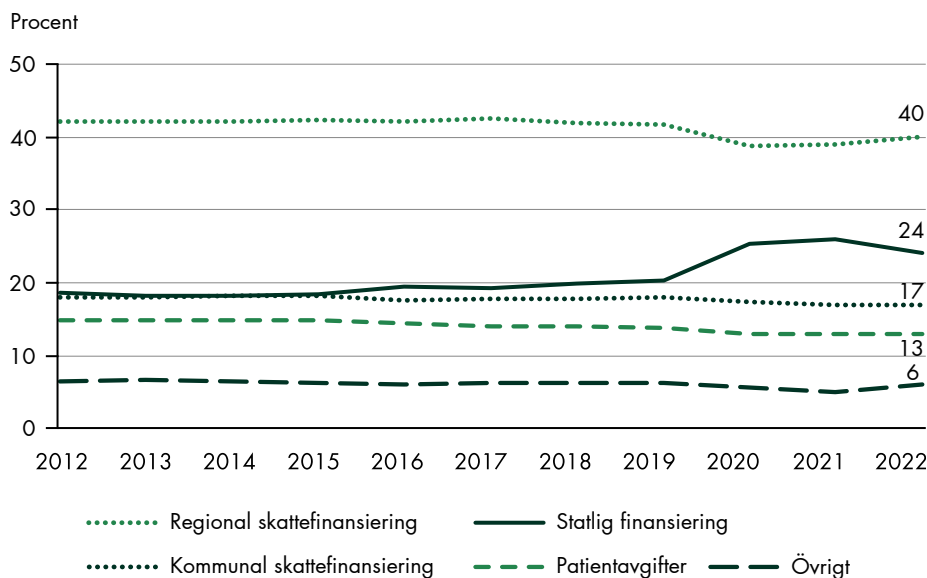
Det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är exempel på individuella välfärdstjänster som huvudsakligen finansieras med skatteintäkter, även om det också sker en viss delfinansiering genom avgifter.

Det finanspolitiska ramverket syftar till att skapa långsiktigt hållbara offentliga finanser och därigenom rättvis fördelning av resurser mellan olika generationer (Skr. 2017/18:207, Finansdepartementet 2024). Ramverket omfattar flera delar. På lång sikt styr det så kallade skuldankaret mot att den samlade offentliga skuldsättningen bör vara 35 procent av BNP (Riksgälden 2024). På kort sikt styr överskotts målet genom att begränsa statens årliga utgifter samt ange krav på god ekonomisk hushållning i kommuner och regioner. I praktiken innebär kraven att intäkternas storlek styr kapaciteten i kommuner och regioner mer än hur befolkningens behov utvecklas

(Ekonomistyrningsverket 2022). Bilden av de offentliga finansernas hållbarhet har successivt förbättrats över tid. Den senaste bedömningen är att de samlade offentliga finanserna är långsiktigt hållbara, och 2050 förväntas den samlade offentliga skuldsättningen understiga 20 procent av BNP (Konjunkturinstitutet 2024a). Det finanspolitiska ramverket ses över med några års mellanrum och kraven i olika delar kan anpassas till exempelvis befolkningsutvecklingen. Det offentliga åtagandet finansieras med skatteintäkter. Statens intäkter ges av skatter på exempelvis befolkningens inkomster från arbete, kapital och företagande. Regionernas och kommunernas intäkter ges av skatt på den egna befolkningens inkomster från arbete. Den regionala och kommunala skattesatsen varierar över landet. För att ge mer likvärdiga ekonomiska förutsättningar, för regioner och kommuner med olika skattekraft och varierande behov i befolkningen, överför staten varje år ett generellt statsbidrag genom det så kallade utjämningssystemet (prop. 1991/92:150). Dessutom fattas varje år nationella politiska beslut om riktade statsbidrag till regioner och kommuner. De totala statsbidragen innehåller både generella bidrag, som kommuner och regioner själva kan förfoga över, och riktade bidrag som ges för särskilda ändamål som mottagaren inte själv kan välja.

De generella statsbidragen till regioner och kommuner har ökat i relation till hela ekonomin och samtidigt ökat något mer än de egna skatteintäkterna. Det finns inget som tyder på att de generella bidragen minskat eller urholkats, snarare har statens samlade bidrag till kommunsektorns finansiering ökat något över tid (Finanspolitiska rådet 2024). Exempelvis har den statliga finansieringen av hälso- och sjukvården ökat över tid, både i belopp och som andel av statens utgifter (Vård- och omsorgsanalys 2022b). Figur 7 visar att den statliga finansieringen av hälso- och sjukvården ökade från strax under 20 procent 2012, till 20 procent 2019 och närmare 26 procent av kostnaderna 2021. Finansieringen för 2021 innehåller tillfälliga statsbidrag till följd av pandemin. År 2022 var den statliga finansieringen nästan 24 procent. Dock är det inte lätt att utröna hur statsbidragen i reala termer utvecklas över tid. Det är otydligt om olika former av statsbidrag enbart kompenserar för ökade kostnader från priser, löner och befolkningsförändringar eller om det handlar om ett verkligt tillskott (Finanspolitiska rådet 2024).

Figur 7. Finansiering av hälso- och sjukvård per finansieringskälla 2012–2022.



Not. Kategorin "Övrigt" innehåller privata sjukvårdsförsäkringar m.m. och hyror och försäljning m.m.
Källa: Egen beräkning utifrån SKR (2023b).

Om inte budgetposter inflationsjusteras, alltså skrivs upp i takt med prisförändringar i ekonomin, kan omfattningen av det offentliga åtagandet urholkas över tid. För både staten, regionerna och kommunerna fattas beslut om budget varje år, vanligtvis för nästföljande kalenderår. Värdet av en budgetpost som är oförändrad i kronor urholkas om löner och priser stiger. Det innebär att verksamheter som inte effektiviseras i takt med pris- och löneökningar kommer minska över tid, och på sikt urholkas även omfattningen av det offentliga åtagandet (Riksrevisionen 2022a). Priser och löner i Sverige påverkas samtidigt mer av vår omvärld än av oss själva (Konjunkturinstitutet 2022b).

3.2.3 Utmaningar med kompetensförsörjningen begränsar äldreomsorgen

Arbetskraftsdeltagandet i Sverige har ökat över tid och är ur ett internationellt perspektiv högt, men nära 24 procent av befolkningen i åldern 15–74 år står utanför arbetskraften (Riksbanken 2023). Samtidigt rapporteras det om både arbetskrafts- och kompetensbrist på flera håll i ekonomin (Tillväxtanalys 2024). Äldreomsorgen, liksom hälso- och sjukvården, påverkas av konkurrens från andra samhällssektorer om både arbetskraft och kompetens. Kompetensförsörjningen är den kanske tydligaste begränsningen för att kunna erbjuda offentligt finansierad vård och äldreomsorg (Socialstyrelsen 2024a, SKR 2022a).

Numerärt är behovet av personal särskilt stort inom äldreomsorgen, men de flesta regioner har brist på personal i stora delar av hälso- och sjukvården (SOU 2019:65, IVO 2022, Socialstyrelsen 2024a). Personalbrist gör det redan i dag svårt för kommunerna att klara åtagandet i äldreomsorgen (Statskontoret 2023).

Förutsättningarna för kompetensförsörjning varierar mellan regioner och kommuner, och prognoser pekar mot fortsatt brist på arbetskraft inom dessa sektorer (SCB 2022). Eftersom de flesta yrken inom hälso- och sjukvården kräver eftergymnasial utbildning, tar det längre tid att åtgärda underskott (Arbetsförmedlingen 2019). Dessutom kommer pensionsavgångarna inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen vara betydande under kommande år.

Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv kan arbetskraftsdeltagandet öka genom strukturella reformer, som förändrad pensionsålder eller möjligheter till kompetensutveckling för personer som i dag står utanför arbetsmarknaden (Riksbanken 2023). Ett annat exempel är höjda löner för att på sikt attrahera en större del av arbetskraften, eller personer som i dag står utanför arbetskraften, till hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

3.3 Inom ramarna är åtagandet en flytande ambitionsnivå

Innehållet i, standarden för och omfattningen av de välfärdstjänster som tillsammans utgör offentligt finansierad hälso- och sjukvård och äldreomsorg är som rörlig materia och preciseras närmare genom bland annat de olika styrformer och prioriteringar som aktörer på olika nivåer gör.

3.3.1 Regelstyrning och kunskapsstyrning påverkar kvaliteten

Statens regelstyrning av kommuner och regioner har ökat de senaste åren och förändringen är särskilt tydlig inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Staten har givit kommuner och regioner både nya uppgifter och fler regler att tillämpa. Ökade kvalitetskrav på exempelvis äldreomsorgen innebär risk för att den befintliga verksamheten att försämrans eftersom samma personal ska göra mer än tidigare (Statskontoret 2023).

Kunskapsstyrningen kan ses som ett mjukt styrmedel som regioner och kommuner inte måste följa. Kunskapsstyrningen är en interaktiv process där verksamheterna är delaktiga, genom att de bidrar med mycket av den kunskap som den statliga kunskapsstyrningen utgår ifrån (Statskontoret 2016). Allt fler av kommunernas och regionernas verksamheter påverkas mer genom kunskap baserad på beprövade erfarenheter och forskning. Hälso- och sjukvård och omsorg är de verksamheter som är föremål för mest omfattande statlig kunskapsstyrning (Statskontoret 2019).

3.3.2 Etiska plattformen vägleder prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Prioriteringar görs ständigt och det sker på flera olika nivåer inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som riksdagen beslutat om ger vägledning för hur resurser ska prioriteras. Utgångspunkten är att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska få företräde till vården (3 kap. 1 § HSL). Den principen om vård efter behov har förtydligats i den etiska plattformen som syftar till att vägleda prioriteringar i hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60). Den etiska plattformen ska fungera som underlag för diskussioner och överväganden om hur tillgängliga resurser för hälso- och sjukvården ska användas på bästa sätt. Den bör vägleda dem som ska fatta prioriteringsbesluten både på politisk och administrativ nivå samt i den kliniska vardagen.

I mötet mellan patient eller brukare och vård- eller äldreomsorgsgivare fattas beslut om hälso- och sjukvård och äldreomsorg utifrån enskilda behov samtidigt som tillgängliga resurser omvandlas till välfärdstjänster som ger förbättrad hälsa och livskvalitet (Mbau m.fl. 2022). Beslut och prioriteringar på verksamhetsnivå påverkar volymen välfärdstjänster som kan produceras med givna resurser. Samtidigt påverkar även kvaliteten i välfärdstjänsterna omfattningen av hälsoförbättringar och livskvalitetsökningar för patienter och brukare.

3.3.3 Olika möjligheter att begränsa tillgång till välfärdstjänster

Ett sätt att begränsa det offentliga åtagandet är att fördela tillgängliga resurser efter behov. En typ av behovsprioritering på systemnivå är så kallade grindvakter, till exempel att en kommun utreder individens behov innan den beviljar offentligt finansierad äldreomsorg. Det går alltså att tänka sig att det på den kommunala nivån finns en ”grindvakt” som kan balansera den äldre befolkningens efterfrågan med utbudet av äldreomsorg (Mbau m.fl. 2022).

I hälso- och sjukvården finns ingen motsvarande grindvakt. Men patienter som väljer att inleda en vårdkontakt via 1177 Vårdguiden hänvisas till rätt vårdnivå. Primärvården kan agera som någon form av grindvakt för den specialiserade vården genom krav på remiss. Men det finns ingen aktör med makt och mandat att styra konsumtion av primärvård efter behov (Riksrevisionen 2014). Dessutom är det oklart hur effektiv en grindvakt skulle vara för att kontrollera utgifter eller efterfrågan i hälso- och sjukvården. Enligt Harris och Sharma (2018) är det viktigare att öka effektiviteten i verksamheterna än att försöka begränsa befolkningens efterfråga.

3.4 Kostnaderna för det offentliga åtagandet

I det här avsnittet visar vi hur kostnaderna för det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen utvecklats under 2000-talet. Vi beskriver totalkostnaderna, hur kostnaderna utvecklats per invånare samt hälso- och sjukvården respektive äldreomsorgen som andel av hela ekonomin, det vill säga andel av bruttonationalprodukten (BNP). Faktarutan visar hur vi beräknat kostnaderna för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Så här har vi beräknat kostnader för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Det behövs en rad ställningstaganden för att avgränsa en totalkostnad för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Vi använder begreppen utgift och kostnad synonymt. För en utförligare beskrivning av våra definitioner och avgränsningar, se bilaga 1.

Kostnader för hälso- och sjukvården

Hälsoräkenskaperna ger en detaljerad beskrivning av Sveriges samlade utgifter för hälso- och sjukvård. Från och med 2015 förändrades publiceringen av uppgifter i hälsoräkenskaperna som i huvudsak ändrade definitionen av hälso- och sjukvård (SCB 2015). Konsekvensen blev att en del som tidigare klassades som äldreomsorg i stället klassades som hälso- och sjukvård.

För att förstå och fånga kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården utgår vi från hälsoräkenskaperna, men exkluderar personlig omvårdnad i hälso- och sjukvården och omsorgen om äldre (aktiviteter i det dagliga livet, ADL), eftersom vi definierar det som äldreomsorg. Dessutom exkluderar vi tandvård och även icke-offentliga finansiärer.

Sammantaget innebär vår definition av hälso- och sjukvård att hälso- och sjukvårdens andel av BNP blir lägre än enligt hälsoräkenskapen, där bland annat ADL-delen ingår.

Kostnader för äldreomsorgen

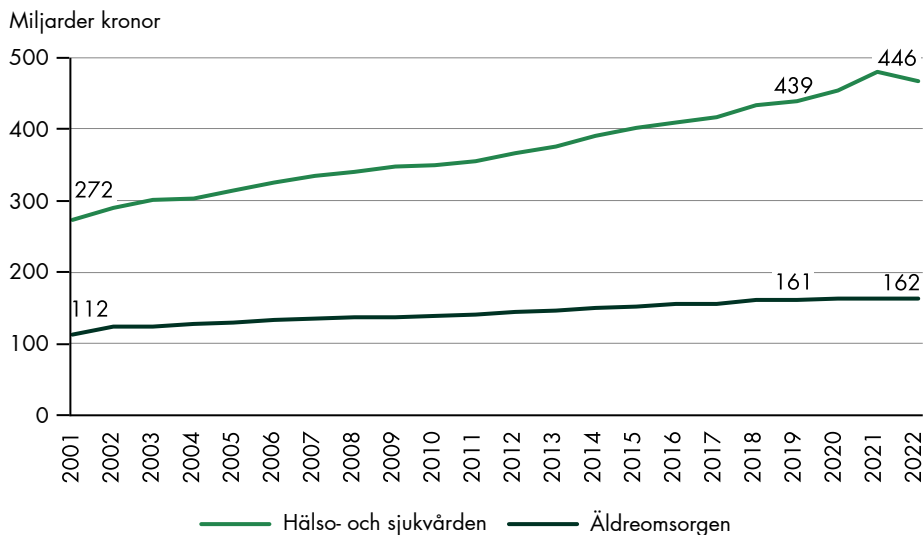
Kostnaden för äldreomsorg är svår att få fram genom hälsoräkenskapen. Därför använder vi bruttokostnaden för vård och omsorg om äldre från SCB:s räkenskapsammandrag för kommuner.

3.4.1 Totalkostnaden har ökat med 71 procent för hälso- och sjukvården och med 44 procent för äldreomsorgen

Under 2000-talet har totalkostnaderna för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ökat, se figur 8. I fasta priser ökade kostnaderna för hälso- och sjukvården med 61 procent 2001–2019 och med 71 procent 2001–2022. Motsvarande utveckling för äldreomsorgen var 44 procent både 2001–2019 och 2001–2022. Kostnaden för hälso-

och sjukvården var 466 miljarder kronor 2022 och kostnaderna för äldreomsorgen var 162 miljarder kronor 2022 (2022 års penningvärde). Kostnaderna för hälso- och sjukvården ökade märkbart åren 2020 och 2021, till stor del på grund av att regionerna fick statsbidrag för pandemirelaterade kostnader.

Figur 8. Totalkostnad för hälso- och sjukvård och äldreomsorg från 2001 till 2022.



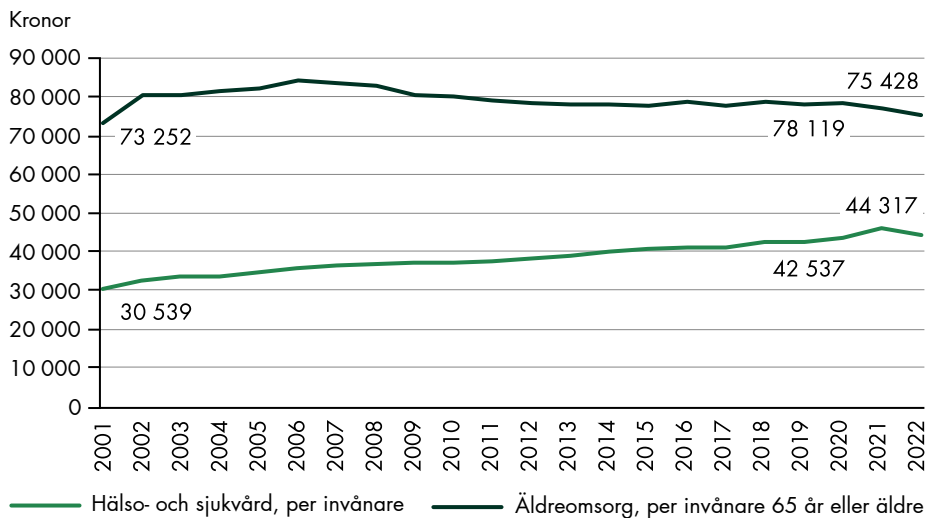
Not. Hälso- och sjukvård exklusive icke-offentliga finansierare, ADL inom hälso- och sjukvården för äldre samt tandvård. Fastprisjusterat i 2022 års penningvärde med BNP-deflatoren. Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023d, 2024e) och Konjunkturinstitutet (2024b).

3.4.2 Per invånare har kostnaden för hälso- och sjukvård ökat och varit relativt oförändrad för äldreomsorgen

För att åskådliggöra hur kostnaderna utvecklats i förhållande till befolkningsutvecklingen under 2000-talet undersöker vi kostnaderna per invånare. Då har kostnaden för hälso- och sjukvård ökat, medan kostnaden för äldreomsorgen, räknat per invånare 65 år eller äldre, varit relativt oförändrat under 2000-talet. Figur 9 visar att kostnaden för hälso- och sjukvård per invånare ökade från drygt 30 500 kronor 2001 till 42 500 kronor 2019 (i 2022 års penningvärde). Kostnaderna ökade sedan relativt mycket under pandemin men minskade sen något till nästan 44 500 per invånare 2022.

Kostnaderna för äldreomsorg, räknat per invånare 65 år eller äldre, var nästan 73 500 kronor 2001. Under några år därefter ökade kostnaden, för att sedan minska något igen: från 78 000 kronor 2019 till nästan 75 500 kronor per invånare 65 år eller äldre 2022.

Figur 9. Kostnad för hälso- och sjukvård per invånare samt kostnad för äldreomsorg per invånare 65 år eller äldre från 2001 till 2022.



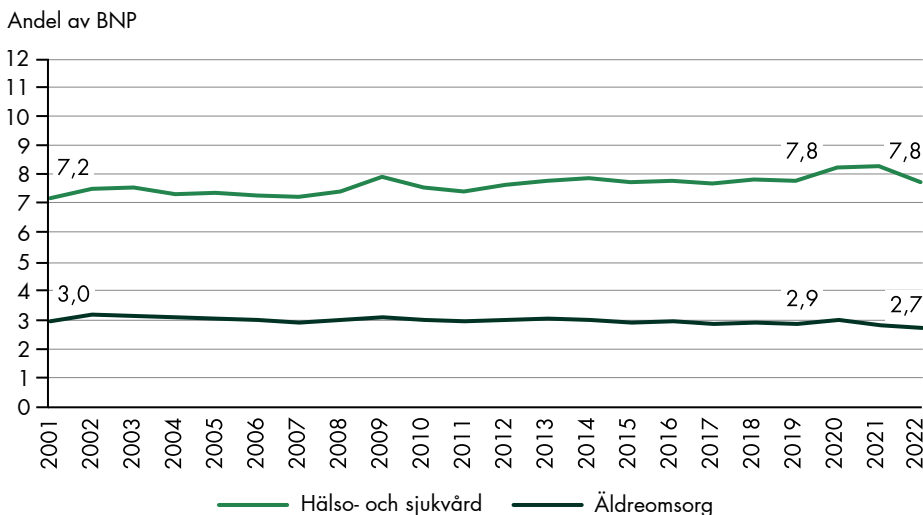
Not. Hälso- och sjukvård exklusive icke-offentliga finansierare, ADL inom hälso- och sjukvården för äldre samt tandvård. Fastprisjusterat i 2022 års penningvärde med BNP-deflatorn.
Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023d, 2024a,c) och Konjunkturinstitutet (2024b).

3.4.3 Hälso- och sjukvårdens andel av ekonomin har ökat och äldreomsorgens andel minskat

Under 2000-talet har hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens sammantagna andel av Sveriges årliga BNP varit relativt konstant. Hälso- och sjukvårdens andel har ökat lite och äldreomsorgens minskat något. Figur 10 visar att hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 7,2 procent i början av 2000-talet och äldreomsorgen nästan 3,0 procent. År 2019 var hälso- och sjukvården drygt 7,8 procent och äldreomsorgen 2,9 procent av BNP.

Framförallt två händelser ger avvikelser från de långsiktiga trenderna. Den första är att hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens BNP-andelar ökade något under 2009, vilket beror på att BNP gick ner under finanskrisen samtidigt som utgifterna för hälso- och sjukvård och äldreomsorg inte påverkades i samma omfattning. Dessutom märks pandemin. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP ökade märkbart 2020 och 2021, vilket delvis beror på att statsbidragen till regionerna ökade. Merparten av statsbidragen för pandemirelaterade kostnader fasades ut under 2023 (Vård- och omsorgsanalys 2023a). Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 7,8 procent 2022. Äldreomsorgens andel av BNP ökade något under det första pandemiåret 2020, men föll sedan till samma nivå som 2019, 2,9 procent, och därefter till 2,7 procent 2022.

Figur 10. Hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens andel av BNP 2001–2022.



Not. Hälso- och sjukvård exklusive icke-offentliga finansörer, ADL inom hälso- och sjukvården för äldre samt tandvård. Fastprisjusterat i 2022 års penningvärde med BNP-deflatorn.

Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023d, 2024c) och Konjunkturinstitutet (2024b).

3.5 Kompetensförsörjningen i det offentliga åtagandet

I det här avsnittet beskriver vi hur kompetensförsörjningen i det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen har förändrats under de senaste 20 åren. Vi redovisar antalet helårsarbeten, totalt och per invånare, samt hälso- och sjukvården och äldreomsorgen som andel av sysselsättningen i hela ekonomin under 2000-talet. I faktarutan nedan beskriver vi hur vi beräknat antalet sysselsatta och arbetade timmar för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Antalet *sysselsatta* visar hur många faktiska personer som arbetar inom sektorn, medan antalet *helårsarbeten* är det fiktiva antalet heltidssysselsatta, det vill säga om alla arbetade heltid.

Så här har vi beräknat antal sysselsatta och antal arbetade timmar

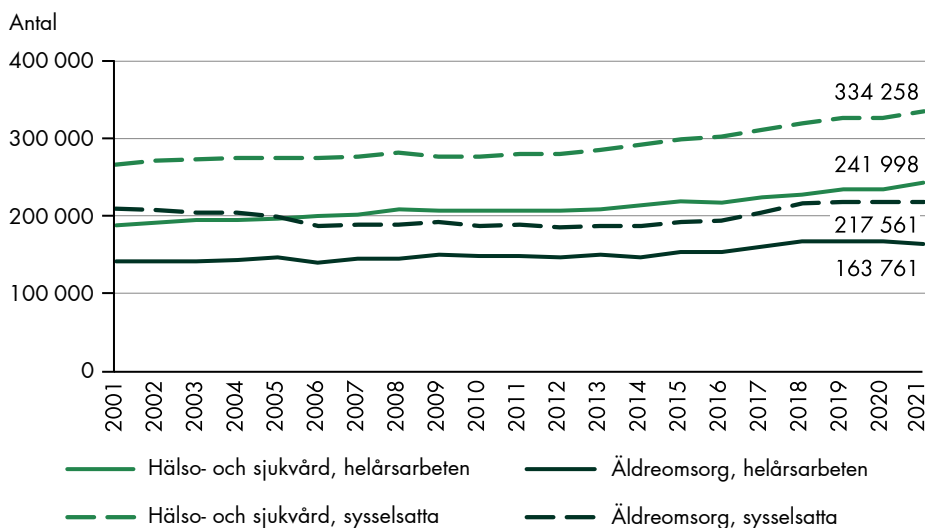
Det finns ingen samlad och lättillgänglig statistik över antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Vi hämtar antalet sysselsatta och antalet arbetade timmar i offentlig regi från SCB:s nationalräkenskap (SCB 2023e). Hälso- och sjukvården avser sysselsatta inom klassificeringen COFOG 07 exklusive tandvård, medan äldreomsorgen avser sysselsatta inom klassificeringen COFOG 10.2. Se bilaga 2 för mer om klassificeringen. ►

- För att uppskatta antalet sysselsatta i privat regi utgår vi från SCB:s nationalräkenskaper och använder en beräkningsmetod framtagen av Konjunkturinstitutet. Därefter räknar vi om arbetade timmar till fiktiva helårsarbeten, där 2 080 timmar motsvarar 1 helårsarbete. Skälet är att allt fler av de anställda i framför allt äldreomsorgen arbetar allt fler timmar, vilket även anställda i hälso- och sjukvården gör (SKR 2022b). Men också för att ta hänsyn till att alla inte vill arbeta heltid.

3.5.1 Antal helårsarbeten har ökat sedan 2001

Antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården har ökat under 2000-talet och minskat inom äldreomsorgen. Men de anställda inom äldreomsorgen arbetar i genomsnitt allt fler timmar, det vill säga medelarbetstiden har ökat. År 2001 arbetade de sysselsatta i äldreomsorgen i genomsnitt 1 409 timmar och år 2021 var det 1 603 timmar. Inom hälso- och sjukvården har antalet arbetade timmar per sysselsatt varit relativt konstant, i genomsnitt 1 469 timmar 2001 jämfört med 1 487 timmar 2021. Därigenom har antalet helårsarbeten i äldreomsorgen ökat med 16 procent, vilket motsvarar 9 300 sysselsatta personer, under 2000-talet. Antalet helårsarbeten i hälso- och sjukvården har ökat med 29 procent, vilket motsvarar 70 000 sysselsatta personer, se figur 11.

Figur 11. Antal sysselsatta och helårsarbeten inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen 2001–2021.



Not. Hälso- och sjukvård exklusive tandvård.

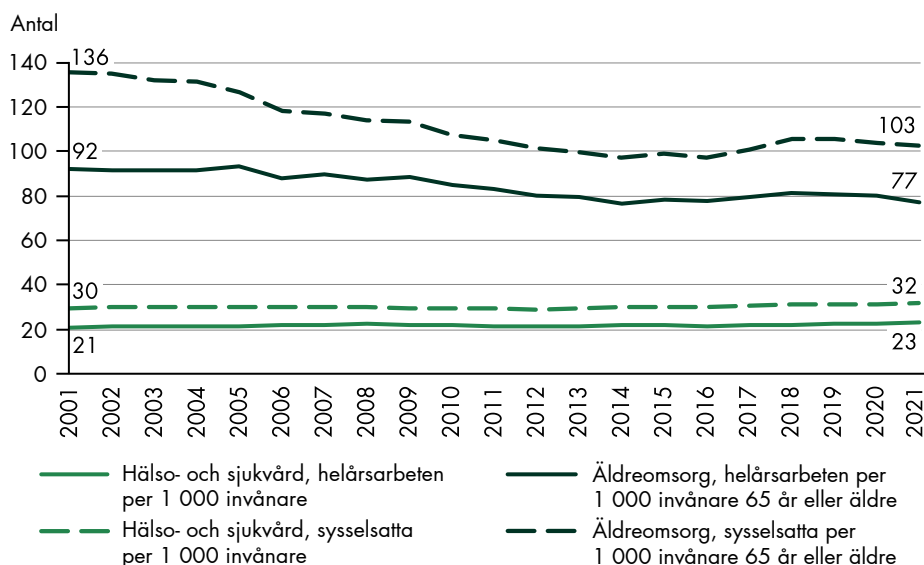
Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023e).

3.5.2 Helårsarbeten per invånare har minskat inom äldreomsorgen de senaste 20 åren

Genom att relatera antalet sysselsatta till befolkningen kan vi konstatera att antalet sysselsatta i hälso- och sjukvården ökade från 30 till 32 per 1 000 invånare mellan 2001 och 2021, vilket motsvarar en ökning med 8 procent, se figur 12. Under samma period minskade antalet sysselsatta i äldreomsorgen från 136 till 103 per 1 000 invånare i åldern 65 år eller äldre, vilket är en minskning med 24 procent.

Antalet helårsarbeten inom hälso- och sjukvården ökade från 21 till 23 helårsarbeten per 1 000 invånare mellan 2001 och 2021, en ökning med 10 procent. Antalet helårsarbeten i äldreomsorgen minskade från 92 till 77 per 1 000 invånare i åldern 65 år eller äldre mellan 2001 och 2021, vilket är en minskning med 16 procent.

Figur 12. Antal sysselsatta och helårsarbeten per invånare inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen 2001–2021.

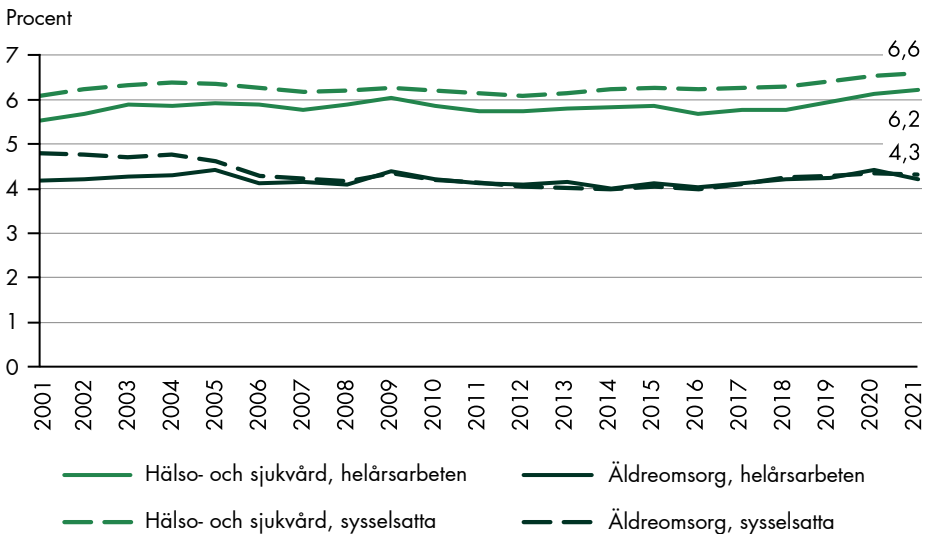


Not. Hälso- och sjukvård, exklusive tandvård.
Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023e, 2024a).

3.5.3 Hälso- och sjukvårdens andel av ekonomin sysselsatta är högre än andelen av ekonomins helårsarbeten

Andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen i relation till ekonomin som helhet påverkas även av utvecklingen i övriga delar av ekonomin och både av tillgång och efterfråga på personal. Figur 13 visar hur andelen av de sysselsatta och andelen helårsarbeten i hälso- och sjukvården respektive äldreomsorgen har utvecklats jämfört med hela ekonomin från 2001 till 2021. Andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården är högre än hälso- och sjukvårdens andel av helårsarbeten inom ekonomin, vilket beror på att fler arbetar deltid. Inom äldreomsorgen har andelen sysselsatta minskat, medan andelen helårsarbeten varit relativt konstant från 2001 till 2021. Andelarna är i princip lika stora i dag, 4,3 procent.

Figur 13. Hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens andel av sysselsatta och helårsarbeten i hela ekonomin 2001–2021.



Not. Hälso- och sjukvård, exklusive tandvård.

Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023e) och Konjunkturinstitutet (2024b).

4 Fördjupad analys av det offentliga åtagandets utveckling

I det här kapitlet fördjupar vi analysen för att ge underlag för våra framskrivningar av det offentliga åtagandet. Vi analyserar hur befolkningsutveckling, ambitionsförändringar samt en relativ pris- och löneeffekt har bidragit till kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården respektive äldreomsorgen under 2000-talet. Dessutom analyserar vi hur antalet helårsarbeten har utvecklats inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen mellan 2001 och 2019 i förhållande till befolkningsutvecklingen.

Våra huvudsakliga resultat:

- Det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården har genomgått en ambitionshöjning, medan äldreomsorgen genomgått en ambitionssänkning under de senaste 20 åren.
- Ambitionshöjningen förklarar 48 procent av kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården.
- Antalet helårsarbeten inom hälso- och sjukvården har ökat mer än vad som motsvarar befolkningsutvecklingen.
- För äldreomsorgen har varken kostnaderna eller antalet helårsarbeten utvecklats i takt med befolkningsutvecklingen.

4.1 Analysen utgår från finansiering och kompetensförsörjning

I det här avsnittet beskriver vi hur vi går till väga för att analysera olika faktorer bidrag till kostnadsutvecklingen och utvecklingen av antalet helårsarbeten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen under de senaste 20 åren.

4.1.1 Vi analyserar olika faktorer bidrag till kostnadsutvecklingen

Flera faktorer har bidragit till kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen 2001–2019 (pandemiyåren exkluderas). Vi delar upp kostnads-

utvecklingen i tre faktorer: befolkningsutveckling, ambitionsförändringar samt en relativ pris- och löneeffekt. Genom uppdelningen vill vi åskådliggöra att flera faktorer kan påverka kostnadsutvecklingen, även om deras inbördes betydelser inte kan fastställas med exakthet.

För att kunna följa kostnadsutvecklingen över tid behöver vi räkna om kostnader i löpande priser till fasta priser genom att använda olika prisindex. BNP-deflatorn visar hur priserna har utvecklats i hela samhället, medan sektorspecifika prisindex visar hur priser på insatsfaktorer utvecklas inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Se bilaga 2 för en utförlig beskrivning av hur vi har gått till väga och en beskrivning av de prisindex vi använder.

Vi synliggör befolkningsutvecklingens betydelse för kostnadsutvecklingen
Kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen under de senaste 20 åren beror delvis på att befolkningen både vuxit och åldrats. Vi beräknar befolkningsutvecklingens betydelse för kostnadsutvecklingen baserat på SCB:s befolkningsstatistik (SCB 2024a) och genomsnittskostnader för välfärdstjänster i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen per individ i femårsklasser i befolkningen. Utifrån befolkningsutvecklingen och genomsnittskostnader skapar vi ett index som är en indikation på behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg i befolkningen.

Vi identifierar mätbara ambitionsförändringar i det offentliga åtagandet

Vi identifierar hur ambitionsförändringar har påverkat kostnadsutvecklingen för det offentliga åtagandet under 2000-talet genom att använda olika prisindex. Vi är dock medvetna om att den kanske viktigaste ambitionsförändringen i hälso- och sjukvården, nämligen allt högre medicinsk kvalitet och ständigt bättre hälsoutfall för patienterna, är svår att mäta i en gemensam enhet och att det därför inte finns något exakt index som fångar den utvecklingen. Det vi kan mäta är utvecklingen av löner och priser på andra insatsfaktorer i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

För hälso- och sjukvården beräknar vi två typer av ambitionshöjningar. En del är medicinteknisk utveckling och löpande inkludering av nya behandlingsmetoder i åtagandet, som vi fångar med landstingsprisindex (LPI). LPI mäter förändringar i löner samt priser på material, tjänster och köpt verksamhet. Hur lönerna utvecklas beror även på kvalitetshöjande förändringar i personalstyrkans sammansättning och erfarenhet, den ambitionsförändringen fångar vi med landstingsprisindex med kvalitetsjusterade löner (LPIK).

För att fånga upp ambitionsförändringar inom äldreomsorgen använder vi omsorgsprisindex (OPI). OPI mäter huvudsakligen lönekostnadsförändringar inom området och inkluderar konsumentprisindex (KPI) som en mindre del.

Vi visar en möjlig relativ pris- och löneeffekt

De flesta varor i ekonomin har marknadspriser och prisutvecklingen fångas i BNP-deflatorn. De varor som det offentliga tillhandahåller saknar marknadspris, eftersom befolkningen kan använda dem avgiftsfritt eller till ett mycket reducerat pris. Därför behöver prisutvecklingen i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen mätas från kostnadssidan, det vill säga löner och priser på andra insatsfaktorer, i sektorsspecifika prisindex.

Prisutvecklingen på insatsfaktorerna till hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är högre än prisutvecklingen på varor i hela ekonomin. Det betyder att vi hade fått mer insatsfaktorer än vad vi faktiskt får, om prisutvecklingen varit densamma. Det är en möjlig relativ pris- och löneeffekt, som vi fångar genom att visa på skillnaden i kostnadsutveckling genom att jämföra med BNP-deflatorn, LPIK och OPI. Konsekvensen av att inflationen, det vill säga prisökningen, i en sektor är högre än ekonomin som helhet är att värdet på de ekonomiska resurser som tillförs kommer att minska, det vill säga urholkas, över tid.

Hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är arbetsintensiva sektorer. Lönerna där behöver öka i samma takt som i övriga samhället för att de ska fortsätta attrahera arbetskraft, även om produktiviteten inte ökar på samma sätt. Det betyder att kostnadsutvecklingen påverkas av den så kallade Baumoleffekten (se faktarutan nedan). Men det går inte heller att utesluta att Baumoleffekten också består av icke-mätbara kvalitetsförbättringar eller någon annan faktor, eller en kombination av dessa, som vi inte har identifierat.

Baumoleffekten

Produktivitetsutvecklingen inom tillverkande sektorer är generellt högre än i sektorer med personalintensiv tjänsteproduktion (Arnek 2014). Den så kallade Baumoleffekten inträffar när lönerna stiger i sektorer med hög produktivitetstillväxt och lönerna i andra sektorer behöver öka för att sektorerna ska fortsätta attrahera arbetskraft. Det medför att kostnaderna ökar snabbare än i andra delar av ekonomin (Baumol och Bower 1966, Baumol m.fl. 2012).

Baumoleffekten är omskriven, bland andra Nordhaus (2006) och Hartwig (2008) menar att den har relativt stor påverkan på hälso- och sjukvårdssystemets kostnader. Samtidigt menar bland annat Colombier (2012) och Atanda m.fl. (2018) att effekten inte alls är så påtaglig och tydlig när man analyserar historisk kostnadsstatistik. Sheiner och Malinovskaya (2016) konstaterar att det inte kan uteslutas att priset på vård har ökat mindre, eller till och med sjunkit, i förhållande till andra priser om man tar hänsyn till kvalitetsförändringarna i välfärdstjänsterna över tid, det vill säga att mer hälsa skapas. Dauda m.fl. (2020) slutsats från en systematisk genomgång av kostnads-effektivitetsstudier är att innovationer vanligtvis leder till lägre priser på åtgärder inom hälso- och sjukvården justerat för kvalitetshöjningar. Det innebär att kvaliteten i hälso-utfall ökar snabbare än kostnaderna inom många medicinska områden. Dock kan inte kvalitetsjusterade hälsoutfall beräknas aggregerat för utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Även kvalitetsutveckling i äldreomsorgen är svårt att illustrera, dels är det svårt att fånga vad kvalitet faktiskt är dels kan bara ett fåtal kvalitetsdimensioner mätas (RKA 2023).

4.1.2 Vi analyserar utvecklingen av helårsarbeten

För att åskådliggöra hur omfattningen av det offentliga åtagandet i form av personal har utvecklats, delar vi upp hur antalet helårsarbeten inom hälso- och sjukvården respektive äldreomsorgen förändrats 2001 till 2019 (pandemiåren exkluderas) i två förklarande faktorer: befolkningsutveckling och ambitionsförändring. Vi analyserar om utvecklingen av helårsarbeten har utvecklats i högre, lägre eller samma takt som de förändrade behoven i befolkningen.

Statistiken över antalet sysselsatta och arbetade timmar, i offentlig regi, hämtar vi från SCB:s nationalräkenskap. För att få fram antalet sysselsatta i privat regi, använder vi en beräkningsmetod framtagen av Konjunkturinstitutet. Därefter redovisar vi antalet helårsarbeten genom att anta 2 080 arbetade timmar som ett helårsarbete. Det betyder att helårsarbeten är ett fiktivt antal, där alla antas arbeta heltid, och inte ett faktiskt antal personer eller sysselsatta.

4.2 Hälso- och sjukvården har genomgått en ambitionshöjning

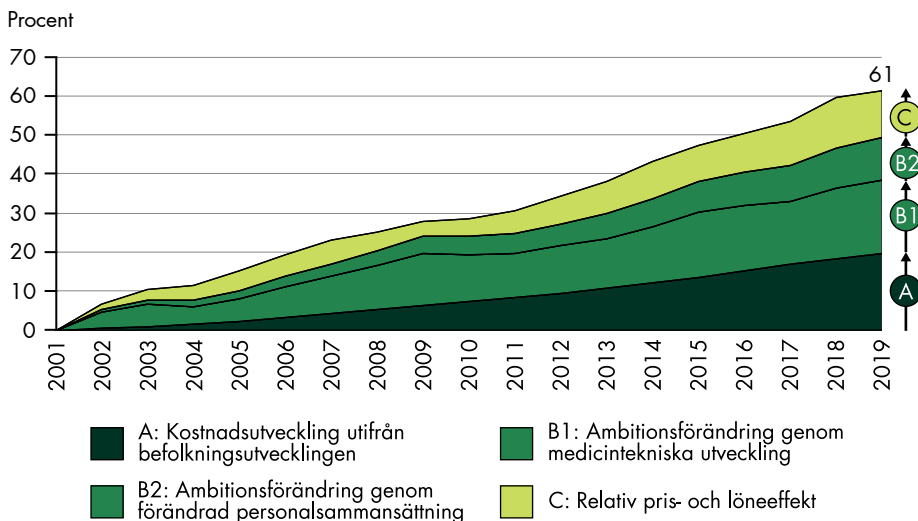
I det här avsnittet gör vi en djupare analys av kostnadsutvecklingen och utvecklingen av antalet helårsarbeten inom hälso- och sjukvården under 2000-talet.

4.2.1 Ambitionsförändringar förklarar hälften av kostnadsutvecklingen

Kostnaderna i hälso- och sjukvården har ökat med 61 procent 2001–2019 (fastprisjusterat med BNP-deflatorn). Figur 14 visar hur de tre faktorerna tillsammans kan förklara kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården från 2001–2019:

- A: Befolkningsutvecklingen kan förklara 1,00 procent varje år, vilket motsvarar 32 procent av den totala kostnadsutvecklingen.
- B: Ambitionsförändringen kan förklara 1,25 procent varje år, varav medicinsk och medicinteknisk utveckling (B1) förklarar 0,82 procent och förändringen i personalsammansättning (B2) 0,43 procent, vilket motsvarar 48 procent av den totala kostnadsutvecklingen.
- C: Den relativa pris- och löneeffekten kan förklara 0,44 procent varje år och runt 20 procent av den totala kostnadsutvecklingen.

Figur 14. Fördjupad analys av kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården 2001–2019.



Not. Hälso- och sjukvård exklusive icke-offentliga finansierare, ADL inom hälso- och sjukvård för äldre samt tandvård. (A) kostnadsutveckling utifrån befolkningsutveckling och genomsnittskostnad för välfärdstjänster, (B1) kostnadsutveckling fastprisjusterat med LPI, (B2) kostnadsutveckling fastprisjusterat med LPIK, (C) kostnadsutveckling fastprisjusterat med BNP-deflator.

Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2024a,c), SKR (2023c) och Konjunkturinstitutet (2024b).

Den totala kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården under 2000-talet är alltså avsevärt högre än den kostnadsökning som kan förklaras av befolkningsutvecklingen (A).

Ambitionsnivån i hälso- och sjukvården har ökat genom att nya behandlingsmetoder löpande integrerats i åtagandet (B1). Hälso- och sjukvården har tidigare framgångsrikt utvecklat och tagit tillvara ny teknik med nya möjligheter till diagnostik och behandling (Anell 2009, 2020, SKR 2019). Exempel på medicinteknisk utveckling är nya läkemedel och andra behandlingsmetoder som ökar möjligheter för att diagnosticera och behandla sjukdom. Andra förändringar har medfört att produktiviteten ökat, exempelvis att dagkiruri ersätter behandlingar som kräver slutenvård eller att läkemedel blir billigare vid patentutgångar. Även om vi inte kan mäta teknikutvecklingens direkta bidrag till hälsoförbättringarna pekar mycket på att det skett en ambitionshöjning i hälso- och sjukvården, eftersom kostnaderna ökat mer än vad som kan motiveras utifrån befolkningsutvecklingen.

Ambitionsnivån har även ökat genom att sammansättningen av kompetenser har förändrats och erfarenheten hos personalen har ökat (B2). Men det finns en risk att effekten överdrivs om det snarare handlar om att personer med hög utbildning gör enkla arbetsuppgifter eller om kostnadsökningen till viss del drivs av att fler anställda leder till minskat produktivitet.

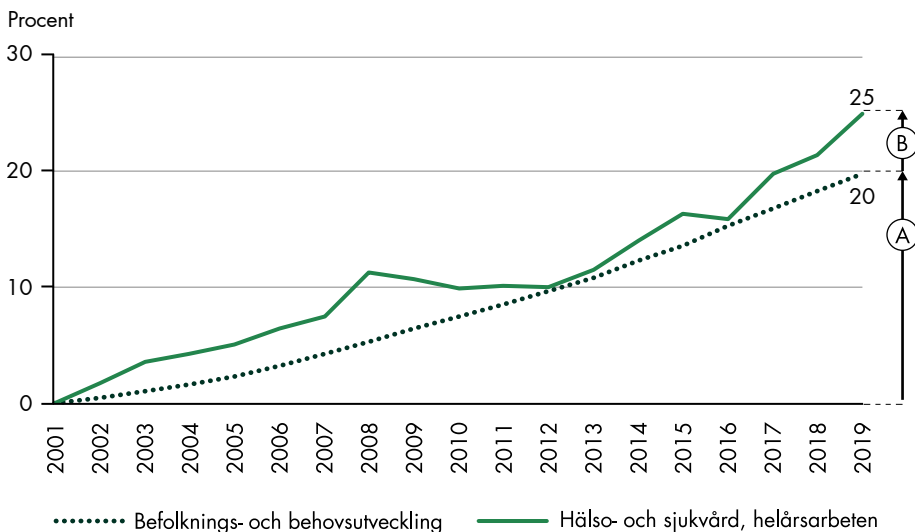
Den relativa pris- och löneeffekten (C) visar att löner och priser på andra insatsfaktorer inom hälso- och sjukvården har ökat mer än priserna i ekonomin som helhet. Det framgår av att kostnadsutvecklingen mellan 2001 och 2019 är lägre om fastprisjusteringen görs med LPIK än med BPN-deflatoren.

4.2.2 Antalet helårsarbeten har ökat mer än befolkningens behov

Antalet helårsarbeten inom hälso- och sjukvården ökar mer än de behov som uppstår utifrån befolkningsutvecklingen 2001–2019. Figur 15 visar att personalen inom hälso- och sjukvården har ökat med 25 procent 2001–2019, samtidigt som förändrade behov utifrån befolkningsutvecklingen ökade med 20 procent. Utvecklingen kan delas upp och analyseras så här:

- A: Befolkningsutvecklingen kan förklara 1,00 procent varje år, vilket motsvarar 80 procent av den totala utvecklingen av personal.
- B: Ambitionsförändringen kan förklara 0,24 procent varje år, vilket motsvarar 20 procent av den totala utvecklingen av personal.

Figur 15. Fördjupad analys av utvecklingen av personal inom hälso- och sjukvården 2001–2019.



Not. Hälso- och sjukvård exklusive tandvård.
Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023e, 2024a).

Våra resultat tyder på att personaltätheten ökade något under 2001–2019 inom hälso- och sjukvården. Dessutom kan vi konstatera att antalet sjuksköterskor som är sysselsatta i hälso- och sjukvården ökade från 10,1 till 11,0 per 1 000 invånare 2001–2019, samtidigt som motsvarande antal läkare ökade från 2,9 till 4,0 (Socialstyrelsen 2023a).

Den relativt kraftiga ökningen av antalet läkare visar att hälso- och sjukvården blivit alltmer komplex, och kan tyda på en ambitionshöjning. Samtidigt kan ett växande antal sysselsatta även spegla att andra aspekter av hälso- och sjukvården blivit alltmer komplexa, exempelvis administration, vilket kan ha medfört minskad produktivitet (SKR 2022b, Barkman och Aasa 2023).

4.3 Äldreomsorgens ekonomiska resurser och personal har inte förändrats i takt med behoven

I det här avsnittet gör vi en djupare analys av kostnadsutvecklingen och utvecklingen av antalet helårsarbeten inom äldreomsorgen under 2000-talet.

4.3.1 Ekonomiska resurser har utvecklats långsammare än befolkningens behov

Det har skett en kostnadsökning på 44 procent mellan 2001 och 2019 inom äldreomsorgen. Figur 16 visar hur kostnadsutvecklingen kan delas upp och analyseras i tre olika faktorer:

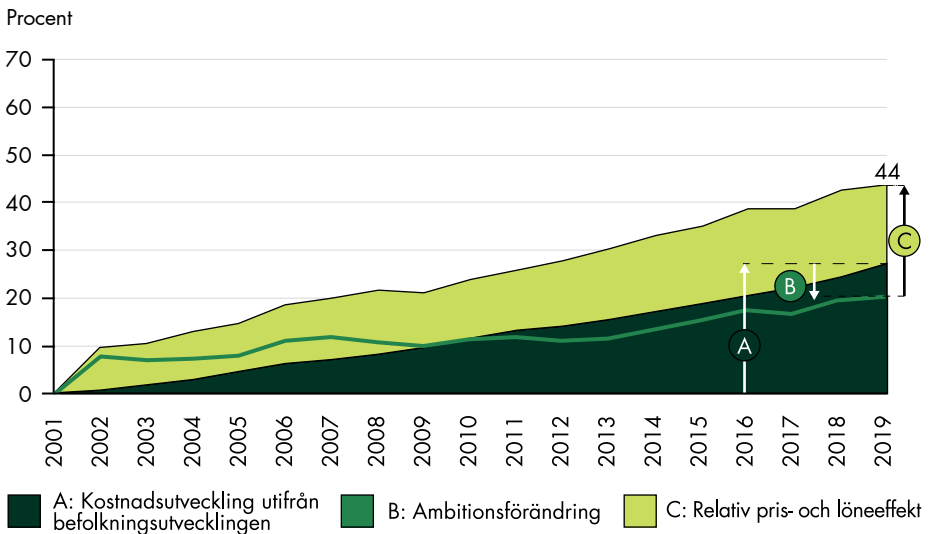
A: Befolkningsutvecklingen kan förklara 1,34 procent varje år.

B: Ambitionsförändringen motsvarar en ambitionssänkning med 0,31 procent varje år.

C: Den relativa pris- och löneeffekten kan förklara 1,01 procent varje år.

Eftersom den totala kostnadsutvecklingen 2001–2019 inte skett i takt med befolkningsutvecklingen, tolkar vi utvecklingen som en ambitionssänkning. Befolkningsutvecklingen och ambitionssänkningen kan då tillsammans förklara 46 procent av den totala kostnadsutvecklingen, medan den relativa pris- och löneeffekten beräknas stå för resterande 54 procent.

Figur 16. Fördjupad analys av kostnadsutvecklingen i äldreomsorgen 2001–2019.



Not. (A) kostnadsutveckling utifrån befolkningsutveckling och genomsnittskostnad för välfärdstjänster, (B) kostnadsutveckling fastprisjusterat med OPI, (C) kostnadsutveckling fastprisjusterat med BNP-deflatorn.

Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023d, 2024a), SKR (2023d) och Konjunkturinstitutet (2024b).

Eftersom löner och priser på insatsfaktorer i äldreomsorgen stiger snabbare än priserna i ekonomin i övrigt, förklaras en del av kostnadsökningen i äldreomsorgen under 2000-talet den relativa pris- och löneeffekten (C), alltså utöver befolknings-

utvecklingen (A). Det visar sig genom att kostnadsutvecklingen 2001-2019 är lägre vid fastprisjustering med OPI än med BNP-deflatorn. Sammantaget tyder det på att ambitionsnivån, och omfattningen utifrån behoven, i det offentliga åtagandet i äldreomsorgen har minskat under de senaste 20 åren (B).

Verksamheterna i äldreomsorgen har förvisso förändrats över tid, vilket kan göra det svårt att jämföra ambitionen över tid, exempelvis tas alltmer hänsyn till den enskilde personens integritet och självbestämmande, samtidigt som personalens kompetens utvecklats och yrkesrollen oftare har blivit en profession (SOU 2017:21). Ett annat exempel är införandet av förenklad biståndshandläggning som till viss del ersatt den traditionella biståndsbedömningen (Vård- och omsorgsanalys 2013a). Det har sannolikt medfört att innebörden av begreppen *behov* och *omsorg* har förändrats (Siverskog och Jönson 2020).

Trots såna förändringar tyder resursutvecklingen på en ambitionssänkning. Numera får omsorgstagare oftare än tidigare själva stå för kostnaden för vissa serviceinsatser, som tidigare utfördes i offentligt finansierad hemtjänst (Vård- och omsorgsanalys 2023b). Forskning visar också att andelen äldre som får äldreomsorg har minskat över tid. Att en lägre andel bor på äldreboenden kan inte förklaras av förbättrad hälsa bland äldre, utan snarare höjda trösklar för att beviljas den insatsen. Det finns inte heller något som tyder på att fler äldre med omfattande omsorgsbehov föredrar att bo hemma (Szebehely och Trydegård 2018). Dessutom har det skett en förskjutning av beviljade omsorgsinsatser från äldreboenden till hemtjänst och till att närstående tar ett större ansvar (Wittberg och Taghizadeh Larsson 2021). Samtidigt har kostnaden för anhörigas insatser för vård av närstående uppskattats till närmare 152 miljarder kronor per år (Eriksson och Ede 2005, Ekman m.fl. 2022). Ofta är det en partner som ger omsorg om äldre. Partnervårdare är ofta äldre själva och omsorgen kan ha negativa effekter på deras hälsa och välbefinnande, se vidare Dahlberg och Kirvalidze (2024). Dessutom innebär kommunaliseringen av hemsjukvården att en stor del av ansvaret har förts över från regionerna till kommunerna, och genom omställningen till nära vård fortsätter förändringen av äldreomsorgen.

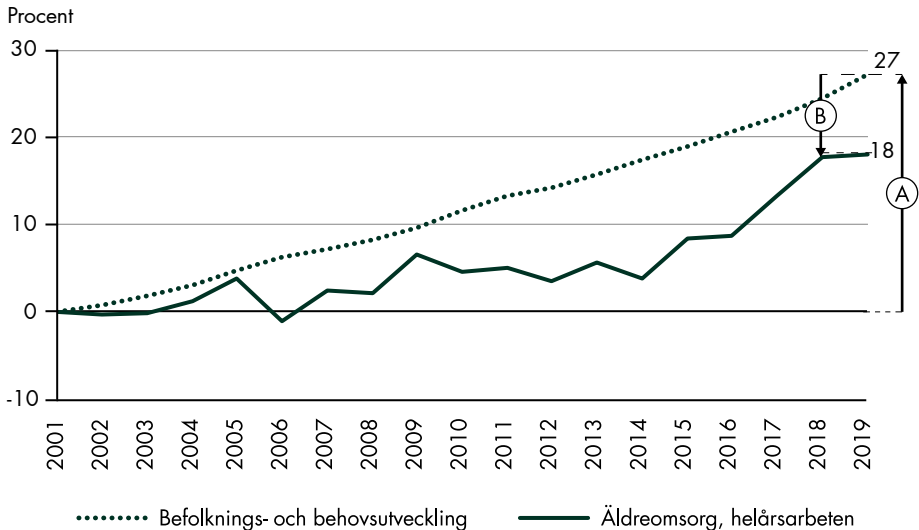
4.3.2 Personalresurserna har inte följt med förändrade behov i befolkningen

Antalet helårsarbeten i äldreomsorgen har inte utvecklats i förhållande till befolkningsutvecklingen och befolkningens behov av äldreomsorg. Figur 17 visar att personalen inom äldreomsorgen har ökat med 18 procent mellan 2001 och 2019 och kan delas upp och analyseras i två olika faktorer:

A: Befolkningsutvecklingen kan förklara 1,35 procent varje år.

B: Ambitionsförändringen kan förklara -0,42 procent varje år.

Figur 17. Fördjupad analys av utvecklingen av personal inom äldreomsorgen 2001–2019.



Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023e, 2024a).

Det finns alltså tecken på att det skett en ambitionssänkning i det offentliga åtagandet inom äldreomsorgen, genom att antalet helårsarbeten har minskat jämfört med behoven i befolkningen. Äldreomsorgen har genomgått stora förändringar under de senaste två decennierna. En delförklaring kan därför vara att produktiviteten har ökat i verksamheterna, som därigenom inte behöver samma personaltäthet för att svara upp mot ökande behov. Men enligt Klingberg Hjort och Martinsson (2021) är ersättningen till verksamheter inom hemtjänsten i flera kommuner så låg att det påverkar arbetsvillkoren för personalen. Exempelvis förekommer att personal i hemtjänsten enbart får lön för den tid de är hos brukare, alltså inte för restid mellan brukare, och att de därför har mycket långa arbetsdagar. En annan delförklaring kan vara att kommuner, i större utsträckning än tidigare, låter omsorgstagare lösa sitt behov av serviceinsatser på andra sätt (Vård- och omsorgsanalys 2023b). Städning och matinköp kan lösas med privat finansierade ruttjänster eller genom anhörigas insatser, men det är i så fall en ambitionssänkning i det offentliga åtagandet.

Vi kan ha överskattat ambitionssänkningen inom äldreomsorgen, om medelarbetstiden har ökat mer i verkligheten än i statistiken. Skälet är att vår beräkning av medelarbetstiden utgår från statistiken över arbetade timmar, som kan innehålla kvalitetsbrister nedbrutet på sektorer (SCB 2023f).

5 Framskrivning av det offentliga åtagandets omfattning till 2040

I det här kapitlet gör vi framskrivningar för omfattningen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040. Våra framskrivningar av kostnadsutvecklingen och behovet av personal bygger vidare på resultaten från vår fördjupade analys i kapitel 4. Resultaten kan sammanfattas så här:

- Sammantaget kan dagens omfattning av det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen finansieras fram till 2040, givet fortsatt tillväxt i ekonomin.
- Hälso- och sjukvården kan behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet fram till 2040, och det finns ett visst utrymme för fortsatta ambitionshöjningar.
- För att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet i äldreomsorgen till 2040 krävs effektiviseringar som motsvarar stora resurstillskott.
- Fler av ekonomins helårsarbeten behöver utföras i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen än i dag. Äldreomsorgen behöver var sjätte tillkommande helårsarbete i ekonomin till 2040, för att behålla dagens personaltäthet och arbetssätt.
- Trots hälsoförbättringar behövs både effektiviseringar och förändrade arbetssätt, för att klara finansiering och behov av personal i äldreomsorgen till 2040.

5.1 Så här har vi gjort vår framskrivning

Våra framskrivningar ger översiktliga framtidsbilder, men ska inte ses som exakta sanningar om hur framtiden kommer att bli. Framskrivningar kan även påvisa behov av förändringar för att påverka utvecklingen och därigenom undvika att framtidsbilden blir verklighet.

Vi analyserar hur kostnaderna för dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas till 2040, i förhållande till ekonomins utveckling i stort. Dessutom illustrerar vi vad det skulle innebära

att behålla dagens personaltäthet till 2040 genom att skriva fram hur antalet helårsarbeten behöver utvecklas, i förhållande till arbetskraften i hela ekonomin, under samma tidsperiod.

5.1.1 Våra framskrivningar bygger på antaganden

Vi baserar våra framskrivningar av kostnadsutvecklingen för det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040 på antaganden om framtida befolkningsutveckling (SCB 2024b), genomsnittskostnader för hälso- och sjukvård och äldreomsorg och en relativ pris- och löneeffekt i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Därtill antar vi en utveckling för samhällsekonomin (Konjunkturinstitutet 2024b) där skattesystem och skattesatser samt avgiftsstrukturer är desamma som idag.

Vi analyserar även behoven av personal för det offentliga åtagandet genom att skriva fram antalet helårsarbeten som behövs för att behålla dagens personaltäthet till 2040. Våra framskrivningar och vår analys baseras på antaganden om framtida befolkningsutveckling (SCB 2024b), att arbetssätten är konstanta och en given utveckling av arbetsutbudet i ekonomin (Konjunkturinstitutet 2024b). Se figur 18 för mer detaljer om våra antaganden.

Figur 18. Antaganden i våra framskrivningar och analys.

Område	Antagande	Antas i framskrivning och analys av
Befolkningsutveckling	Befolkningsutvecklingen fram till 2040 följer SCB:s befolkningsframskrivning.	Ekonomiska resurser Personal
Kostnaden för hälso- och sjukvård och äldreomsorg	Kostnaden för hälso- och sjukvård och äldreomsorg, i genomsnitt per individ i varje åldersgrupp om fem år, är densamma som i dag.	Ekonomiska resurser Personal
Samhällsekonomisk utveckling	Ekonomin och arbetsutbud förändras enligt Konjunkturinstitutets långtidsscenario fram till 2040. Skattesystemet och skattesatser samt avgiftsstrukturen i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är desamma som i dag.	Ekonomiska resurser Personal
Pris- och löneförändringar i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen	Den relativa pris- och löneeffekten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, i förhållande till ekonomin i stort, fortsätter följa samma mönster som under de senaste 20 åren.	Ekonomiska resurser
Arbetssätt	Arbetssätten är desamma 2040 som i dag, det vill säga det krävs samma personalresurs att genomföra exempelvis en behandling 2040 som i dag.	Personal

Våra antaganden innebär bland annat att utrymmet för den offentliga finansieringen av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen i absoluta tal beror av tillväxttakten i ekonomin. Det innebär också att utrymmet för kompetensförsörjning i det offentliga åtagandet beror på arbetsutbudet i ekonomin. Notera att vi inte beräknar hur den framtida kostnadsutvecklingen skulle kunna påverkas av att behålla dagens personaltäthet till 2040.

5.1.2 Utvecklingen utanför hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan avgöra

I våra framskrivningar avgränsar vi oss från faktorer som ligger utanför vårt uppdrag. Vägval som påverkar den samlade utvecklingen i ekonomin, liksom fördelningspolitiska aspekter, behöver belysas i kommande policydiskussioner om hur de utmaningar som vi beskriver i vår rapport ska hanteras på bästa sätt för samhället som helhet.

BNP-utvecklingen, som ger utrymmet för offentlig finansiering, kan påverkas av oförutsedda händelser samt händelser som får större eller mindre betydelse än förväntat (Finansdepartementet 2023, SKR 2023a). Dessutom kan politiska beslut förändra förutsättningarna för finansiering och kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Det kan handla om reformer för att öka arbetsutbudet och tillväxten i ekonomin. Exempelvis har sysselsättningen bland 65–74-åringarna fördubblats under de senaste två decennierna och det finns tecken på ett outnyttjat arbetskraftsutbud i äldre åldrar (SCB 2024d). Därtill har politiska beslut om migration och arbetskraftsinvandring påverkan på dagens och framtidens arbetskraftsutbud. Finansieringen kan också förändras genom politiska beslut, exempelvis att helt enkelt tillföra hälso- och sjukvården och äldreomsorgen mer resurser, eller att föra över statsbidrag från regioner till kommuner.

Dessutom kan utvecklingen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen även påverka den ekonomiska utvecklingen i Sverige. Om åtagandet i exempelvis äldreomsorgen minskar, behöver den äldre befolkningens omsorgsbehov tillgodoses på något annat sätt. Det kan exempelvis ske genom privat finansierade ruttjänster eller anhöriga som tar ett större ansvar, vilket kan få konsekvenser för arbetskraftsutbudet i Sverige.

5.2 Dagens omfattning av det offentliga åtagandet kan finansieras genom fortsatt tillväxt i ekonomin

I det här avsnittet beräknar vi kostnaderna för att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040.

5.2.1 Finansiering av dagens omfattning och fortsatt ambitionsförändring i det offentliga åtagandet till 2040

Vi beräknar finansieringen av två scenarier: dels att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet till 2040 (scenario I), dels att dagens omfattning av åtagandet fortsätter utvecklas med den historiska ambitionsförändringen 2001– 2019 (scenario II), se figur 19. När vi beräknar dagens omfattning av det offentliga åtagandet håller vi dagens kostnadsnivå konstant per invånare och räknar upp kostnadsnivån med befolkningsutvecklingen (A). Samtidigt räknar vi med att den historiska relativa pris- och löneeffekten (C) fortsätter.

När vi beräknar vårt scenario II utgår vi dessutom från att den historiska ambitionsförändringen i det offentliga åtagandet fortsätter till 2040 (B), det vill säga ambitionshöjningen fortsätter inom hälso- och sjukvården liksom ambitionssänkningen i äldreomsorgen. Framskrivning av scenario II omfattar alltså befolkningsutvecklingen (A), den historiska ambitionsförändringen (B) samt den historiska relativa pris- och löneeffekten (C). Man kan argumentera för att befolkningens förväntningar på det offentliga åtagandet troligen är i linje med en fortsatt ambitionshöjning.

Figur 19. Vi skriver fram dagens omfattning av det offentliga åtagandet (scenario I) och fortsatt utveckling med historisk ambitionsförändring (scenario II).

	Dagens omfattning av det offentliga åtagandet behålls (scenario I)	Fortsatt ambitionsförändring i det offentliga åtagandet (scenario II)
Befolkningsutveckling (A)	×	×
Ambitionsförändring (B)		×
Relativ pris- och löneeffekt (C)	×	×

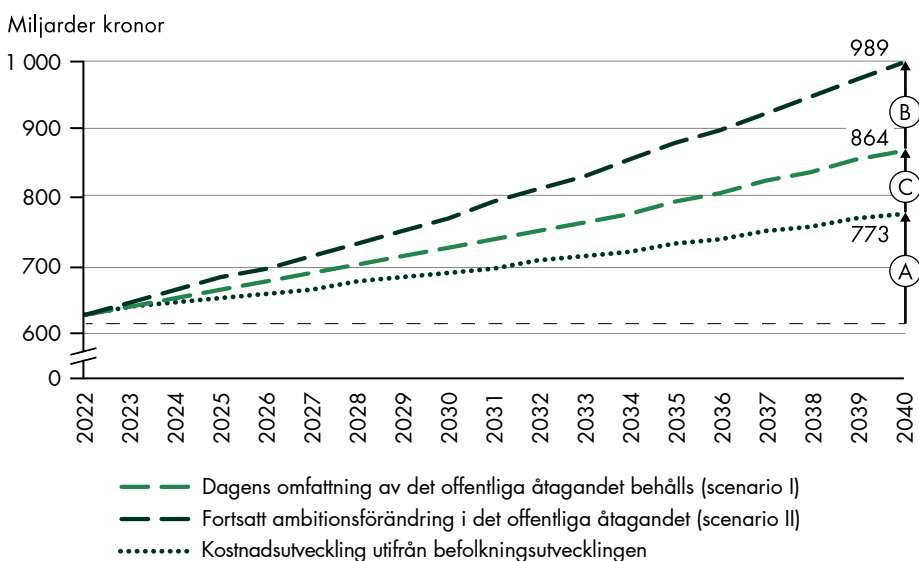
5.2.2 Utmaning att sammantaget finansiera fortsatt ambitionshöjning i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen

Våra framskrivningar utgår från 2022 års kostnader för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen som tillsammans var nästan 628 miljarder kronor (i 2022 års penningvärde), se figur 20. Att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet till 2040 innebär att kostnaderna ökar med cirka 144 miljarder kronor på grund av

befolkningsutvecklingen (A) och med ytterligare 90 miljarder kronor på grund av en relativ pris- och löneeffekt (C). Kostnadsökningen för att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet är drygt 235 miljarder kronor, och totalkostnaden 2040 är 863 miljarder kronor (i 2022 års penningvärde).

Vår framskrivning av scenario II innebär att dagens omfattning av det offentliga åtagandet fortsätter utvecklas med den historiska ambitionsförändring (B) som innebär fortsatt ambitionshöjning inom hälso- och sjukvården och ambitions-sänkning i äldreomsorgen. Då ökar kostnaderna med ytterligare drygt 125 miljarder kronor till totalt 989 miljarder kronor 2040.

Figur 20. Framskrivning av den sammantagna totalkostnaden för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen 2022–2040.



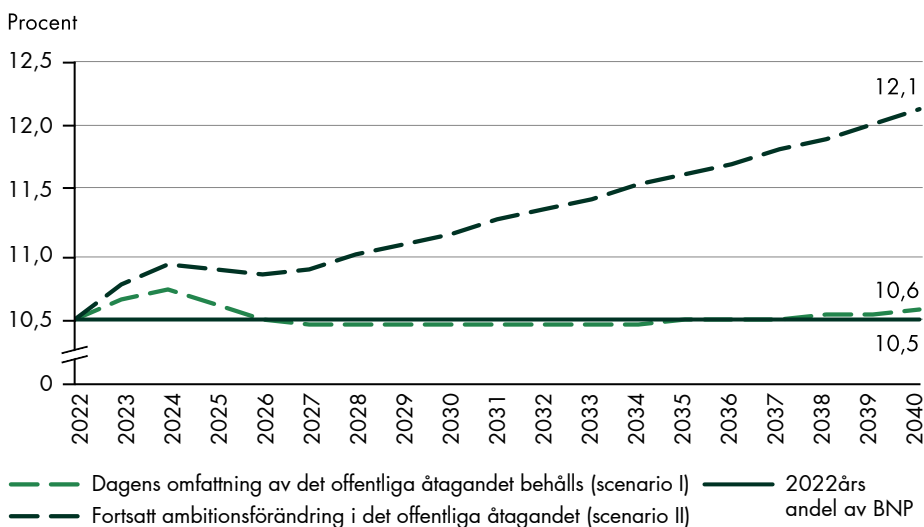
Not. Hälso- och sjukvård exklusive icke-offentliga finansärer, ADL inom hälso- och sjukvården för äldre samt tandvård. Fastprisjusterat i 2022 års penningvärde med BNP-deflatoren. Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023d, 2024b,c) och Konjunkturinstitutet (2024b).

För att bedöma möjligheterna att finansiera dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040 jämför vi de beräknade kostnadsökningarna med det ekonomiska utrymme som ges med antagandet att hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens sammantagna andel av BNP fortsätter på dagens nivå. BNP förväntas växa med omkring 1,74 procent varje år 2022–2040 (Konjunkturinstitutet 2024b). Dagens omfattning av det offentliga åtagandet kan behållas om totalkostnaden ökar i samma eller lägre takt än BNP till 2040.

Tillsammans utgör hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ungefär 10,5 procent av BNP 2022, utifrån vår definition av sektorerna och utan de pandemirelaterade statsbidragen. Figur 21 visar att hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens sammantagna andel av BNP behöver växa på marginalen för att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet till 2040, det vill säga för att täcka kostnadsökningen till följd av befolkningsutvecklingen (A) och den relativa pris- och löneeffekten i dessa sektorer (C). Det kräver effektiviseringar som motsvarar ett relativt litet resurstillskott, nästan 7 miljarder kronor (i 2022 års penningvärde).

Figur 21 visar även att situationen blir en annan om omfattningen av det offentliga åtagandet fortsätter utvecklas med den historiska ambitionsförändringen (B), alltså utöver kostnadsökningar utifrån befolkningsutvecklingen samt pris- och löneeffekten. För att ambitionshöjningen inom hälso- och sjukvården ska kunna fortsätta, liksom ambitionssänkningen inom äldreomsorgen, beräknas den sammantagna andelen av BNP behöva växa till 12,1 procent 2040. Det skulle kräva effektiviseringar motsvarande ett resurstillskott på nästan 132 miljarder kronor 2040 eller nästan 8 miljarder kronor varje år (i 2022 års penningvärde).

Figur 21. Framskrivning av hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens sammantagna andel av BNP 2022 och 2040.



Not. Hälso- och sjukvård exklusive icke-offentliga finansärer, ADL inom hälso- och sjukvården för äldre samt tandvård. Fastprisjusterat i 2022 års penningvärde med BNP-deflatorn.

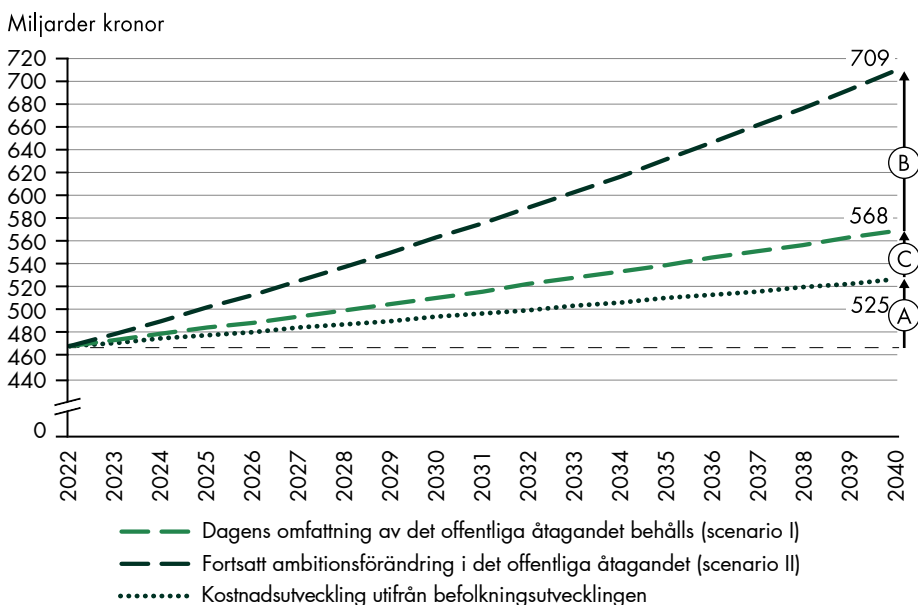
Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023d, 2024b,c) och Konjunkturinstitutet (2024b).

5.2.3 Dagens omfattning av åtagandet i hälso- och sjukvården och en viss ambitionshöjning kan finansieras till 2040

I vår framskrivning utgår vi från att kostnaderna för hälso- och sjukvården 2022 var drygt 466 miljarder kronor (2022 års penningvärde), se figur 22. Vår framskrivning visar att kostnaderna för hälso- och sjukvården ökar med cirka 59 miljarder kronor till 2040 på grund av att befolkningen växer och dess ålderssammansättning förändras (A). Kostnaderna ökar med ytterligare 43 miljarder kronor för den relativa pris- och löneeffekten (C). Det betyder en kostnadsökning på 101 miljarder kronor, till totalt 568 miljarder kronor år 2040, för att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården.

Om omfattningen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården fortsätter utvecklas med den historiska ambitionshöjningen (B), ökar kostnaderna med ytterligare 140 miljarder kronor. Totalkostnaden 2040 beräknas till drygt 709 miljarder kronor.

Figur 22. Framskrivning av hälso- och sjukvårdens kostnader 2022–2040.



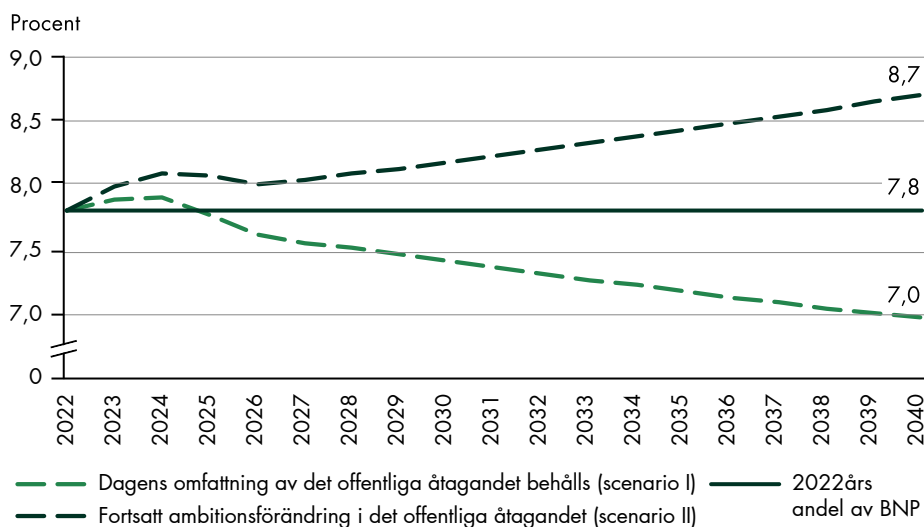
Not. Hälso- och sjukvård exklusive icke-offentliga finansierare, ADL inom hälso- och sjukvården för äldre samt tandvård. Fastprisjusterat i 2022 års penningvärde med BNP-deflatoren.

Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2024b,c) och Konjunkturinstitutet (2024b).

Om BNP utvecklas som förväntat, alltså växer med 1,74 procent varje år fram till 2040, innebär det att hälso- och sjukvårdens andel av BNP sjunker från drygt 7,8 procent till 7,0 procent, se figur 23. Vi utgår då från att åtagandet finansierar befolkningsutvecklingen (A) och en relativ pris- och löneffekt (C).

Om omfattningen av det offentliga åtagandet även fortsätter att utvecklas med samma ambitionshöjning som under de senaste 20 åren, ökar hälso- och sjukvårdens andel av BNP från 7,8 procent till 8,7 procent 2040. Det kräver effektiviseringar motsvarande ett årligt resurstillskott på 4 miljarder kronor eller totalt nästan 73 miljarder kronor fram till 2040 (i 2022 års penningvärde).

Figur 23. Framskrivning av hälso- och sjukvårdens andel av BNP 2022–2040.



Not. Hälso- och sjukvård exklusive icke-offentliga finansörer, ADL inom hälso- och sjukvården för äldre samt tandvård. Fastprisjusterat i 2022 års penningvärde med BNP-deflatorn.
Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2024b,c) och Konjunkturinstitutet (2024b).

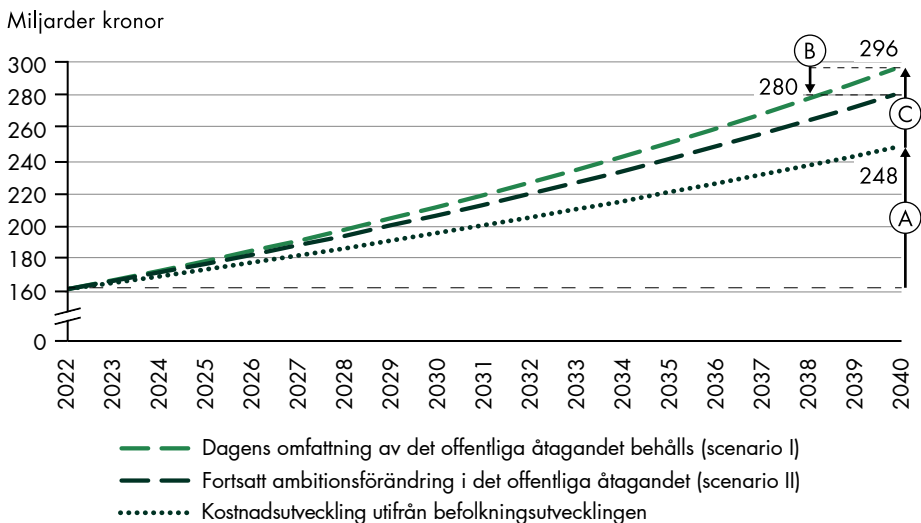
5.2.4 Att behålla dagens omfattning av åtagandet i äldreomsorgen kräver stora resurstillskott

Kostnadsutvecklingen i äldreomsorgen till 2040 beror till största delen på befolkningsutvecklingen. Som vi tidigare beskrivit är utrymmet för kostnads- och ambitionsökningar i det offentliga åtagandet i äldreomsorgen mindre än i hälso- och sjukvården. Däremot kan en fortsatt utveckling av mer avancerade hjälpmedel och välfärdsteknik bidra till att kostnadsökningen blir mindre än förväntat eller kvaliteten högre i äldreomsorgen i framtiden.

Kostnaderna för äldreomsorgen var närmare 162 miljarder kronor 2022 (i 2022 års penningvärde), se figur 24. Våra framskrivningar visar att kostnaderna ökar med nästan 86 miljarder kronor till totalt 248 miljarder kronor 2040 på grund av befolkningsutvecklingen (A), det vill säga antalet äldre ökar eftersom vi lever allt längre. För att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet i äldreomsorgen, behövs ytterligare nästan 48 miljarder kronor för att kompensera för en relativ pris- och löneeffekt (C). Kostnaderna för att behålla dagens omfattning av åtagandet i

äldreomsorgen ökar med 134 miljarder kronor och totalkostnaden beräknas till 296 miljarder kronor 2040. Om vi i stället antar att ambitionssänkningen fortsätter, som under de senaste 20 åren (B), ökar kostnaderna mindre, med 118 miljarder kronor, och totalkostnaden 2040 är 280 miljarder kronor.

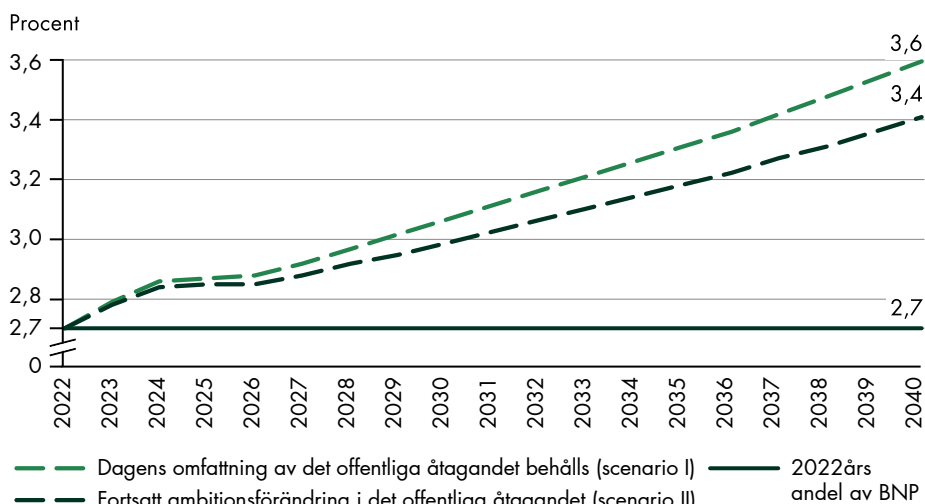
Figur 24. Framskrivning av kostnaderna för äldreomsorgen 2022–2040.



Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023d, 2024b) och Konjunkturinstitutet (2024b).

Det är en utmaning att behålla omfattningen av det offentliga åtagandet i äldreomsorgen till 2040, oavsett om ambitionssänkningen under de senaste decennierna upphör eller fortsätter. Kostnadsökningar som uppstår från befolkningsutvecklingen är nästan 2,4 procent varje år, och sedan tillkommer den relativa pris- och löneeffekten. Under samma period förväntas BNP växa med 1,74 procent varje år. För att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet i äldreomsorgen, det vill säga att den historiska ambitionssänkningen upphör, ökar äldreomsorgens andel av BNP från drygt 2,7 procent till drygt 3,6 procent 2040, se figur 25. Det innebär att det behövs effektiviseringar som motsvarar ett resurstillskott på runt 4,5 miljarder kronor varje år eller 75 miljarder kronor totalt 2040 (i 2022 års penningvärde).

Om den historiska ambitionssänkningen i äldreomsorgen fortsätter, blir kostnadsökningen lägre. Då ökar äldreomsorgens andel av BNP från 2,7 procent i dag till 3,4 procent 2040. Då krävs effektiviseringar som motsvarar ett resurstillskott på 3,5 miljarder kronor varje år eller 59 miljarder kronor totalt 2040 (i 2022 års penningvärde).

Figur 25. Äldreomsorgens andel av BNP 2022–2040.

Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023d, 2024b) och Konjunkturinstitutet (2024b).

5.2.5 Bättre hälsa bland äldre kan dämpa kostnadsutvecklingen i äldreomsorgen

Ett av våra grundläggande antaganden är att befolkningens behov av vård och äldreomsorg i olika åldersgrupper är som i dag fram till 2040. Det finns dock skäl att tro att hälsan förbättras i takt med att medellivslängden ökar samtidigt som vi blir mer självständiga längre upp i åldrarna. Men å andra sidan har vi en relativt kort tidshorisont i vår framskrivning.

I likhet med Lindgren (2016) antar vi att vårdbehoven fram till 2040 är konstanta i alla åldersgrupper, samtidigt som en bättre hälsa bland äldre leder till att äldreomsorgsbehoven förskjuts med ett år. Konjunkturinstitutet (2024a) antar att behovet av vård och äldreomsorg förskjuts framåt fem år per åldersgrupp fram till 2100, alltså på närmare 100 år, det betyder att de antar att behovet av vård och äldreomsorg 2100 för exempelvis åldersgruppen 70–75 år är som behovet bland 65–70 åringar 2000. I vår framskrivning, med tidshorisonten närmare 20 år, skulle det betyda att äldre behöver omsorg ungefär ett år senare i livet i genomsnitt.

Resultaten visar att kostnadsökningen inom äldreomsorgen som uppstår från befolkningsutvecklingen 2022–2040 sjunker från nästan 2,4 procent till 1,73 procent varje år, förutsatt att hälsoförbättringar hos den äldre befolkningen leder till att behoven av äldreomsorg uppstår ett år senare i genomsnitt. Den förskjutningen får relativt stor påverkan på kostnadsutvecklingen, men inte tillräckligt för att skapa en hållbar situation för äldreomsorgen. De effektiviseringar som behövs för att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet, motsvarar då ett resursbehov

på drygt 42 miljarder kronor – i stället för 75 miljarder kronor – fram till 2040, vilket motsvarar 2,5 miljarder kronor varje år. Om vi räknar in ambitionssänkning, som under de senaste decennierna, blir behovet av effektiviseringar 28 miljarder kronor, förutsatt att hälsan förbättras, eller ett tillskott på nästan 1,7 miljarder kronor varje år.

Eftersom vi inte räknar med något förändrat vårdbehov, påverkas inte framskrivningen för hälso- och sjukvården, men framskrivningen för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen sammantaget påverkas. Att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet sammantaget i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, förutsatt att befolkningens behov av äldreomsorg i genomsnitt kan förskjutras ett år, innebär 26 miljarder kronor i minskade kostnader. Att fortsätta med ambitionshöjningen i hälso- och sjukvården och ambitionssänkningen i äldreomsorgen beräknas leda till kostnadsökningar som motsvarar behovet av effektiviseringar på 101 miljarder kronor totalt. Se sammanfattning i tabell 1.

Tabell 1. Framskrivning av kostnader med antagande om förskjutet behov av äldreomsorg 2022–2040.

Offentligt åtagande	Inom	Total kostnadsökning till 2040 med hälsoförbättring	Total kostnadsökning till 2040 utan hälsoförbättring
	Äldreomsorgen	42	75
Dagens omfattning behålls (scenario I)	Hälso- och sjukvården och äldreomsorgen sammantaget	-26	7
	Äldreomsorgen	28	59
Fortsatt ambitionsförändring (scenario II)	Hälso- och sjukvården och äldreomsorgen sammantaget	101	132

Not. Siffror anges i miljarder kronor (2022 års penningvärde).

5.3 Fler behöver arbeta i hälso- och sjukvården och många fler i äldreomsorgen

I våra framskrivningar av behovet av personal beräknar vi hur antalet helårsarbeten behöver utvecklas i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen för att behålla dagens personaltäthet och arbetssätt till 2040.

5.3.1 Personalbehovet för dagens personaltäthet och fortsatt ambitionsförändring till 2040

I våra framskrivningar av kompetensförsörjningen utgår vi från att behålla dagens personaltäthet och arbetssätt (scenario I). Dessutom utgår vi från att den historiska ambitionsförändringen under de senaste 20 åren fortsätter (scenario II). Att behålla

dagens personaltäthet och arbetssätt betyder att antalet arbetade timmar enbart förändras med befolkningsutvecklingen (A) i figur 26. I scenario II fortsätter personaltätheten att utvecklas med den historiska ambitionsförändringen (B), som vi beskriver i den fördjupade analysen i kapitel 4.

Figur 26. Vi skriver fram dagens personaltäthet (scenario I) och fortsatt utvecklad personaltäthet med historisk ambitionsförändring (scenario II).

	Dagens personaltäthet behålls (scenario I)	Fortsatt ambitionsförändring i personaltätheten (scenario II)
Befolkningsutveckling (A)	X	X
Ambitionsförändring (B)		X

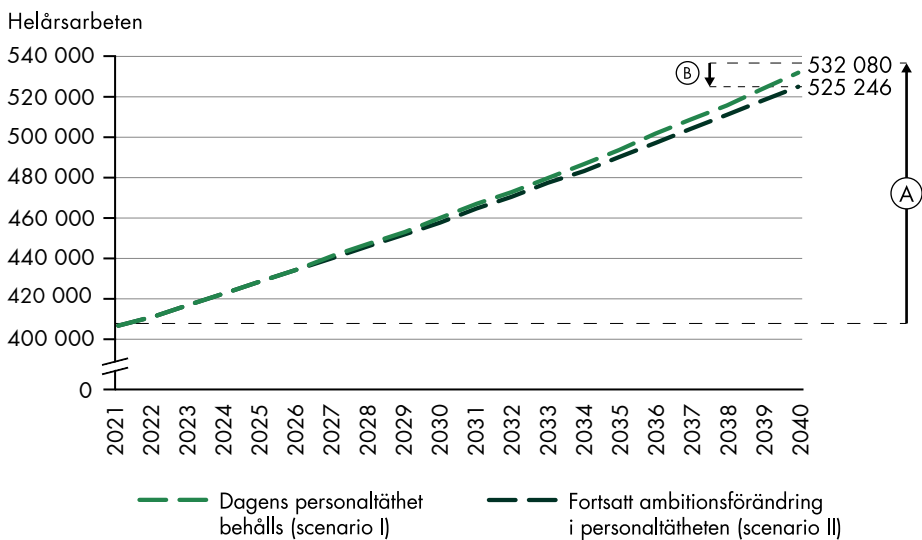
5.3.2 Hälso- och sjukvården och äldreomsorgen behöver fler helårsarbeten

Det behövs fler helårsarbeten inom både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040 för att möta de växande behoven i befolkningen.

Antalet helårsarbeten inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, var drygt 406 000 år 2021, se figur 27. För att behålla dagens personaltäthet till 2040, behöver antalet helårsarbeten öka med drygt 126 000 till totalt 532 000 till följd av befolkningsutvecklingen (A), det motsvarar en ökning med drygt 31 procent jämfört med i dag. Förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021 innebär det 171 000 sysselsatta personer (eftersom alla sannolikt inte kommer arbeta heltid i framtiden).

I vår framskrivning där personaltätheten fortsätter att utvecklas med den historiska ambitionsförändringen (B), ökar antalet helårsarbeten i stället med nästan 119 000 till totalt 525 000 helårsarbeten 2040, vilket motsvarar en ökning med 29 procent jämfört med i dag. Jämfört med dagens nivå är det en lägre ökning, vilket beror på att ambitionssänkningen i äldreomsorgen fortsätter som under de senaste 20 åren. Förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021 innebär det 162 000 sysselsatta personer. Det betyder att personaltätheten i äldreomsorgen fortsätter att minska i samma takt som under de senaste 20 åren och att åtagandet därför behöver upprätthållas med mindre personalintensiva arbetssätt än i dag.

Figur 27. Framskrivning av sammantagna antal helårsarbeten inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen 2021–2040.



Not. Hälso- och sjukvård exklusive tandvård.

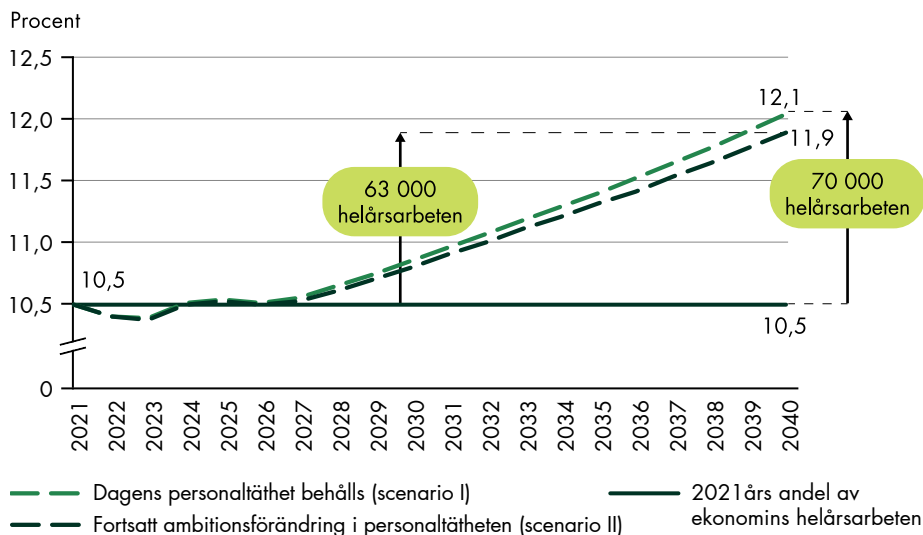
Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023e, 2024b) och Konjunkturinstitutet (2024b).

I dag utförs 10,5 procent av samtliga helårsarbeten i ekonomin i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, se figur 28. År 2021–2040 väntas antalet arbetade timmar i ekonomin, och därmed antalet helårsarbeten, att växa med omkring 0,69 procent varje år (Konjunkturinstitutet 2024b). Under samma period beräknas antalet helårsarbeten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen behöva öka med 1,44 procent varje år, för att behålla dagens personaltäthet.

Figur 28 visar att 12,1 procent, av ekonomins helårsarbeten, behöver utföras i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen för att behålla dagens personaltäthet till 2040. Det betyder att hälso- och sjukvården och äldreomsorgen behöver drygt 70 000 fler helårsarbeten än om andelen av ekonomins helårsarbeten även framöver är 10,5 procent. Förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021 handlar det om nästan 94 000 sysselsatta personer.

Den historiska utvecklingen av personaltätheten i äldreomsorgen motsvarar en ambitionssänkning med 0,42 procent varje år och följaktligen allt lägre personaltäthet över tid. Inom hälso- och sjukvården motsvarar den historiska utvecklingen en årlig ambitionshöjning med 0,24 procent. Om personaltätheten fortsätter utvecklas med den historiska ambitionsförändringen behöver andelen av ekonomins helårsarbeten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen sammantaget öka till 11,9 procent, alltså något mindre än för att behålla dagens personaltäthet. Sammantaget motsvarar det nästan 63 000 fler helårsarbeten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen än i dag. Det betyder, förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021, 85 000 sysselsatta personer.

Figur 28. Framskrivning av hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens sammantagna andel av ekonomins helårsarbeten 2021–2040.



Not. Hälso- och sjukvård exklusive tandvård.

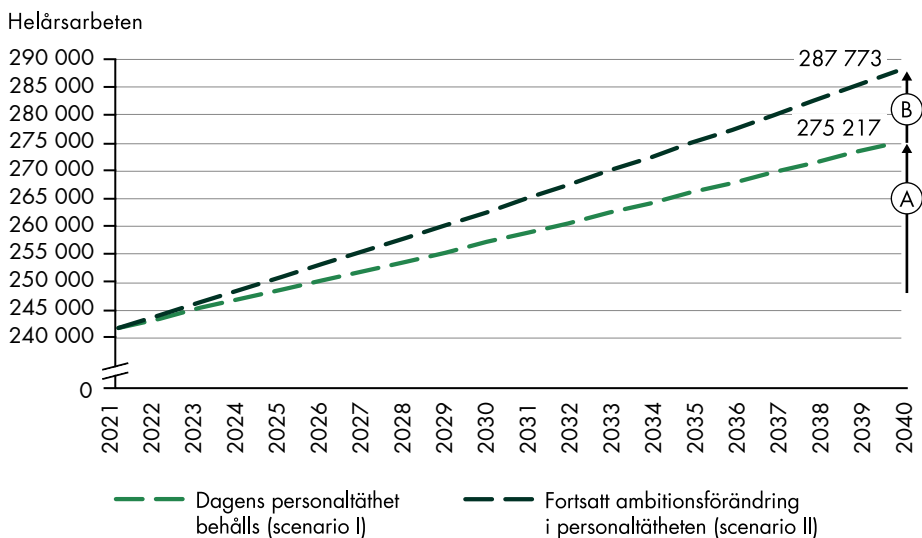
Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023e, 2024b) och Konjunkturinstitutet (2024b).

5.3.3 Fortsatt ambitionshöjning inom hälso- och sjukvården ökar andelen av ekonomins helårsarbeten

År 2021 utfördes nästan 242 000 helårsarbeten inom hälso- och sjukvården, vilket var nästan 335 000 personer. För att behålla dagens personalitet fram till 2040 behöver antalet helårsarbeten öka med runt 33 000 till totalt 275 000 helårsarbeten på grund av befolkningsutvecklingen (A), se figur 29. Det motsvarar 14 procent fler helårsarbeten i hälso- och sjukvården 2040 jämfört med i dag, eller 46 000 fler sysselsatta personer (förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021).

Om personaliteten i det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården även ska fortsätta utvecklas med den historiska och kostnadsdrivande ambitionshöjningen (B), ökar antalet helårsarbeten med ytterligare nästan 13 000 till 46 000, och totalt nästan 288 000 helårsarbeten 2040. Det motsvarar, förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021, 64 000 sysselsatta personer.

Figur 29. Framskrivning av antalet helårsarbeten i hälso- och sjukvården till 2040.

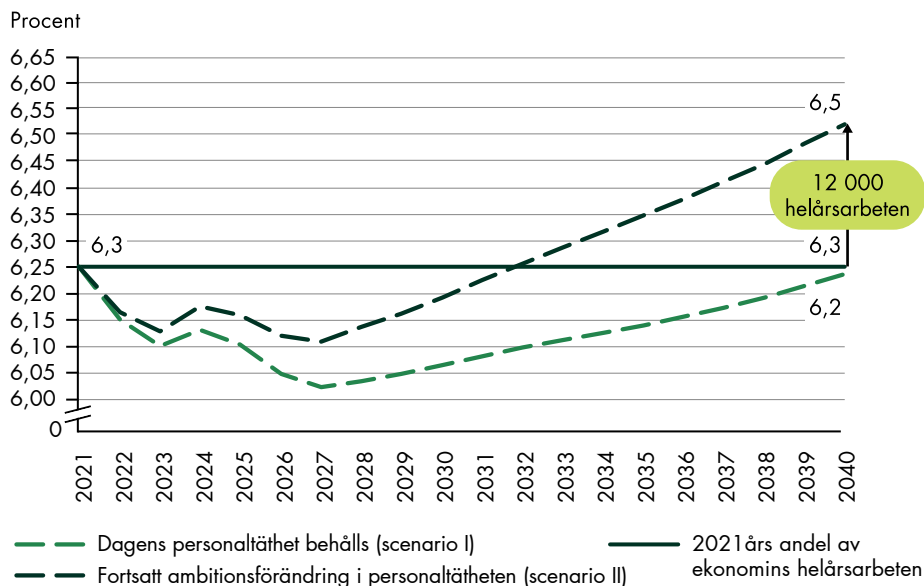


Not. Hälso- och sjukvård exklusive tandvård.

Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023e, 2024b) och Konjunkturinstitutet (2024b).

De ökade behoven av mer personal i hälso- och sjukvården är 0,68 procent varje år utifrån befolkningsutvecklingen, vilket är i nivå med tillväxten av helårsarbeten i ekonomin fram till 2040, 0,69 procent varje år. Det betyder att hälso- och sjukvårdens andel av ekonomins helårsarbeten ökar i samma takt som ekonomin och att andelen till 2040 blir oförändrad. Däremot om personaltätetheten i det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården fortsätter att utvecklas med ambitionshöjningen 0,24 procent varje år, som under de senaste 20 åren, behöver andelen av de arbetade timmarna i ekonomin som utförs i hälso- och sjukvårdens öka från nästan 6,3 procent till 6,5 procent 2040, se figur 30. Det motsvarar totalt drygt 12 000 fler helårsarbeten 2040, och 17 000 sysselsatta personer, förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021.

Figur 30. Framskriven andel av ekonomins helårsarbeten som utförs i hälso- och sjukvården till 2040.



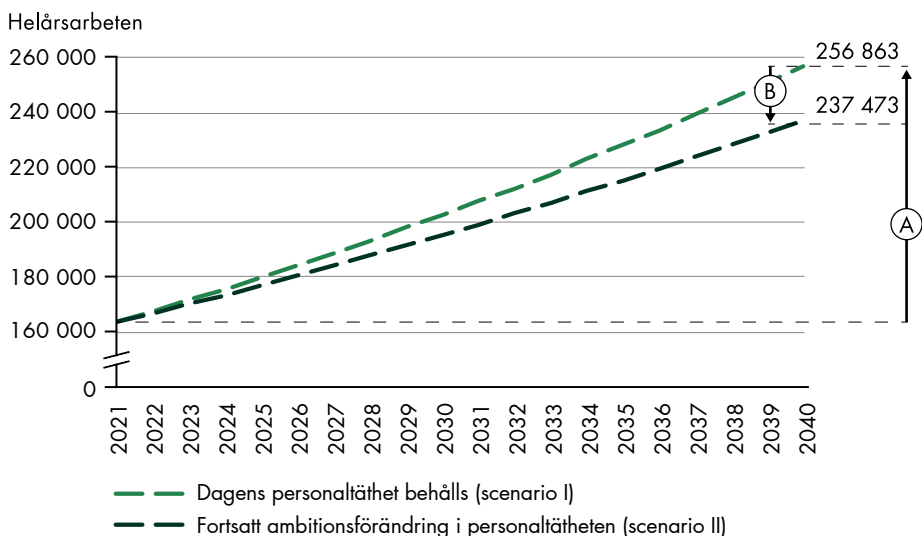
Not. Hälso- och sjukvård exklusive tandvård.

Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023e, 2024b) och Konjunkturinstitutet (2024b).

5.3.4 För att behålla personaltäthet i äldreomsorgen behöver andelen av ekonomins helårsarbeten öka

Personaltätheten inom det offentliga åtagandet i äldreomsorgen har sjunkit under de senaste 20 åren. År 2021 var antalet helårsarbeten nästan 164 000, se figur 31. För att behålla dagens personaltäthet i äldreomsorgen till 2040, behöver antalet helårsarbeten öka med cirka 93 000 till totalt nästan 257 000 på grund av befolkningsutvecklingen (A). Det motsvarar, förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021, 121 000 sysselsatta personer.

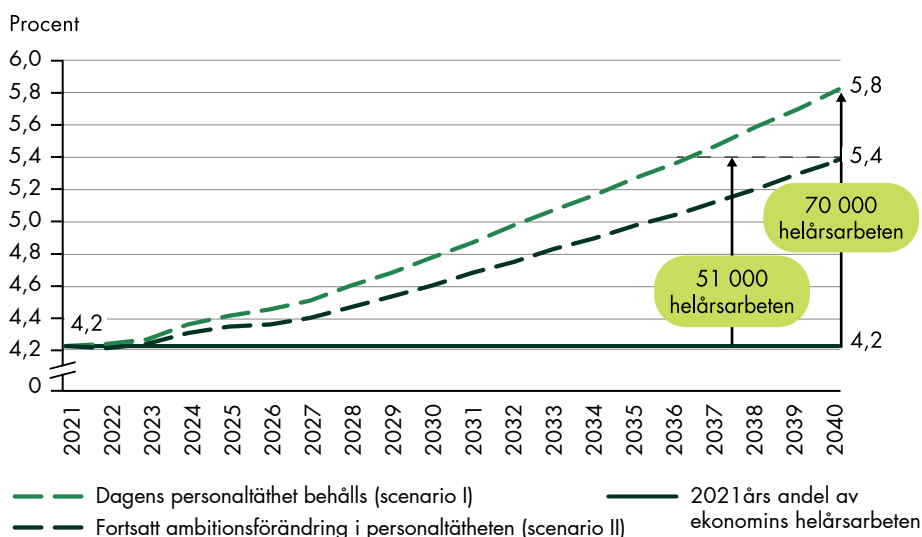
När vi skriver fram personaltäthet i det offentliga åtagandet i äldreomsorgen med fortsatt ambitionssänkning (B), utöver befolkningsutvecklingen (A), behövs totalt drygt 237 000 helårsarbeten 2040. Det är nästan 74 000 fler helårsarbeten än i dag, vilket motsvarar en ökning med nästan 40 procent och ytterligare nästan 96 000 sysselsatta (förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021).

Figur 31. Framskrivning av antalet helårsarbeten i äldreomsorgen till 2040.

Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023e, 2024b) och Konjunkturinstitutet (2024b).

För att behålla dagens personaltätet i äldreomsorgen till 2040 behöver de senaste decenniernas ambitionssänkning upphöra. Då ökar andelen av ekonomins helårsarbeten som utförs i äldreomsorgen med knappt 2,4 procent varje år fram till 2040, samtidigt som andelen helårsarbeten i ekonomin förväntas växa med 0,69 procent varje år. Andelen av helårsarbeten i ekonomin som utförs i äldreomsorgen ökar från drygt 4,2 procent i dag till 5,8 procent år 2040, se figur 32. Det motsvarar ett årligt tillskott av nästan 4 000 helårsarbeten i äldreomsorgen och totalt drygt 70 000 fram till 2040, för att behålla dagens personaltätet i takt med befolkningsutvecklingen. Det motsvarar i sin tur totalt 91 000 sysselsatta personer fram till 2040, förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021.

Även om ambitionssänkningen i personaltätet inom äldreomsorgen fortsätter till 2040 behöver andelen av ekonomins helårsarbeten som utförs i äldreomsorgen öka från 4,2 procent i dag till 5,4 procent 2040, se figur 32. Det innebär att antalet helårsarbeten ökar med nästan 51 000 till 2040 jämfört med om andelen legat kvar på 4,2 procent 2040. Om medelarbetstiden är samma som 2021 innebär det 66 000 sysselsatta personer.

Figur 32. Framskrivna andelen av ekonomins helårsarbeten som utförs i äldreomsorgen till 2040.

Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2023e, 2024b) och Konjunkturinstitutet (2024b).

5.3.5 För att behålla dagens personaltäthet krävs var fjärde tillkommande helårsarbete

Vi illustrerar här storleksordningen på utmaningen med att behålla dagens personaltäthet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Då jämför vi hur många fler helårsarbeten som behövs i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen med den förväntade tillväxten av helårsarbeten i ekonomin totalt till 2040. Den senare ökningen uppgår till 0,69 procent varje år till 2040.

De senaste 20 åren har mellan 9,7 och 10,5 procent av samtliga helårsarbeten i ekonomin utförts i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. År 2021 var andelen 10,5 procent. Det betyder att nästan 90 procent av alla helårsarbeten utförs i andra delar av ekonomin, inom övrig offentlig sektor som utbildning eller försvaret, men även i näringslivet. Vår framskrivning av hur många helårsarbeten som behövs i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, för att behålla dagens personaltäthet när befolkningens behov av vård och äldreomsorg växer, visar att nästan var fjärde, runt 24 procent, av samtliga tillkommande helårsarbeten i ekonomin från i dag till 2040 behöver utföras i hälso- och sjukvården eller äldreomsorgen. Det motsvarar 171 000 sysselsatta personer, förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021. Följaktligen kan runt 76 procent av tillkommande helårsarbeten utföras i övriga delar av ekonomin, att jämföra med nästan 90 procent av samtliga helårsarbeten i dag.

I dag utförs 6,3 procent av alla helårsarbeten i ekonomin inom hälso- och sjukvården, och andelen är i princip oförändrad i vår framskrivning till 2040. Däremot skulle det krävas ytterligare helårsarbeten och sysselsatta om även ambitionsförändringarna i hälso- och sjukvården ska fortsätta fram till 2040.

Äldreomsorgen behöver en stor del av de tillkommande helårsarbetena i ekonomin de närmaste 20 åren. I dag utförs ungefär 4,2 procent av alla helårsarbeten i ekonomin inom äldreomsorgen, och andelen ökar till 5,8 procent 2040 i vår framskrivning. Det kan låta som en marginell förändring, men det betyder att drygt 17 procent av alla tillkommande helårsarbeten mellan 2021 och 2040 i ekonomin behövs inom äldreomsorgen. Det motsvarar 130 000 sysselsatta personer, förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021.

5.3.6 Förändrade arbetssätt krävs för att behålla dagens åtagande inom äldreomsorgen 2040

Ett av våra grundläggande antaganden är att befolkningens behov av vård och äldreomsorg i olika åldersgrupper är konstant fram till 2040. Vi kan i stället anta att de äldre får bättre hälsa, vilket inte förändrar behovet av hälso- och sjukvård men förskjuter behovet av äldreomsorg ett år framåt i livet i genomsnitt. Då sjunker behovet av helårsarbeten, utifrån befolkningsutvecklingen, i äldreomsorgen från knappt 2,4 procent till 1,73 procent varje år 2022–2040. Alltså minskar äldreomsorgens utmaning med framtida kompetensförsörjning, men löser inte helt problemet.

Genom bättre hälsa i den äldre befolkningen sjunker behovet av personella resurser för att behålla dagens personaltäthet från 70 000 helårsarbeten till drygt 40 000 helårsarbeten fram till 2040, vilket motsvarar drygt 56 000 sysselsatta personer, förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021. Om den historiska ambitionssänkningen inom äldreomsorgen fortsätter, så minskar ökningen av de personella resurserna till nästan 23 000 helårsarbeten till 2040, vilket motsvarar nästan 32 000 sysselsatta personer, förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021.

Även om antagandet om hälsoförbättringar inte förändrar befolkningens behov av hälso- och sjukvård, påverkas framskrivningen för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen sammantaget. För att behålla dagens personaltäthet i det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen sammantaget behöver antalet helårsarbeten öka med drygt 39 000 till 2040. Det motsvarar nästan 53 000 sysselsatta personer, förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021. För att behålla den historiska ambitionsförändringen, det vill säga med ambitionshöjning inom hälso- och sjukvården och ambitionssänkning inom

äldreomsorgen, ökar behovet av personal med nästan 35 000 helårsarbeten, eller runt 47 000 sysselsatta personer förutsatt att medelarbetstiden är densamma som 2021. Se sammanfattningen i tabell 2 nedan.

Tabell 2. Framskrivning av helårsarbeten med antagande om förskjutet behov av äldreomsorg 2021–2040.

Offentligt åtagande	Inom	Total ökning av helårsarbeten till 2040 med hälsoförbättring	Total ökning av helårsarbeten till 2040 utan hälsoförbättring
	Äldreomsorgen	40 000	70 000
Dagens personaltätthet behålls (scenario I)	Hälso- och sjukvården och äldreomsorgen sammantaget	39 000	70 000
	Äldreomsorgen	23 000	51 000
Fortsatt ambitionsförändring (scenario II)	Hälso- och sjukvården och äldreomsorgen sammantaget	35 000	63 000

Not. Siffror avser antalet helårsarbeten avrundade till närmaste tusental. Helårsarbeten räknas ut genom att dividera arbetade timmar med 2 080.

6 Tre perspektiv på det offentliga åtagandet till 2040

I det här kapitlet redovisar vi befolkningens, regionernas och kommunernas perspektiv på det offentliga åtagandet. Resultaten kommer från vår enkätundersökning om befolkningens förväntningar på det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen samt från en enkät- och intervjustudie av kommunernas och regionernas bedömningar av möjligheterna att tillgodose den växande och åldrande befolkningens behov av vård och äldreomsorg till 2040.

Våra huvudsakliga resultat:

- Befolkningen har höga förväntningar på det framtida offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.
- Resurserna i den regionala hälso- och sjukvården både kan och behöver användas effektivare för att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet.
- Varannan kommun bedömer att det inte är möjligt att behålla dagens omfattning av åtagandet i äldreomsorgen, där den kommunala hälso- och sjukvården ingår, ens genom att använda resurserna effektivare.
- Många förändringar, som var för sig har stor betydelse, behöver göras:
 - bättre samverkan och samordning mellan regioner och kommuner
 - bättre samordning mellan regional primärvård och specialiserad vård
 - fler förebyggande insatser för att förbättra befolkningens hälsa
 - mer egenvård för att minska befolkningens behov av offentligt finansierad hälso- och sjukvård
 - ökad digitalisering inom både äldreomsorgen och hälso- och sjukvården
 - stopp för vårdåtgärder utan patientnytta.

6.1 Vi har genomfört en enkätundersökning

Vi har genomfört en enkätundersökning för att fånga befolkningens uppfattningar om och förväntningar på det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040 samt regionernas och kommunernas bedömningar av omfattningen.

6.1.1 Befolkningens förväntningar på hälso- och sjukvården och äldreomsorgen

Vi har undersökt befolkningens uppfattningar om en rad förändringar, som syftar till att använda resurserna effektivare än i dag, och deras förväntningar på omfattningen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040 med en enkät till vår befolkningspanel. Eftersom kompetensförsörjningen är avgörande för att kunna tillhandahålla hälso- och sjukvård och äldreomsorg till befolkningen, har vi även frågat vår befolkningspanel om deras sysselsättning i dag och vad de ser sig arbeta med år 2040. Det är viktigt att poängtera att vi frågade om uppfattningar och förväntningar, oavsett om personen har egen erfarenhet av hälso- och sjukvård eller äldreomsorg. Enkäten till vår befolkningspanel består av följande delar:

- uppfattningar om hur hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fungerar i dag
- uppfattningar om en rad olika förändringar som syftar till att använda resurserna i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen effektivare än i dag
- förväntningar på omfattningen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040
- deras sysselsättning i dag och vad de ser sig arbeta med år 2040.

Samtliga i befolkningspanelen fick frågor om hälso- och sjukvården. Personer i åldern 65 år eller äldre fick även motsvarande frågor om äldreomsorgen. Samtidigt som personer yngre än 40 år fick besvara frågor om hur de uppfattar att det är arbeta i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Totalt svarade 1 084 personer på vår enkät, varav 101 i åldern 39 år och yngre och 570 i åldern 65 år eller äldre. För att få fler svar i gruppen 39 år eller yngre gjorde vi en kompletterande insamling, där ytterligare 1 337 personer svarade på enkätens frågor om kompetensförsörjning.

Rekryteringen till befolkningspanelen är slumpmässig, och därför har vi kompenserat för skevheter på grund av att vissa grupper är över- respektive under-representerade. Se bilaga 3 för metodbeskrivning och bilaga 4 för vår enkät till befolkningspanelen.

Vi har presenterat preliminära resultat för myndighetens patient- och brukarråd, för att fånga upp deras reflektioner och fördjupa vår förståelse för enkätresultaten.

6.1.2 Kommuner och regioner har god insikt i framtida utmaningar

Vi har genomfört två enkäter till dels chefer för hälso- och sjukvården i varje region, dels chefer för social- och omsorgsförvaltningen i varje kommun. Vi har undersökt hur de bedömer

- förutsättningarna för att möta befolkningens samlade behov av offentligt finansierad hälso- och sjukvård och äldreomsorg i dag
- betydelsen av några förändringar av arbetsmiljön för att hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ska kunna behålla och rekrytera personal framöver
- betydelsen av många olika förändringar för att använda resurserna i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen effektivare än i dag
- i vilken utsträckning det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan tillgodose befolkningens behov till 2040.

Totalt har 18 regioner och 190 kommuner besvarat enkäterna, vilket ger svarsfrekvenser på 86 procent respektive 65 procent. För att fördjupa vår förståelse för enkätresultaten har vi genomfört intervju liknande samtal med företrädare för fem kommuner och tre regioner. Resultat från intervjuerna presenteras löpande tillsammans med enkätresultat. Enkäterna till kommuner och regioner samt intervjuguiderna finns i bilaga 5.

Tre av fyra kommuner och regioner har gjort framtidsstudier

Även om alla framåtblickar är förknippade med osäkerhet, som blir större ju längre in i framtiden de sträcker sig, har kommuner och regioner god insikt i de utmaningar som väntas komma, eftersom ungefär tre av fyra kommuner och regioner gjort någon form av framtidsstudie. Enkätresultaten ger därför ett kunskapsunderlag för att identifiera förändringsbehov och diskutera möjliga lösningar, även om de inte ska tolkas som exakta förutsägelser om framtiden.

I sina framtidsstudier tar kommunerna och regionerna utgångspunkt i den förväntade befolkningsutvecklingen. Bland kommuner som gjort framtidsstudier beaktar 75 procent även äldreomsorgens kapacitet och 44 procent kommunens ekonomiska förutsättningar. Bland regioner som gjort framtidsstudier inkluderar 75 procent regionens ekonomiska förutsättningar och 67 procent regionens kapacitet i hälso- och sjukvården. En övervägande majoritet av regionerna siktar bortom 2030 i sina framtidsstudier. Tidsperspektiven i kommunernas framtidsstudier varierar mer, vilket kan bero på att befolkningsutvecklingen varierar mer mellan kommunerna än mellan regionerna.

6.2 Befolkningen har höga förväntningar på det framtida offentliga åtagandet

I det här avsnittet redovisar vi resultaten av enkäten till befolkningen om deras förväntningar på det framtida offentliga åtagandet samt deras uppfattningar om hur hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fungerar i dag.

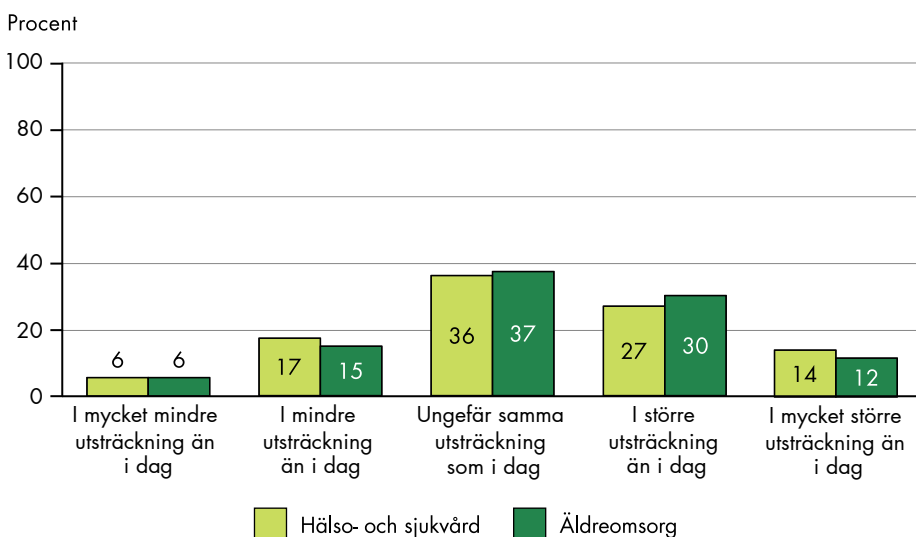
6.2.1 Befolkningen har höga förväntningar på omfattningen av åtagandet

Vi frågade befolkningen i vilken utsträckning de förväntar sig att hälso- och sjukvården kommer tillgodose befolkningens samlade vårdbehov till år 2040. Personer i åldern 65 år eller äldre fick även motsvarande fråga om äldreomsorgen.

Figur 33 visar att drygt 40 procent förväntar sig att hälso- och sjukvården 2040 tillgodoser befolkningens behov i mycket större eller större utsträckning än i dag. 36 procent förväntar sig att befolkningens behov tillgodoses i ungefär samma utsträckning som i dag och 23 procent förväntar sig att hälso- och sjukvården tillgodoser befolkningens behov i mindre eller mycket mindre utsträckning än i dag.

Den äldre befolkningens förväntningar på äldreomsorgen visar samma mönster, se figur 33. 42 procent förväntar sig att äldreomsorgen 2040 tillgodoser den äldre befolkningens behov i mycket större eller större utsträckning än i dag. 37 procent förväntar sig att äldreomsorgen tillgodoser behoven i ungefär samma utsträckning som i dag och 21 procent att äldreomsorgen tillgodoser den äldre befolkningens behov i mindre eller mycket mindre utsträckning än i dag.

Figur 33. Befolkningens förväntningar på i vilken utsträckning offentligt finansierad hälso- och sjukvård och äldreomsorg tillgodoser befolkningens samlade behov år 2040.



Generellt ökar befolkningens efterfrågan på välfärdstjänster procentuellt mer än inkomsterna och välfärdstjänsterna ökar i relativ betydelse när vi blir rikare, vilket brukar kallas Wagners lag (Sundén m.fl. 2014). Empiriska studier av sambandet mellan ekonomiskt välstånd och den offentliga sektorns storlek har dock gett tvetydiga resultat, eftersom sambandet har varierat både mellan länder och olika tidsperioder (Arpaia och Turrini 2008). Historiskt verkar sambandet i Sverige ha varit svagt, vilket skulle kunna bero på att det finanspolitiska ramverket styr de offentliga utgifterna.

I våra intervjuer med företrädare för regioner framträder bilden att befolkningens förväntningar på hälso- och sjukvården även ökar i takt med den medicinska och medicintekniska utvecklingen. Historiskt har de medicinska framstegen medfört att allt fler hälsotillstånd blivit behandlingsbara och patientgrupperna därmed allt större, exempelvis har skonsammare behandlingsmetoder gjort det möjligt att behandla allt fler äldre (SKL 2005). För närvarande går utvecklingen inom avancerade terapier snabbt (Socialstyrelsen 2022a). Precisionsmedicin kommer vara en viktig del av framtidens hälso- och sjukvård med träffsäkra diagnoser och behandlingar för vissa patienter (Vård- och omsorgsanalys 2021c).

6.2.2 Befolkningen uppfattar att hälso- och sjukvården fungerar bättre än äldreomsorgen i dag

Befolkningen har övervägande positiva uppfattningar om hur hälso- och sjukvården fungerar i dag. Två av tre, 65 procent, uppfattar att hälso- och sjukvården fungerar mycket bra eller ganska bra. Motsvarande för äldreomsorgen är att runt 45 procent i åldern 65 år eller äldre uppfattar att äldreomsorgen fungerar mycket eller ganska bra.

I befolkningen uppfattar 90 procent att påståendena *bemötandet från vårdpersonalen är bra* och *kvaliteten i behandlingar och operationer är god* stämmer mycket eller ganska bra. De flesta, 72 procent, uppfattar att påståendet att *vårdens prioriteringar mellan individer görs utifrån vem som har störst behov* stämmer mycket eller ganska bra. Däremot är uppfattningarna om vårdens tillgänglighet mer negativa. Varannan uppfattar att påståendet *det är enkelt att komma i kontakt med vården* stämmer ganska eller mycket dåligt. 65 procent uppger att påståendet väntetider till besök eller behandling är rimliga stämmer ganska eller mycket dåligt.

Bland personer i åldern 65 år eller äldre uppfattar 78 procent att påståendet *bemötandet från omsorgspersonalen är bra* stämmer mycket eller ganska bra. Drygt varannan, 56 procent, uppger att påståendet *möjligheterna till hemtjänst efter behov är goda* stämmer mycket eller ganska bra. Men mindre än varannan, 43 procent, uppfattar att påståendet *insatsernas kvalitet är god* stämmer mycket eller ganska bra. Ännu färre, 31 procent, uppfattar att påståendet *äldreomsorgens förmåga att ta hand om brukare med svår sjukdom är god* stämmer mycket eller

ganska bra. Slutligen uppger ungefär 80 procent att påståendet *tillgången till särskilt boende vid behov är god* stämmer ganska eller mycket dåligt.

6.3 Förändringsarbete krävs för att behålla omfattningen av det offentliga åtagandet 2040

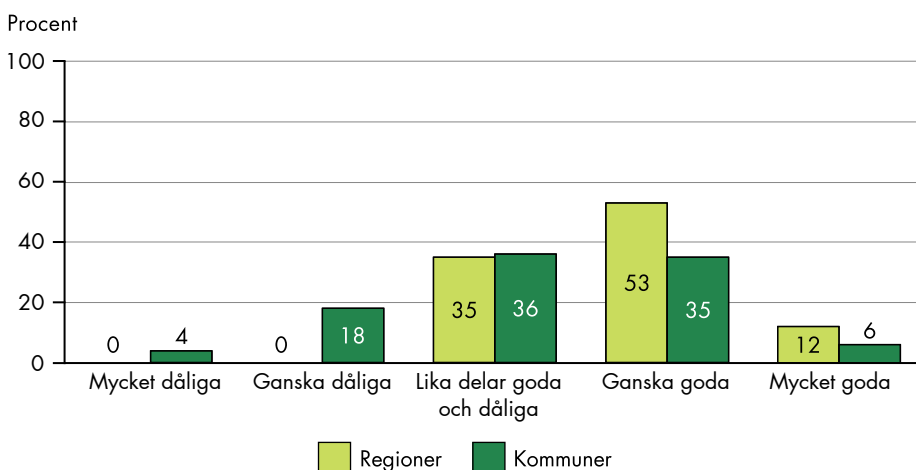
I det här avsnittet redovisar vi om det är möjligt att behålla omfattningen av det offentliga åtagandet från enkäter och intervjuer med regioner och kommuner.

6.3.1 Regionerna ser ljusare än kommunerna på förutsättningarna för att möta befolkningens behov i dag

Regionernas bedömning av sina egna förutsättningar att möta de samlade behoven i befolkningen i dag är ljusare än kommunernas, se figur 34. Ungefär två av tre regioner, 65 procent, bedömer förutsättningarna i dag som mycket eller ganska goda. Det vanligaste svaret är *ganska goda* och ingen region svarar att förutsättningarna i dag är ganska eller mycket dåliga.

Ungefär var femte kommun, 22 procent, bedömer att förutsättningarna i dag är ganska eller mycket dåliga. De flesta av dem är glesbygdskommuner, men även ett par storstadsnära kommuner uppger att förutsättningar i dag är dåliga. I enkäten fanns ingen möjlighet att kommentera svaret, men i andra fritextsvar och i intervjuerna beskriver företrädare för flera kommuner att äldreomsorgens ekonomi är mycket begränsad och man har stora svårigheter med kompetensförsörjningen. De vanligaste svaren från kommunerna, på frågan om förutsättningarna för att möta befolkningens samlade behov i dag, är *lika delar goda och dåliga förutsättningar*, 36 procent. Två av fem, 41 procent, har *mycket eller ganska goda förutsättningar* idag.

Figur 34. Regionernas och kommunernas bedömning av förutsättningarna för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen att möta befolkningens samlade behov i dag.



Äldreomsorgen har oftare krympande ekonomiska resurser

Om en verksamhet över tid ska ha resurser för att upprätthålla dagens arbetssätt och volymer behöver ersättningen räknas upp med åtminstone pris- och löneutvecklingen. Men balanskravet i det finanspolitiska ramverket anger att kommuner och regioner ska anpassa sina budgeterade utgifter till beräknade intäkter (Konjunkturinstitutet 2022a). Det innebär vanligtvis att verksamheternas volymer ökar mindre än vad som kan förväntas utifrån befolkningsutvecklingen (Ekonomistyrningsverket 2022).

Alla regioner och 85 procent av kommunerna uppger att de räknar om ersättningen till verksamheter i hälso- och sjukvård respektive äldreomsorg varje år. En region och några kommuner uppger att verksamheterna kompenseras fullt ut för förändringar i priser och löner. Det vanligaste svaret från regionerna är att omräkningen utgår från hur priser och löner har förändrats, men verksamheterna kompenseras inte fullt ut. Från kommunerna är det vanligaste svaret att omräkningen styrs av budgetutrymmet, oavsett hur priser och löner har förändrats.

Enkätsvaren tyder på att verksamheter i hälso- och sjukvården, i större utsträckning än i äldreomsorgen, kompenseras för förändringar i priser och löner. Utan kompensation krymper de reala resurserna i verksamheterna över tid och de måste effektiviseras löpande för att volymerna ska kunna upprätthållas.

Stora svårigheter med kompetensförsörjningen i äldreomsorgen

Brist på personal gör det svårt för kommunerna att klara omfattningen av åtagandet i äldreomsorgen redan i dag. Det råder brist på undersköterskor i stora delar av landet och framöver går många i pension. Samtidigt möter verksamheterna nya krav som syftar till att höja kvaliteten, vilket riskerar att försämra den befintliga verksamheten eftersom samma knappa personal ska göra mer än tidigare (Statskontoret 2023). I fritextsvaren i vår enkät till kommunerna framkommer att exempelvis kraven på att vissa uppgifter ska utföras av undersköterskor försvårar verksamheten i äldreomsorgen.

6.3.2 Effektivare användning av resurserna kan vara lösningen för hälso- och sjukvården

I enkäten till regionerna beskrev vi en framtida situation där dagens utveckling fortsätter framåt 2040, så här:

- Befolkningens samlade behov av hälso- och sjukvård förväntas vara större än i dag, eftersom Sveriges befolkning växer och åldras.
- Skattesatsen i din region, och övrig offentlig finansiering, är som i dag.
- Förändringar i övrigt genom exempelvis digitalisering, arbetssätt och medicinsk utveckling pågår som i dag.

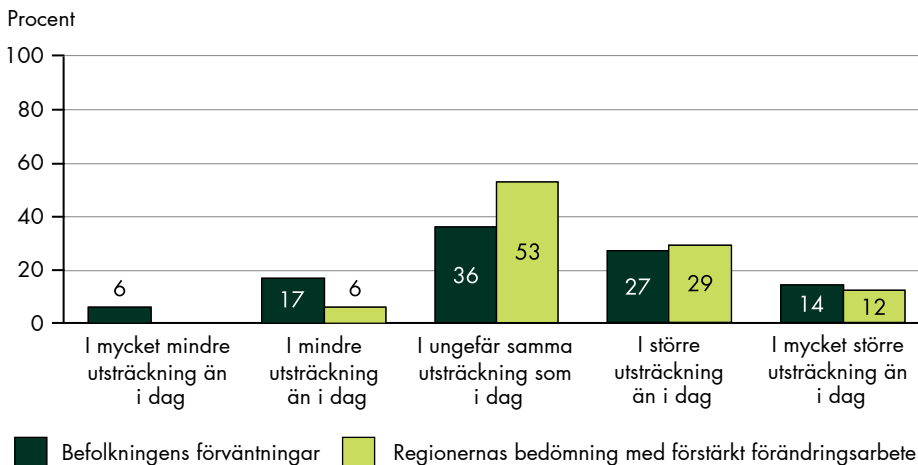
Vi frågade regionerna hur de bedömer i vilken utsträckning offentligt finansierad hälso- och sjukvård kommer kunna tillgodose befolkningens samlade vårdbehov i den egna regionen till 2040 med dagens utveckling.

Vi frågade regionerna om betydelsen av intensifierat förändringsarbete, det vill säga att driva förändringar i snabbare takt än i dag eller göra ytterligare förändringar utöver dagens utveckling. Med förändringsarbete menar vi förändringar i exempelvis arbetssätt för att använda resurserna effektivare. Regionernas bedömningar av betydelsen av olika möjligheter att använda resurserna effektivare framgår av avsnitten 6.4 och 6.5 nedan. Vi uppmanade regionerna att tänka sig att alla förändringar som de bedömt har betydelse för att hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna användas effektivare genomförs, och att deras bedömningar av förändringarnas betydelser visar sig stämma ganska väl. Därefter skulle de bedöma i vilken utsträckning offentligt finansierad hälso- och sjukvård kan tillgodose befolkningens samlade vårdbehov till 2040.

Varannan region, 53 procent, bedömer att offentligt finansierad hälso- och sjukvård genom intensifierat förändringsarbete kan tillgodose de samlade vårdbehoven hos befolkningen i ungefär samma utsträckning som i dag till 2040. Dessutom bedömer 41 procent av regionerna att befolkningens samlade vårdbehov kan tillgodoses i mycket större eller större utsträckning än i dag genom intensifierat förändringsarbete. En region bedömer att det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården kommer tillgodose befolkningens samlade vårdbehov i mindre utsträckning än i dag 2040, trots intensifierat förändringsarbete, se figur 35.

Resultaten kan tolkas som att regionerna bedömer att intensifierat förändringsarbete gör det möjligt att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet i den regionala hälso- och sjukvården. Dessutom kan det offentliga åtagandet svara mot befolkningens förväntningar, se figur 35.

Figur 35. Regionernas bedömning av och befolkningens förväntningar på i vilken omfattning offentligt finansierad hälso- och sjukvård tillgodoser befolkningens samlade behov till 2040 efter intensifierat förändringsarbete.



Många regioner framhåller att världens resurser både behöver och faktiskt kan användas effektivare än i dag. I intervjuerna betonar flera att det krävs förändrade arbetsätt för att möta behoven och minska överkonsumtion av vård, i stället för att begränsa det offentliga åtagandet. Flera regioner uppfattar att omställningen till en nära vård har kritisk betydelse genom förebyggande insatser och att primärvården tar ett större del av ansvaret än i dag.

6.3.3 Trots förändringsarbete krävs prioriteringar i äldreomsorgen

I enkäten till kommunerna beskrev vi en framtida situation där dagens utveckling fortsätter framåt 2040, så här:

- Den äldre befolkningens samlade behov av äldreomsorg, inklusive kommunal hälso- och sjukvård för befolkningen 65 år eller äldre, förväntas vara större än i dag, eftersom Sveriges befolkning växer och åldras.
- Skattesatsen i din kommun, och övrig offentlig finansiering, är som i dag.
- Förändringar i övrigt inom exempelvis välfärdsteknik och arbetsätt pågår som i dag.

Vi frågade kommunerna om deras bedömningar av i vilken utsträckning offentligt finansierad äldreomsorg kommer kunna tillgodose de samlade vård- och omsorgsbehoven hos invånarna i åldern 65 år eller äldre i den egna kommunen 2040 med dagens utveckling.

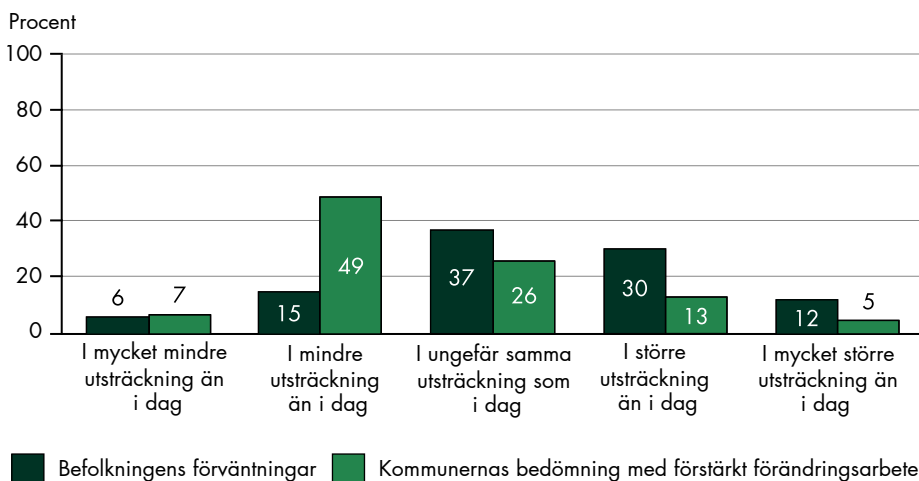
Därefter frågade vi kommunerna om betydelsen av intensifierat förändringsarbete, det vill säga att driva förändringar i snabbare takt än i dag eller göra ytterligare

förändringar utöver dagens utveckling, för att använda äldreomsorgens resurser effektivare än i dag. Kommunernas bedömningar av betydelsen av olika möjligheter att använda resurserna effektivare än i dag finns i avsnitten 6.4 och 6.5 nedan. I enkäten uppmanade vi kommunerna att tänka sig att alla förändringar som de bedömt har betydelse för att äldreomsorgens resurser ska kunna användas effektivare genomförs, och att deras bedömningar av förändringarnas betydelser visar sig stämma ganska väl. Därefter skulle de bedöma i vilken utsträckning offentligt finansierad äldreomsorg, där kommunal hälso- och sjukvård för befolkningen i åldern 65 år eller äldre ingår, kan tillgodose den äldre befolkningens behov av vård och omsorg till 2040.

Drygt varannan kommun, 56 procent, bedömer att offentligt finansierad äldreomsorg inte ens med intensifierat förändringsarbete kommer kunna tillgodose de samlade behoven hos befolkningen i åldern 65 år eller äldre i samma utsträckning som i dag till 2040, se figur 36. Var fjärde kommun, 26 procent, bedömer att befolkningens behov kommer kunna tillgodoses i ungefär samma utsträckning som i dag med intensifierat förändringsarbete. Några av de kommuner som bedömer att befolkningens behov kommer tillgodoses i större eller mycket större utsträckning 2040 än i dag motiverar sitt svar med att utmaningen med befolkningsutvecklingen i den egna kommunen ligger närmare i tiden och kommer att minska till 2040.

Resultaten tyder på att många kommuner inte ens genom intensifierat förändringsarbete kommer kunna behålla dagens omfattning av åtagandet gentemot befolkningen i åldern 65 år eller äldre när behoven ökar. Dessutom har befolkningen höga förväntningar på det offentliga åtagandet i äldreomsorgen till 2040, se figur 36.

Figur 36. Kommunernas bedömning av och befolkningens förväntningar på i vilken omfattning äldreomsorgen tillgodoser behoven hos invånare i åldern 65 år eller äldre 2040 efter intensifierat förändringsarbete.



Flera kommuner sammanfattar de svårigheter som äldreomsorgen står inför som att tillgodose större behov än i dag med mindre personal och ekonomiska resurser. I fritextsvar i enkäten och intervjuerna poängterar många det förebyggande arbetet, eftersom invånarna behöver vara självständiga högre upp i åldrarna än i dag. Många lyfter även fram ökad digitalisering liksom differentiering av personalens arbetsuppgifter i service och personlig omvårdnad som betydelsefullt förändringsarbete, för att kunna använda resurserna effektivare än i dag samt behålla och rekrytera kompetens.

6.4 Personalförsörjningen är grunden

I det här avsnittet redovisar vi enkätsvar från de yngre åldersgrupperna om deras deras sysselsättning i dag och vad de ser sig arbeta med år 2040. Vi redovisar även hur regioner och kommuner bedömer betydelsen av några möjliga förändringar av arbetsmiljön, för att hälso- och sjukvården och äldreomsorg ska kunna behålla och rekrytera personal framöver.

Resultaten visar att hälso- och sjukvården har bättre möjligheter att klara kompetensförsörjningen än äldreomsorgen, som även möter konkurrens om arbetskraften från andra samhällssektorer, såsom staten och näringslivet.

6.4.1 Unga är betydligt positivare till att arbeta i hälso- och sjukvården än äldreomsorgen

I åldersgruppen 39 år eller yngre som besvarat enkäten uppger knappt 5 procent att deras huvudsakliga sysselsättning i dag är att arbeta i äldreomsorgen, vilket är lite fler än de 4,3 procent av arbetskraften ekonomi som i dag arbetar i äldreomsorgen. Drygt 7 procent uppger att deras huvudsakliga sysselsättning i dag är att arbeta i hälso- och sjukvården, vilket är lite mer än i arbetskraften i stort (runt 6,6 procent sysselsatta). Dessutom uppger nästan 5 procent att de studerar till ett yrke inom äldreomsorg eller hälso- och sjukvård. Vi har alltså en överrepresentation av personer med huvudsaklig sysselsättning inom eller kopplat till hälso- och sjukvården eller äldreomsorgen i dag. Resterande 83 procent uppger att de har en annan huvudsaklig sysselsättning i dag.

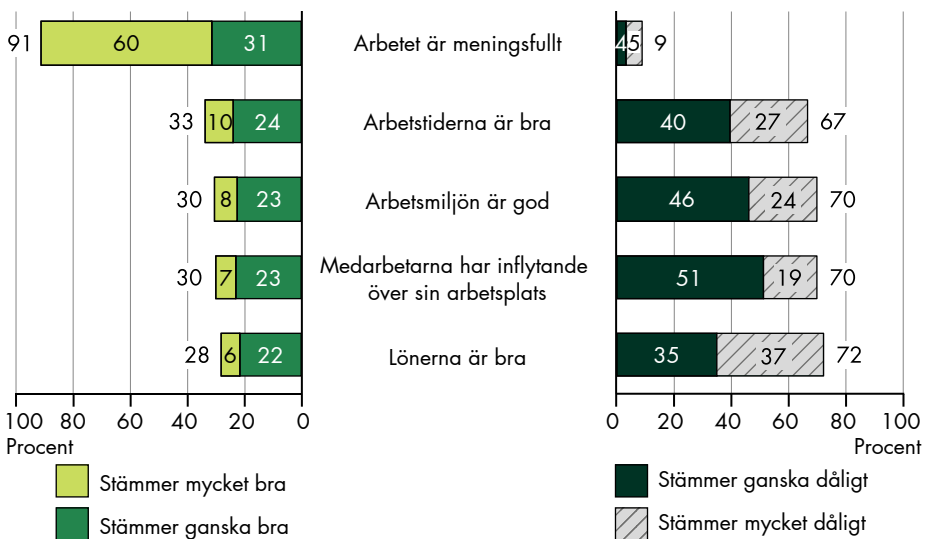
När informanterna blickar framåt för att bedöma sin huvudsakliga sysselsättning 2040 minskar andelen som arbetar i äldreomsorgen till 3 procent, medan andelen som arbetar i hälso- och sjukvården ökar till 15 procent. Andelen som bedömer att de har annan huvudsaklig sysselsättning, eller inte kan bedöma, är 82 procent. Alltså är andelen som bedömer att deras huvudsakliga sysselsättning 2040 är inom hälso- och sjukvården eller äldreomsorgen ungefär densamma som uppger att deras huvudsakliga sysselsättning i dag är att arbeta eller studera till ett yrke inom äldreomsorgen eller hälso- och sjukvården.

Enkätresultaten kan vara ett tecken på omfattningen av personal- och kompetensbrist som äldreomsorgen står inför. Ett liknande mönster har visats i en webbenkät från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Där svarade drygt 45 procent av de unga att de är intresserade av att arbeta inom hälso- och sjukvården och 25 procent att de är intresserade av att arbeta inom äldreomsorgen (SKR 2022c).

Befolkningens uppfattningar om hur det är att arbeta i hälso- och sjukvården eller äldreomsorgen kan delvis förklara äldreomsorgens förväntade kompetensbrist. Men uppfattningarna om hur det är att arbeta i äldreomsorgen är i vissa avseenden lite mer positiva än uppfattningarna om att arbeta i hälso- och sjukvården. Nästa samtliga, 91 procent, av de svarande uppger att påståendet *arbete är meningsfullt* stämmer mycket eller ganska bra för hälso- och sjukvården, se figur 37. Motsvarande andel för äldreomsorgen är 86 procent, se figur 38. Det vanligaste svaret om både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är att påståendet stämmer mycket bra. Även uppfattningarna om påståendet *lönerna är bra* är mer positiva om hälso- och sjukvården. 28 procent uppger att påståendet stämmer mycket eller ganska bra för hälso- och sjukvården, medan motsvarande andel för äldreomsorgen är 20 procent.

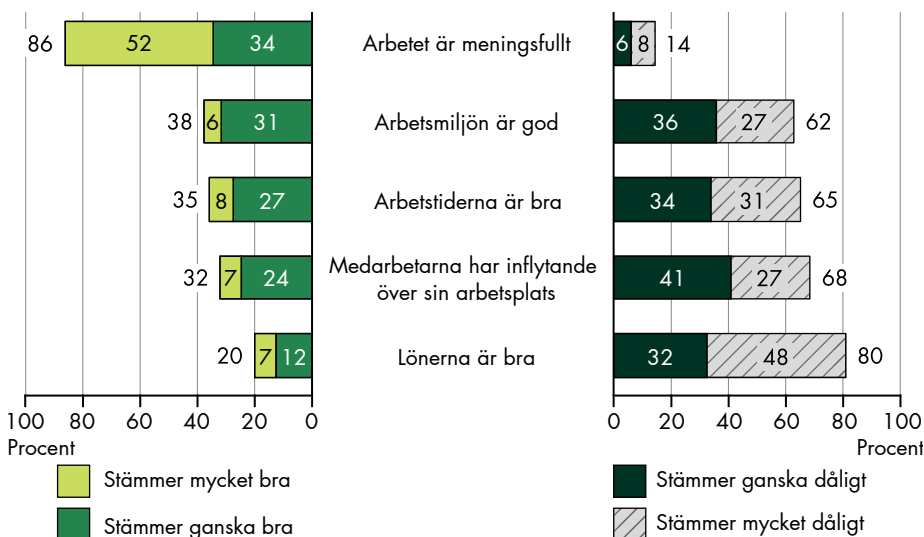
Figur 37 visar att ungefär var tredje, 33 procent, uppger att påståendet *arbets-tiderna är bra* stämmer mycket eller ganska bra om hur det är att arbeta i hälso- och sjukvården. Motsvarande bedömning för påståendena *arbetsmiljön är god* och *medarbetarna har inflytande över arbetsplatsen* är båda 30 procent. Det vanligaste svaret är att dessa tre påståenden är stämmer ganska dåligt.

Figur 37. Uppfattningar om hur det är att arbeta i hälso- och sjukvården i befolkningen som är yngre än 40 år.



Figur 38 visar att mer var tredje, 38 procent, uppfattar att påståendet *arbetsmiljön är god* stämmer mycket eller ganska bra om hur det är att arbeta i äldreomsorgen. Något färre uppger att påståendena *arbetstiderna är bra* och *medarbetarna har inflytande över arbetsplatsen* stämmer mycket eller ganska bra för äldreomsorgen, 35 respektive 32 procent. Dock är det vanligaste svaret är att dessa tre påståenden stämmer ganska dåligt.

Figur 38. Uppfattningar om hur det är att arbeta i äldreomsorgen i befolkningen som är yngre än 40 år.



6.4.2 Arbetsmiljöns har betydelse för att behålla och rekrytera personal

Det offentliga åtagande i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen förutsätter personal och kompetens. För att behålla dagens personalitet behöver var fjärde tillkommande helårsarbete i ekonomin fram till 2040 utföras inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Nationella vårdkompetensrådet, som inrättades av regeringen 2020 och är placerat vid Socialstyrelsen, har utarbetat en plan med insatser för att utveckla, motivera och behålla de medarbetare som redan i dag arbetar inom hälso- och sjukvården samt för att locka tillbaka vårdpersonal som lämnat yrket och för att attrahera nya medarbetare (Nationella vårdkompetensrådet 2024).

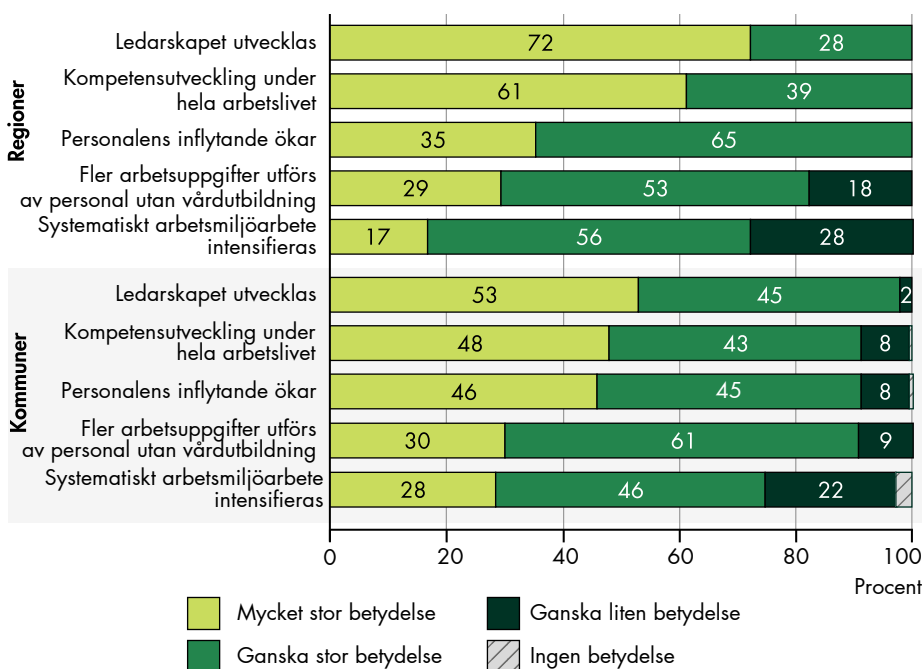
I enkäterna till regioner och kommuner frågade vi hur de bedömer betydelsen av några möjliga förändringar av arbetsmiljön för att hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ska kunna behålla och rekrytera personal, se figur 39.

I princip alla regioner, och mer än 90 procent av kommunerna, bedömer att förändringarna *ledarskapet utvecklas, möjligheterna till kompetensutveckling*

under hela arbetslivet ökar och personalens inflytande över arbetsplatsen ökar har mycket eller ganska stor betydelse för att behålla och rekrytera personal. Det vanligaste svaret om att utveckla ledarskapet och öka möjligheterna till kompetensutveckling är mycket stor betydelse, från både regioner och kommuner. Förändringen att fler arbetsuppgifter utförs av personal utan vårdutbildning bedöms av 91 procent av kommunerna och 82 procent av regionerna ha mycket eller ganska stor betydelse för att kunna behålla och rekrytera personal.

Även att det systematiska arbetsmiljöarbetet intensifieras bedöms ha mycket eller ganska stor betydelse för att använda resurserna effektivare av 75 respektive 72 procent av kommunerna och regionerna. Men ungefär var fjärde kommun och region bedömer att en intensifiering av det systematiska arbetsmiljöarbetet har ganska liten eller ingen betydelse för att behålla och rekrytera personal.

Figur 39. Betydelsen av några möjliga förändringar av arbetsmiljön för att hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ska kunna behålla och rekrytera personal.



Av regionernas fritextsvaren i enkäten och i intervjuerna framgår att arbetsmiljön i hälso- och sjukvården påverkas av att prioriteringar har pressats allt längre ut i organisationen. Dessutom beskriver flera att tydliga prioriteringar, som ger befolkningen realistiska förväntningar på innehållet och omfattningen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården, kan avlasta vårdpersonalen. Nationella vårdkompetensrådet (2024) gör en liknande observation.

Äldreomsorgen måste öka yrkets attraktivitet och göra det möjligt för medarbetarna att orka ett helt arbetsliv

I fritextsvar och intervjuer beskriver många att äldreomsorgen konkurrerar med andra branscher om arbetskraft. En informant säger så här om situationen:

// En stor del av kompetensbristen är sprungen ur att det saknas tid att lägga kvalitet i sitt arbete (i äldreomsorgen). Då byter man för att man tror att det kan bli bättre på andra ställen på arbetsmarknaden.

Dessutom utvecklas äldreomsorgen mot att ge alltmer av komplexa insatser, vilket förutsätter att alltmer kapabla medarbetare. Även de formella kraven på medarbetarnas kompetens ökar, exempelvis måste vissa uppgifter utföras av undersköterskor. Allt sammantaget gör det svårare att hitta medarbetare. I fritextsvar beskriver en kommun hur de som arbetsgivare ”klär på” medarbetare nödvändiga kunskaper och färdigheter genom att ansvara för utbildning i yrket, i svenska språket och för att ta körkort.

I både fritextsvar och intervjuer lyfter kommunerna fram många olika aspekter av arbetsmiljön som kan utvecklas för att höja yrkets attraktivitet och status. Flera nämner lön, kortare arbetsvecka med bibehållen lön, förmåner och friskvård eller möjlighet till återhämtning på arbetstid. Även differentiering lyfts fram som ett sätt att låta undersköterskorna använda sin kompetens mer än i dag.

För att personalen ska orka ett helt arbetsliv, och minska sjukfrånvaron, beskriver flera att det även är viktigt att göra arbetet mindre krävande än i dag. I fritextsvaren nämns ledarskap och närvarande chefer med mindre enheter än i dag, men även att personaltättheten i större utsträckning behöver anpassas efter brukarnas vårdtyngd och att teamarbetet kan utvecklas. Dessutom beskrivs fysiska hjälpmedel för att undvika tunga lyft samt digitala hjälpmedel och kompetensutveckling för att nyttja digitalteknik bättre. Även schema och arbetstid är ett återkommande tema i fritextsvaren. De handlar om både rätten till heltid, men arbetstagarens inflytande över hur den egna arbetstiden fördelas vägs mot brukarnas behov och bestämmelser om dygnsvila. En informant beskriver att bemanningen är i underkant på morgon och kväll, medan det finns viss överkapacitet under dagtid.

I både fritextsvar i enkäten och i intervjuerna framkommer att orealistiska förväntningar från dels anhöriga, dels granskande myndigheter ger upphov till stress hos personalen. En informant säger så här i en intervju:

// Personal kan känna sig utsatta, om känslan är att man inte räcker till kan man också lämna yrket. Det är väldigt viktigt att vi som arbetsgivare klargör vad vi ska göra och definiera det tydligt. Det underlättar för personalen, också i kontakt med anhöriga.

6.5 Resurserna kan användas effektivare

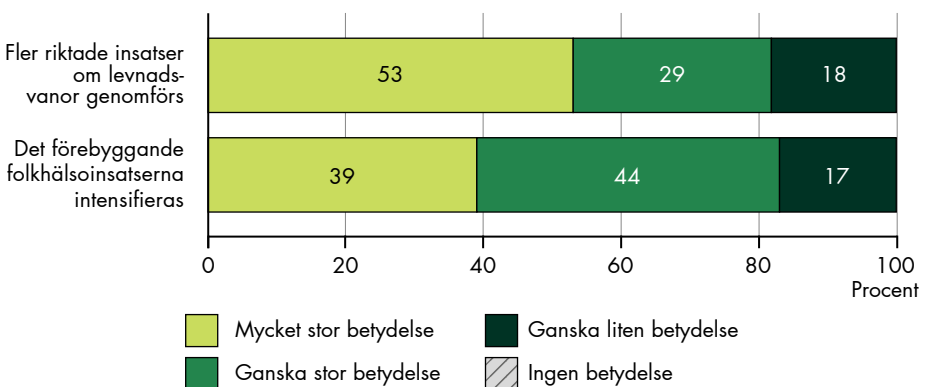
I det här avsnittet redovisar vi enkätresultat och intervjumaterial om hur regioner och kommuner bedömer betydelsen av möjliga förändringar för att använda vårdens och äldreomsorgens resurser effektivare än i dag. Vi redovisar även befolkningens uppfattningar om några av förändringarna.

6.5.1 Förebyggande insatser är nödvändiga för att minska befolkningens behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg

I grunden handlar efterfrågan på vård och äldreomsorg om att individen identifierat ett behov av att förbättra sin hälsa eller livskvalitet. Avgörande för det offentliga åtagandet är förebyggande arbete för att minska befolkningens behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg, genom att förbättra den åldersrelaterade hälsan. Det framgår av både fritextsvaren i enkäterna och i intervjuerna.

I enkäten till regionerna frågade vi om vilken betydelse de bedömer att det skulle ha, för att påverka befolkningens efterfrågan på vård, om *det förebyggande folkhälsoarbetet om levnadsvanor till befolkningen i stort intensifieras* och om *fler insatser om levnadsvanor riktade till grupper i befolkningen med större behov genomförs*. Av figur 40 framgår att de flesta regioner, drygt 80 procent, bedömer att förebyggande insatser till både grupper med större behov och hela befolkningen har ganska eller mycket stor betydelse för att påverka befolkningens efterfrågan på vård. För förändringen att *genomföra fler insatser om levnadsvanor riktade till grupper i befolkningen med större behov* är det vanligaste svaret *mycket stor betydelse*.

Figur 40. Regionernas bedömningar av betydelsen av förändringar för att påverka befolkningens efterfrågan på vård genom förebyggande folkhälsoarbete.



I intervjuer betonar både regioner och kommuner vikten av att arbeta mer med förebyggande och hälsofrämjande insatser för att i förlängningen använda resurserna effektivare än i dag. Kommunerna betonar särskilt, i både fritextsvaren i enkäten

och i intervjuerna, betydelsen av att individerna är självständiga högt upp i åldrarna. Skälet är att äldreomsorgens resurser de närmaste 20 åren kommer vara mycket begränsade i förhållande till den åldrande befolkningens behov, om hälsan i de äldre åldersgrupperna är på samma nivå som i dag.

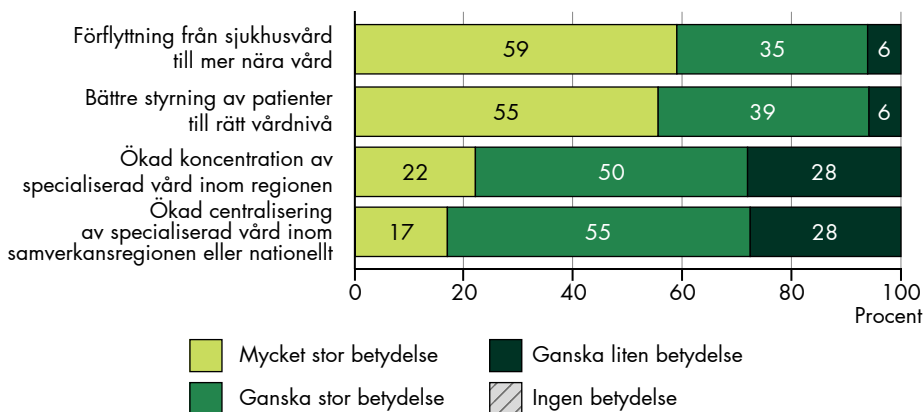
6.5.2 Nivåstrukturering och bättre samordning kan öka effektiviteten

Effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser förutsätter att befolkningens skiftande vårdbehov tillgodoses på rätt vårdnivå och att samordningen mellan olika vårdnivåer och aktörer fungerar optimalt. Samverkansregionerna befinner sig i olika faser i arbetet med regional nivåstrukturering av hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2022a). I enkäten till regionerna frågade vi om några möjliga förändringar, se figur 41.

Drygt 90 procent av regionerna bedömer att förändringarna *bättre styrning av patienter till rätt vårdnivå och förflyttning från sjukhusvård till nära vård där primärvården tar hand om mer av befolkningens vårdbehov* har mycket eller ganska stor betydelse för att resurserna ska kunna användas effektivare. Det vanligaste svaret är *mycket stor betydelse*, se figur 41.

Vad gäller förändringarna *ökad koncentration av specialiserad vård inom regionen* och *ökad centralisering av specialiserad vård inom samverkansregionen eller nationellt* bedömer nästan tre av fyra regioner, 72 procent, att de har mycket eller ganska stor betydelse. Det vanligaste svaret är *ganska stor betydelse*. I fristextsvaren framgår att flera ser en möjlighet att öka effektiviteten genom omfördelningen av vårdutbudet inom samverkansregionerna.

Figur 41. Regionernas bedömningar av betydelsen av några möjliga förändringar genom nivåstrukturering för att vårdens resurser ska kunna användas effektivare än i dag.



Omställningen till nära vård avgörande för både regioner och kommuner

Förflyttning från sjukhusvård till mer nära vård, det vill säga omställningen till nära vård, är den nivåstrukturerings som enligt regionerna har störst betydelse för att kunna använda resurserna effektivare än i dag. Ungefär 90 procent av regionerna bedömer att omställningen har mycket eller ganska stor betydelse, och det vanligaste svaret är *mycket stor betydelse*. I fritextsvar i enkäten till regionerna framgår att omställningens effekter är en förutsättning för att den regionala hälso- och sjukvården ska kunna möta befolkningens vårdbehov i åtminstone samma utsträckning som i dag till 2040.

I intervjuerna betonar både kommuner och regioner att omställningen till mer vård i hemmet kan bli bra för många patienter. I enkäten till kommunerna ställde vi inga frågor om omställningen till nära vård, men av fritextsvaren framgår att många kommuner uppfattar samordning och samverkan med regionen som komplicerad. Flera upplever att regionen ”trycker över ansvar på kommunen”. Några fritextsvar och intervjuer visar att kommuner som uppfattar att samordningen och samverkan med regionen fungerar någorlunda bra har mindre negativa uppfattningar om omställningen till nära vård.

Dessutom uppfattar kommunerna att hemsjukvården möter allt komplexare vårdbehov och att omvårdnadsuppgifter ”osynligt” förflyttas till hemmet från slutenvården. En kommun efterlyser en helhetssyn på vården av dessa patienter, för att inte samhällets totalkostnad ska öka genom omställningen. Andra beskriver att det ensidiga betalningsansvaret för kommunerna i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvården medfört att patienter skrivs ut från slutenvården oavsett om de är i skick för vård i hemmet och att ganska många återinskrivs i slutenvården. I fritextsvar och intervjuer lyfter några kommuner fram att regionen borde vara betalningsansvarig till kommunen vid återinskrivning.

Även Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ser flera brister som försvårar omställningen. Exempelvis finns brister i samverkan mellan huvudmän och tillgång till kompetens samt brist på vårdplatser vid samtliga granskade sjukhus (IVO 2023). Dessutom saknas evidens för att vårdformer i hemmet alltid är kostnadseffektiva, exempelvis exkluderar många studier kostnaderna för de omsorgsinsatser som behövs för att patienten ska kunna vårdas i hemmet (Larsen och Svensson 2021). Även om många patienter är nöjda med vård i hemmet kan omfattningen av anhörigas insatser för vård och omsorg om äldre öka när alltmer vård ges i hemmet. Därför behövs fler studier för att kunna bedöma kostnadseffektiviteten i olika vårdformer för patienter med omfattande vård- och omsorgsbehov. Hedman (2024) analyserar hur äldre och multisjuka patienter, som i andra regioner skulle ha vårdats på vanligt sjukhus, slutenvårdas vid glesbygdssjukstugor.

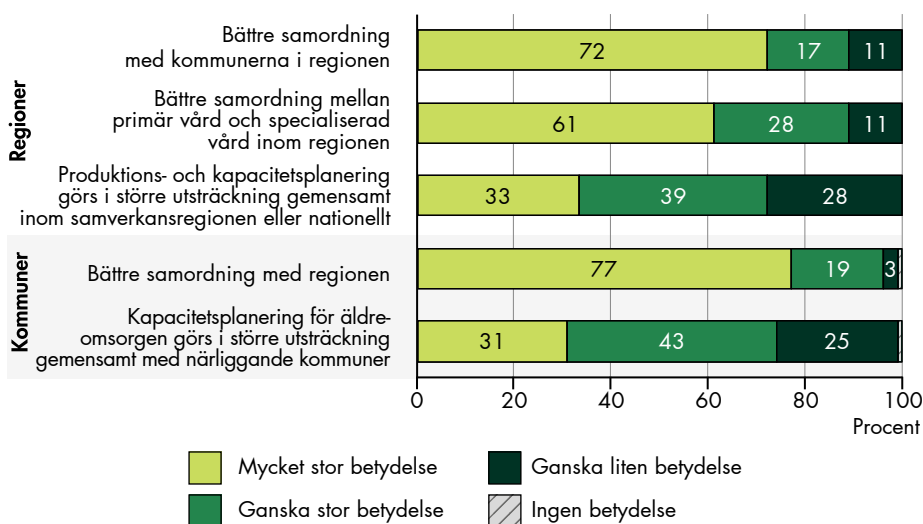
Bättre samordning och samverkan mellan kommuner och regioner har stor effekt

Med begreppet samordning menar vi att koordinera resurser och arbetsinsatser mellan olika vårdnivåer och aktörer. I enkäten till både regioner och kommuner frågade vi om betydelsen av bättre samordning, se figur 42.

Nästan alla kommuner, 96 procent, bedömer att *bättre samordning med regionen i vården av äldre* och 89 procent av regionerna bedömer att *bättre samordning med kommunerna i regionen* har mycket eller ganska stor betydelse för att resurserna ska kunna användas effektivare. Det allra vanligaste svaret är *mycket stor betydelse*. Av fritextsvaren från kommunerna framgår att kommuner och regioner behöver bättre kunskap om och förståelse för varandras processer för att identifiera möjligheter till samordning och undvika förskjutning av ansvar. Många kommuner beskriver att den regionala primärvården alltför ofta är osynlig. Nästan alla regioner, 89 procent, bedömer att *bättre samordning mellan primärvård och specialiserad vård inom den egna regionen* har mycket eller ganska stor betydelse för att resurserna ska kunna användas effektivare. Det vanligaste svaret är mycket stor betydelse.

Av figur 42 framgår även att 74 procent av kommunerna bedömer att förändringen *kapacitetsplanering för äldreomsorgen i större utsträckning görs gemensamt med närliggande kommuner* har mycket eller ganska stor betydelse. Ungefär samma andel, 72 procent, av regionerna bedömer att förändringen *produktions- och kapacitetsplanering görs i större utsträckning gemensamt inom samverkansregionen eller nationellt* har mycket eller ganska stor betydelse. Det vanligaste svaret är *ganska stor betydelse*.

Figur 42. Betydelsen av några möjliga förändringar i samordningen för att vårdens och äldreomsorgens resurser ska kunna användas effektivare än i dag.



I fritextsvaren från kommunerna framgår även att det behövs ökad samordning både mellan och inom kommuner, om exempelvis gemensamma upphandlingar och digitala system. Flera efterlyser ökat samarbete mellan kommunens förvaltningar och med kommunövergripande stödfunktioner, för exempelvis utbildningar och kapacitetsplanering. Dock konstaterar flera att samverkan mellan kommuner begränsas av dataskyddsförordningen och andra bestämmelser för exempelvis it-säkerhet. Sammanslagning av kommuner lyfts fram som en möjlighet att använda resurserna effektivare.

Utöver det lyfter kommunerna fram behovet av integrering och samverkan med civilsamhället och frivilligorganisationer. Dessutom behöver samverkan med leverantörer för exempelvis matinköp och matdistribution utvecklas.

6.5.3 Digitaliseringen bedöms ha stor potential

Digitalisering beskrivs ofta som en nyckel för att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet, framför allt inom äldreomsorgen. Även i hälso- och sjukvården behövs digitalisering för att resurserna ska kunna användas effektivare. Men i både fritextsvaren och intervjuerna betonar flera att det är viktigt att ha realistiska förväntningar på digitaliseringen, och att det finns många hinder i införandet.

Digitalisering i äldreomsorgen kan öka kvaliteten

I enkäten till kommunerna frågade vi om vilken betydelse olika förändringar genom digitalisering kan ha för att använda resurserna i äldreomsorgen effektivare än i dag. I enkäten till befolkningen, 65 år eller äldre, frågade vi om deras uppfattningar om samma förändringar.

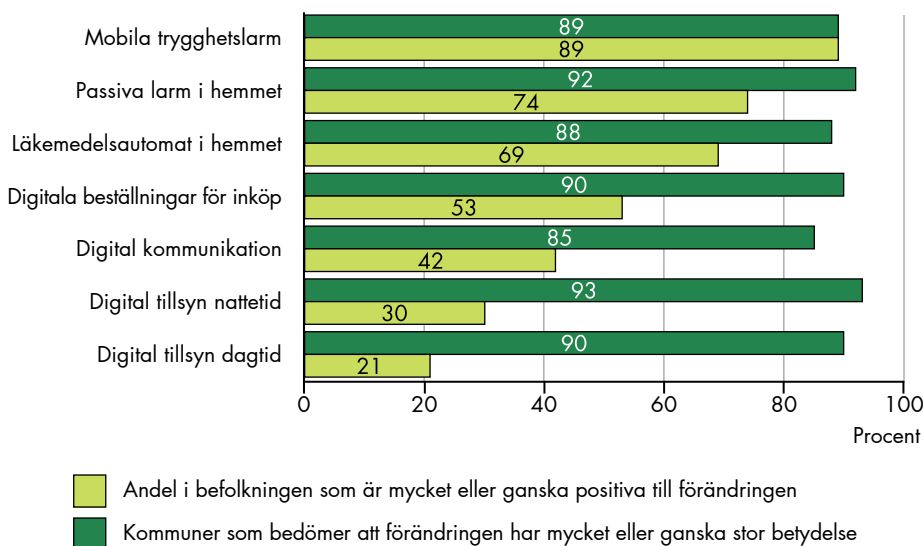
En övervägande majoritet av kommunerna, 85–93 procent, bedömer att de förändringar genom digitalisering vi frågade om har mycket stor eller ganska stor betydelse för att resurserna ska kunna användas effektivare, se figur 43. Det vanligaste svaret är genomgående mycket stor betydelse, vilket kan tolkas som att många förändringar för ökad digitalisering behöver göras. I flera fall uppger några kommuner att de redan genomfört förändringen och därför bedömer att den har liten betydelse i ett intensifierat förändringsarbete.

De förändringar genom digitalisering som flest i befolkningen i åldern 65 år eller äldre uppfattar som mycket eller ganska positiva är att *fler brukare får mobila trygghetslarm*, 89 procent, att *fler brukare får passiva larm/sensor i hemmet*, 74 procent, och att *fler brukare använder läkemedelsautomat i hemmet*, 69 procent. Att just dessa förändringar ses som mest positiva av befolkningen kan vara ett uttryck för att de flesta vill leva ett självständigt liv så länge som möjligt.

Dock har befolkningen 65 år eller äldre blandade uppfattningar om de övriga förändringar genom digitalisering som vi frågade om. Bara var femte, 21 procent, är mycket eller ganska positiv till förändringen *tillsyn på dagtid sker i ökad*

utsträckning digitalt. Något fler, 30 procent, är mycket eller ganska positiv till förändringen *tillsyn nattetid sker i ökad utsträckning digitalt*. Förändringen *kommunikation mellan brukare och personal eller närstående sker i större utsträckning digitalt* uppfattas mycket eller ganska positivt av mindre än varannan, 42 procent. Ungefär varannan, 53 procent, uppfattar förändringen att *beställning av exempelvis mat skickas i ökad utsträckning digitalt* som ganska eller mycket positiv. Det finns alltså en skillnad mellan vad kommunerna bedömer ha stor betydelse för att använda resurserna effektivare och vad befolkningen ser som positiva förändringar av verksamheterna.

Figur 43. Befolkningens uppfattning och kommunernas bedömning av några möjliga förändringar genom digitalisering i äldreomsorgen.

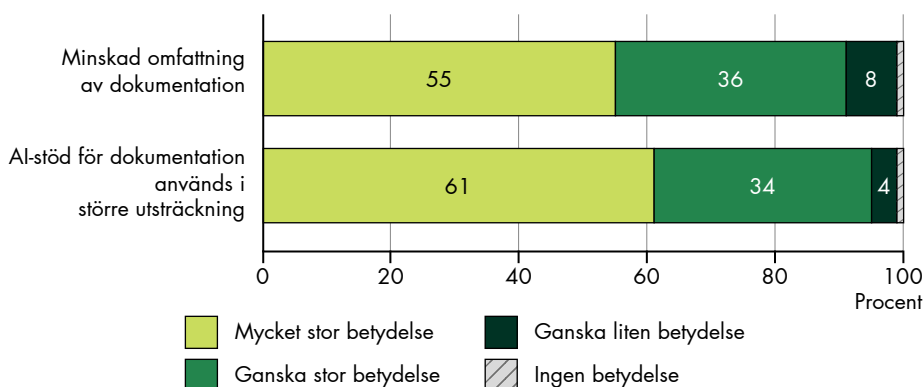


Vi har tidigare konstaterat att äldre personer har en relativt positiv bild av teknikens effekter, men även farhågor om att tekniken ska leda till ökad ensamhet (Vård- och omsorgsanalys 2023c). I fritextsvaren i enkäten och i intervjuerna poängterar många kommuner att digitalisering behöver ersätta befintliga arbetssätt eftersom det saknas personal, men de ser att ökad digitalisering riskerar att i stället ge högre kvalitet. Flera kommuner uppfattar att det finns en övertro på att digitalisering ska ersätta personal. Personalen i äldreomsorgen är positiv till digital teknik, men hittills har tekniken inte inneburit några större fördelar för dem (Vård- och omsorgsanalys 2023c).

I enkäten till kommunerna frågade vi om betydelsen av AI-stöd (AI står för artificiell intelligens) i dokumentation. Bortfallet är relativt stort, vilket kan tyda på att bedömningen är svår. Av de som svarat bedömer 95 procent att det kan ha

mycket stor eller ganska stor betydelse och det allra vanligaste svaret är *mycket stor betydelse*. I fritextsvaren understryker de flesta kommuner att dokumentation och administration skulle bli effektivare om exempelvis journalsystem och andra verksamhetssystem var gemensamma med regionen. Flera uppfattar ökande krav på dokumentation som mycket tidskrävande, exempelvis nämns omfattande dubbeldokumentation i olika system. Drygt 90 procent av kommunerna bedömer att *minskad omfattning av dokumentation* har mycket eller ganska stor betydelse för att använda resurserna effektivare än i dag, vilket framgår av figur 44.

Figur 44. Kommunernas bedömning av betydelsen av förändringar som handlar om att dokumentation i verksamheter används i större utsträckning.



I en intervju sammanfattar en informant trenden mot ökad dokumentation i äldreomsorgen så här:

// Vi journalför på ett annat sätt och vi använder flera olika system, som vi inte gjorde tidigare. Det kanske har blivit bättre. Men när vi analyserar hur vi använder vår personaltid så ser vi att dokumentationen tar väldigt mycket tid. Har vi nått den nivån där vi kanske dokumenterar för mycket i olika delar och system för forskning och framtid, så att vi inte har tid att göra det vi behöver göra i dag?

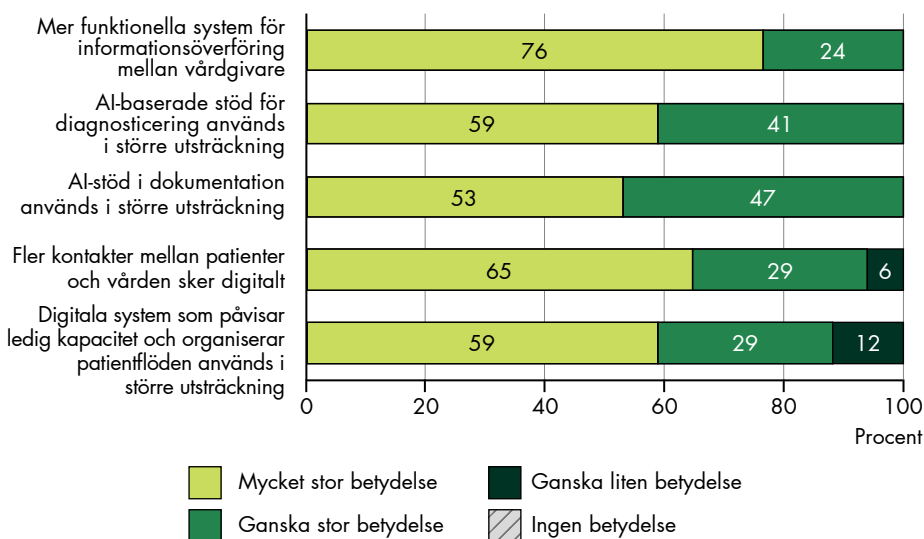
I andra fritextsvar framkom dock att det inte nödvändigtvis behöver bli mindre dokumentation, men att det behöver bli enklare att dokumentera. Till exempel kan det leda till bättre kopplingar mellan system, enklare handhavande, som att tala i stället för att skriva, liksom bättre möjligheter till översättning från andra språk till svenska.

Vidare lyfts behovet av infrastruktur som nätverksuppkoppling och säker drift, framför allt av landsbygdskommuner. Dessutom krävs resurser för både inköp av och utbildning i digital teknik för både personal och äldre. Därför efterlyser flera kommuner mer nationellt stöd och samordning, både ekonomiskt och praktiskt.

Digitaliseringen förväntas effektivisera hälso- och sjukvården

Även i enkäten till regionerna frågade vi om några möjliga förändringar genom digitalisering för att använda resurserna effektivare, se figur 45. Nästan alla regioner bedömer att förändringar genom digitalisering har mycket eller ganska stor betydelse och det vanligaste svaret är *mycket stor betydelse*. Samtliga regioner bedömer att förändringarna *mer funktionella system för informationsöverföring mellan vårdgivare används, AI-baserade stöd för diagnosticering används i större utsträckning* och *AI-stöd i dokumentation, exempelvis journalföring, används i större utsträckning* har mycket eller ganska stor betydelse. Nästan lika många regioner bedömer att förändringen *fler kontakter mellan patienter och vården sker digitalt* har mycket eller ganska stor betydelse.

Figur 45. Regionernas bedömningar av betydelsen av några möjliga förändringar genom digitalisering i hälso- och sjukvården.



Befolkningen är dock inte lika positiva till att *fler kontakter mellan patienter och vården sker digitalt* som regionerna. Ungefär varannan, 54 procent, i befolkningen uppfattar förändringen som mycket eller ganska positiv och det vanligaste svaret är *ganska positivt*, 40 procent. Drygt 15 procent uppfattar förändringen som mycket negativ.

6.5.4 Ökad personcentrering kan ge effekt genom mer egenvård

Personcentrering kan, men behöver inte vara, ett verktyg för använda vårdens resurser effektivare. Därför frågade vi regionerna vilken betydelse ökad personcentrering har för att resurserna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna användas effektivare 2040 än i dag. Närmare 90 procent av regionerna bedömer att personcentrering har mycket eller ganska stor betydelse, men det vanligaste svaret är *ganska stor betydelse*. Av fritextsvaren framgår att begreppet personcentrering är komplext, om syftet är att vården ska fungera bra för patienten ökar inte nödvändigtvis resurseffektiviteten ur hälso- och sjukvårdens perspektiv. De regioner som bedömer att personcentrering kan ha mycket stor betydelse för att använda vårdens resurser effektivare motiverar sitt svar med att personcentrering ger förutsättningar för patienter och anhöriga att vara medskapare, att bättre resultat kan uppnås och att förekomsten av lågvärdevård, det vill säga vårdåtgärder med ringa patientnytta, kan minska.

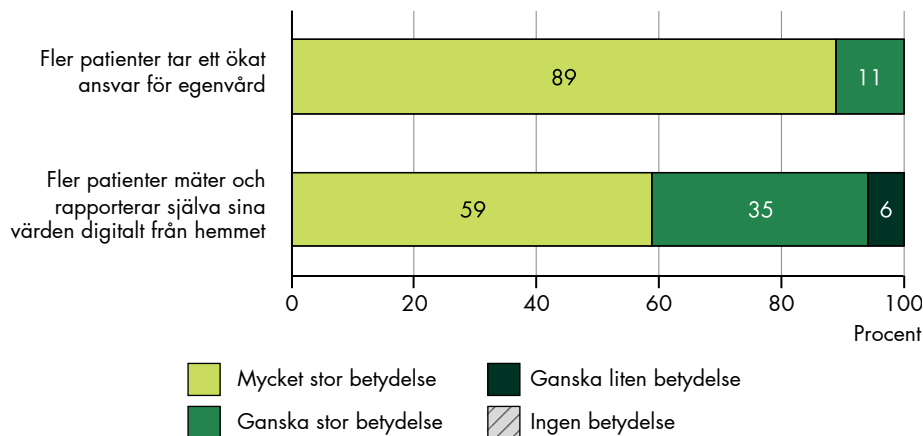
Regionerna anser att mer egenvård har mycket stor betydelse

Lagen (2022:1250) om egenvård trädde i kraft 1 januari 2023. I lagen definieras egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan.

Samtliga regioner bedömer att förändringen *fler patienter, eller anhöriga, tar ett ökat ansvar för egenvård* har mycket eller ganska stor betydelse, se figur 46. Det vanligaste svaret, 89 procent, är *mycket stor betydelse*. Även förändringen *fler patienter mäter och rapporterar själva sina värden digitalt från hemmet* bedöms av 94 procent av regionerna ha mycket eller ganska stor betydelse och det vanligaste svaret är *mycket stor betydelse*.

Relativt många i befolkningen, 74 procent, uppfattar förändringen *patienten eller anhöriga tar ett ökat ansvar för egenvård och att själv mäta och rapportera sina värden digitalt från hemmet* som ganska eller mycket positiv. Det vanligaste svaret är *ganska positivt* och uppges av nästan varannan, 48 procent. Ungefär var fjärde uppfattar förändringen som negativ, varav var tionde i befolkningen uppfattar förändringen som mycket negativ.

Figur 46. Regionernas bedömningar av betydelsen av några möjliga förändringar genom egenvård.

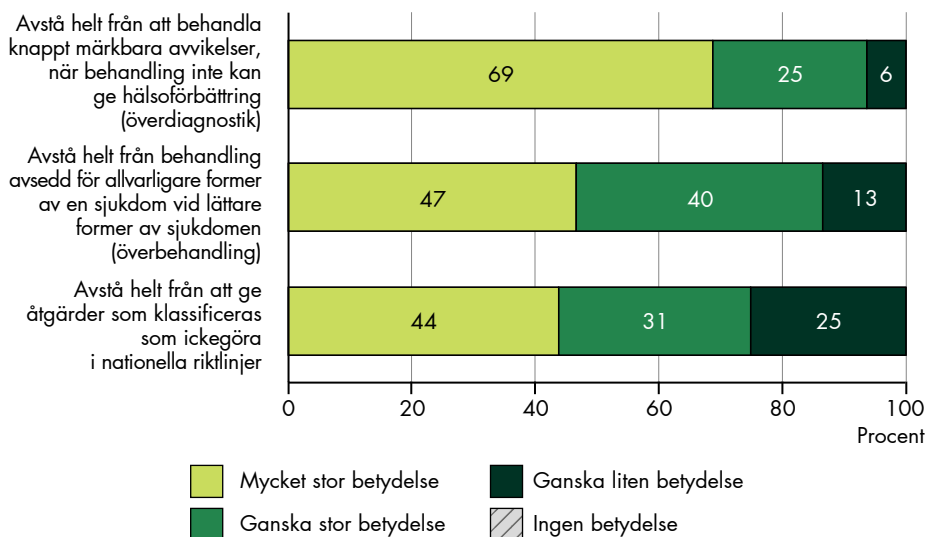


Mindre förekomst av vårdåtgärder utan patientnytta

Det är inte alltid effektivt att påvisa knappt märkbara avvikelser och sätta in förebyggande behandling för att förebygga sjukdom (SBU 2019). Vårdåtgärder utan effekt, eller med dålig balans mellan risk och nytta för patienten, brukar benämnas lågvärdevård (Ingvarsson 2023). I Socialstyrelsens nationella riktlinjer finns utpekade åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra som exempelvis artroskopi i knä vid artros (Socialstyrelsen 2023b).

Nästan alla regioner, 94 procent, bedömer att *avstå helt från att behandla knappt märkbara avvikelser, när behandling inte kan ge hälsoförbättring (överdiagnostik)* har mycket eller ganska stor betydelse, se figur 47. Det vanligaste svaret är *mycket stor betydelse*. Nästan lika många, 87 procent, bedömer *avstå helt från behandling avsedd för allvarligare former av en sjukdom vid lättare former av sjukdomen (överbehandling)* har mycket eller ganska stor betydelse. Spridningen är något större i regionernas bedömningar av betydelsen av att *avstå helt från att ge åtgärder som klassificeras som icke-göra i nationella riktlinjer*, vilket kan bero på att regionerna kommit olika långt i att utmönstra dessa åtgärder.

Figur 47. Regionernas bedömningar av betydelsen av några möjliga förändringar för att minska förekomsten av lågvärdevård.



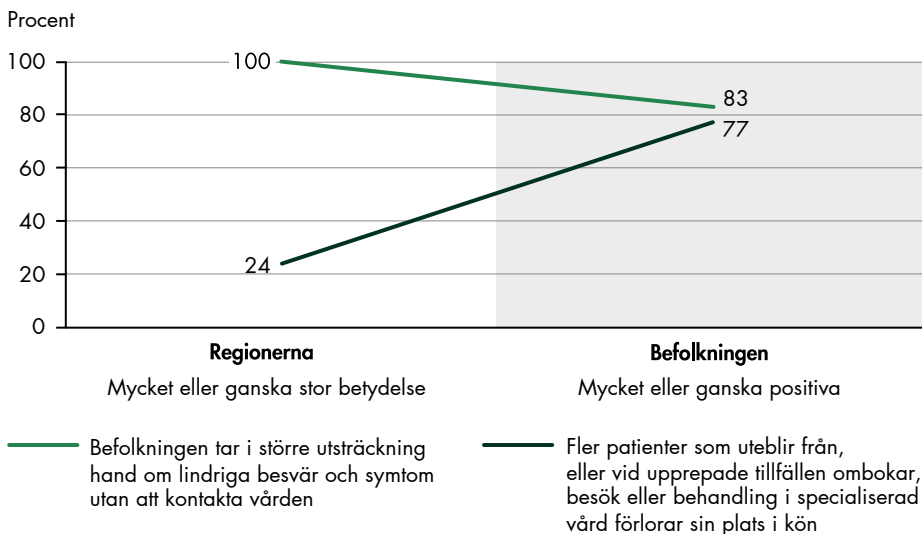
6.5.5 Förändrat sökbeteende kan minska efterfrågan på vård

Befolkningens beteende för att söka vård påverkas även av värderingar, attityder och förväntningar. Sökbeteenden kan förändras parallellt med andra utvecklingar i samhället. I dag är hälsa mer än frånvaro av sjukdom och befolkningen har allt högre förväntningar på vilka tillstånd hälso- och sjukvården ska ta om hand (Region Stockholm 2022, SKL 2005). I enkätundersökningen frågade vi befolkningen om deras uppfattningar om betydelsen av förändringar i befolkningens sökbeteende, och regionerna om deras bedömningar av dessa förändringar, se figur 48.

Samtliga regioner bedömer att det har mycket eller ganska stor betydelse att *befolkningen i större utsträckning tar hand om lindriga besvär och åkommor utan att kontakta vården*. Det vanligaste svaret är mycket stor betydelse. Även 83 procent i befolkningen uppfattar denna förändring som ganska eller mycket positiv.

Mönstret är det omvända för förändringen att *fler patienter som uteblir från, eller vid upprepade tillfällen ombokar, besök eller behandling i specialiserad vård förlorar sin plats i kön*. En övervägande majoritet i befolkningen, 77 procent, uppfattar förändringen som mycket eller ganska positivt. Men regionernas bedömningar är mer spridda. Runt 20 procent av regionerna bedömer att denna förändring har mycket eller ganska stor betydelse, men de flesta regioner bedömer att den har ganska liten eller ingen betydelse för att vårdens resurser ska kunna användas effektivare än i dag.

Figur 48. Betydelsen av några möjliga förändringar av befolkningens sökbeteende för att världens resurser ska kunna användas effektivare än i dag.



6.6 Kommuner och regioner ser olika på svårigheter med att möta befolkningens förväntningar

I det här avsnittet redovisar vi enkätresultat ur befolkningens, regionernas och kommunernas perspektiv samt intervjumaterial om möjliga utbudsförändringar i det offentliga åtagandet och behov av prioriteringar i det offentliga åtagandet.

6.6.1 Regionerna har svårt att möta befolkningens förväntningar på ambitionshöjningar

I fritextsvaren och intervjuerna förmedlar regionerna bilden av att befolkningens förväntningar på hälso- och sjukvården präglas av att den snabba medicinska och medicintekniska utvecklingen hittills har integrerats i det offentliga åtagandet löpande. Nu växer utmaningarna med att finansiera fortsatt integrering av de medicinska framstegen i det offentliga åtagandet. Sett ur regionernas perspektiv ökar alltså svårigheterna med att möta befolkningens högt ställda förväntningar. En region ser att det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården kan behöva förändras från att som i dag ge bästa möjliga vård till att ge tillräckligt bra vård. I fritextsvar i enkäten framkommer även att tydliga prioriteringar, som ger befolkningen förväntningar på innehåll och omfattning av det offentliga åtagandet som kan mötas med tillgängliga resurser, kan avlasta vårdpersonal som dagligen möter högre förväntningar från patienter och anhöriga. Dessutom formas befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården av förväntningarna på uppfattningar om och bedömningar av hälso- och sjukvården (Vård- och omsorgsanalys 2018a).

6.6.2 Kommunerna kan inte infria befolkningens förväntningar på äldreomsorgen

Det blir sannolikt svårt att infria befolkningens förväntningar på äldreomsorgen. Kommunerna står inför växande obalanser mellan åtaganden och kapacitet att klara verksamheten, dessutom ökar skillnaderna i förutsättningar mellan olika kommuner (SOU 2020:8). Men stora delar av befolkningen förväntar sig att äldreomsorgen framöver ska tillgodose den äldre befolkningens behov i åtminstone ungefär samma utsträckning som i dag. Den ökade belastningen på äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården, genom att kommunerna tar ansvar för fler patienter med omfattande behov av vård och omsorg, medför att exempelvis serviceinsatser och mindre vårdbehov kan komma att trängas undan från kommunernas åtagande.

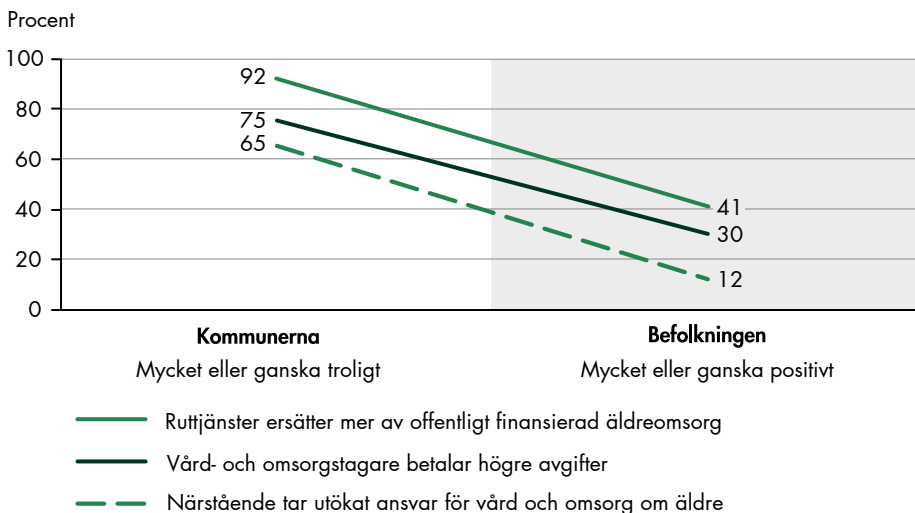
Av fritextsvaren i enkäten framkommer att kommunerna inte ser att det offentliga kan möta de växande behoven hos befolkningen utan att utveckla samarbetet med civilsamhället, näringslivet och anhöriga. Nästan alla kommuner, 92 procent, bedömer att det är mycket eller ganska troligt att ruttjänster kommer ersätta servicetjänster i offentligt finansierad äldreomsorg i större utsträckning än i dag. Det allra vanligaste svaret är *mycket troligt*. Några kommuner kommenterar att det alltid kommer finnas äldre som inte har ekonomiska möjligheter att använda ruttjänster. Ungefär 41 procent i befolkningen uppfattar mer ruttjänster som mycket eller ganska positivt, medan 29 procent är mycket eller ganska positiva till att vård- och omsorgstagare betalar högre avgifter i offentligt finansierad äldreomsorg, se figur 49.

Ungefär 65 procent av kommunerna bedömer att det är mycket eller ganska troligt att förändringen *närstående tar ett utökat ansvar för vård och omsorg* om äldre behöver göras till 2040. Från några kommuner, som svarar *inte särskilt troligt* eller *inte alls troligt*, framgår i kommentarer att anhöriga redan i dag tar ett stort ansvar och att ännu mer ansvar inte kan läggas på anhöriga. Av fritextsvaren i enkäten framgår även att flera kommuner uppfattar att de alltmer individualistiska värderingarna i samhället minskar befolkningens vilja att som anhörig ta hand om egna närstående. En kommun skriver så här om de anhörigas inställning:

// Kommunerna har hittills "räddats" av välvilliga anhöriga, vilka framöver sannolikt blir allt färre.

I befolkningen, 65 år eller äldre, uppfattar 12 procent ett utökat ansvar från närstående för vård och omsorg om äldre som mycket eller ganska positivt. Drygt varannan, 53 procent, uppfattar förändringen som mycket negativ.

Figur 49. Kommunernas bedömning av hur troligt det är att förändringar behöver göras och befolkningens uppfattningar om förändringar inom det offentliga åtagandet i äldreomsorgen.



Det är politiskt svårt att prioritera bort insatser, eller hela verksamheter, inom det offentliga åtagandet (Garpenby och Nedlund 2016, Vård- och omsorgsanalys 2020b, Anell 2020). I längden kan dock förtroende för politiker stärkas genom att tala öppet om de prioriteringar som behöver göras när resurserna är begränsade i förhållande till behoven (Dagens medicin 2024). Nu står kommunerna inför politiskt svåra beslut om prioriteringar inom det offentliga åtagandet i äldreomsorgen. En informant sammanfattar läget så här:

// Det är dags att förbereda befolkningen på verklighetsanpassade ambitioner och löften för att på sikt minska missnöjdhet och politikerförakt.

7 Analys av strategiskt förändringsarbete och hur det kan påverka det offentliga åtagandet

I det här kapitlet analyserar vi, utifrån ett ramverk med ett hälsoekonomiskt resonemang, om, och hur, olika former av strategiskt förändringsarbete kan bidra till att använda resurserna effektivare än idag. Med strategiskt förändringsarbete menar vi olika former av breda förändringsarbeten inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, som reformer, satsningar eller initiativ. Kapitlet erbjuder därigenom en analys av hur den här typen av förändringar, som vi också frågade om i enkäterna till regioner och kommuner som presenterades i kapitel 6, kan påverka omfattningen av det offentliga åtagandet framöver. Tillsammans med övriga delar av rapporten är syftet att bidra med ett kunskapsunderlag som kan ligga till grund för fortsatta diskussioner om det offentliga åtagandets omfattning och utveckling i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

7.1 En ramverksanalys av strategiskt förändringsarbete

I det här avsnittet utvecklar vi ett ramverk, med ett hälsoekonomiskt resonemang, för att analysera om ett antal breda strategier kan förväntas bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar, och på så vis också bidra till att stärka det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen. Genom ramverket identifierar vi även andra effekter på det offentliga åtagandet.

Vi avgränsar oss till förändringsarbete inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen och insatser som hälso- och sjukvården och äldreomsorgen i sig själv kan påverka. Insatser som antingen kan bidra till att öka tillväxten i samhällsekonomin eller leda till ett ökat arbetsutbud, och därmed ha stor betydelse för möjligheten att behålla omfattningen av det offentliga åtagandet, ligger därmed utanför vår analys.

7.1.1 Vi fokuserar på hur de ekonomiska resurserna inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan användas effektivare

Våra framskrivningar av det offentliga åtagandet, liksom regionernas och kommunernas bedömning av utvecklingen i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen vittnar om stora utmaningar fram till 2040. Finansiellt finns den största utmaningen inom äldreomsorgen, där den kommunala hälso- och sjukvården för befolkningen i åldern 65 år eller äldre ingår. Och om ambitionshöjningen i hälso- och sjukvården, som getts av introduktionen av nya mer kostsamma medicinska och tekniska landvinningar, ska fortsätta i samma takt som under de senaste 20 åren har även hälso- och sjukvården betydande finanseringsutmaningar.

Dessutom visar våra framskrivningar att dagens personaltätthet kommer vara utmanande att upprätthålla. Vi fokuserar dock på hur de samlade ekonomiska resurserna, oavsett framtida personaltätthet, kan användas effektivare än i dag. Resurserna som frigörs via effektiviseringarna kan i sin tur användas till förbättrade villkor och arbetsmiljö för personalen inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. På så vis går förutsättningarna för att stärka de ekonomiska resurserna och personal- och kompetensförsörjningen hand i hand.

7.1.2 Vi har identifierat sju breda strategier

Hälso- och sjukvården och äldreomsorgen befinner sig i ständig utveckling. I vår enkätundersökning bekräftade regionerna och kommunerna att flera olika strategier behöver användas parallellt för att kunna behålla omfattningen av det offentliga åtagandet. Kommunerna uttryckte dessutom tydligt att det, trots effektiviseringar kommer bli svårt att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet i äldreomsorgen till 2040.

Utifrån en bred genomgång av aktuella strategier och pågående förändringar av styrning, organisering och arbetssätt inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen har vi identifierat strategier baserat på följande urvalskriterier:

- **Påverkbar.** Strategierna tar fasta på åtgärder som aktörerna inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan styra över, det vill säga politisk, administrativ och professionell styrning på statlig, regional och kommunal nivå i frågor om hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Åtgärder för att påverka folkhälsan via allmän skattepolitik eller folkhälsopolitiska åtgärder, exempelvis sockerskatt eller försäljningsmonopol på alkohol, exkluderas därmed. Vi exkluderar även strategier med fokus på tillväxten i samhällsekonomi, som åtgärder för ett ökat generellt arbetsutbud.
- **Tematisk.** Strategierna är breda områden som representerar olika logik för att påverka efterfrågan och utbud i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

De sju breda strategier som vi analyserar är:

1. Balanserad och tjänsteanpassad styrning för övergripande effektivitet
2. Struktur- och organisationsreformer med fokus på integrations- och skalfördelar för ökad allokativ effektivitet
3. Minskat behov av vård och äldreomsorg i befolkningen genom förebyggande åtgärder
4. Utvecklad organisering och förändrade arbetssätt genom digitalisering för ökad produktivitet
5. Välgrundade prioriteringar för ökad allokativ effektivitet
6. Utvecklad kompetensmix för ökad allokativ effektivitet
7. Personcentrering med fokus på egenvård för effektivare sökbeteende.

Vårt urval och vår analys är varken en heltäckande genomgång av alla tänkbara strategier eller en fullständig genomlysning av varje strategi. Trots det är vår förhoppning att det samlade ramverket ska bidra till en diskussion om vilka effekter olika strategier kan förväntas ha på det offentliga åtagandet.

7.1.3 Ett ramverk för att analysera hur strategiskt förändringsarbete kan påverka det offentliga åtagandet

Vi har tagit fram ett ramverk för att analysera om, och hur, strategiskt förändringsarbete påverkar det offentliga åtagandet. Analysen tar utgångspunkt i att hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, utifrån behovsprincipen, ska bidra till största möjliga produktion av hälsa, livs- och tjänstekvalitet med de resurser som står till buds.

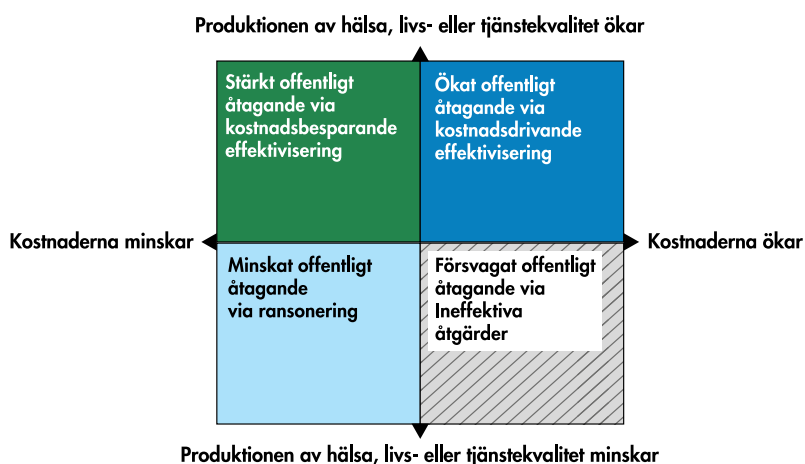
I princip påverkar allt förändringsarbete inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen hur mycket hälsa samt livs- och tjänstekvalitet som produceras i relation till kostnaderna för detsamma. Det handlar alltså inte enbart om *omfattningen* på det offentliga åtagandet, det vill säga de samlade resurserna som står till buds, utan även om förändringar som påverkar hälsoproduktion och välbefinnande, eller tjänstekvalitet, i form av exempelvis kortare väntetider eller förbättrad samordning.

Figur 50 illustrerar ramverket. Det består av fyra möjliga utfall av hur strategiskt förändringsarbete påverkar det offentliga åtagandet:

- Kostnadsbesparande effektivisering är att åtminstone behålla dagens produktion av hälsa samt livs- och tjänstekvalitet till lägre kostnader, vilket innebär ett stärkt offentligt åtagande (grönt fält).
- Kostnadsdrivande effektivisering är ökad produktion av hälsa samt livs- och tjänstekvalitet till ökade kostnader, vilket innebär ett utökat offentligt åtagande (blått fält).

- Minskat utbud, eller ransonering, är lägre produktion av hälsa, livs- och tjänstekvalitet till lägre kostnader, vilket innebär ett minskat offentligt åtagande (ljusblått fält).
- Ineffektivt utfall är minskad produktion av hälsa, livs- och tjänstekvalitet till ökade kostnader, vilket innebär ett försvagat offentligt åtagande (grått fält).

Figur 50. Ett ramverk över vilken effekt olika strategier kan ha på det offentliga åtagandet.



I kommande avsnitt (7.1.4–7.1.6) fördjupar vi beskrivningen av de fyra delarna i ramverket. En strategi kan bidra till kostnadsbesparande effektivisering på något eller några av följande sätt: förbättrad åldersrelaterad hälsa, effektivare sökbeteende, ökad produktivitet och ökad allokativ effektivitet.

Därefter, i avsnitt 7.2–7.8, analyserar vi de sju strategierna och gör en summerande bedömning av ifall respektive strategi kan bidra till kostnadsbesparande effektivisering och av andra tänkbara effekter som strategierna kan ha på det offentliga åtagandet. I bedömningen markeras den huvudsakliga kostnadsbesparande effektiviseringen med grön färg. Om strategin kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar på mer än ett sätt, markeras övriga med ljusgrön färg. Effekter som avser kostnadsdrivande effektivisering eller minskat offentligt åtagande genom ransonering markeras med blå respektive ljusblå färg.

I avsnitt 7.9 summerar vi bedömningarna för samtliga strategier i en gemensam matris, i likhet med figur 51.

Figur 51. En matris för en samlad bedömning av strategiernas effekter på det offentliga åtagandet.

Strategi	Stärkt offentligt åtagande via kostnadsbesparande effektivisering				Utökat offentligt åtagande via kostnadsdrivande effektivisering	Minskat offentligt åtagande via ransonering
	Förbättrad åldersrelaterad hälsa	Effektivare sökbeteende	Ökad produktivitet	Ökad allokativ effektivitet		
1 Balanserad och tjänsteanpassad styrning för övergripande effektivitet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 Struktur- och organisationsreformer med fokus på integrations- och skalfördelar för ökad allokativ effektivitet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 Minskat behov av vård och äldreomsorg i befolkningen genom att förebygga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 Utvecklad organisering och förändrade arbetssätt genom digitalisering för ökad produktivitet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 Välgrundad prioritering för ökad allokativ effektivitet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 Utvecklad kompetensmix för ökad allokativ effektivitet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7 Personcentrering med fokus på egenvård för effektivare sökbeteende	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Efterfrågesidan		Utbudssidan		Efterfråge- och/ eller utbudssida	

7.1.4 Kostnadsbesparande effektivisering stärker det offentliga åtagandet

Strategierna kan bidra till kostnadsbesparande effektivisering antingen från dem som efterfrågar tjänsterna (efterfrågesida) eller dem som erbjuder tjänsterna (utbudssida). Kostnadsbesparande effektiviseringar kan till exempel komma från att befolkningen får bättre hälsa eller söker vård på ett effektivare sätt. Hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan å sin sida öka produktiviteten, det vill säga göra saker rätt, eller öka den allokativa effektiviteten, det vill säga göra rätt saker.

Minskat behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg genom bättre hälsa

Åtgärder som förbättrar hälsan, framför allt bland äldre kan minska det samlade behovet hälso- och sjukvård och äldreomsorg i befolkningen framöver, särskilt om det leder till en period av sammanhållen sjuklighet bland de äldre. Då stiger kostnaderna för att möta behoven från en åldrade befolkning mindre än förväntat. Om kostnaderna för till exempel förebyggande åtgärder är lägre än de besparingar som hälsovinster ger upphov till, kan det ge kostnadsbesparande effektiviseringar.

Åtgärder som bidrar till effektivare vårdsockarbete hos befolkningen

Befolkningens efterfrågan på vård kan även minska via åtgärder som förmår patienter att exempelvis ta ett större ansvar för sin egen vård. Det kan också handla om åtgärder som främjar effektivare *triagering* av vårdbehov, det vill säga att patienterna prioriteras efter tillståndets svårigheter grad och tas om hand på rätt vårdnivå.

Kostnadsbesparande effektiviseringar kan också uppnås om befolkningen vänder sig till den mest effektiva vårdnivån eller själva tar hand om lindriga besvär.

Ökad produktivitet ger lägre kostnader genom att göra saker rätt

Ökad produktivitet är att göra saker rätt, det vill säga att inom ett visst område uppnå en given förbättring av hälsa eller livs- och tjänstekvalitet till lägre kostnader. Exempelvis har ny teknik i form av titthålskirurgi dramatiskt förändrat hur olika operationer utförs. Jämfört med traditionell öppen kirurgi innebär titthålskirurgi ofta väsentligt mindre ingrepp, som medför kortare konvalescens och mindre behov av sjukhusvistelse, vilket alltså både förbättrat hälsoeffekterna och minskat resursinsatsen per patient. Liknade tekniska eller organisatoriska landvinningar som medför att hälso- och sjukvården och äldreomsorgen antingen kan producera fler eller bättre enskilda behandlingar, insatser eller åtgärder till samma kostnad är alltså exempel på ökad produktivitet (eller kostnadseffektivitet).

Allokativ effektivitet är att göra rätt saker

Allokativ effektivitet handlar, utöver att göra saker rätt, även om att göra rätt saker. Det innebär att sätta samman vård- och omsorgsinsatser på ett sätt som leder till lägre kostnader med åtminstone samma produktion av hälsa och livs- eller tjänstekvalitet, givet att resurser fördelas efter behov. Resurserna inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ska fördelas utifrån gällande etiska prioriteringar. Allokativ effektivitet beror därmed av i vilken grad olika verksamheter i systemet ägnar sig åt vård som är ändamålsenlig i förhållande till befolkningens samlade behov och de prioriteringsprinciper som formulerats i lagar och andra regler. Det är därför ointressant att en verksamhet är maximalt produktiv, om de hälsoproblem som verksamheten ägnar sig åt är av ringa vikt utifrån vårdens övergripande mål om vård efter behov. Med andra ord måste resursanvändningen bidra till hälsovinster som är i linje med prioriteringarna inom hälso- och sjukvården, som ytterst bestäms av den etiska plattformen. ”Det uppstår då en avvägning mellan hälsovinster för olika patienter, och vems hälsa som ska främjas är just en fråga om allokativ effektivitet (Wagstaff 1991).”

De resurser som frigörs när produktiviteten ökar inom ett vårdområde kan behöva omfördelas till andra vårdområden eller patientgrupper för att även den allokativa effektiviteten ska öka i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

7.1.5 Utökat offentligt åtagande via kostnadsdrivande effektivisering

Flera av strategierna kan även tänkas leda till kostnadsdrivande effektiviseringar, det vill säga ökad produktion av hälsa och livs- eller tjänstekvalitet till högre kostnad, som innebär en ambitionshöjning i det offentliga åtagandet.

Nya behandlingar som ger mer hälsa kan vara en form av kostnadsdrivande effektivisering som bidrar till ett utökat offentligt åtagande. Begreppet kostnadseffektivitet avser relationen mellan hälsoeffekter och kostnader för en insats. Eftersom det behövs en tumregel för att avgöra hur mycket samhället är villigt att betala för hälsovinsten, det vill säga den samhälleliga betalningsviljan, ses exempelvis ett nytt läkemedel som kostnadseffektivt om kostnaden per hälsoeffekt är lägre än betalningsviljan. Om ett nytt mer kostsamt läkemedel ger mer hälsa i relation till kostnaden, än ett äldre läkemedel, är det nya läkemedlet mer kostnadseffektivt. Om hälsovinsten viktas högre än de ökade kostnaderna, det vill säga om samhället har betalningsvilja för den extra hälsovinsten, införs läkemedlet. Dock ökar totalkostnaden för hälso- och sjukvården. Introduktionen av läkemedlet är därför en form av kostnadsdrivande effektivisering. De ökade kostnaderna för den hälsovinsten innebär också en ambitionshöjning i det offentliga åtagandet.

Förändringar, som att verksamheter anpassas till exempelvis nya krav och riktlinjer, som ger förbättrad tjänstekvalitet för patienter och brukare kan innebära en ambitionsförändring i det offentliga åtagandet. Det blir sällan en kostnadsbesparing, men kvaliteten ökar.

7.1.6 Minskat offentligt åtagande via ransonering

Strategier kan även ge ambitionssänkningar i det offentliga åtagandet, det vill säga genom minskad produktion av hälsa, livs- eller tjänstekvalitet till lägre kostnad. Ett konkret sätt att sänka kostnaderna i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är att skära ned på utbudet av insatser eller kvaliteten i dem, vilket antingen kan göras i form av minskad medicinsk kvalitet eller minskad tjänstekvalitet. Även om nedskärningar görs i linje med etiska prioriteringar innebär ransoneringsåtgärder en sänkt ambitionsnivå i det offentliga åtagandet.

7.1.7 Strategierna har också andra effekter på det offentliga åtagandet

Utöver att påverka ambitionsnivån i offentliga åtagandet kan de olika strategierna även ha andra konsekvenser, som att omfördela hälsa och livskvalitet mellan olika befolknings- och sjukdomsgrupper. Det gör att jämlikheten inom det offentliga åtagandet påverkas, men inte ambitionsnivån i sig.

Dessutom kan strategierna påverka förutsättningarna för att kompetensförsörja hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, där kostnadsbesparande effektivisering kan bidra genom att minska behovet av personaltid eller genom att frigöra ekonomiskt utrymme för satsningar på arbetsmiljö etc. Andra strategier kan medföra kostnadsdrivande ambitionshöjningar som även ökar behovet av antalet arbetade timmar.

7.2 Strategi 1: Balanserad och tjänsteanpassad styrning för övergripande effektivitet

Avsnittet handlar om hur en balanserad och tjänsteanpassad styrning kan bidra till övergripande effektivitet inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

7.2.1 Tre grundläggande styrlogiker

Styrning handlar om att den styrda aktören ska besluta och agera enligt den styrande aktörens intentioner och beslut. Ur ett teoretiskt perspektiv kan en rad olika styrlogiker, eller idealtyper, identifieras som grund för individers och organisationers samspel med varandra (Adler 2001, Andersson 2002, Bringseilius 2018, Björk och Tengblad 2023).

I det här avsnittet fokuserar vi på tre grundläggande styrlogiker: marknads-, byråkratins och professionens. Samtliga styrlogiker används parallellt inom vård- och äldreomsorgssektorn, men har de varit olika framträdande under olika tidsperioder. Var och en av styrlogikerna har för- och nackdelar och lämpar sig olika väl i olika sammanhang. Strategin som vi analyserar i det här avsnittet är att tillämpa en balanserad och tjänsteanpassad mix av styrlogikerna, där man tar till vara varje styrlogiks fördel genom att använda den i det sammanhang som respektive styrlogik lämpar sig bäst för.

Marknadens styrlogik

Marknaden som styrlogik är en klassisk idealtyp. Dess grundelement är frivilliga transaktioner mellan köpare och säljare. Styrning via pris, konkurrens och ekonomiska incitament är centrala delar (Andersson 2002).

Marknadsrelationer framhålls som fördelaktigare vid aktiviteter där resultaten eller kvaliteten är lätt att mäta och därmed att på förhand specificera i ett kontrakt. De är också vanligare för aktiviteter som inte kräver specifika investeringar, eftersom det innebär vissa problem att inleda en marknadsrelation när en av parterna måste göra investeringar som förlorar sitt värde om marknadsrelationen upphör. Marknadslösningar är också fördelaktigare om tjänsterna eller insatserna är återkommande, präglas av mindre osäkerhet och lägre risk för oförutsedda händelser (Andersson m.fl. 2014). Generellt sett är det också en fördel med en mer marknadslig styrning i verksamheter där de negativa effekterna av kostnadsbesparingar på kvalitet eller jämlikhet är små (Hart m.fl. 1997).

Byråkratisk styrlogik

Hierarki- eller regelstyrning (byråkratisk logik) är marknads motpol. Hierarkisk styrning karakteriseras av svaga ekonomiska drivkrafter, ett stort mått av regelstyrning och betydande kontroll av både den berörda uppgiften och relaterade aktiviteter; tvister löses i det längsta inom hierarkin (Andersson 2002).

Hierarkiska relationer och byråkratisk logik är vanligare i samband med aktiviteter som är svåra att mäta, som olika kvalitetsaspekter. Ett särskilt viktigt fall av mätproblem är när bara vissa aspekter av det relevanta resultatet kan mätas. Hierarkiska relationer är också vanliga när specifika investeringar är viktiga, och när oberoende, rättssäkerhet och samarbete är centrala inslag i verksamheten. Den styrlogiken är också fördelaktigare vid tjänster som är mer komplexa, sällan återkommande och som präglas av högre osäkerhet (Andersson 2002, Andersson m.fl. 2014).

Professionens styrlogik

Gemenskap eller tillit (professionslogik) innebär att specialisternas professionella organisation, som är organiserad kring kunskap och kompetens, är inneboende

delar (SOU 2018:38). Professionerna kan ta hänsyn till särskilda situationer på ett sätt som undgår byråkratin. De kan också agera utifrån ett längre tidsperspektiv än marknaden. I praktiken sker en central del av beslutsfattandet inom vård och omsorg av de medicinska professionerna och präglas av den etik och styrlogik som är gällande där, vilken särskilt betonar patientens hälsa som övergripande mål.

Läkarens arbete kontrolleras i första hand av läkaren själv och dennes kollegor, varpå kvalitetsnivån i stort avgörs inom professionen. Läkarna har även ett kunskapsövertag över patienter och annan personal. Politiker och administratörer är också i mycket stor utsträckning beroende av läkarnas kunskaper vid utformningen av verksamheten. Tillitsbaserad styrning har därför setts som central styrlogik inom ett så kunskapsintensivt område som vård och omsorg. Tillit är i sig grundläggande för att mänskliga interaktioner ska fungera, och det minskar osäkerhet och underlättar samarbete. Genom att aktörerna litar på varandras avsikter, förmåga och kapacitet kan kostnaderna för olika transaktioner minskas. Tillit minskar också kostnaderna för att planera, övervaka och följa upp verksamhetens genomförande (Brorström 2022), särskilt när kvaliteten i verksamheten är intimt kopplad till den professionella yrkesutövningen. Tillitsbaserad styrning och ett stort professionellt handlingsutrymme har också setts riskera leda till ett alltför snävt producentperspektiv, vilket kan åsidosätta målet med verksamheten och försvåra prioriteringar ur ett samhällsperspektiv. Kontroll, standardisering och prioritering från ledningens sida har därför även setts som nödvändiga inslag i en fungerande styrning (Björk och Tengblad 2023).

7.2.2 Historiskt har styrlogikerna varit olika framträdande

De tre styrlogikerna har i olika utsträckning tillämpats parallellt inom vård- och omsorgssektorn, men över tid kan olika mönster ses där inslagen av de tre varit mer eller mindre omfattande (Björk och Tengblad 2023).

Under 1960- och 1970-talen expanderade vårdsektorn kraftigt. Verksamheten utfördes i offentlig regi och finansierades med skattemedel samtidigt som förra årets budget låg till grund för kommande budgetar enligt en anslagsfinansieringsmodell. Byråkratisk och professionell logik kan ses som dominerande styrmodeller under den tiden.

På 1980-talet uppstod kritik mot den offentliga sektorn, eftersom verksamheten saknade incitament för effektivisering. Styrning med marknadens logik, med interna marknader, *beställar- och utförarsystem*, tillsammans med upphandling av privata utförare och valfrihetssystem (LOV), introducerade konkurrens inom bland annat primärvård och hemtjänst. Syftet var att nya arbetssätt skulle utvecklas genom kvalitetskonkurrens, vilket i sin tur skulle bidra till effektivisering. Den privata sektorn stod som modell i flera fall av förändringarna. Prestationsmätning, resultatansvar och konkurrens var centrala inslag.

Parallellt med utvecklingen mot ett ökat inslag av markandsmekismer växte inslaget av riktlinjer och villkor som utförarna måste uppfylla för att få bedriva verksamhet och ingå avtal. Styrningen blev alltmer detaljerad med mer dokumentation och rapportering. Detaljstyrningen drevs också av en byråkratisk och delvis professionell logik där syftet var att via ökad evidens- och kunskapsstyrning standardisera en rad olika vårdprocesser för att främja både kvalitet, jämlikhet och effektivitet. Införandet av *standardiserade vårdförlopp*, först inom cancervården, har haft ett brett genomslag under det senaste decenniet.

Under mitten av 2010-talet uppstod en växande kritik av de negativa konsekvenser som en utbredd detaljstyrning fört med sig. Utvecklingen hade enligt flera kritiker motverkat det som gör välfärdens yrken attraktiva och meningsfulla: att hjälpa andra människor utifrån ett professionellt omdöme. Genom tillsättandet av tillitsdelegationen 2016 kom värdet av en professionell styrlogik återigen i fokus. Syftet var att införliva en tillitsbaserad styrning och ledning som bidrog till att minska onödig administration, kontroll och formalism samtidigt som den via ökat professionellt handlingsutrymme bättre tog tillvara medarbetarens kompetens och engagemang, för att på så vis skapa bättre kvalitet i tjänsterna till medborgaren (SOU 2018:38).

7.2.3 De tre styrlogikerna behöver kombineras

Vård- och omsorgstjänsternas bredd och vida tillämpningsområde medför att de präglas av stor variation i utformning och karaktär. Det talar för att en enskild styrlogik inte är optimal i alla situationer. Det finns också flera sätt att utforma koordineringssystemet för både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen samt befolkningen för att uppnå samhällsekonomisk effektivitet. Ur teoretisk synvinkel har olika inneboende egenskaper i varan eller tjänsten lyfts fram som avgörande för när olika former av logiker är relativt sett mer eller mindre fördelaktiga (Andersson m.fl. 2014). Vi menar därför att de tre styrlogikerna behöver verka parallellt. Det gör de också i praktiken, och i praktiken finns olika lager av styrlogiker som ofta överlappar varandra.

Att de olika styrlogikerna varit dominerande i olika tidsperioder talar också för att ingen av dem enskilt är optimal, utan att de behöver kombineras. Dessutom framstår det som att logikerna delvis avlöst varandra som ett sätt att motverka modellernas negativa sidoeffekter. Den hierarkiska och professionella logiken ansågs exempelvis bidra till svaga incitament för effektivisering och svaga möjligheter till delaktighet och inflytande för patienter och brukare. Marknadslösningar har å sin sida kritiserats för att bidra till ojämlikheter, fragmentisering och alltför stort fokus på mätbara prestationer snarare än helhetstänk och integrerade lösningar. Standardisering samt regel- eller detaljstyrning har av professionerna kritiserats för

att vara alltför sjukdomsspecifikt och försvåra för multisyka samt kringskära ett situationsanpassat beslutsfattande. Tillitsbaserad styrning har å sin sida kritiserats för att tillit snarare bör ses som ett resultat av god organisering i allmänhet än som ett förhållningssätt som kan formas genom ledningskommunikation. Dessutom har kritiker pekat på att standardisering och kontroll är nödvändiga inslag för tillförlitliga verksamheter (Björk och Tengblad 2023).

7.2.4 Välavvägd styrning kan ge kostnadsbesparande effektivisering

Vi menar att en balanserad tillämpning av styrlogiker bör kunna minska risken för ineffektivitet till följd av negativa sidoeffekter av en enskild dominerande styrlogik. Det finns inget samlat facit på hur de olika styrlogikerna ska kombineras, men både teoretisk och praktisk kunskap talar för att vård- eller omsorgstjänstens kunskapsinnehåll, subjektiva och objektiva mätbarhet, frekvens och osäkerhet bör ligga till grund för valet av överordnad styrlogik i den aktuella situationen (Hart m.fl. 1997, Andersson m.fl. 2014, Williamsson 1998). Den politiska och administrativa nivån bör därför överväga noga, när exempelvis kontraktslösningar kontra egenregi eller professionella frihetsgrader kontra standardiserade processer bör vara grund för styrningen.

Om styrlogikerna används på ett välavvägt och ändamålsenligt sätt i varje enskild situation, bör i förlängningen därför en sådan strategi ha potential att bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar genom ökad allokativ effektivitet och produktivitet i produktionen av vård- och omsorg. Exempelvis bör förutsättningar som ger goda möjligheter för patienter att återkommande bedöma kvaliteten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen tillsammans med att det finns objektiv kvalitetsinformation via kliniska kvalitetsregister underlätta kundval och marknadslösningar till skillnad från förutsättningarna vid en akut och komplex vårdhändelse. Samtidigt kan styrlogikerna tänks verka ambitionshöjande. Kvalitativt goda utfall är exempelvis en hörnsten inom en professionell styrlogik, som kan verka ambitionshöjande på det offentliga åtagandet. På samma sätt kan marknadslösningar baserade på konkurrens och valfrihet behöva viss överkapacitet för att fungera väl, vilket kan verka ambitionshöjande.

Vi sammanfattar vår bedömning av strategin enligt figur 52.

Figur 52. Vår sammanfattande bedömning av strategin balanserad och tjänsteanpassad styrning.

Stärkt offentligt åtagande via kostnadsbesparande effektivisering				Utökat offentligt åtagande via kostnadsdrivande effektivisering	Minskat offentligt åtagande via ransonering
Förbättrad åldersrelaterad hälsa	Effektivare sökbeteende	Ökad produktivitet	Ökad allokativ effektivitet		

7.3 Strategi 2: Struktur- och organisationsreformer med fokus på integrations- och skalfördelar för ökad allokativ effektivitet

Avsnittet handlar om hur olika struktur- och organisationsreformer med fokus på integrations- och skalfördelar kan bidra till kostnadsbesparande effektivisering via ökad allokativ effektivitet.

7.3.1 Struktur- och organisationsreformer kan beröra olika nivåer

Kärnan i strategin kan förenklat beskrivas som att genom ändrade former för organisering och styrning (till exempel via ändrade beslutsmandat, organisering eller finansieringsformer) öka systemets samlade produktionsförmåga i linje med de hälsopolitiska prioriteringarna. Strategin är bred eftersom den kan tillämpas på en mängd olika nivåer och dimensioner av hälso- och sjukvårdssystemet. På system- eller makronivå innefattas genomgripande förändringar av ansvarsfördelningen – så kallade strukturreformer – där mandat och ansvar antingen kan centraliseras eller decentraliseras. På meso- eller mellannivån ingår nivåstrukturer, till exempel förändringar i uppdrag, arbets- och resursfördelning mellan vårdformer eller koncentration av behandlingar eller vårdutbud mellan vårdsektorer eller inom en vårdsektor. På mikronivå ingår en mängd tänkbara förändringar av uppdrag, villkor och ersättningsformer inom en vårdform eller nya organisatoriska former för ökad samverkan inom eller mellan vårdformer.

7.3.2 Reformerna på makro- och mellannivå syftar främst till ökad allokativ effektivitet

En genomgående rationalitet vid struktur- och organisationsreformer är att åstadkomma ökad allokativ effektivitet på systemnivå. Det gäller särskild vid reformer på makro- och mellannivå. Den andra huvudsakliga verkningmekanismen är att reformeringen ska ge förbättrad produktivitet, särskilt vid reformer på mikronivå.

Till följd av strategins bredd av möjliga tillämpningar kan i sin tur en rad underliggande effektiviseringsmekanismer identifieras, som också är gemensamma drag vid den typen av reformering. Syftet med reformer som avser *vertikal integrering*, till exempel att en organisation får utökat ansvar för en hel vårdkedja, eller *horisontell integrering*, exempelvis att likartade vårdinsatser för olika patientgrupper samlas i en organisation, som ett sjukhus, är att undvika olika former av suboptimeringar. En rationalitet för att samla ansvaret för både styrning, finansiering och produktion inom en och samma huvudman är att "vinsterna" från verksamheten i form av hälsoproduktion ska tillfalla samma huvudman som också är ansvarig för att göra investeringar i verksamheten. Riskerna är annars att den samlade investeringstakten blir för låg. En liknande logik gäller för att motverka så kallat stuprörstänk: det kan exempelvis uppstå motsättningar mellan mål om kostnadskontroll inom ett område (som läkemedelsområdet med en separat budget) och en optimal dimensionering av området (användning av läkemedel) ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Riskerna med separata budgetar för olika behandlingsalternativ är nämligen att kostnaderna för att producera hälsa inte prioriteras lika mellan alternativen. Det medför att insatser antingen över- eller underutnyttjas i relation till vad som är samhällsekonomiskt effektivt (Ramsberg och Ekelund 2011). Samtidigt kan det finnas risker med att samla styrning, finansiering och produktion och det samlade ansvaret under en huvudman. Dessutom finns andra möjliga sätt att organisera för att uppnå bättre möjligheter att dela på "vinsterna" från verksamheten.

Andra underliggande mekanismer för vertikal och horisontell integrering är att försöka skapa skalfördelar i produktionen och på så vis öka vårdens produktivitet. Här ingår exempelvis att vissa behandlingar samlokaliseras för att patientunderlaget ska vara tillräckligt för att möjliggöra kostnadseffektivitet. För att uppnå skalfördelar krävs att produktionskostnader kan begränsas och fördelas på ett större patientunderlag, vilket empiriskt har visat sig vara krävande att uppnå (Brommels och Vintmyr 2015).

Reformer som tar fasta på integrering av digital information och vårdutbud, som digitala vårdbesök, kan också motiveras via skalfördelar, eftersom tekniken möjliggör att personella resurser kan poolas och matchas mot behov, samt skalas upp och ner, på ett mer kostnadseffektivt sätt än inom fysisk vård.

Organisationsreformer på mikronivån kan även motiveras utifrån en rad ytterligare logiker, som att mer helhetsorienterade uppdrag, styr- och ersättningsformer främjar ökad effektivitet av hela vårdkedjan snarare än system som tar fasta på enskilda moment. Att ersätta vårdgivare för samlade vårdepisoder snarare än enskilda moment är ett exempel på en sådan logik, men i praktiken har detta visat sig medföra höga administrativa kostnader (Eriksson och Levin 2018). Nya organisatoriska lösningar för förbättrad samverkan mellan vårdgivare i omhändertagandet av komplexa patienter med ett stort antal vårdkontakter hos olika vårdgivare, som mobila team, vård- eller hälsocentraler, kan också rationaliseras med ett effektivare samlat omhändertagande som fokuserar på de samlade resultaten av olika insatser.

En ytterligare rationalitet för struktur- och organisationsreformer tar fasta på att minska olika former av barriärer inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, som administrativa, organisatoriska, juridiska och tekniska gränser inom en och samma vårdprocess, och på så vis åstadkomma ett bättre samlat omhändertagande. En logik för reformering är alltså att minska de transaktionskostnader, för exempelvis att förhandla, teckna, följa upp och utvärdera, som uppstår vid utformandet av olika styr- och regelverk. Olika former av vertikal och horisontell integrering kan därmed minska dessa former av transaktionskostnader.

7.3.3 Det är svårt att isolera effekter och att utvärdera struktur- och organisationsreformer

Den breda paletten av olika typer av struktur- och organisationsreformer som rymms inom den här strategin medför att det inte finns någon samlad evidens för utfallet. Reformernas bredd och omfattning gör dessutom att resultaten är kontextuella och svårigen kan översättas till andra sammanhang. Generellt ökar också svårigheterna med att utvärdera reformer inom området med dess omfattning, eftersom det bland annat är svårare att isolera effekterna från andra samtidigt händelser i omvärlden samt att kontrollera utfallet mot likvärdiga jämförelseobjekt. Inslaget av organisatoriska reformer i form av experiment eller med olika tidsmässigt införande är också ovanligt.

Den svenska omställningen mot en god och nära vård är ett aktuellt exempel på en strategisk reform inom området. Bakgrunden är att svensk vård och omsorg sedan länge brottats med problem kopplat till en relativt sett svagt utbyggd primärvård samt att både vetenskaplig evidens (Starfield m.fl. 2005) och bred konsensus inom systemet har talat för att en förstärkt bas, där primärvården har en nyckelroll, bör kunna främja systemets samlade kvalitet och effektivitet. Rationaliteten i en stärkt första linjens vård är att förbättrad samordning, tillgänglighet och kontinuitet inom den nära vården medför att hälso- och sjukvården och äldreomsorgens allokativa effektivitet stärks via förbättrade vårdkedjor och effektivare förebyggande arbete.

Utvärderingar av reformen visar dock ännu inte på tydliga positiva effekter, utan nyckelindikatorer för primärvårdens relativa resurstilldelning, tillgänglighet och kontinuitet visar snarare på en negativ utveckling (Vård- och omsorgsanalys 2023d). Samtidigt är det svårt att isolera effekterna av omställningen från andra händelser, som att pandemin har haft en stor betydelse för utvecklingen.

2010 års införande av obligatoriskt vårdval inom primärvården är ytterligare en omfattande organisatorisk reform som införts i svensk vård på senare tid. Rationaliteten bakom reformen var att införandet av valfrihet för patienten tillsammans med reglerad etableringsfrihet för privata aktörer skulle stimulera till kvalitetskonkurrens bland vårdgivarna, vilket i sig skulle ha kvalitets- och produktivitetshöjande effekter. Under reformens första år ökade utbudet av vårdgivare och tillgängligheten förbättrades, till viss del även produktiviteten (Vård- och omsorgsanalys 2013b). I mitten på 2010-talet stagnerade dock utvecklingen och fokus har i stället varit på bristande geografisk jämlikhet och svag integrering (Riksrevisionen 2014). De samlade effekterna av reformen är svårbedömda och det är heller inte möjligt att jämföra med ett kontrafaktiskt scenario för vad som hänt om det tidigare systemet bevarats. En central aspekt är dock att reformen inte motiverades som en kostnadsbesparande reformering, varpå den snarare kan ses som kvalitetshöjande och därmed som en form av ambitionshöjning.

Ytterligare en organisatorisk reform för ökad systemeffektivitet är beslutsmodellen för koncentration av nationellt högspecialiserad vård till högst fem utförare på nationell nivå som infördes 2018. Målet med nationell högspecialiserad vård är att hälso- och sjukvårdens kunskap, kvalitet och patientsäkerhet ska utvecklas och förbättras samtidigt som resurserna används på ett effektivt sätt (Socialstyrelsen 2024b). Logiken är att via tillräckliga patientvolymen säkerställa ökad medicinsk kvalitet till lägre kostnader, samtidigt som negativa effekter på akutsjukvården kan undvikas (SOU 2015:98). Kostnadsstudier av högvolumsjukhus visar en tendens mot skalfördelar, alltså lägre enhetskostnader vid stigande volymer, men sambanden är inte enkla eller linjära. Effekten är tydligast för enheter med lägre behandlingsintensitet och avtar med ökande grad av patienternas komplexitet. Dessutom minskar kostnadsbesparingen med växande volymer. Att genomföra fler av en viss åtgärd leder till högre kvalitet, men inte nödvändigtvis lägre kostnad. Kostnadsbesparande effektivisering förutsätter större ”volym per tidsenhet”, alltså ökad produktivitet som kan åstadkommas genom förenkling och standardisering av insatser (Brommels och Vintmyr 2015).

När det gäller omfattande strukturreformer finns liknade reformer i övriga Norden, där samtliga länder är generella välfärdsstater med betydande inslag av decentraliserad styrning och organisering av både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. I det sammanhanget har både Danmark och Norge under 2010-talet genomfört strukturreformer med ett ökat inslag av centraliserad styrning som

bärande inslag. I början av 2000-talet tog staten över ägarskapet och finansieringen av sjukhusvården i Norge från den regionala nivån. Samtidigt inrättades fem (senare fyra) så kallade regionala hälsoföretag, som ansvarar för att beställa hälso- och sjukvård åt sina invånare. De regionala hälsoföretagen fick också ansvaret för att styra egna så kallade hälsoföretag, som består av ett eller flera offentliga sjukhus. I Danmark omorganiserades den regionala nivån från 14 till 5 regioner med operativt ansvar för hälso- och sjukvården, men utan egen beskattningsrätt. Finansieringen för hälso- och sjukvården övergick till staten och kommunerna. Samtidigt slogs flera kommuner samman till större enheter, och kommunerna fick ett ökat ansvar för förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser. Vårdanalys jämförelse mellan länder (Vård- och omsorgsanalys 2014b) sammanfattar följande effekter av de norska och danska reformerna:

- färre och större sjukhus
- blandade effekter på förmågan att koncentrera specialiserade behandlingar
- ökad produktivitet och i vissa avseenden kortare väntetider
- vissa positiva effekter på geografisk likvärdighet
- utmaningar i att skapa en sammanhållen och förebyggande vård
- vissa positiva effekter på forskning och infrastruktur
- signaler om minskad lokaldemokrati men ökat patientinflytande.

Under 2022 beslutades även om en omfattande hälsoreform i Finland, den så kallade Sote-reformen som historiskt sett beskrivs som den största reformen inom området i landet. Kärnan utgörs av att ansvaret för äldreomsorg och hälso- och sjukvårdstjänster överförs från 309 kommuner till 21 välfärdslän och Helsingfors stad, samtidigt som finansieringen övergår från den kommunala nivån till den statliga. De övergripande målen med reformen är att stärka den ekonomiska basen för vårdproduktionen, att garantera lika tillgång till hälso- och sjukvård och sociala tjänster samt minska ojämlikheter i hälsa och välbefinnande (Europeiska kommissionen 2022/39). Reformen kommer först att vara fullt sjosatt under 2023 och effekterna är ännu okända.

En förslagen strukturreform i Sverige för ökad systemeffektivitet är att reglera att nationella intressen även ska vägas in vid kommunala beslut om omfattande investeringar i vårdinfrastruktur, som vårdbyggnader och it-system. Logiken är att uppnå ökad allokativ effektivitet genom att investeringsbesluten ses som riksintressen och på så sätt utgår från både hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens nationella förmåga. Där ingår hänsyn till nationella reformer som god och nära vård samt ökad koncentration av högspecialiserad vård (SOU 2021:71). De underliggande verkningmekanismerna är att undvika suboptimeringar och ta tillvara olika former av skalfördelar.

7.3.4 Samlad evidens saknas för omfattande struktur- och organisationsreformer

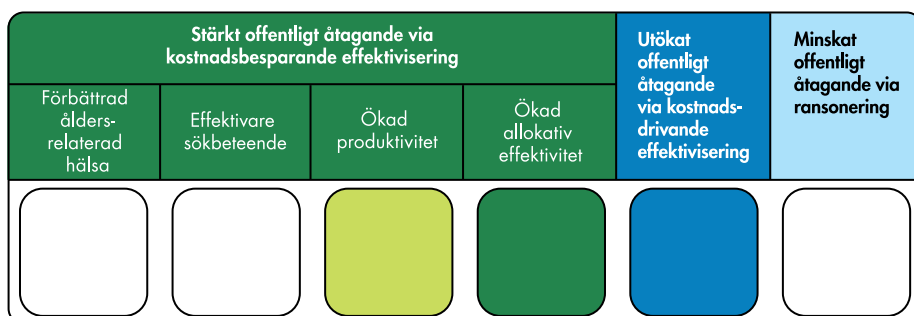
Övergripande och storskaliga reformer är alltid förknippade med olika former av risker i genomförandet, och de kan försvaras av om det saknas konsensus för rationaliteten bakom reformen bland olika intressenter inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. På organisatorisk nivå är det även enkelt att på kort sikt identifiera ”vinnare och förlorare” av den här typen av reformering. Övergripande strukturreformer är i sin tur väldigt omfattande och rör för vård- och omsorgssektorn betydande delar av den samlade välfärdsstatens uppbyggnad och utformning. Därför måste också aspekter som demokratiskt inflytande beaktas vid sidan av samhällsekonomiska effektivitetsskäl. Till följd av reformernas breda karaktär kan potentialen i strategin vara omfattande, liksom riskerna.

En svårighet är exempelvis att avgöra om reformerna i sig varit kostnadsbesparande eller kostnadsdrivande, samt om de verkat för ökad eller minskad jämlikhet. Ett exempel som dock omgärdas av huvudsakligen positiva bedömningar är 2007 års danska strukturreform som över tid banat väg för ett mer sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem, där bland annat sjukhussektorns tillgänglighet och produktivitet förbättrats och en nationell digital infrastruktur för att dela hälsodata inom hela systemet etablerats (Birk m.fl. 2024).

Samtidigt som regionerna samstämmt bedömer att förflyttningen från sjukhusvård till mer nära vård har mycket eller ganska stor betydelse för att hälso- och sjukvården resurser ska kunna användas effektivare än i dag, ser kommunerna att hemsjukvården möter patienter med allt komplexare vårdbehov. Det behövs därför en helhetssyn på vården av dessa patienter för att inte samhällets totalkostnad ska öka genom omställningen.

Vi sammanfattar vår bedömning av strategin enligt figur 53.

Figur 53. Vår sammanfattande bedömning av strategin struktur- och organisationsreformer med fokus på integrations- och skalfördelar.



7.4 Strategi 3: Minska befolkningens behov av vård och äldreomsorg genom att förebygga

Avsnittet handlar om hur förebyggande insatser kan leda till förbättrad hälsa och därmed till kostnadsbesparande effektivisering.

7.4.1 Förebygga och fördröja insjuknande samt undvika skador

Även om befolkningens hälsa till stor del påverkas av faktorer och livsvillkor utanför hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, har de betydande möjligheter att påverka befolkningens hälsa genom olika former av individinriktade förebyggande insatser. Hälso- och sjukvården är också enligt lag ålagd att arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen 2017:30) och informera om metoder för att förebygga sjukdom eller skada (3 kap. 1 § patientlagen 2014:821). Dessutom ska regioner och kommuner, inom ramen för verksamhet som är primärvård, erbjuda förebyggande insatser utifrån både befolkningens behov samt patientens individuella behov och förutsättningar (13a kap 1 § HSL).

Primärprevention riktar sig till friska personer för att förebygga att sjukdom och skada uppkommer (Vård- och omsorgsanalys 2016, Socialstyrelsen 2023c). Sekundärprevention handlar i stället om att upptäcka specifika sjukdomar i ett tidigt stadium, för att förhindra en negativ utveckling, återinsjuknande eller att ett latent sjukdomstillstånd utvecklas till sjukdom (Socialstyrelsen 2023c).

7.4.2 Primärprevention kan ge kostnadsbesparande effektivisering

Att förebygga ohälsa med insatser på individnivå innebär att befolkningens samlade behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg ökar mindre än förväntat på sikt, särskilt om prevention leder till en period av komprimerad sjuklighet bland de äldre. Men även preventiva insatser kräver resurser. Prevention är alltså en kostnadsbesparande effektivisering under förutsättning att det kräver mindre resurser än att hantera sjukdom, skada och skörhet när dessa tillstånd annars skulle ha uppkommit i framtiden. Sammantaget finns det dock betydande evidens för att prevention kan bidra till kostnadsbesparande effektivisering genom att förbättra hälsan i befolkningen och därigenom minska befolkningens behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg (Monitor 2013, Bolin 2024).

Kostnadsbesparande att förändra ohälsosamma levnadsvanor och förebygga fallolyckor

Nationella riktlinjer för primärprevention omfattar de fyra ohälsosamma levnadsvanorna som bidrar mest till sjukdomsburden i befolkningen, nämligen tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor (Socialstyrelsen 2018a). Rökning och ohälsosamma matvanor är de

levnadsvanor som bidrar mest till sjukdomsördan i befolkningen, trots att befolkningsandelen som röker dagligen minskar (CES 2019, Folkhälsomyndigheten 2023b, Livsmedelsverket 2021). De årliga samhällsekonomiska kostnaderna för rökning, övervikt och fetma, otillräcklig fysisk aktivitet samt alkohol uppgår tillsammans till åtminstone mellan 40 och 55 miljarder kronor (Bolin 2024, Andersson m.fl. 2017, Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket 2017). Hälsoekonomiska studier pekar på att det är kostnadsbesparande att förebygga rökning, ohälsosamma matvanor och bristande fysisk aktivitet genom insatser i hälso- och sjukvården (The Observatory 2015, Vård- och omsorgsanalys 2016). Även insatser för att förebygga riskbruk av alkohol, både universella och individriktade, har potential att vara kostnadseffektiva i Sverige (Folkhälsomyndigheten 2020).

Att förebygga fallskador bland äldre kan ge stora kostnadsbesparingar. Fall är vanligt bland äldre, och även om många inte skadar sig, behöver cirka 100 000 personer i åldern 65 år eller äldre varje år vård efter fall. Dessa allvarliga falloolyckor innebär lidande för den enskilde och kostade samhället 17 miljarder kronor 2020 (Socialstyrelsen 2022b). När äldre personer i eget boende får fysisk träning under ledning faller de betydligt mer sällan (SBU 2022).

Patientnyttan av sekundärprevention varierar

Att individer utan symtom undersöks för att identifiera en specifik sjukdom i tidigt stadium och därigenom förbättra hälsoutfallet för patienten klassas som sekundärpreventiva insatser. Sjukdomsördan i befolkningen kan minska om exempelvis högt blodtryck eller högt blodsocker upptäcks tidigt och behandlas (CES 2019).

Sekundärprevention på befolkningsnivå har dock svagare evidens än om insatsen riktas till grupper som har högre risk att drabbas av en specifik sjukdom (Vård- och omsorgsanalys 2016). Dessutom varierar patientnyttan av sekundärprevention mellan olika sjukdomar. En avvägning måste därför göras mellan kostnader för tidig upptäckt och den nytta detta ger för patienten (SBU 2019, Wang och Wang 2021). För sjukdom som vanligtvis kan behandlas till en ringa kostnad, oavsett när den upptäcks, är nyttan av sekundärprevention lägre än om hälsoutfallet för patienten är beroende av att sjukdom upptäcks i ett tidigt skede. Inom cancerområdet rekommenderar WHO höginkomstländer att prioritera screening för livmoderhalscancer, bröstcancer samt tjock- och ändtarmscancer (WHO 2020).

7.4.3 Primärprevention utifrån proportionell universalism kan öka jämlikhet i hälsa

Det finns stora socioekonomiska skillnader i levnadsvanor (Folkhälsomyndigheten 2023a). Dessutom finns risk för att redan gynnade grupper svarar bättre på prevention, vilket kan leda till minskad jämlikhet i hälsa (Vård- och omsorgsanalys

2016). För att prevention ska öka jämlikheten i hälsa i befolkningen behöver strategin bygga på proportionell universalism, det vill säga på en kombination av universella och riktade insatser (Marmotkommissionen 2010). Insatsernas intensitet behöver vara större för socialt utsatta och ekonomiskt svaga grupper. Metoden att ge insatser i proportion till och anpassat efter behov används inom bland annat mödrahälsovården och barnhälsovården (Vård- och omsorgsanalys 2016, Socialstyrelsen 2019a, 2020a).

Primärprevention som kompenserar för ojämlikheter i hälsa kan, både tidigt i livet och under hela livet, ha stor inverkan på hälsan i högre åldrar (The Observatory 2021). Om hälso- och sjukvården arbetar mer systematiskt för att förebyggande insatser ska nå grupper med låg utbildning och svag ekonomisk ställning, där ohälsosamma levnadsvanor är vanligast, och fler får stöd att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor, kan ojämlikheter i befolkningens hälsa minska på sikt (Vård- och omsorgsanalys 2016).

I enkäten till regionerna bedömde närmare 80 procent att fler insatser om levnadsvanor riktade till grupper i befolkningen med större behov kan ha mycket eller ganska stor betydelse för att resurserna i hälso- och sjukvården ska kunna användas effektivare 2040 än i dag. I fritextsvaren betonade många kommuner att förebyggande arbete för att individerna ska kunna vara självständiga längre upp i åldrarna än i dag är viktigt för att äldreomsorgens resurser ska räcka längre.

7.4.4 Sekundärprevention kan leda till kostnadsdrivande ambitionshöjning

Sekundärpreventiva insatser kan bidra till att vissa sjukdomar kan behandlas enklare och med ökad medicinsk kvalitet genom tidig upptäckt. Men omfattande sekundärprevention kan även leda till högre upptäckt av fler kroniska sjukdomar med lindrig svårighetsgrad, vilket riskerar att medföra överdiagnosticering och överbehandling (SBU 2019). Det finns alltså en risk för att sekundärprevention leder till kostnadsdrivande ambitionshöjningar i det offentliga åtagandet.

7.4.5 Prevention kan minska befolkningens behov av vård och äldreomsorg

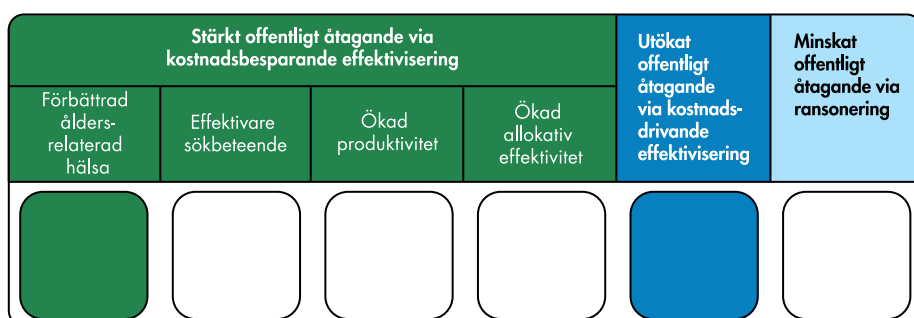
Det kan ta tid innan primärprevention ger besparingar och initialt kommer mer resurser behövas. Men majoriteten av all hjärt- och kärlsjukdom, en betydande andel av cancerfallen och runt 40 procent av alla demenssjukdomar kan förebyggas genom bland annat bättre livsstil och levnadsvanor (Livingston m.fl. 2020, WHO 2021, IHE 2020). Om 10 procent av befolkningen förändrar sina ohälsosamma levnadsvanor beräknas kostnadsbesparingarna i hälso- och sjukvården, till följd av uppskjutet insjuknande och försämringar i olika sjukdomar, till drygt 1 miljard

kronor per år. Dessutom tillkommer produktionsvinster på drygt 11 miljarder kronor (Bolin 2024).

När äldre personer i eget boende får fysisk träning under ledning, särskilt av hälso- och sjukvårdspersonal men även av annan utbildad personal, kan antalet fallhändelser minska med en fjärdedel (SBU 2022). Om fallen bland äldre minskar med en fjärdedel skulle samhällets kostnader för fallolyckor bland äldre kunna minska med betydande belopp varje år (Socialstyrelsen 2022b).

Vi sammanfattar vår bedömning av strategin enligt figur 54.

Figur 54. Vår sammanfattande bedömning av strategin minskat behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg i befolkningen genom förebyggande arbete.



7.5 Strategi 4: Utveckla organisering och arbetsätt genom digitalisering för ökad produktivitet

Avsnittet handlar om att digitalisering som leder till utvecklad organisering och arbetsätt kan bidra till ökad produktivitet.

7.5.1 Digitalisering av information och nya digitala tekniker för att leverera vård och omsorg

Digitalisering och digitala tekniker är vida begrepp. Vår användning av begreppet digitalisering inkluderar två delar: dels omvandlandet av analog information till digital (så kallad digitisering), dels hur digitala tekniker används för att utveckla nya organisationsmodeller och arbetsprocesser (mer traditionell användning av digitalisering). Noterbart är även att digitalisering av information krävs för att arbetsätt och organisering i nästa steg ska kunna utvecklas (Ekman och Ellegård 2023).

Vidare fokuserar vi på digitalisering i form av digitala tekniker som används för att leverera vård och omsorg eller för att hantera patienter administrativt. Exempel på tillämpningar är vårdinformationssystem (elektroniska journalsystem), data-

insamling via distansmonitorering, diagnostik, ärendehantering (inklusive sortering av patienter till rätt vårdnivå, så kallad triagering) och konsultationer på distans (via video eller chatt). Det kan också handla om att utnyttja de stora datamängder som digitala teknologier genererar för att bygga maskininlärningsmodeller (AI) som kan vägleda beslut om diagnos, behandling eller planering av sjukvård, det som ibland kallas för informationsdriven vård (Lingman m.fl. 2020).

7.5.2 Automatisering och ökad informationsmängd via digitalisering ökar produktivitet och allokativ effektivitet

Digitalisering kan effektivisera hälso- och sjukvården på flera sätt. Ekman och Ellegård (2023) pekar i sin forskningsöversikt av digital vård på två huvudsakliga mekanismer. Till att börja med innebär digitalisering av data att mängden information som finns tillgänglig för medicinska och kliniska beslut ökar. En större informationsmängd kan i sin tur öka både produktiviteten och den allokativa effektiviteten på flera sätt. På ett övergripande plan ger det bättre möjligheter att planera vård och styra resurser dit de bäst behövs för tillfället. Med bättre träffsäkerhet inom diagnosticering och annan prediktion kan man minska antalet utredningar och undvika att inleda behandlingar som med stor sannolikhet är ineffektiva för en viss patient. Informationsteknik kan också minska resursåtgången genom att förebygga vårdbehov eller se till att patienter behandlas på ett tidigare stadium, det vill säga de skulle inte behöva lika resurskrävande vård som i dag.

För det andra leder framstegen inom maskininläring till att vissa arbetsuppgifter kan automatiseras, vilket kan minska behovet av mänsklig arbetskraft och öka produktiviteten. Ett konkret exempel är robotar eller andra teknologier som kan avlasta vid lyft inom äldreomsorgen. I bred bemärkelse kan digital teknik och automatisering frigöra tid för antingen vård- och omsorgspersonal eller patienter eller brukare, som i stället kan användas till andra insatser för att öka eller behålla hälsan i befolkningen. Dessutom kan digitala tekniker minska behovet av lokalyta till följd av platsoberoende vård. Dessa vinster i form av ökad allokativ effektivitet och produktivitet är vid oförändrade kostnader till följd av teknikens införande en form av kostnadsbesparande effektivisering.

7.5.3 Digitala tekniker är ofta kostnadsdrivande effektiviseringar

Utifrån en genomgång av relevant forskning pekar Ekman och Ellegård (2023) på att det är svårt att dra allmängiltiga slutsatser om digitaliseringens effekter på grund av varierande kvalitet och skillnader i studiekontexter. Flera studier visar på att digitala tekniker är kostnadseffektiva alternativ till befintlig vård och omsorg, men det ska inte tolkas som att införandet av teknikerna nödvändigtvis

leder till besparingar i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. I stället beror kostnadseffektiviteten ofta på att tekniken sparar tid för patienterna, eller leder till hälsovinster som är tillräckligt stora för att motivera ökade sjukvårdsutgifter. Med andra ord bedömer de att det inte är givet att införandet av nya digitala tekniker leder till kostnadsbesparande effektiviseringar, utan de kan i stället vara ambitionshöjande, vilket inte gör det enklare att finansiera hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Digitala videokonsultationer genererar exempelvis tidsvinster för patienterna i form av minskade reskostnader, men också möjligheter att effektivare matcha utbudet av vårdpersonal gentemot behov eftersom tjänsten är platsberoende. Om tjänsten är kostnadseffektiv beror dock på i vilken utsträckning den kan ersätta fysiska besök med likvärdig kvalitet och i sin tur av den samhällsekonomiska kostnaden för dessa olika besökstyper.

Även om den enskilda digitala videokontakten kan vara kostnadseffektiv så måste man på systemnivå även ta hänsyn till teknikens sammantagna effekt på kostnadsutvecklingen, det vill säga är tekniken kostnadsbesparande eller snarare en form av kostnadseffektiv ambitionshöjning? Olika studier uppskattar här att mellan en fjärdedel och hälften av kontakterna i digital primärvård består av nytillkommen efterfrågan (Ellegård m.fl. 2021, Vård- och omsorgsanalys 2022c), vilken definitions- mässigt innebär ökade utgifter för vård. Frågan är därmed om dessa kontakter genererar tillräckligt stora hälsovinster för att motivera de ökade utgifterna, det vill säga är de kostnadseffektiva alternativ till egenvård? Här konstaterar Ekman och Ellegård (2023) att den typen av vård har vissa produktivetsfördelar, men att den inte heller är en stor möjliggörare för att hantera vårdens och omsorgens utmaningar med personalförsörjning och finansiering.

Digital triagering, det vill säga interaktiva dataprogram där patienten fyller i sina symtom direkt på webben och programmet automatiskt bokar in ett besök i primärvården eller ger råd om egenvård, är ett annat exempel på teknik med potential att effektivisera patienternas sökbeteende och samtidigt minska sjukvårdspersonalens kostnader för diagnosticering. Triageringen ska i sin tur förbättras över tid eftersom programmen är självlärande och bygger på artificiell intelligens (AI). En systematisk översiktsstudie på området pekar dock på att det har utförts för få studier på faktiska patienter för att man ska kunna uttala sig om effekterna (Snellman m.fl. 2021).

Vård- och omsorgsanalys (2023c) utvärdering av satsningen på e-hälsa inom äldreomsorgen lyfter också fram att effekterna av digital teknik, som mobila trygghetslarm, digital tillsyn med hjälp av kamera, digitala läkemedelsautomater och olika typer av digitala planeringsverktyg, till stor del är oklara och tudelade. Det finns fortfarande för lite kunskap om vilken nytta tekniken har för brukarna

och hur den påverkar deras välbefinnande, och om tekniken är kostnadseffektiv. Tekniken har också hittills haft begränsade positiva effekter för personalen, och vi ser tecken på det motsatta: sämre arbetsmiljö och minskad effektivitet. Trots att det finns stora förhoppningar om att digitaliseringen ska bidra till en rad förbättringar, är kunskapsläget och det vetenskapliga stödet fortfarande begränsat. Det saknas sammanställd och kvalitetssäkrad kunskap om de vanligaste typerna av tekniker och den nytta de ger (Richardson m.fl. 2021, SBU 2017a).

7.5.4 Andra potentiella effekter av strategin

Utifrån målet om vård på lika villkor är det viktigt att följa hur digitaliseringen påverkar tillgången till vård för olika grupper. För svensk del visare en rad studier att personer som använder sig av digitala distanskonsultationer generellt sett är yngre, mer välutbildade och har högre socioekonomisk standard än personer som gör fysiska besök i primärvården (Ekman m.fl. 2019, Ellegård och Kjellsson 2019, Dahlgren m.fl. 2021, Vård- och omsorgsanalys 2022c). Att använda digitala vårdkontakter är därmed hittills inte i linje med målet om att öka tillgängligheten i glesbygd eller bland kronikergrupper.

Digitala tekniker kan dock även vara en källa till minskade ojämlikheter. När man automatiserar aktiviteter och åtgärder som i dag görs manuellt eller på eget initiativ av patienten, till exempel inrapportering och bevakning av olika mått och värden, minskar kompetenskraven på patienten. Det kan utjämna skillnaderna mellan patienter med olika digital kompetens (Briz-Ponce och García-Peñalvo 2015, Herrmann m.fl. 2020). Nya vårdmodeller kan också göra det lättare att nå ut till tidigare missgynnade grupper och exempelvis kan personer som drar sig för att uppsöka traditionella vårdinrättningar vara mer villiga att söka vård via en distansbaserad modell (Ekman och Ellegård 2023).

En av de tydligaste och oftast framförda riskerna med införandet av digitala tekniker i hälso- och sjukvården är riskerna för integritetsintrång, det vill säga att patientdata kommer i orätta händer samt att de kan komma att användas för ett annat syfte i framtiden. Den ökade komplexiteten med digital teknik, som artificiell intelligens, maskininlärning och dylika metoder, ställer dessutom ofta högre krav på teknisk kompetens för att förstå systemens funktioner och möjligheter. Det ökade beroendet av särskild kompetens är en form av teknisk sårbarhetsrisk.

7.5.5 Digitalisering kan effektivisera framtida arbetsätt

En omtalad rapport från konsultbolaget McKinsey (2016) uppskattade att en omfattande digitalisering skulle kunna spara 180 miljarder kronor utan att skära ned på ambitionerna. Det är nästan en fjärdedel av de utgifter för vård och omsorg

2025 som McKinsey prognosticerade. Underlaget för beräkningarna var dock bristfälligt beskrivet, och bör därför ses som mer eller mindre kvalificerade gissningar att luta sig mot (Ekman och Ellegård 2023).

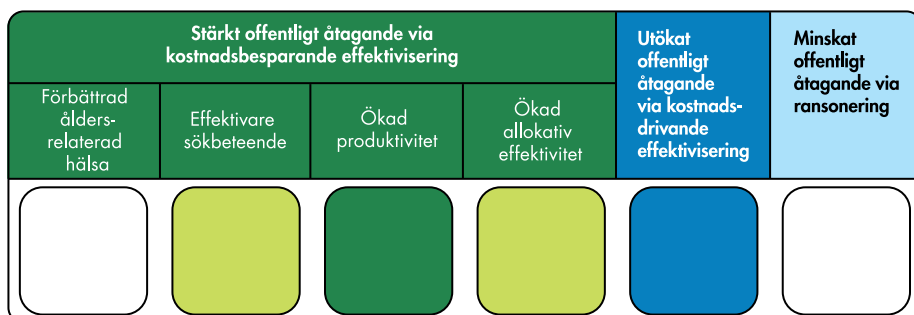
Ekman och Ellegård (2023) pekar generellt på att finns flera anledningar till att hysa viss skepsis mot tankar om att digitaliseringen ska leda till avsevärt högre produktivitet eller minskat vårdbehov. Dels är hälso- och sjukvården personalintensiv och många arbetsuppgifter kan inte automatiseras, eftersom varje patient är unik med ofta komplexa behov. Dels är möjligheterna att förutspå nya vårdbehov begränsade. För de individer som ännu inte insjuknat har hälso- och sjukvården dessutom begränsade möjligheter att förutse och förebygga vårdbehov. Vissa tillämpningar av digitala vårdtekniker kan dessutom öka efterfrågan på vård genom att göra det lättare att få en vårdkontakt. Dessutom kan det finnas bristande benägenhet eller förmåga att dra nytta av de tekniker som finns. Ändå kommer ny digital teknik förmodligen vara en av de viktigare källorna till förändrade arbetsätt inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen framöver.

Vård- och omsorgsanalys (2023c) utvärdering av satsning på e-hälsa inom äldreomsorgen drar slutsatsen att mycket återstår för att teknikens potential ska tas tillvara och att de positiva effekterna hittills varit begränsade. Den största potentiella nyttan som äldre personer ser är förbättrad kommunikation och ökad trygghet. Samtidigt ser många en risk för att teknik ska ersätta önskad kontakt med människor och leda till ökad ensamhet. För att den digitala teknikens möjligheter ska tas tillvara är Vård- och omsorgsanalys sammantagna slutsats att det behövs ett ökat nationellt ansvar och en mer tydlig, koordinerad och långsiktig styrning på området.

Vår enkät till kommunerna visar att de behöver göra många förändringar genom digitalisering, för att använda resurserna effektivare än i dag. Mellan 85 och 93 procent av kommunerna bedömer att exempelvis förändringar för digital tillsyn och automatisering av vissa serviceinsatser har mycket stor eller ganska stor betydelse för att resurserna ska kunna användas effektivare. Kommunerna anser att många förändringar för ökad digitalisering behöver göras, samtidigt som de betonar att det är viktigt att ha realistiska förväntningar och att det finns många hinder i införandet.

Vi sammanfattar vår bedömning av strategin enligt figur 55.

Figur 55. Vår sammanfattande bedömning av strategin utvecklad organisering och utvecklade arbetssätt genom digitalisering.



7.6 Strategi 5: Väl underbyggd prioritering för ökad allokativ effektivitet

Avsnittet handlar om hur välunderbyggd prioritering av tillgängliga resurser kan bidra till ökad allokativ effektivitet.

7.6.1 Prioritera är att fördela knappa resurser efter behov

Att prioritera är att fördela begränsade resurser efter behov. Alla behov kan därmed inte tillgodoses, utan man kan tvingas välja bort exempelvis olika insatser eller hela vårdområden. *Horisontella* prioriteringar är politiskt-administrativa beslut om fördelning av resurser mellan exempelvis specialiserad vård och primärvård, eller mellan olika patientgrupper. Prioriteringar mellan enskilda patienter, eller patienter inom ett och samma sjukdomsområde, kallas *vertikala* och görs huvudsakligen av medicinskt verksamma yrkesgrupper. Horisontella prioriteringar avgör hur mycket resurser som finns inom ett enskilt vårdområde och dessa fördelas mellan enskilda patienter genom vertikala prioriteringar (Vård- och omsorgsanalys 2020b, SOU 2001:8).

Alla prioriteringsbeslut har en alternativkostnad, det vill säga när resurser används för att tillgodose behov hos en grupp eller en individ går samtidigt hälsa och livskvalitet förlorade för andra grupper eller individer (Tinghög 2021). Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska den som har störst behov av hälso- och sjukvård få företräde till vården (3 kap. 1 § HSL). Riksdagen har även beslutat om en etisk plattform för prioriteringar i hälso- och sjukvården som förtydligar att människovärdet alltid ska respekteras, att förhållandevis mer resurser bör fördelas till dem som har ett stort vårdbehov, samt att det bör finnas en rimlig relation mellan patientnytta och kostnad (Vård- och omsorgsanalys 2020b, Prioriteringscentrum 2017). Kostnadseffektivitetsprincipen är dock underordnad de båda andra principerna.

Uttolkningen av den etiska plattformen har varit föremål för omfattande diskussion och debatt. För att utjämna skillnaderna i hälsa i befolkningen ska företräde ges utifrån behov, samtidigt som åtgärder med potential att förbättra hälsan ska prioriteras. I valet mellan att förbättra hälsan hos en mycket liten grupp svårt sjuka patienter och att förbättra hälsan något hos en mycket stor grupp har den svårt sjuka gruppen företräde, oavsett var den totala nyttan ökar mest (Svensson 2022).

Inom äldreomsorgen saknas motsvarande etiska principer för prioriteringar. Men generellt baseras beslut om insatser inom äldreomsorgen på en individuell behovsbedömning på kommunal nivå. För att skapa tydliga beslutsunderlag för prioritering i kommunerna har modeller och verktyg för olika moment i prioriteringsarbetet utvecklats (Krevers och Bäckman 2023).

7.6.2 Behovsprioritering är en kostnadsbesparande effektivisering

Horisontella prioriteringar tillgodoser befolkningens vårdbehov på lägsta effektiva vårdnivå

Vård efter behov ska genomsyra hela sjukvården och de övergripande beslut om resursfördelning som politiker fattar. Vård efter behov mellan sjukdomsgrupper genomsyrar dock inte den övergripande styrningen i dag och är i praktiken ett undanskymt mål i regionerna (Vård- och omsorgsanalys 2020b). Men hur vårdens resurser fördelas förväntas bli ännu mer aktuellt framöver med en åldrande befolkning, nya medicinska möjligheter och en mer ansträngd ekonomi i regionerna (Vård- och omsorgsanalys 2020b).

Horisontella prioriteringar mellan vårdområden och patientgrupper, som leder till att hälsan i befolkningen fördelas enligt principerna i den etiska plattformen, kan bidra till att öka den allokativa effektiviteten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, exempelvis genom att anpassa sammansättningen av insatser så att befolkningens behov kan mötas på lägsta effektiva omhändertagandenivå (Leon-principen). Ett exempel är omställningen till en mer nära vård, där en grundläggande rationalitet är att stärka primärvården som nav i hälso- och sjukvården och därmed prioriteringen av den vårdformen. Dock saknas evidens för att vårdformer i hemmet alltid är kostnadseffektiva, exempelvis exkluderar många studier kostnaderna för de omsorgsinsatser som behövs för att patienter med omfattande vård- och omsorgsbehov ska kunna vårdas i hemmet (Larsen och Svensson 2021).

Välj billigare alternativ, som ger likvärdig patientnytta

Ökad allokativ effektivitet kan även uppnås genom att ersätta behandlingar och andra vårdåtgärder med billigare alternativ, som ger likvärdig eller större patientnytta. Dessutom är det viktigt att avstå från insatser som inte gör nytta för patienten. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer finns evidensbaserade rekommendationer med prioriteten "icke-göra". Det är undersökningar och behandlingar som inte

ger önskad effekt eller till och med kan skada patienten (Socialstyrelsen 2020b). Vissa åtgärder med prioritet ”icke-göra” behöver inte ersättas, men i många fall är det viktigt att erbjuda patienten andra åtgärder i stället. Dock utförs många vårdåtgärder som inte bör göras enligt nationella riktlinjer (Socialstyrelsen 2023b). Ökad följsamhet till nationella riktlinjer handlar alltså om att åstadkomma både kostnadsbesparingar och ökad medicinsk kvalitet.

De nya behandlingar och insatser som introduceras i hälso- och sjukvården är ofta mer kostsamma än existerande behandlingar – ibland med bättre resultat och ibland inte (Svensson 2022). Även nya behandlingar som är rimligt kostnadseffektiva kräver resurser, som många gånger måste tas från existerande verksamhet, för att kunna införas. Då krävs prioriteringsbedömningar för vad som kan prioriteras bort för att frigöra resurser (Sandman och Arvidsson 2023).

Avstå från lågvårdevård

Att alternativkostnaden försummas är vanligt i beslut som enskilt har marginell budgetpåverkan, dock kan de många små besluten tillsammans vara en stor kostnad (Tinghög 2021). Vårdåtgärder som inte förbättrar hälsan för patienten, eller påverkar hur behandlingen utformas, brukar beskrivas som lågvårdevård (Ingvarsson 2023, Läkartidningen 2023, Svenska läkaresällskapet 2023). Internationella studier visar att 11–30 procent av all vård inte resulterar i hälsoförbättring eller minskat lidande (Ingvarsson 2023).

Svensson (2022) beskriver en rad internationella och svenska exempel på insatser som hälso- och sjukvården fortsätter att utföra trots evidens för att de har låg eller ingen nytta för patienter. Genom att avstå från att utföra de fem mest kostsamma av 71 kirurgiska interventioner, som utförs regelbundet trots att de visat sig sakna positiva effekter, skulle sjukvården i England exempelvis kunna spara cirka 1,5 miljarder kronor varje år (Mayor 2017).

Genom det professionsdrivna initiativet *Kloka kliniska val* identifieras kontinuerligt åtgärder utan patientnytta, som kan avvecklas med betydande kostnadsbesparingar på kort och ibland även lång sikt (Alfvén och Serrander 2024). Ett exempel är projektet Strama som genom evidensbaserad information till både vårdpersonal och patienter har bidragit till att minska onödig antibiotikaanvändning, vilket i förlängningen även kan bidra till att minska antibiotikaresistensen.

Ransonering är andra sidan av prioriteringsmyntet

Ransonering, det vill säga att avstå från vård som har visst värde för patienter, innebär att minska utbudet av vårdinsatserna med lägst prioritet och styra mot minskad användning av vårdinsatser med låg patientnytta. Dock innebär utbudsbegränsningar en sänkt ambitionsnivå och minskad omfattning av det offentliga åtagandet.

Om andra strategier visar sig vara otillräckliga för att uppnå tillräckliga kostnadsbesparande effektiviseringar, och systemet inte kan tillföras mer resurser för att behålla omfattningen av det offentliga åtagandet, kan ransonering alltid lösa resursproblemet. Vi ser dock att det är väsentligt att uppmärksamma att långtgående prioriteringsarbete potentiellt kan övergå i ransonerade åtgärder, vilket då är en form av ambitionssänkning snarare än en kostnadsbesparande effektivisering.

7.6.3 Välunderbyggda prioriteringar kan jämna ut hälsoskillnader

Vård efter behov är en central utgångspunkt i svensk hälso- och sjukvård. Genom att göra välgrundade prioriteringar när man fördelar resurser, både horisontellt och vertikalt enligt principerna i den etiska plattformen, kan man jämna ut hälsoskillnaderna samtidigt som den samlade hälsovinsten ökar. Att via prioriteringar åstadkomma ökad jämlikhet är alltså en direkt inbyggd mekanism i prioriteringsarbetet.

Utmärkande för strategin om välgrundade prioriteringar är dessutom att den saknar kostnadsdrivande ambitionshöjande inslag. Att fördela tillgängliga resurser genom väl underbyggda prioriteringar ökar möjligheterna att även fortsättningsvis erbjuda hälso- och sjukvård i hög klass och kan bidra till ett robust hälso- och sjukvårdssystem (Svensson 2022, Svenska Läkaresällskapet 2023).

7.6.4 Behovsprioritering kan ge betydande kostnadsbesparingar

Även om principen om kostnadseffektivitet är underordnad de båda andra principerna i den etiska plattformen för prioriteringar, där utgångspunkten är att hälso- och sjukvård ska ges efter behov, anger att det bör finnas en rimlig relation mellan patientnytta och kostnaden av olika insatser. Behovsprioritering kan i första hand bidra till att öka den allokativa effektiviteten, samtidigt som minskat resursslöseri kan öka produktiviteten i vården av enskilda patienter. Tidigare har åtgärder utan effekt, eller med dålig balans mellan kostnader och nytta, uppskattats utgöra mellan 20 och 30 procent av de totala vårdkostnaderna (OECD 2017).

I vår enkätundersökning till regionerna bedömer nästan alla att förändringen *avstå helt från att behandla knappt märkbara avvikelser, när behandling inte kan ge hälsoförbättring (överdiagnostik)* och att *avstå helt från behandling avsedd för allvarligare former av en sjukdom vid lättare former av sjukdomen (överbehandling)* har mycket eller ganska stor betydelse. Något färre anser att betydelsen av att *avstå helt från att ge åtgärder som klassificeras som icke-göra i nationella riktlinjer* har mycket eller ganska stor betydelse.

Vi sammanfattar vår bedömning av strategin enligt figur 56.

Figur 56. Vår sammanfattande bedömning av strategin välgrundade prioriteringar.

Stärkt offentligt åtagande via kostnadsbesparande effektivisering				Utökat offentligt åtagande via kostnadsdrivande effektivisering	Minskat offentligt åtagande via ransonering
Förbättrad åldersrelaterad hälsa	Effektivare sökbeteende	Ökad produktivitet	Ökad allokativ effektivitet		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.7 Strategi 6: Utvecklad kompetensmix för ökad allokativ effektivitet

Avsnittet handlar om hur en utvecklad, mer optimal, kompetensmix kan bidra till kostnadsbesparande effektivisering via ökad allokativ effektivitet.

7.7.1 Optimal kompetensmix gör effektiva insatser möjliga

Kompetensmixen består av de kompetenser och yrkesgrupper som finns inom ett specifikt område eller verksamhet och hur arbetsuppgifterna är fördelade mellan dem. Kompetensväxling, uppgiftsväxling (eng. *task-shifting*), uppgiftsdelening (eng. *task-sharing*) och differentiering är i sin tur olika begrepp som tar fasta på hur kompetenser och arbetsuppgifter kan sättas samman och matchas så effektivt som möjligt, för att möta patienternas och brukarnas behov (SKR 2018a, 2020). Vilken kompetensmix en verksamhet behöver varierar och beror på hur arbetsuppgifterna fördelas mellan personer med olika kompetens.

Kompetensväxling, uppgiftsväxling och uppgiftsdelening används i första hand inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2023d). Fokus ligger på att överlåta arbetsuppgifter från mer kvalificerad och ofta svårrekryterad personal, ofta läkare, till mindre kvalificerad och ofta mer lättrekryterad personal. Det kan också handla om att ta in nya yrkesgrupper som tar över arbetsuppgifter från befintlig personal, som fysioterapeuter, apotekare eller kuratorer.

Differentiering används i första hand inom äldreomsorgen, och fokuserar på att dela upp arbetsuppgifter mellan befintliga yrkesgrupper i stället för att alla gör allt. Framför allt delas arbetsuppgifter upp mellan utbildade undersköterskor och personer med kortare eller ingen utbildning inom vård och omsorg (Vård- och omsorgsanalys 2023b).

7.7.2 Mer optimal kompetensmix kan ge kostnadsbesparande effektivisering

Den genomgående rationaliteten med att utveckla kompetensmixen är att nå och upprätthålla arbetssätt där samtliga kompetenser används rätt inom en verksamhet, det vill säga att nå en ändamålsenlig kvalitetsnivå till så låg resursåtgång eller kostnad som möjligt (Socialstyrelsen 2017, 2019b). Utvecklingen av en ändamålsenlig kompetensmix kan alltså bidra till kostnadsbesparande effektivisering genom förbättrad allokativ effektivitet, det vill säga rätt kompetens, på rätt plats och till lägsta möjliga kostnad.

Uppgiftsväxling inom hälso- och sjukvården kan bidra till ökad allokativ effektivitet

Det centrala med uppgiftsväxling inom hälso- och sjukvården är att överföra lämpligt ansvar mellan olika yrkeskategorier, vilket gör att kompetensen hos läkare och annan personal kan användas på ett mer effektivt sätt (Vård- och omsorgsanalys 2013c). Det ger en utvecklad kompetensmix där personalstyrkan möter patienternas behov på ett adekvat sätt samtidigt som den har en kostnadsminimerande mix av kompetenser. Om det leder till kostnadsbesparingar, i form av exempelvis tid, och de återinvesteras i vården så att de ger mer hälsovinster, har den allokativa effektiviteten förbättrats (Fulton m.fl. 2011).

Inom både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan en utvecklad kompetensmix också bidra till ökad tjänstekvalitet i form av förbättrad kontinuitet för patienter och brukare genom att de snabbare får hjälp om en läkare eller sjuksköterska inte kan vara på plats under alla tider (Corazzini m.fl. 2010, Bystedt m.fl. 2011). Tid för patientnära arbete kan därmed frigöras (Socialstyrelsen 2017). Vid en systematisk genomgång av sjuksköterskors roll som substitut för läkare i primärvården fann man att patientutfallet bibehölls eller förbättrades för vissa patientgrupper, samtidigt som den patientnära tiden ökade. Kostnadseffekterna var dock svåra att mäta (Laurant m.fl. 2019). SKR (2020) lyfter fram att det finns stöd för att uppgiftsväxling leder till bibehållna och i vissa fall även förbättrade kliniska resultat och även förbättrad tillgänglighet, vilket skulle kunna leda till ökad medicinsk kvalitet. Dessa effekter kan rimligtvis uppnås utan att vara kostnadsdrivande, vilket gör dem till en del av den ökade allokativa effektiviteten.

Det är svårt att uttala sig entydigt om vilken evidens som en utvecklad kompetensmix har för att sänka kostnaderna i hälso- och sjukvården, genom exempelvis uppgiftsväxling. Skälet är att tidigare studier främst fokuserat på avgränsade verksamhetsområden eller specifika patientgrupper. Exempelvis har en svensk studie på området visat att uppgiftsväxling mellan läkare och barnmorskor på en medicinsk abortmottagning var kostnadseffektivt (Sjöström m.fl. 2016).

I Västra Götalandsregionen har arbete med uppgiftsväxling av vårdnära

serviceuppgifter pågått i mer än tio år. Sammantaget bedöms effekterna bestå i förbättrad arbetsmiljö, bättre nyttjande av kompetenser samt att uppgiftsväxlingen bidragit till ökad kvalitet och effektivitet i både vård- och servicearbetet (Västra Götalandsregionen 2022).

Oklart om differentiering i hemtjänsten ger kostnadsbesparande effektiviseringar

Inom hemtjänsten är differentiering en sorts uppgiftsväxling som innebär att arbetet delas upp mer än tidigare och nya yrkesgrupper introduceras. Det innebär att viss personal utför enbart serviceinsatser och annan personal mer kvalificerade omvårdnadsinsatser, som att bedöma och tolka patienters omvårdnadsbehov och besluta om åtgärder. Verkningsmekanismen bakom differentiering är att en arbetsdelning ska vara kostnadsbesparande genom att det bidrar till effektivare arbetsätt och potentiellt att kompetensmixen kan vara relativt billigare (Vård- och omsorgsanalys 2023b).

Evidensen för differentiering av arbetsuppgifter för omvårdnads- och servicepersonal inom äldreomsorgen är ännu relativt bristfällig. Resultaten från en förstudie av SBU (2023) om effekter och upplevelser vid differentiering av arbetsuppgifter för omvårdnads- och servicepersonal inom äldreomsorgen visar på att det finns en vetenskaplig kunskapslucka och osäkerhet om vad upplevelsen och effekten av insatsen är. Därför behövs ytterligare studier. Man påpekar dock att avsaknad av vetenskapligt stöd ändå kan innebära att insatsen har effekt på den allokativa effektiviteten. I en utvärdering av införande av differentierade arbetsuppgifter i Askim i Göteborg framkom att de ekonomiska effekterna var svåra att mäta, men man uppskattade att förändringarna inte ledde till kostnadsökningar (Löfström 2007).

En viktig anledning till att arbeta med differentieringen inom äldreomsorgen och hemtjänsten är att skapa en bättre arbetsmiljö för befintlig arbetskraft och samtidigt bidra till göra omvårdnadsyrket mer attraktivt och därmed underlätta för rekryteringar av utbildad personal och i förlängningen minska behovet av nyrekrytering (Vård- och omsorgsanalys 2023b, Mynak 2023). Det är däremot något som i sig varken bidrar till kostnadsbesparande effektivisering eller ambitionshöjning av verksamheterna, men är en grundläggande förutsättning.

7.7.3 Förändrad kompetensmix kan försämra patientsäkerheten

Hur patientsäkerheten påverkas av uppgiftsväxling inom hälso- och sjukvården råder det delade meningar om. Socialstyrelsen (2023d, 2018b) pekar på att det finns risk för att yrkesgrupper som övertar en uppgift inte har tillräcklig kompetens att utföra dem på ett patientsäkert sätt. Professionsföreträdare kritiserar i sin tur uppgiftsväxling och att det potentiellt kan påverka patientsäkerheten negativt (se bland annat Dagens Medicin 2021, 2023) samt att förändrad kompetensmix

snarare kan bidra till sämre arbetsmiljö och svårare förutsättningar för rekrytering (Vårdfokus 2019). Det kan alltså inte uteslutas att förändrad kompetensmix kan leda till försämrad tjänstekvalitet, och därmed ett minskat offentligt åtagande.

7.7.4 Utvecklad kompetensmix kan ge kostnadsbesparande effektivisering

I en situation där kompetensförsörjningen blir allt svårare att upprätthålla bedömer vi att en utvecklad kompetensmix kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Även om evidensen att utveckla kompetensmix bidrar till kostnadsbesparande effektivisering är relativt svag eller ofullständig, framför allt inom äldreomsorgen, finns flera fördelar med strategin, bland annat förbättrad kompetensförsörjningen i båda sektorerna.

I vår enkätundersökning svarade drygt 80 procent av regionerna och 90 procent av kommunerna att förändringen *fler* arbetsuppgifter *utförs av personal utan vårdutbildning* kan ha mycket eller ganska stor betydelse för att hälso- och sjukvården respektive äldreomsorgen ska kunna behålla och rekrytera personal.

Vår bedömning är att andra effekter som kommer av en utvecklad kompetensmix, exempelvis ökad tjänstekvalitet eller medicinsk kvalitet, inte ska ses som ambitionshöjningar i form av kostnadsdrivande effektivisering. Det finns dock patientsäkerhetsrisker förknippade med förändringar i kompetensmixen. Därför bör man genomföra förändringarna tillsammans med berörda professioner samt följa upp arbetssätt kontinuerligt, för att säkerställa att inte patientsäkerheten påverkas negativt.

Vi sammanfattar vår bedömning av strategin enligt figur 57.

Figur 57. Vår sammanfattande bedömning av strategin utvecklad kompetensmix.

Stärkt offentligt åtagande via kostnadsbesparande effektivisering				Utökat offentligt åtagande via kostnadsdrivande effektivisering	Minskat offentligt åtagande via ransonering
Förbättrad åldersrelaterad hälsa	Effektivare sökbeteende	Ökad produktivitet	Ökad allokativ effektivitet		
□	□	□	■	□	□

7.8 Strategi 7: Personcentrering med fokus på egenvård för effektivare sökbeteende

Avsnittet handlar om hur personcentrering, som fokuserar på hjälp till egenvård, kan bidra till ett effektivare sökbeteende.

7.8.1 Personcentrerad vård utgår från patienter och närstående

Vård- och omsorgsanalys anser att personcentrering innebär att patienternas och närståendes behov, resurser och förutsättningar är utgångspunkten i alla delar av vårdprocessen, det vill säga både innan, under, mellan och efter en vårdkontakt. Det handlar till exempel om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling samt att hälso- och sjukvården ger stöd till patienternas egenvård (Vård- och omsorgsanalys 2018b). Det gör att patienter som är med och skapar sin egen vård och hälsa mer ses som aktiva ägare av viktiga resurser snarare än passiva mottagare (Fotaki 2020). Det gör personcentrering till både ett medel att uppnå värden som kvalitet och effektivitet, och ett eget mål i sig (Vård- och omsorgsanalys 2018b).

För att patienter oftare ska ha möjlighet att själva ta ansvar för sin egen hälsa och att vara medskapare i sin vårdprocess är individens hälsokompetens av stor betydelse. Med hälsokompetens (eng. *health literacy*) avses ”individens förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation för att behålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor” (KI 2023).

7.8.2 Ändrat sökbeteende kan vara kostnadsbesparande

Personcentrerad vård som medel, har möjlighet att, genom ökad patientdelaktighet och stärkt hälsokompetens i befolkningen, leda till minskad sjukdomsförekomst och vårdefterfrågan och därmed verka kostnadsbesparande via effektivare sökbeteenden i befolkningen (Draper och Rifkin 2020).

Stöd till egenvård och *self-management* (som är ett bredare begrepp än hur egenvård används och förstås i Sverige) kan exempelvis stärka patienternas självförtroende, förbättra förebyggande åtgärder och på så sätt minska kostnaderna i hälso- och sjukvården (SOU 2016:2). Det finns även en förväntan på att patienter som är mer delaktiga i beslutsfattandet i sin vård inte återvänder lika ofta (Légaré m.fl. 2020). I en systematisk forskningsöversikt (Berkman m.fl. 2011) var ökad sjukhusvistelse och högre användning av akutvård förknippad med låg hälsokompetens. En avhandling lyfter fram ett samband mellan personcentrerad vård och bättre förmåga att själva klara av aktiviteter i dagliga livet (ADL) bland äldre personer på ett särskilt boende, vilket också ger högre livskvalitet (Sjögren 2013).

Evidensen för att åtgärder som syftar till förbättrad personcentrering även

är en kostnadsbesparande effektivisering är dock relativt svag. Den slutsatsen dras exempelvis i en systematisk litteraturoversikt över hälsoekonomiska studier på området (SBU 2017b). Det betyder dock inte att det helt saknas evidens, men hur personcentrerad vård definieras och tillämpas har betydelse för utfallet. Det finns exempel på studier som har påvisat att personcentrerad vård kan bidra till lägre kostnader och att personcentrerad vård är kostnadseffektiv jämfört med standardvård för några specifika patientgrupper (Pirhonen m.fl. 2020, Ekman m.fl. 2012, Hansson m.fl. 2016, Lofti m.fl. 2023). En intervention som förbättrade hälsokompetens hos cancerpatienter ledde exempelvis till att färre sökte sig till akutmottagningen och i stället till ”rätt” vårdnivå (Öhlén m.fl. 2019). Samtidigt är paradoxen med personcentrerad vård att det både kan öka och minska kostnaderna, vilket gör det svårt att avgöra åtgärdens kostnadseffektivitet (Meranius m.fl. 2020). Kunskap om framgångsrika strategier för att skapa förutsättningar för en personcentrerad hälso- och sjukvård på organisations- och systemnivå är dessutom begränsad (Vård- och omsorgsanalys 2018b).

I teorin skulle resurser kunna frigöras om hälsokompetensen förbättras och patienter tar ett större ansvar för sin egen vård. Men det finns en risk för att dessa patienter blir mer resurskrävande och att digital teknik kan förstärka trenden mot större medikalisering (Ekholm m.fl. 2017).

7.8.3 Personcentrering är i stor utsträckning ambitionshöjande

Ambitionen med personcentrerad vård kan delvis vara att hälso- och sjukvården ska bli effektivare, men det finns också andra värden, som i många fall kan vara det primära syftet. Inom forskningslitteraturen uttrycks förväntningar på att stöd till patienter som medskapare i vården kommer att förbättra patienternas upplevelse av hälso- och sjukvården, ge dem mer kontroll över sina liv, förstärka deras inflytande i vården och förbättra hälsoresultaten (SOU 2016:2). Ett annat sätt att se på personcentrerad vård är som ett etiskt förhållningssätt (SKR 2018b). Det betyder att samhället kan vilja öka kostnaderna för att man väger fördelarna och vinsterna med personcentreringen högre.

En personcentrerad hälso- och sjukvård där patienter är involverade i sin egen vård leder oftare till att de följer behandlingsråd, vilket bidrar till både bättre medicinska resultat och nöjdare patienter (Hamann m.fl. 2007, Britten m.fl. 2020, SBU 2017b). Bland personer med långvariga sjukdomar har stöd till eller egenvård exempelvis visat sig ge effekter på hälsorelaterad livskvalitet och hälsosamma levnadsvanor (Nolte och Anell 2020). Det betyder att personcentrerad vård bidrar till kostnadsdrivande ambitionshöjningar genom dels ökad medicinsk kvalitet, dels ökad tjänstekvalitet. Det gäller bara att den bättre medicinska kvaliteten och hälsoresultaten inte leder till minskat vårdsökande, eftersom man annars skulle kunna argumentera för en kostnadsbesparande effektivisering.

Ett förhållningssätt där hälso- och sjukvården lyssnar på patienten och tar hänsyn till varje individs förutsättningar och önskemål att vara att medskapande bör leda till en ökad jämlikhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen (2023e) menar att en jämlik vård är dels tillgänglig, dels personcentrerad. När en patient har svaga förutsättningar för medskapande behöver hälso- och sjukvården erbjuda kompenserande insatser och anpassat stöd. En personcentrerad vård kan därför bidra till hälso- och sjukvårdens kompensatoriska effekter i stort (Vård- och omsorgsanalys 2018b). Men en risk är samtidigt att starka patienter, ofta högutbildade, som kan tala för sig får en bättre vård, vilket leder till minskad jämlikhet. Fors m.fl. (2016) kommer fram till att ett personcentrerat arbetssätt ger större förbättringar för patienter utan eftergymnasial utbildning än patienter med eftergymnasial utbildning.

7.8.4 Inte kostnadsbesparande men har andra fördelar

Det finns viss kunskap om strategier som fungerar i mötet mellan patienter och vårdpersonalen. Däremot finns det begränsat med kunskap om framgångsrika strategier för att skapa förutsättningar för en personcentrerad hälso- och sjukvård på organisations- och systemnivå (Vård- och omsorgsanalys 2018b). Evidensen om personcentrerad vård som kostnadsbesparande effektivisering är dessutom relativt svag. Personcentrerings roll för att dämpa kostnadsutvecklingen är därför oklar och beror ofta på hur den utformas och utförs, eftersom kostnadsbesparande effektivisering sker via effektivare sök beteenden. Men personcentrerad vård är i stor utsträckning ett förhållningssätt och arbetssätt som snarare och sannolikt leder till ambitionshöjningar i verksamheterna genom ökad tjänstekvalitet för patienter och brukare. I vår enkätundersökning uppger majoriteten av regionerna att personcentrerad vård har ganska stor betydelse för att använda resurserna effektivare än i dag. Det motiveras med att syftet med personcentrerad vård är att hälso- och sjukvården ska fungera bra för patienten, vilket inte nödvändigtvis ökar resurseffektiviteten. Samtidigt bedömer nästan 90 procent av regionerna att förändringen *fler patienter, eller anhöriga, tar ett ökat ansvar för egenvård* har mycket stor betydelse för att kunna använda vårdens resurser effektivare än i dag.

Vi sammanfattar vår bedömning av strategin enligt figur 58.

Figur 58. Vår sammanfattande bedömning av strategin personcentrering med fokus på egenvård.

Stärkt offentligt åtagande via kostnadsbesparande effektivisering				Utökat offentligt åtagande via kostnadsdrivande effektivisering	Minskat offentligt åtagande via ransonering
Förbättrad åldersrelaterad hälsa	Effektivare sökbeteende	Ökad produktivitet	Ökad allokativ effektivitet		
□	■	□	□	■	□

7.9 Samlade iakttagelser från vår ramverksanalys

I det här avsnittet sammanfattar vi vår analys av vilken effekt olika strategier kan tänkas ha på det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Vår ambition är att ge ett kunskapsunderlag som kan ligga till grund för fortsatta diskussioner om det offentliga åtagandets omfattning i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Vi har avgränsat oss till att analysera tänkbara strategier inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, men vi är medvetna om att exempelvis andra insatser som antingen kan stärka tillväxten i samhällsekonomin eller bidra till ett ökat arbetsutbud – och på så vis underlätta för att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet – är viktiga att beakta.

Det är nödvändigt att arbeta brett med flera strategier för att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet till 2040. Det framgår av enkätundersökningen till regioner och kommuner. Sannolikt kan ingen enskild strategi ensam lösa alla de utmaningar som hälso- och sjukvården och äldreomsorgen står inför. Vår ambition har varit att visa på breda tänkbara strategier, men urvalet är inte en fullständig inventering av möjliga strategier.

I analysen av strategierna bedömer vi om och på vilket sätt varje strategi kan tänkas bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar, eller vilka andra effekter som strategierna kan ha på det offentliga åtagandet. Figur 59 ger en samlad bedömning av de strategier som vi har analyserat.

Figur 59. Samlad bedömning av samtliga sju strategiers effekter på det offentliga åtagandet.

Strategi	Stärkt offentligt åtagande via kostnadsbesparande effektivisering				Utökat offentligt åtagande via kostnadsdrivande effektivisering	Minskat offentligt åtagande via ransonering
	Förbättrad åldersrelaterad hälsa	Effektivare sök beteende	Ökad produktivitet	Ökad allokativ effektivitet		
1 Balanserad och tjänsteanpassad styrning för övergripande effektivitet						
2 Struktur- och organisationsreformer med fokus på integrations- och skalfördelar för ökad allokativ effektivitet						
3 Minskat behov av vård och äldreomsorg i befolkningen genom att förebygga						
4 Utvecklad organisering och förändrade arbetssätt genom digitalisering för ökad produktivitet						
5 Välgrundad prioritering för ökad allokativ effektivitet						
6 Utvecklad kompetensmix för ökad allokativ effektivitet						
7 Personcentrering med fokus på egenvård för effektivare sök beteende						
	Efterfrågesidan		Utbudssidan		Efterfråge- och/ eller utbudssida	

7.9.1 Alla strategier kan bidra till kostnadsbesparande effektivisering men risk för ambitionshöjning

Vid sidan av att påverka omfattningen av det offentliga åtagandet kan strategierna även ha andra effekter. En central iakttagelse i vår analys är därför vikten av att vara medveten om att strategier också kan medföra kostnadsdrivande ambitionshöjningar, eller påverka jämlikheten, det vill säga hur hälsa och livskvalitet fördelas i befolkningen inom det offentliga åtagandet. Vissa strategier kan även tänkas minska det offentliga åtagandet.

Prevention och personcentrering kan bidra till kostnadsbesparande effektivisering utifrån efterfrågesidan

Strategin som tar fasta på förbättrad prevention verkar huvudsakligen genom att minska befolkningens behov av, och efterfrågan, på vård och äldreomsorg, genom förbättrad hälsa bland äldre. Ju längre insjuknande kan fördröjas och skador undvikas, desto mindre hälso- och sjukvård behöver befolkningen generellt och fler i de äldre åldersgrupperna kan leva självständigt utan äldreomsorg. Ett stort inslag av primärprevention är därför en given bas i en strategimix för att behålla omfattningen av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Om strategin baseras på universell proportionalism, det vill säga kombinerar universella och riktade förebyggande insatser, finns också förutsättningar för att öka jämlikheten i hälsa. Sekundärprevention kan, om den blir mycket omfattande, även bidra till ökad medicinsk kvalitet och kostnadsdrivande ambitionshöjningar i det offentliga åtagandet.

Även personcentrering med fokus på egenvård kan bidra till kostnadsbesparande effektivisering och därmed ett stärkt offentligt åtagande i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Strategin verkar huvudsakligen genom att befolkningen förändrar sitt beteende för att söka vård genom att exempelvis ta ett ökat ansvar för egenvård. En risk med strategin är att delar inom konceptet personcentrerad vård även kan medföra kostnadsdrivande effektivisering och därmed leda till en ambitionshöjning. Olika tillämpningar av strategin kan tänkas ha både positiva och negativa effekter på hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens jämlikhet.

Fem av strategierna bidrar till kostnadsbesparande effektiviseringar utifrån utbudssidan

Strategin för välgrundade prioriteringar förväntas bidra till kostnadsbesparande effektivisering för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Rationaliteten bakom strategin är att hälsoskillnaderna kan utjämnas samtidigt som hälsoförbättringar kan uppnås till lägre kostnad. En rad studier pekar på att det finns potential till kostnadsbesparande effektivisering genom att undvika insatser med mycket begränsad nytta för patienten (lågvärdevård), använda likvärdiga och billigare behandlingar samt göra ändamålsenliga horisontella prioriteringar. Kännetecknande

för strategin är att den sannolikt inte leder till ambitionshöjning i åtagandet och att den ger förutsättningar för att fördela hälsan i befolkningen i linje med den etiska plattformens behovsprincip.

Även de mycket breda strategierna balanserade styrprinciper samt struktur- och organisationsreformer kan bidra till kostnadsbesparande effektivisering från hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, huvudsakligen genom ökad allokativ effektivitet, och i viss mån genom ökad produktivitet. Dessa två strategier kan samtidigt – om det inte avgränsas och fokuseras på avsedd effekt för att stärka det offentliga åtagandet – även bidra till ett utökat offentligt åtagande. Dessutom kan strategierna även medföra både positiva och negativa effekter på hur hälsan fördelas i befolkningen.

Utvecklingen av en ändamålsenlig och optimal kompetensmix kan bidra till kostnadsbesparande effektivisering genom förbättrad allokativ effektivitet – det vill säga rätt kompetens, på rätt plats och till lägsta möjliga kostnad. Det finns inte några egentliga risker för ambitionshöjande inslag i strategin. Däremot är det viktigt att vara uppmärksam på patientsäkerheten så den inte försämras.

Digitaliseringen kan bidra till kostnadsbesparande effektivisering från utbudssidan, huvudsakligen via ökad produktivitet och i viss mån ökad allokativ effektivitet, men även till viss del på efterfrågesidan via effektivare sökbeteende. Samtidigt finns en risk att digitaliseringen leder till kostnadsdrivande effektivisering och därmed ett utökat offentligt åtagande samt att det påverkar hur hälsan fördelas i befolkningen. Att öka produktiviteten inom olika vårdområden eller i äldreomsorgen genom digitalisering är viktigt, samtidigt som de resurser som eventuellt frigörs behöver omfördelas genom horisontella prioriteringar för ökad allokativ effektivitet.

7.9.2 Fler aspekter att beakta vid strategiskt förändringsarbete

Vår analys fokuserar på hur olika strategier kan bidra till effektivisering – kostnadsbesparande eller kostnadsdrivande. Men det finns också en rad ytterligare aspekter som är relevanta. Bland annat kan tidshorizonten och införandet vara viktiga aspekter som påverkar det faktiska utfallet av strategierna. Dessutom påverkar strategierna indirekt antalet arbetade timmar liksom möjligheterna att kompetensförsörja hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Viktigt att ha ett långsiktigt perspektiv vid allt strategiskt utvecklingsarbete

En central dimension vid allt strategiskt förändringsarbete är tidsdimensionen, och att det är viktigt att betrakta arbetet som en investering, där ökade kostnader i dag kan motiveras av kostnadsbesparingar längre fram. Det är alltså den bästa skattningen av nuvärdet av olika satsningar, i vårt fall nuvärdet av kostnadsbesparande effektiviseringar, som bör ligga till grund för prioriteringen mellan olika strategier

och satsningar. Framtida hälsovinster och effektiviseringar förutsätter exempelvis investeringar i digital teknik och mer resurser för förebyggande arbete redan i dag. Men vid resursbrist kan det vara svårt att prioritera exempelvis förebyggande insatser, framför att behandla patienter som redan är sjuka (Sandman och Arvidsson 2023). Dessutom kan det ta tid innan digitalisering och förebyggande insatser ger kostnadsbesparingar och det finns en genuin osäkerhet om vilka lösningar som är bäst på lång sikt. Osäkerheten ökar också över tid men det är viktigt att betänka att ökade kostnader i dag kan vara rationellt för att möjliggöra ännu större kostnadsbesparingar i morgon.

Resurser som frigörs behöver tas till vara

De resurser som frigörs när produktiviteten ökar inom ett vårdområde kan aktivt behöva omfördelas till andra vårdområden eller patientgrupper för att även öka den allokativa effektiviteten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Annars finns risk för att utrymmet ”äts upp” av annat och den samlade effekten blir mindre, än om utrymmet omfördelas och därigenom skapar synergier (Olovsson 2008).

I intervjuer med regionföreträdare framkommer uppfattningen att hälso- och sjukvården historiskt varit dålig på att ta hand om och omfördela resurser som frigjorts, exempelvis till följd av att strokepatienterna blivit allt färre. Samtidigt beskrivs hur hälso- och sjukvården hela tiden omfördelar resurser för att inkludera nya behandlingsmöjligheter i åtagandet, utan nya resurser, eftersom befolkningen förväntar sig att åtagandet utvecklas i takt med den medicinska utvecklingen. I hälso- och sjukvården sker en ständig utveckling och det är en utmaning att förhindra kostnadsdrivande ambitionshöjningar. Här skiljer sig dock utvecklingen inom äldreomsorgen som historiskt i stället präglats av krympande resurser i förhållande till behoven.

Införandet på flera nivåer behöver vara framgångsrikt

Mycket av det utvecklingsarbete som i dag genomförs i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen sker genom olika former av utvecklingsprojekt. Men samtidigt vet vi att långt ifrån alla utvecklingsprojekt resulterar i långsiktig utveckling eller lärande (Vård- och omsorgsanalys 2018c). Lärdomar från forskning om införande, om vad som utgör hinder och möjliggörare är därmed centralt att beakta vid allt utvecklingsarbete.

Vikten av att basera införandet på kunskap eller gedigna beslutsunderlag kan inte nog betonas. I en granskning av beslutsunderlag inför reformer inom en rad olika politikområden konstaterar Riksrevisionen att underlagen ofta brister vad gäller beskrivning av problem, eftersträvarde mål och effekter samt konsekvensanalyser och kostnadsberäkningar (Riksrevisionen 2022b). För att möjliggöra framtida utvärderingar är det centralt att det finns tydliga mål och förväntade effekter.

Det är viktigt att poängtera att strategiernas slutliga utfall avgörs av hur

införandet sker. Exempelvis kan beslut om förändring på nationell nivå syfta till ökad jämlikhet, men den slutliga effekten avgörs av hur reformen införs på regional eller lokal nivå.

Strategierna kan bidra till att behålla dagens omfattning av åtagandet med lägre personaltäthet

Kostnadsbesparande effektivisering handlar delvis om att behålla omfattningen av det offentliga åtagandet genom nya arbetssätt som innebär lägre personaltäthet per patient och brukare än i dag. Det betyder att en indirekt effekt av strategier utan ambitionshöjande inslag är att de kan bidra till att mildra utmaningen med kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Även om analysen fokuserar på finansiering är det rimligt att anta att strategierna även underlättar utmaningen med kompetensförsörjningen om dessa är kostnadsbesparande i någon form. Viktigt att ha med sig är dock att den tid som personalen lägger ned i äldreomsorgen många gånger är avgörande för tjänstens kvalitet. Med förändrade arbetssätt genom exempelvis ökad digitalisering kan effektiviteten öka, men även mänskliga möten är viktiga för kvaliteten (Mörk m.fl. 2019).

7.9.3 Minskat utbud av insatser är en utväg

Om alla andra strategier tillsammans visar sig vara otillräckliga för att balansera befolkningens efterfrågan på vård och äldreomsorg med utbudet och det visar sig att systemet inte kan tillföras mer resurser för att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet, kan minskat utbud, det vill säga ransonering, vara en kvarvarande utväg för att lösa resursproblemet. Det kan exempelvis ske genom minskat utbud av vårdinsatserna med lägst prioritet eller att styra mot minskad efterfrågan på vårdinsatser med låg patientnytta. Besparingspotentialen i direkta utbudsminskningar är i sig stor, eftersom träffsäkerheten är hög på kort sikt. Men samtidigt bidrar det till ett minskat offentlig åtagande, vilket på längre sikt kan ha negativa effekter på både kvalitet och jämlikhet.

Begränsa utbudet av insatser med lägst prioritet och minska efterfrågan

I sak finns inte ett fastställt utbud av vård- och äldreomsorgsinsatser med offentlig finansiering, som vi konstaterade i kapitel 3. Innehåll och omfattning av det offentliga åtagandet bestäms i stället av tillgängliga resurser och de ramar som ges av lagstiftning samt etiska riktlinjer för prioriteringar med mera. Ransonering handlar alltså inte om utrangering av ineffektiva insatser, utan att utbud som fortsatt bedöms ge nytta för patienter och brukare inte längre kan erbjudas av resurs-skäl (SOU 2001:8, Prioriteringscentrum 2017, Vård- och omsorgsanalys 2020b). Ransoneringen bör dock följa prioriteringsordningen, så att insatser med lägst prioritet avvecklas. Dessutom kan styrningen utvecklas mot minskad efterfrågan

på vårdinsatser med låg patientnytta eller insatser i äldreomsorgen, genom att de privata kostnaderna ökar genom höjda avgifter.

Minskat utbud är en direkt besparing

Ett minskat utbud, till följd av resursbrist och som följer prioriteringsordningen, är en direkt besparing för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, förutsatt att resurserna inte överförs till andra verksamheter. Den formen av ransonering utgör dock i sig en ambitionssänkning, som minskar omfattningen av det offentliga åtagandet.

Efterfrågestyrning syftar till att öka de privata kostnaderna för att söka äldreomsorg eller vård. Efterfrågan på vård kan minska genom att man höjer tröskeln för att individer söker vård för mindre besvär, där egenvård kan ses som ett alternativ. Om egenvård är att föredra, kan den ökade barriären ses som en kostnadsbesparande effektivisering. Om barriären däremot förhindrar legitimt vårdsökande, kan barriären bara ses som en kostnadsbesparing. Men om resurserna överförs till aktiviteter som ger mer hälsa eller livskvalitet är det en form av kostnadsbesparande effektivisering.

På sikt leder ransonering till minskad jämlikhet

Direkta utbudsminskningar är en form av ambitionssänkning i omfattningen av det offentliga åtagandet. På sikt kan ransonering tänkas medföra negativa effekter på folkhälsan, eftersom omfånget av insatser som bedöms som effektiva minskar. Vissa patient- eller brukargrupper kan i sin tur drabbas mer än andra, och därför är det nödvändigt att ransoneringen sker på de områden som är lägst prioriterade. I praktiken är dock dessa prioriteringar svåra att genomföra, särskilt på organisationsnivå, och dessutom finns det jämlikhetsrisker med ransonering. Detsamma gäller i ökad utsträckning vid efterfrågestyrning i form av ökade barriärer att söka vård, exempelvis patientavgifter. Risken med höjda patientavgifter i hälso- och sjukvården eller avgifter för äldreomsorgsinsatser är att grupper med låga inkomster missgynnas och undviker att söka vård vid behov (Anell 2014, Burström m.fl. 2008, Corrieri m.fl. 2010, Skriabikova m.fl. 2010, Socialstyrelsen 2000).

8 Sammanfattande resultat och slutsatser

I det här kapitlet redogör vi för våra huvudsakliga resultat och slutsatser, som sammanfattas i figur 60. Slutligen har vi tre medskick för fortsatta diskussioner.

Våra framskrivningar visar att det finns utmaningar förknippade med att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet till 2040. För hälso- och sjukvården är utmaningen främst att det behövs effektiviseringar för att skapa utrymme för fortsatta ambitionshöjningar. För äldreomsorgen är utmaningen ett ökat behov som kommer av att befolkningen blir äldre, vilket betyder att ekonomiska resurser behöver frigöras genom effektiviseringar, för att inte skatter och avgifter ska behöva öka. Dessutom krävs mer personal om inte arbetssätten effektiviseras i relativt stor utsträckning.

Vår enkätundersökning till regioner och kommuner bekräftar och nyanserar huvudsakligen resultaten från våra framskrivningar: Regionerna bedömer möjligheterna att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet som väsentligt bättre än kommunerna. Båda bedömer att det finns en betydande potential för effektiviseringar i verksamheterna. Enkätundersökningen riktad till befolkningen visar att stora delar av befolkningen har höga förväntningar på det framtida offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Vi tolkar detta som att befolkningen förväntar sig att omfattningen av det offentliga åtagandet fortsätter att växa och utvecklas.

Sammantaget visar våra analyser att ett strategiskt förändringsarbete som ger kostnadsbesparande effektiviseringar kan skapa möjligheter för fortsatta ambitionshöjningar i hälso- och sjukvården och bidra till att öka förutsättningarna för att omfattningen av det offentliga åtagandet inom äldreomsorgen kan behållas över tid.

Figur 60. Vi sammanfattar våra resultat i sex övergripande slutsatser.

	1	2	3	4	5	6
Slutsatser	Sammantaget kan dagens omfattning av det offentliga åtagandet behållas, men för fortsatt ambitionshöjning krävs effektiviseringar	För att behålla dagens omfattning av åtagandet krävs sannolikt mindre personalintensiva arbetsätt, särskilt inom äldreomsorgen	Befolkningen förväntar sig att omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen växer, eller åtminstone behålls som i dag	Regionerna bedömer att dagens omfattning av åtagandet i hälso- och sjukvården kan behållas genom att använda resurserna effektivare	Kommunerna bedömer att det finns flera stora utmaningar med att behålla dagens omfattning av åtagandet inom äldreomsorgen	Många strategier kan ge kostnadsbesparande effektiviseringar men också bidra till ambitionshöjningar
Resultat	<ul style="list-style-type: none"> De senaste 20 åren har hälso- och sjukvården genomgått en ambitionshöjning och äldreomsorgen en ambitionssänkning Dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan sammantaget finansieras genom fortsatt tillväxt i ekonomin Hälso- och sjukvården kan behålla dagens omfattning med visst utrymme för fortsatt ambitionshöjning För att behålla omfattningen av åtagandet i äldreomsorgen krävs effektiviseringar motsvarande stora resurstillskott Bättre hälsa bland äldre kan underlätta att behålla omfattningen av åtagandet i äldreomsorgen 	<ul style="list-style-type: none"> Personaltätheten har ökat i hälso- och sjukvården men minskat i äldreomsorgen För att behålla dagens omfattning behövs fler av ekonomins helårsarbeten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen Var fjärde av ekonomins tillkommande helårsarbeten behövs i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040 Trots bättre hälsa krävs förändrade arbetsätt för att behålla dagens omfattning i äldreomsorgen 	<ul style="list-style-type: none"> Drygt tre av fyra förväntar sig åtminstone dagens omfattning av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen i framtiden I befolkningen är tre av fyra positiva till mer egenvård De äldre i befolkningen har blandade uppfattningar om digitalisering som minskar mänsklig kontakt inom äldreomsorgen En övervägande majoritet av de äldre är negativa till att ersätta äldreomsorg med mer ansvar från närstående eller ruttjänster Fler unga ser sig arbeta i hälso- och sjukvården och färre i äldreomsorgen 2040 	<ul style="list-style-type: none"> Resurserna i hälso- och sjukvården kan användas effektivare Nio av tio regioner bedömer att förflyttning från sjukhusvård till primärvård, liksom bättre samordning, kan öka effektiviteten En övervägande majoritet av regionerna bedömer att mer egenvård och förebyggande insatser kan minska befolkningens behov av hälso- och sjukvård Samtliga regioner bedömer att digitalisering har stor betydelse för att effektivisera hälso- och sjukvården Många av regionerna ser svårigheter med att möta befolkningens höga förväntningar på fortsatt ambitionshöjning 	<ul style="list-style-type: none"> Varannan kommun bedömer att de inte kan behålla dagens omfattning av äldreomsorgen trots fortsatt förändringsarbete Bättre hälsa i befolkningen underlättar, men löser inte utmaningen Samtliga kommuner bedömer att äldreomsorgens resurser kan användas effektivare genom bättre samverkan och samordning med regionen Fyra av fem kommuner bedömer att digitalisering kan bidra till effektivisering, men även höjda ambitioner Många kommuner kommer att behöva prioritera bort servicetjänster från åtagandet i äldreomsorgen 	<ul style="list-style-type: none"> Alla sju strategier kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar om de tillämpas på rätt sätt Strategier för förebyggande arbete, välgrundade prioriteringar och utvecklad kompetensmix är sällan kostnadsdrivande Långsiktighet, genomförandeplaner och förmåga att ta tillvara effektiviseringsvinster är viktiga aspekter Minskad omfattning av åtagandet kan lösa resursproblemet men motsvarar inte befolkningens behov

8.1 Sammantaget kan dagens omfattning av det offentliga åtagandet behållas, men fortsatt ambitionshöjning kräver effektiviseringar

Vi har analyserat om det finns förutsättningar att finansiera dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040. Vi baserar våra framskrivningar av kostnadsutvecklingen för det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040 på följande antaganden:

- Befolkningsutvecklingen fram till 2040 följer SCB:s (2024b) befolkningsframskrivning.
- Kostnaden för hälso- och sjukvård och äldreomsorg, i genomsnitt per individ i varje åldersgrupp om fem år, är densamma som i dag.
- Den relativa pris- och löneeffekten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, i förhållande till ekonomin i stort, fortsätter följa samma mönster som under de senaste 20 åren.

Vi ställer kostnadsutvecklingen i relation till utrymmet för offentlig finansiering av hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen till 2040, förutsatt att systemet finansieras som i dag. Vi utgår från följande antaganden:

- Ekonomin utvecklas enligt Konjunkturinstitutets (2024b) långtidsscenario fram till 2040. Skattesystemet och skattesatser samt avgiftsstrukturen i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är desamma som i dag.

Det innebär att utrymmet för offentlig finansiering av hälso- och sjukvården samt äldreomsorg i absoluta tal beror på tillväxttakten i ekonomin.

8.1.1 De senaste 20 åren har hälso- och sjukvården genomgått en ambitionshöjning och äldreomsorgen en ambitionssänkning

Från 2001 till 2019 ökade hälso- och sjukvårdens andel av BNP från 7,2 procent till 7,8 procent av BNP. Motsvarande utveckling inom äldreomsorgen visar en minskning från 3,0 till 2,9 procent, trots att den äldre befolkningens behov ökade mer inom äldreomsorgen. Vår fördjupade analys av kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen under de senaste två decennierna visar på en årlig ambitionsökning i hälso- och sjukvården och en ambitionssänkning i äldreomsorgen.

Ambitionshöjningen i hälso- och sjukvården kan delvis förklaras av att hälso- och sjukvården historiskt varit framgångsrik på att utveckla och ta tillvara ny teknik för diagnostik och behandling, som har kunnat finansieras offentligt. Exempel på medicin-teknisk utveckling är nya läkemedel och andra behandlingsmetoder som ökar möjligheter för att diagnosticera och behandla sjukdom.

Det finns samtidigt flera tecken på ambitionssänkning i äldreomsorgen. Andelen äldre som får äldreomsorg har minskat över tid och utvecklingen kan inte förklaras av förbättrad hälsa bland äldre. Snarare har det skett en förskjutning av beviljade omsorgsinsatser från äldreboenden till hemtjänst och till att närstående tar ett större ansvar. Sedan 2015 är trenden för andelen personer i åldern 65 år eller äldre som får insatser i äldreomsorgen nedåtgående för samtliga insatsformer.

8.1.2 Dagens omfattning av det offentliga åtagandet kan finansieras genom fortsatt tillväxt i ekonomin

Vår framskrivning av kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen visar att dagens omfattning av det offentliga åtagandet kan finansieras till 2040 genom fortsatt tillväxt i samhällsekonomin, det vill säga utan vare sig skatte- eller avgiftsökningar. Det är alltså möjligt att finansiera samma resursinsats per individ och åldersgrupp till 2040 som i dag, samtidigt som hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens sammantagna BNP-andel i princip är densamma 2040 som i dag, andelen ökar från 10,5 procent till 10,6 procent. Effektiviseringar motsvarande ett relativt litet resurstillskott, närmare 7 miljarder kronor (i 2022 års penningvärde), behövs för att behålla dagens omfattning av offentliga åtagandet. De här resultaten och slutsatsen att omfattningen av åtagandet inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen sammantaget kan behållas baseras dock på de samlade resurserna. För att det ska bli verklighet krävs aktiva åtgärder, exempelvis omfördelning från hälso- och sjukvården till äldreomsorgen. En sådan omfördelning uppkommer dock inte av sig själv i ett system med flera olika huvudmän.

Om omfattningen av det offentliga åtagandet ska fortsätta utvecklas med den historiska ambitionsförändringen, blir situationen en annan. För att ambitionshöjningen inom hälso- och sjukvården ska kunna fortsätta, liksom ambitions-sänkningen inom äldreomsorgen, beräknas den sammantagna andelen av BNP behöva växa till 12,1 procent 2040. Det betyder ett resurstillskott på nästan 132 miljarder kronor till 2040 (i 2022 års penningvärde) eller motsvarande effektiviseringar.

8.1.3 Hälso- och sjukvården kan behålla dagens omfattning med visst utrymme för fortsatt ambitionshöjning

Vår framskrivning av kostnadsutvecklingen för enbart hälso- och sjukvården visar att dagens resursinsats per individ och åldersgrupp kan finansieras till en lägre BNP-andel än i dag. Det innebär att den förväntade tillväxttakten i ekonomin om 1,74 procent per år är högre än vår framskrivna kostnadsökning för dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården, som växer med 1,1 procent varje år.

En konstant BNP-andel för hälso- och sjukvården till 2040, ger även utrymme för begränsade ambitionshöjningar. Däremot ryms inte den ambitionshöjning som vi sett och befolkningen blivit van vid under de senaste decennierna. För detta skulle det krävas effektiviseringar som motsvarar ett årligt resurstillskott på 4 miljarder kronor, totalt nästan 73 miljarder kronor till 2040 (2022 års penningvärde). Med ett sådant resurstillskott ökar BNP-andelen från dagens 7,8 procent 2022 till 8,7 procent 2040. Om vi inte är beredda att tillföra dessa resurser till hälso- och sjukvården och utöka BNP-andelen, innebär det i praktiken att exempelvis nya mer kostsamma läkemedel inte kommer kunna inkluderas inom det offentliga åtagandet i samma takt som tidigare.

8.1.4 För att behålla omfattningen av åtagandet i äldreomsorgen krävs effektiviseringar motsvarande stora resurstillskott

Det är en utmaning att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet i äldreomsorgen till 2040. Enligt vår framskrivning beräknas äldreomsorgens kostnadsökning utifrån befolkningsutvecklingen till knappt 2,4 procent varje år. Men under samma period förväntas BNP växa med 1,74 procent varje år. Sammantaget behöver äldreomsorgens BNP-andel öka från dagens nivå på 2,7 procent till 3,6 procent 2040, för att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet. Det innebär ett behov av effektiviseringar som motsvarar ett resurstillskott på nästan 4,5 miljarder kronor varje år eller omkring 75 miljarder kronor totalt 2040 (2022 års penningvärde). Något som kan bidra till effektivisering är en fortsatt utveckling av mer avancerade hjälpmedel och välfärdsteknik.

8.1.5 Bättre hälsa bland äldre kan underlätta att behålla omfattningen av åtagandet i äldreomsorgen

Ett av våra grundläggande antaganden är att befolkningens behov av vård och äldreomsorg i olika åldersgrupper är konstanta fram till 2040. Det finns dock skäl att tro att hälsan förbättras i takt med att medellivslängden ökar och att vi samtidigt blir självständiga lite längre. Om vi därför antar att hälsoförbättringen leder till att behovet av äldreomsorg förskjuts med ett år i genomsnitt till 2040 dämpas kostnadsökningen och bilden ser ljusare ut för äldreomsorgen. Men utmaningen att behålla dagens omfattning av åtagandet till 2040 finns kvar och det skulle fortfarande krävas att effektiviseringar genomförs, eller att ytterligare resurser tillförs äldreomsorgen.

8.2 Att behålla dagens omfattning av åtagandet kräver mindre personalintensiva arbetssätt, särskilt inom äldreomsorgen

Vi har analyserat om det finns förutsättningar att kompetensförsörja dagens omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040. Vi utgår från följande antaganden när vi skriver fram antalet helårsarbeten som behövs för att behålla dagens personaltäthet till 2040:

- Befolkningsutvecklingen till 2040 följer SCB:s (2024b) befolkningsframskrivning.
- Kostnaden för hälso- och sjukvård och äldreomsorg, i genomsnitt per individ i varje åldersgrupp om fem år, är densamma som i dag.
- Arbetssätten är desamma 2040 som 2021, det vill säga de personalresurser som krävdes 2021 för att utföra exempelvis en behandling eller äldreomsorgsinsats är desamma 2040.

Vi jämför sedan kompetensbehoven i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen till 2040 med arbetsutbudet i ekonomin. Vi utgår från följande antaganden:

- Arbetsutbudet i ekonomin utvecklas enligt Konjunkturinstitutets (2024b) långtidsscenario till 2040.

Det innebär att utrymmet för kompetensförsörjning av det offentliga åtagandet beror på arbetsutbudet i ekonomin. Notera att vi inte beräknar hur den framtida kostnadsutvecklingen skulle kunna påverkas av att behålla dagens personaltäthet till 2040. Det innebär alltså att vi skriver fram behovet av personal, förutsatt att balansen mellan teknik och arbetskraft även fortsättningsvis är ungefär som i dag.

8.2.1 Personaltätheten har ökat i hälso- och sjukvården men minskat i äldreomsorgen

Under 2000-talet har personaltätheten i hälso- och sjukvården ökat något, medan personaltätheten inom äldreomsorgen minskat. Utvecklingen i hälso- och sjukvården har överstigit befolkningsutvecklingen de två senaste decennierna, medan antalet sysselsatta och helårsarbeten (arbetade timmar) i äldreomsorgen inte speglar befolkningsutvecklingen. Under förutsättning att verksamheternas produktivitet inte har ökat i motsvarande utsträckning, innebär det sammantaget att ambitionsnivån för det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården ökat över tid medan den minskat inom äldreomsorgen.

8.2.2 För att behålla dagens omfattning behövs fler av ekonomins helårsarbeten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen

År 2021 utfördes nästan 242 000 helårsarbeten inom hälso- och sjukvården och knappt 164 000 helårsarbeten i äldreomsorgen. Vår framskrivning visar att antalet helårsarbeten behöver öka inom både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040, förutsatt att balansen mellan teknik och arbetskraft ser ut ungefär som i dag. Om teknik kan ersätta och komplettera arbetskraft får stora effekter på efterfrågan på arbetskraft.

I dag utförs 10,5 procent av ekonomins helårsarbeten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Mellan 2021 och 2040 väntas antalet helårsarbeten i ekonomin växa med omkring 0,69 procent varje år och under samma period beräknas antalet helårsarbeten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen öka med 1,44 procent varje år. Det betyder att 12,1 procent, av ekonomins helårsarbeten, behöver utföras i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, för att behålla personaltätheten till 2040. Vilket motsvarar runt 70 000 fler helårsarbeten än i dag. Förutsatt att vi har samma medelarbetstid som 2021 handlar det om nästan 94 000 antal sysselsatta personer.

Våra framskrivningar visar att personaltätheten i hälso- och sjukvården kan behållas utan krav på omfattande effektiviseringar. Personalökningen i hälso- och sjukvården som behövs utifrån befolkningsutvecklingen är 0,68 procent varje år. Därav är möjligheten att behålla dagens personaltäthet relativt goda. För att personaltätheten i hälso- och sjukvården ska kunna fortsätta utvecklas med den historiska ambitionsförändringen, blir situationen en annan. Då behöver andelen av helårsarbeten i ekonomin som utförs i hälso- och sjukvården öka från drygt 6,3 procent till 6,5 procent 2040. Det motsvarar omkring 12 000 fler helårsarbeten 2040, eller runt 17 000 sysselsatta personer, förutsatt att vi har samma medelarbetstid som 2021.

Om personaltätheten ska behållas behövs nästintill hela det ökade personalbehovet inom äldreomsorgen. För att äldreomsorgen ska svara upp mot befolkningens behov, ökar andelen av ekonomins helårsarbeten som utförs i äldreomsorgen från dagens 4,2 procent till 5,8 procent 2040. Det är ett tillskott av nästan 4 000 helårsarbeten varje år och totalt drygt 70 000 helårsarbeten fram till 2040. Det motsvarar i sin tur nästan 91 000 sysselsatta personer, förutsatt att vi har samma medelarbetstid som 2021.

8.2.3 Var fjärde av ekonomins tillkommande helårsarbeten behövs i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040

Nästan var fjärde, knappt 24 procent, av samtliga tillkommande helårsarbeten i ekonomin från i dag till 2040 behöver utföras i hälso- och sjukvården eller äldreomsorgen. Följaktligen kan runt 76 procent av tillkommande helårsarbeten utföras

i andra delar av ekonomin, som exempelvis utbildningsväsendet, försvaret eller näringslivet, att jämföra med nästan 90 procent av samtliga helårsarbeten som i dag.

I vår framskrivning är det tydligt att äldreomsorgen behöver en stor andel av ekonomins tillkommande helårsarbeten de närmaste 20 åren, från 4,2 procent av ekonomins helårsarbeten till 5,8 procent 2040. Det kan låta som en relativt liten förändring, men det betyder att var sjätte, runt 17 procent, av alla tillkommande helårsarbeten mellan 2021 och 2040 behöver utföras inom äldreomsorgen.

8.2.4 Trots bättre hälsa krävs förändrade arbetsätt för att behålla dagens omfattning i äldreomsorgen

Ett av våra grundläggande antaganden är att befolkningens behov av vård och äldreomsorg i olika åldersgrupper är konstanta fram till 2040. Om vi i stället antar att hälsan blir bättre bland äldre utan att det förändrar behoven av hälso- och sjukvård men minskar behovet av äldreomsorg genom att förskjuta behoven ett år framåt i livet i genomsnitt. Då sjunker behovet av helårsarbeten i äldreomsorgen från knappt 2,4 procent till 1,73 procent varje år mellan 2022 och 2040. Förbättrad hälsa i den äldre befolkningen minskar äldreomsorgens utmaning med framtida kompetensförsörjning, men löser den inte. Då sjunker behovet av personella resurser för att behålla dagens personaltäthet från 70 000 helårsarbeten till drygt 40 000 helårsarbeten i äldreomsorgen fram till 2040.

8.3 Befolkningen förväntar sig att omfattning av det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen växer, eller åtminstone behålls som i dag

Resultaten bygger på en enkätundersökning till vår befolkningspanel. Samtliga deltagare fick frågor om hälso- och sjukvården. Personer i åldern 65 år eller äldre fick även motsvarande frågor om äldreomsorgen, medan personer yngre än 40 år fick besvara frågor om sin sysselsättning i dag och vad de ser sig arbeta med 2040. Totalt svarade 1 084 personer på vår enkät. För att få fler svar i gruppen 39 år eller yngre gjorde vi en kompletterande insamling, där ytterligare 1 337 personer svarade på enkätens frågor om kompetensförsörjning.

8.3.1 Drygt tre av fyra förväntar sig åtminstone dagens omfattning av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen i framtiden

När vi blir rikare ökar den relativa betydelsen av välfärdstjänster liksom våra förväntningar på vad välfärden ska innehålla och klara.

Enkätsvaren visar att befolkningen anser att hälso- och sjukvården över lag

fungerar bättre än äldreomsorgen i dag. Två av tre, 66 procent, uppfattar att hälso- och sjukvården fungerar mycket eller ganska bra, samtidigt som nästan varannan, 45 procent, i åldersgruppen 65 år eller äldre uppfattar att äldreomsorgen fungerar mycket eller ganska bra. För både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ser befolkningen att bemötande och kvalitet är över lag bra, medan tillgängligheten uppfattas som ganska eller mycket dålig.

Enkätresultaten bekräftar att befolkningen har höga förväntningar på det framtida åtagandet i både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Drygt 40 procent förväntar sig att hälso- och sjukvården 2040 tillgodoser befolkningens behov i mycket större eller större utsträckning än i dag. 36 procent förväntar sig att det tillgodoses i ungefär samma utsträckning som i dag. Sannolikt förväntar befolkningen sig att ambitionshöjningarna i det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården fortsätter som under de senaste 20 åren.

Den äldre befolkningens förväntningar på äldreomsorgen visar samma mönster. 42 procent förväntar sig att äldreomsorgen 2040 tillgodoser den äldre befolkningens behov i mycket större eller större utsträckning än i dag. 37 procent förväntar sig att äldreomsorgen tillgodoser behoven i ungefär samma utsträckning som i dag.

8.3.2 I befolkningen är tre av fyra positiva till mer egenvård

Relativt många i befolkningen, 74 procent, uppfattar även förändringen att *patienten eller anhöriga tar ett ökat ansvar för egenvård och att själv mäta och rapportera sina värden digitalt från hemmet* som ganska eller mycket positiv. Det vanligaste svaret är *ganska positivt*. Samtidigt uppfattar var tionde i befolkningen den förändringen som mycket negativ.

En majoritet i befolkningen, 83 procent, är ganska eller mycket positiva till att *befolkningen i större utsträckning tar hand om lindriga besvär och åkomor utan att kontakta vården*. Det vanligaste svaret är *mycket positivt*.

8.3.3 De äldre i befolkningen har blandade uppfattningar om digitalisering som minskar mänsklig kontakt inom äldreomsorgen

Kommunerna ser digitalisering som en förändringsstrategi med möjlighet att bidra till att upprätthålla det offentliga åtagandet i äldreomsorgen med mindre personalintensiva arbetssätt, men befolkningen är inte odelat positiv. Välfärdsteknik som riskerar att minska mänsklig närvaro, exempelvis digital tillsyn både dagtid och nattetid samt digital kommunikation, ses som minst positivt av befolkningen i åldern 65 år eller äldre. Bara var femte i befolkningen är mycket eller ganska positiv till att tillsyn på dagtid oftare sker digitalt, medan var tredje är positiv till förändringen *tillsyn nattetid oftare sker digitalt*. Att kommunikationen mellan brukare och personal eller närstående i större utsträckning sker digitalt uppfattas

mycket eller ganska positivt av 42 procent. Ungefär varannan, 53 procent, uppfattar exempelvis digitala matbeställningar som ganska eller mycket positiv. Det finns alltså en skillnad mellan vad kommunerna bedömer har stor betydelse för att använda resurserna effektivare och vad befolkningen ser som positiva förändringar av verksamheterna.

8.3.4 En övervägande majoritet av de äldre är negativa till att ersätta äldreomsorg med mer ansvar från närstående eller ruttjänster

Endast 12 procent av befolkningen 65 år eller äldre uppfattar ett utökat ansvar från närstående för vård och omsorg om äldre som positivt. Något fler ställer sig positiva till att vård- och omsorgstagare betalar högre avgifter, runt 30 procent. Ytterligare något fler ser positivt på att ruttjänster ersätter mer av offentligt finansierad äldreomsorg, strax över 40 procent.

Sammanfattningsvis är en övervägande majoritet av befolkningen negativt inställd till att ersätta ett offentligt åtagande med ett utökat ansvar för närstående för vård och omsorg om äldre. Många är även negativa till att ruttjänster ersätter mer av det offentliga åtagandet inom äldreomsorgen. Dessa förändringar är en form av ransonering som minskar omfattningen av det offentliga åtagandet.

8.3.5 Fler unga ser sig arbeta i hälso- och sjukvården och färre i äldreomsorgen 2040

Hälso- och sjukvården, men framför allt äldreomsorgen har utmaningar med kompetensförsörjningen. I enkätundersökningen till befolkningen uppger en övervägande majoritet i åldersgruppen yngre än 40 år att de uppfattar arbetet inom både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen som meningsfullt. Men även om sektorerna tillsammans kan behålla andelen av arbetskraften i ekonomin till 2040, visar våra enkätresultat att äldreomsorgen kommer ha en mer utmanande situation jämfört med hälso- och sjukvården. Befolkningen har något mer positiva uppfattningar om arbetsmiljön i äldreomsorgen än i hälso- och sjukvården och tvärt om för påståendet att lönerna är bra.

8.4 Regionerna bedömer att dagens omfattning av åtagandet i hälso- och sjukvården kan behållas genom att använda resurserna effektivare

Våra resultat bygger på en enkät som vi skickade till tjänstepersoner och chefer för hälso- och sjukvården i varje region i september 2023. Vi ställde frågor om regionernas bedömningar av det framtida offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården till 2040 samt betydelsen av möjliga förändringar för att använda

resurserna effektivare än i dag. 18 regioner besvarade enkäten. För att fördjupa vår förståelse för enkätresultaten genomförde vi även intervjuer med företrädare för tre regioner.

Även om alla framåtblickar är förknippade med osäkerhet, som blir större ju längre in i framtiden de sträcker sig, ser vi att regionerna har god insikt i de utmaningar som väntas fram till 2040 eftersom ungefär tre av fyra regioner gjort någon form av framtidsstudie.

8.4.1 Resurserna i hälso- och sjukvården kan användas effektivare

Ungefär två av tre regioner, 65 procent, bedömer att hälso- och sjukvårdens förutsättningar för att möta de samlade vårdbehoven hos invånarna i den egna regionen i dag är mycket eller ganska goda.

Varannan region, 53 procent, bedömer att offentligt finansierad hälso- och sjukvård genom intensifierat förändringsarbete med fokus på effektivisering kan tillgodose de samlade vårdbehoven hos befolkningen i ungefär samma utsträckning som i dag till 2040. Ytterligare 41 procent av regionerna uppger att åtagandet till 2040 kan tillgodose befolkningens vårdbehov i större utsträckning än i dag. Däremot anser de svarande att det krävs ett intensifierat förändringsarbete som tar fasta på att använda resurserna effektivare än i dag, och omfattar många olika förändringar. Det kommer alltså inte vara tillräckligt med ett par eller ett fåtal förändringar.

I stora drag anser vi att enkätresultaten bekräftar bilden från våra egna framskrivningar, det vill säga det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården kan behållas i dagens omfattning samtidigt som resurserna behöver användas effektivare för att kunna behålla den historiska ambitionshöjningen.

8.4.2 Nio av tio regioner bedömer att förflyttning från sjukhusvård till primärvård, liksom bättre samordning, kan öka effektiviteten

För att använda vårdens resurser effektivare, behöver befolkningens skiftande vårdbehov tillgodoses på rätt vårdnivå samt olika vårdnivåer och aktörer samverka och samordna bättre med varandra. Nästan alla regioner, 89 procent, bedömer att bättre samordning med kommunerna har mycket eller ganska stor betydelse för att använda resurserna effektivare. Lika många regioner bedömer att bättre samordning mellan primärvård och specialiserad vård inom den egna regionen har mycket eller ganska stor betydelse för att använda resurserna effektivare.

Drygt 90 procent av regionerna bedömer att förflyttning från sjukhusvård till en mer nära vård, där primärvården tar hand om mer av befolkningens vårdbehov, har mycket eller ganska stor betydelse för att resurserna ska kunna användas effektivare. I undersökningarnas fritextsvar beskriver flera att de förväntade

effekterna av omställningen till nära vård har kritisk betydelse för att regional hälso- och sjukvård ska kunna möta befolkningens behov i samma utsträckning som i dag till 2040.

Dessutom ser tre av fyra regioner stor eller ganska stor betydelse i ökad koncentration av specialiserad vård inom regionen och ökad centralisering av specialiserad vård, inom samverkansregionen eller nationellt. I fristextsvaren framgår att flera regioner anser att det är möjligt att öka effektiviteten genom att omfördela vårdutbudet inom samverkansregionerna.

8.4.3 En övervägande majoritet av regionerna bedömer att mer egenvård och förebyggande insatser kan minska befolkningens behov av hälso- och sjukvård

Betydelsen av förebyggande arbete för att minska befolkningens behov av vård, liksom betydelsen av ökad förekomst av egenvård, framträder i både regionernas fritextsvar i enkäten och i intervjuerna. I intervjuer betonar regionerna vikten av att arbeta mer med förebyggande och hälsofrämjande insatser för att befolkningens vårdbehov i förlängningen ska öka mindre än förväntat.

Dessutom bedömer samtliga regioner att en utveckling mot att fler patienter eller anhöriga tar mer ansvar för egenvård har mycket eller ganska stor betydelse. Det vanligaste svaret, 89 procent, är *mycket stor betydelse*.

8.4.4 Samtliga regioner bedömer att digitalisering har stor betydelse för att effektivisera hälso- och sjukvården

Digitalisering beskrivs ofta som en nyckel för att klara det offentliga åtagandet och åstadkomma nödvändiga effektiviseringar inom hälso- och sjukvården. Nästan alla regioner bedömer att förändringar genom digitalisering har mycket eller ganska stor betydelse. Samtliga regioner bedömer att introduktionen av mer funktionella system för informationsöverföring mellan vårdgivare, AI-baserade stöd för diagnosticering och AI-stöd i dokumentation kan ha mycket eller ganska stor betydelse. Nästan lika många regioner bedömer betydelsen av att fler kontakter mellan patienter och hälso- och sjukvården sker digitalt som mycket eller ganska stor.

8.4.5 Många av regionerna ser svårigheter med att möta befolkningens höga förväntningar på fortsatt ambitionshöjning

Regionerna förmedlar bilden av att befolkningens förväntningar på hälso- och sjukvården präglas av att den snabba medicinska och medicintekniska utvecklingen hittills har integrerats i det offentliga åtagandet löpande. Men regionerna ser också att en fortsatt ambitionshöjning i det offentliga åtagandet i takt med den medicinska

utvecklingen är utmanande. Flera efterlyser därför en diskussion i samhället för att skapa acceptans för tydliga prioriteringar i det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården.

8.5 Kommunerna bedömer att det finns flera stora utmaningar med att behålla dagens omfattning av åtagandet inom äldreomsorgen

Resultaten bygger på en enkät som vi skickade till tjänstepersoner i samtliga kommuner under september 2023. Vi ställde frågor om kommunernas bedömningar av det framtida offentliga åtagandet inom äldreomsorgen, där kommunal hälso- och sjukvård för befolkningen i åldern 65 år eller äldre ingår, samt betydelsen av möjliga förändringar för att använda resurserna effektivare till 2040 än i dag. 190 kommuner besvarade enkäten. För att fördjupa vår förståelse för enkätresultaten genomförde vi även intervjuer med företrädare för fem kommuner.

Även om alla framåtblickar är förknippade med osäkerhet, som blir större ju längre in i framtiden de sträcker sig, ser vi att kommunerna har god insikt i de utmaningar som väntas komma, eftersom ungefär tre av fyra kommuner gjort någon form av framtidsstudie.

8.5.1 Varannan kommun bedömer att de inte kan behålla dagens omfattning av äldreomsorgen trots fortsatt förändringsarbete

Kommunerna uppger att äldreomsorgen redan i dag präglas av små ekonomiska marginaler och svårigheter med kompetensförsörjningen, samtidigt som allt komplexare behov hos den äldre befolkningen tas om hand inom kommunal hälso- och sjukvård och äldreomsorg.

Drygt varannan kommun, 56 procent, bedömer att offentligt finansierad äldreomsorg, trots ett intensifierat förändringsarbete, kommer kunna tillgodose de samlade vård- och omsorgsbehoven hos befolkningen i åldern 65 år eller äldre i mindre utsträckning än i dag 2040. Var fjärde kommun, 26 procent, bedömer att befolkningens behov kommer kunna tillgodoses i ungefär samma utsträckning som i dag med intensifierat förändringsarbete. Flera kommuner sammanfattar de svårigheter som äldreomsorgen står inför som att tillgodose större behov med mindre personal och mindre ekonomiska resurser än i dag. Därigenom bekräftar enkätresultaten våra egna framskrivningar, det vill säga att det sannolikt kommer krävas ett resurstillskott i äldreomsorgen för att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet.

8.5.2 Bättre hälsa i befolkningen underlättar, men löser inte utmaningen

Kommunerna betonar särskilt betydelsen av förebyggande insatser för att möjliggöra att individer är självständiga högre upp i åldrarna, eftersom äldreomsorgens resurser annars kommer vara mycket begränsade i förhållande till behoven under de närmaste 20 åren. Betydelsen av att förbättra befolkningens åldersrelaterade hälsa, och därigenom minska befolkningens behov av äldreomsorg i framtiden, genom förebyggande insatser kan alltså inte överdrivas.

Våra framskrivningar visar att bättre hälsa bland äldre, som leder till att behoven av äldreomsorg kan förskjutas med ett år i genomsnitt, påverkar kostnadsutvecklingen ganska mycket. Men kostnadsutvecklingen begränsas inte i tillräcklig utsträckning för att skapa en hållbar situation för äldreomsorgen.

8.5.3 Samtliga kommuner bedömer att äldreomsorgens resurser kan användas effektivare genom bättre samverkan och samordning med regionen

Nästan alla kommuner, 96 procent, bedömer att bättre samordning och samverkan mellan kommuner och regioner har mycket eller ganska stor betydelse för att använda äldreomsorgens resurser effektivare än i dag. Det vanligaste svaret är *mycket stor betydelse*. Av fritextsvaren från kommunerna framgår att kommuner och regioner behöver bättre kunskap om och förståelse för varandras processer, för att identifiera möjligheter till samordning och undvika förskjutning av ansvar.

Många kommuner beskriver att hemsjukvården tar hand om patienter med allt komplexare behov, samtidigt som den regionala primärvården ofta är osynlig och omställningen till nära vård även medför att omvårdnadsuppgifter överförs från slutenvården till hemmet. Sammantaget ökar trycket på kommunernas verksamheter, vilket bidrar till svårigheterna att behålla omfattningen av åtagandet gentemot den äldre befolkningen. Av fritextsvaren framkommer att många kommuner uppfattar samarbetet och samverkan med regional hälso- och sjukvård som komplicerat och flera upplever att regionen ”trycker över ansvar på kommunen”. Kommuner som uppfattar att samordningen med regionen fungerar någorlunda bra verkar ha mindre negativa uppfattningar om omställningen till nära vård.

8.5.4 Fyra av fem kommuner bedömer att digitalisering kan bidra till effektivisering, men även höjda ambitioner

En övervägande majoritet av kommunerna, mellan 85 och 93 procent, bedömer att olika förändringar genom digitalisering har mycket stor eller ganska stor betydelse för att resurserna ska kunna användas effektivare. Det vanligaste svaret är

genomgående *mycket stor betydelse*, vilket kan tolkas som att många förändringar för ökad digitalisering behöver göras.

Samtidigt uttrycker många att det finns en övertro på att digitalisering ska ersätta personal som inte finns och beskriver en risk för att ökad digitalisering i stället ger kvalitetshöjningar.

8.5.5 Många kommuner kommer att behöva prioritera bort servicetjänster från åtagandet i äldreomsorgen

Stora delar av befolkningen, 65 år eller äldre, förväntar sig att äldreomsorgen framöver ska tillgodose den äldre befolkningens behov i åtminstone ungefär samma utsträckning som i dag. Kommunerna står inför växande obalanser mellan åtaganden och kapacitet att klara verksamheten, dessutom ökar skillnaderna i förutsättningar mellan olika kommuner. Även med ett intensifierat förändringsarbete för att använda resurserna effektivare än i dag bedömer drygt varannan kommun att den äldre befolkningens behov framöver kommer kunna tillgodoses i mindre eller mycket mindre utsträckning än i dag.

Om det offentliga åtagandet inte kan möta behoven behöver samarbetet med civilsamhället, näringslivet och anhöriga utvecklas. Många kommuner uppger att det kommer krävas prioriteringar inom det offentliga åtagandet. Nästan alla kommuner, 92 procent, bedömer att det är mycket eller ganska troligt att ruttjänster kommer ersätta offentligt finansierad äldreomsorg oftare än i dag. Dessutom bedömer 65 procent av kommunerna att det är mycket eller ganska troligt att närstående kommer behöva ta ett utökad ansvar för vård och omsorg om äldre till 2040.

8.6 Många strategier kan ge kostnadsbesparande effektiviseringar men också bidra till ambitionshöjningar

Utifrån ett ramverk med ett hälsoekonomiskt resonemang analyserar vi vilka effekter olika former av strategiskt förändringsarbete kan ha på det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Våra framskrivningar av det offentliga åtagandet, liksom regionernas och kommunernas bedömning av utvecklingen i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen vittnar om att systemet som helhet står inför stora utmaningar fram till 2040. Utmaningarna består i att behålla dagens åtagande och samtidigt fortsätta den ambitionshöjning som befolkningen är van vid.

Med strategier menar vi breda arbets sätt, reformer och förändringsarbeten. Vi har identifierat och analyserat sju breda strategier:

1. Balanserad och tjänsteanpassad styrning för övergripande effektivitet
2. Struktur- och organisationsreformer med fokus på integrations- och skal fördelar för ökad allokativ effektivitet
3. Minskat behov av vård och äldreomsorg i befolkningen genom att förebygga
4. Utvecklad organisering och förändrade arbetssätt genom digitalisering för ökad produktivitet
5. Välgrundade prioriteringar för ökad allokativ effektivitet
6. Utvecklad kompetensmix för ökad allokativ effektivitet
7. Personcentrering med fokus på egenvård för effektivare sök beteende.

Urvalet och analysen är varken en heltäckande genomgång av alla tänkbara strategier eller en fullständig genomlysning av varje strategi. En viktig avgränsning är att vi bara utgår från strategier som kan verkställas inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Det betyder att vi utesluter insatser som kan stärka tillväxten i samhällsekonomin eller bidra till ett ökat arbetsutbud, exempelvis strukturella förändringar på arbetsmarknaden.

8.6.1 Alla sju strategier kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar om de tillämpas på rätt sätt

Vi har analyserat om, och hur, olika former av strategiskt förändringsarbete inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar – förändringar som bidrar till att behålla dagens produktion av hälsa, livs- eller tjänstekvalitet samtidigt som kostnaderna är lägre – och om de kan förväntas bidra till andra mer kostnadsdrivande effekter, exempelvis ökad kvalitet. Analysen fokuserar på hur de samlade ekonomiska resurserna, oavsett framtida personaltäthet, kan användas effektivare än i dag. De resurser som frigörs via effektiviseringarna kan i sin tur användas till förbättrade villkor och arbetsmiljö för personalen inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, varpå möjligheterna att behålla dagens omfattning av åtagandet – både ekonomiska resurser och personal – går hand i hand.

På efterfrågesidan i systemet kan olika strategier verka genom förbättrad åldersrelaterad hälsa i befolkningen och ett effektivare sök beteende från befolkningen. För att ge kostnadsbesparande effektivisering på utbudssidan krävs att strategierna bidrar till ökad produktivitet och eller ökad allokativ effektivitet. Ökad allokativ effektivitet handlar om att göra rätt saker och beror på i vilken grad olika verksamheter i systemet ägnar sig åt vård som är ändamålsenlig i förhållande till dels befolkningens samlade behov, dels jämlikhet, som formulerats i lagar och andra regler.

Vi har utvecklat ett ramverk för en samlad bedömning av om sju breda strategier kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar och i förlängningen stärka

det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Ramverket presenteras i figur 50 och analysen sammanfattas i figur 59 i kapitel 7.

8.6.2 Strategier för förebyggande arbete, välgrundade prioriteringar och utvecklad kompetensmix är sällan kostnadsdrivande

Vår analys visar att strategier för att förbättra befolkningens åldersrelaterade hälsa genom att förebygga och för att göra väl underbyggda prioriteringar är särskilt relevanta för kostnadsbesparande effektivisering, eftersom dessa samtidigt medför en begränsad risk för ambitionshöjande inslag. Även i vår enkätundersökning betonar kommuner och regioner betydelsen av förebyggande insatser. Ett stort inslag av primärprevention är en given bas i en strategimix för att stärka det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Primärprevention handlar om att försöka skjuta upp insjuknande i olika sjukdomar och skador genom att stödja befolkningen i att förändra ohälsosamma levnadsvanor och förebygga fallolyckor bland äldre.

Dessutom kan prevention ge en jämlikare fördelning av hälsan i befolkningen inom det offentliga åtagandet utan att förändra dess ambitionsnivå. Vi vill dock uppmärksamma att omfattande sekundärprevention, det vill säga insatser för att upptäcka sjukdomar i ett tidigt skede, kan medföra kostnadsdrivande ambitionshöjning i det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården.

Strategin om väl underbyggda prioriteringar handlar om att uppnå hälsoförbättringar till en lägre kostnad och kan i förlängningen bidra till att utjämna hälsoskillnaderna i befolkningen eftersom vård ska ges efter behov. En rad studier pekar på möjliga kostnadsbesparande effektiviseringar som att prioritera bort insatser med mycket begränsad nytta för patienten (lågvärdevård) och använda billigare behandlingsalternativ. Det handlar också om att göra ändamålsenliga horisontella prioriteringar, det vill säga omfördela resurser mellan vårdområden och patientgrupper som leder till hälsovinster som är mer i linje med den etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvården.

I en situation där kompetensförsörjningen blir allt svårare att upprätthålla bedömer vi att en utvecklad kompetensmix kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Utvecklad kompetensmix är en strategi med flera fördelar, även om evidensen för att den bidrar till kostnadsbesparande effektivisering är relativt svag eller ofullständig framför allt inom äldreomsorgen. I stor utsträckning är detta något som både regioner och kommuner kan införa, och redan har infört och arbetar utifrån i dag i viss utsträckning.

8.6.3 Långsiktighet, genomförandeplaner och förmåga att ta tillvara effektiviseringsvinster är viktiga aspekter

Det finns ytterligare aspekter som behöver beaktas i strategiskt förändringsarbete. Bland annat kan tidshorizonten och införandet vara viktiga aspekter som påverkar vilka effekter varje strategi faktiskt ger. Dessutom påverkar strategierna indirekt antalet arbetade timmar liksom möjligheterna att kompetensförsörja hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

En central dimension vid strategiskt förändringsarbete är tidshorizont. Det är viktigt att betrakta arbetet som en investering, eftersom ökade kostnader i dag kan förväntas ge kostnadsbesparingar längre fram. Det är alltså den bästa skattningen av nuvärdet av olika satsningar, i vårt fall nuvärdet av kostnadsbesparande effektiviseringar, som bör ligga till grund för prioriteringen mellan olika satsningar. Framtida kostnadsbesparande effektiviseringar förutsätter exempelvis investeringar i digital teknik och mer resurser för förebyggande arbete redan i dag.

De resurser som frigörs när produktiviteten ökar inom ett vårdområde kan aktivt behöva omfördelas till andra vårdområden eller patientgrupper för att även öka den allokativa effektiviteten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Annars finns risk för att utrymmet "äts upp" av annat, och den samlade effekten blir mindre än om utrymmet omfördelas och därigenom skapar synergier.

Alla strategier behöver införas på alla nivåer för att ge avsett utfall. Mycket av det utvecklingsarbete som i dag genomförs i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen sker genom utvecklingsprojekt. Men samtidigt vet vi att långt ifrån alla utvecklingsprojekt resulterar i långsiktig utveckling eller lärande. Evidens från implementeringsforskning, om vad som utgör hinder och möjliggörare är därmed centralt att beakta vid allt utvecklingsarbete.

8.6.4 Minskad omfattning av åtagandet kan lösa resursproblemet men motsvarar inte befolkningens behov

Vår genomgång av litteratur och expertutlåtanden bekräftar flera av resultaten i enkätundersökningen till regioner och kommuner. Flera olika strategier kan ge betydelsefulla bidrag till att stärka det offentliga åtagandet. Utöver att arbeta med prevention och väl underbyggda prioriteringar kan exempelvis nivåstrukturering, med fungerande samverkan och samordning, liksom ökad digitalisering och egenvård bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar.

Men både regioner och kommuner flaggar för att förändringar i det offentliga åtagandet kan vara oundvikligt, på ett sätt som närmast påminner om ransonering. Regionerna uppmärksammar utmaningarna med att fortsätta den historiska ambitionshöjningen genom att löpande inkludera medicinska framsteg i åtagandet, även om omfattningen av åtagandet kan behållas på dagens nivå utan omfattande

behov av effektiviseringar eller resurstillskott. I kommunerna är utmaningarna större och många bedömer att servicetjänster troligen kommer att ransoneras bort från det offentliga åtagandet i äldreomsorgen. Ransonering kan lösa resursproblemet, men minskar samtidigt det offentliga åtagandet.

8.7 Medskick för fortsatta diskussioner

Befolkningsutvecklingen, där vi blir fler och vi lever allt längre, ökar pressen på det offentliga åtagandet. Att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet i äldreomsorgen, och fortsätta ambitionshöjningarna i hälso- och sjukvården som vi vant oss med under de senaste 20 åren, innebär en finansiell utmaning. Samtidigt blir det svårare att hitta personal när andelen äldre ökar i förhållande till den arbetsföra befolkningen.

Mot bakgrund av rapportens slutsatser ger vi tre framåtblickande medskick för fortsatta diskussioner om det offentliga åtagandets omfattning och utveckling.

8.7.1 Det behövs en fortsatt diskussion om omfattningen av det framtida offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen

Vår ambition med den här rapporten är att bidra med ett kunskapsunderlag som ger utgångspunkter för fortsatta diskussioner om hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas framöver. Oavsett politisk uppfattning om ambitionsnivån för åtagandet är det viktigt att hitta kostnadsbesparande effektiviseringar. Dels behöver vi kunna behålla omfattningen av det offentliga åtagandet i äldreomsorgen. Dels behöver vi kunna fortsätta de ambitionshöjningar vi sett och är vana vid i hälso- och sjukvården, exempelvis ny kostsam teknik och andra behandlingsmöjligheter som kan väntas komma genom den medicintekniska utvecklingen. Våra resultat visar att både regioner och kommuner har god insikt i framtida utmaningar, samtidigt som resultaten understryker att alla, det vill säga befolkningen, kommunerna, regionerna och staten, behöver vara delaktiga i lösningarna.

Vår förhoppning är därför att underlaget kan bidra till ökad medvetenhet hos både stat, regioner som kommuner samt samhället i stort om framtida utmaningar för det offentliga åtagandet och nödvändigt förändringsarbete för att bland annat använda hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens resurser effektivare än i dag. En del i det fortsatta arbetet kan vara öppna diskussioner om det förändringsarbete som redan pågår eller planeras, genom att precisera syftet med olika strategiska förändringsarbeten och hur de kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar. Det kan exempelvis handla om hur egenvård, förebyggande arbete och digitalisering

kan införas och tillämpas på rätt sätt tillsammans med befolkningen. Vi hoppas därför också att kunskapsunderlaget ska bidra till diskussion om möjligheter framåt och utifrån befolkningens förväntningar.

8.7.2 Det behöver tydliggöras hur olika reformer kan bidra till kostnadsbesparande effektiviseringar och hur de påverkar det offentliga åtagandet

I den här rapporten har vi analyserat vilka effekter sju breda strategier, som används i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen i dag, kan förväntas ha på det offentliga åtagandet. Samtliga sju strategier kan tänkas bidra med kostnadsbesparande effektiviseringar, vilket i förlängningen leder till ett stärkt offentligt åtagande. Samtidigt ser vi att flera av strategierna riskerar att bidra till kostnadsdrivande effektivisering, vilket innebär att omfattningen av det offentliga åtagandet ökar. Några av strategierna riskerar att bidra till ett minskat utbud, vilket innebär att omfattningen av det offentliga åtagandet minskar. Genom att tillämpa ett ramverk med ett hälsoekonomiskt resonemang vill vi bidra till att tydliggöra hur pågående eller planerade strategiska förändringsarbeten, som reformer, satsningar eller initiativ, kan påverka omfattningen av det offentliga åtagandet i olika riktningar.

Ur vårt perspektiv är de förväntade effekterna av olika förändringar inte särskilt tydliga när det gäller möjligheterna att behålla omfattningen av det offentliga åtagandet. Kan exempelvis omställningen till en nära vård, ökad personcentrering eller ökad statlig styrning bidra till att vi kan behålla omfattningen av det offentliga åtagandet på sikt och på vilket sätt? Större reformer och förändringar kan förstås genomföras för att de har andra syften, exempelvis öka kvaliteten för patienten, erbjuda mer än vad som erbjuds i dag eller göra åtagandet mer jämlikt. Vårt budskap är inte att sådana förändringar inte kan eller bör göras, utan att det ofta inte är särskilt tydligt vad de förväntade effekterna är.

Vi ser därför att det finns anledning att vara uppmärksam på vilka effekter som övergripande förändringar i styrningen kan förväntas ha på det offentliga åtagandet, genom reformer, satsningar och initiativ. Vi anser att en fördjupad analys av de konsekvenser som en förändring kan få på produktionen av hälsa och livskvalitet, i relation till kostnaderna, är ett viktigt sätt att motivera en kostnadsbesparande eller kostnadsdrivande effektivisering. Analyserna behöver göras på både statlig, regional och kommunal nivå, som en del i ett utvecklat evidensbaserat beslutsfattande.

8.7.3 Det behövs fler studier och fortsatt metodutveckling för att bättre förstå framtida utmaningar med kompetensförsörjningen

Vi har analyserat utvecklingen av det offentliga åtagandet ur två olika perspektiv: finansiering och kompetensförsörjning. Våra framskrivningar utifrån ett

finansieringsperspektiv bygger på antagandet att pris- och löneutvecklingen i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fortsatt följer samma mönster som under de senaste 20 åren. Däremot antar vi att åtagandet kan erbjudas på mer eller mindre personalintensiva sätt än i dag. Framskrivningarna ur ett kompetensförsörjningsperspektiv syftar till att illustrera vad som krävs i reala termer för att behålla personaltätheten när befolkningens sammansättning förändras. Däremot beräknar vi inte hur en bibehållen personaltäthet skulle påverka kostnadsutvecklingen framöver.

En framtida diskussion behöver ännu tydligare utgå från en djupare analys av hur perspektiven finansiering och kompetensförsörjning hänger ihop. Därför ser vi ett behov av både fler studier och generell metod- och modellutveckling. Det behövs bland annat bättre kunskaper om hur historiska skillnader i löne- och prisutvecklingen, mellan hälso- och sjukvården och äldreomsorgen och den övriga ekonomin, påverkat förutsättningarna för kompetensförsörjningen och kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Referenser

- Adler, P. (2001). Market, Hierarchy and Trust. The Knowledge Economy and the Future of Capitalism. *Organization Science*. Vol 12, No 2.
- Alfvén H. & Serrander M., (2024). *Satsning för att fasa ut onödig vård*. <https://www.lakemedelsvarlden.se/kampanj-mot-onodig-varld/> [hämtat 2024-02-19].
- Andersson E., Toresson Grip E., Norrliid H., Fridhammar A. (2017). *Samhällskostnaden för räkningssrelaterad sjuklighet i Sverige*. Institutet för hälso- och sjukvårds-ekonomi, Rapport IHE 2017:4.
- Andersson, F. (2002) Konkurrens på kommunala villkor – Om konkurrensutsättning och gränsen mellan marknad och byråkrati. *A Jour-rapport nr 7*. Svenska Kommunförbundet.
- Andersson, F., Janlöv, N., Rehnberg, C. (2014). *Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi*. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) och Myndigheten för Vårdanalys 2014:5.
- Anell, A. (2009). *Hälsoekonomi* (upplaga 1:2). Studentlitteratur: Lund.
- Anell, A. (2014). *Vilken ojämlikhet är mest rättvis? Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård*. Falun: Uppdrag Välfärd.
- Anell, A. (2020). *Vården är värd en bättre styrning*. Forskningsrapport 2020. Stockholm: SNS-förlag.
- Arbetsförmedlingen (2019). *Var finns jobben? Bedömning för 2019 och på fem års sikt*. Stockholm: Arbetsförmedlingen.
- Arnek, M. (2014). *Med nya mått mätt – en ESO-rapport om indikationer på produktivitetstutveckling i offentlig sektor* (Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2014:7). Stockholm: Finansdepartementet.
- Arpaia, A, Turrini, A. (2008). *Government expenditure and economic growth in the EU: long-run tendencies and short-term adjustment*. EU Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/pages/publication12024_en.pdf [hämtat 2024-04-17].
- Atanda, A., Menclova, A.K., Rober Reed, W. (2018). Is health care infected by Baumol's cost disease? Test of a new model. *Health Economics*, 27(5): 832–849.
- Barkman, C, Aasa, L. (2023). *Onödig administration i sjukvården*. Rapport 2023. Forum for health policy.

- Baumol W.J., Bowen, W.G. (1966). *Performing Arts: The Economic Dilemma*, New York: The Twentieth Century.
- Baumol, W. J. (2012). *The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*. London: Yale University Press.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K. N., Harden, E., Tant, E., Wallace, I., Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2011 Mar;(199):1-941.
- Birk, H.O., Vrangbæk, K., Rudkjøbing, A., Krasnik, Allan., Eriksen, Astrid., Richardson, E., Smith Jervelund, S., (2024). Denmark: health system review 2024. *Health Systems in Transition*, Vol. 26 No. 1. European observatory on health systems and policies
- Björk, L., Tengblad, S. (2023). *Tillförlitlig styrning och organisering av välfärden*. Stockholm: SNS Förlag.
- Bolin, K. (2024). *Preventionens betydelse för finansieringen av framtidens vård och omsorg*. Stockholm: SNS Förlag.
- Borg, P. (2009). *Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga?* (Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2009:1). Stockholm: Finansdepartementet.
- Bringselius, L. (2018). *Vad är tillitsbaserad styrning och ledning?* I L. Bringselius (Red.), *Styra och leda med tillit: Forskning och praktik* (Statens offentliga utredningar; Nr. 2018:38).
- Britten, N., Ekman, I., Naldemirci, Ö., Javinger, M., Hedman, H., Wolf, A. (2020). Learning from Gothenburg model of person centred healthcare. *BMJ*. 2020 sep 1;370.
- Briz-Ponce, L. och F. J. García-Peñalvo (2015). An Empirical Assessment of a Technology Acceptance Model for Apps in Medical Education. *Journal of Medical Systems* 39(11): 176.
- Brommels, M., Vintmyr, U. (2015). *Bör liten bli stor? Sjukhusstorlekens betydelse för vårdens resultat och kostnadseffektivitet. En sammanställning och analys av vetenskaplig evidens*. Stockholm: Karolinska institutet, Medical Management Centrum
- Brorström, B. (2022). *Jakten efter den goda styrningen - En problematisering av idealet tillitsbaserad styrning*. KFi-rapport nr 174
- Burström, B., Schultz, A., Burström, K., Fritzell, S., Irestig, R., Jensen, J., Lynöe, N., Marttila, A. & Sun, S. (2008). Hälsa, livsvillkor och sjukvårdsutnyttjande bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper, *Socialmedicinsk tidskrift*, no.1, pp. 17–23.
- Bystedt, M., Eriksson, M., Wilde-Larsson, B. (2011). Delegation within municipal health care. *Journal of Nursing Management*, 2011, 19, 534–541.

- Caminade C., McIntyre K.M., Jones A.E. (2019). Impact of recent and future climate change on vector-borne diseases. *Ann NY Acad Sci.* 1436(1):157–173. doi: 10.1111/nyas.13950.
- CES – Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2019). *Folkhälsorapport 2019*. Stockholm: Region Stockholm.
- Colombier, C. (2012). Drivers of health care expenditure: Does Baumol's cost disease loom large?. *Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität zu Köln (FiFo, Köln) FiFo*. Discussion Paper 12(5).
- Corazzini, K. N., Anderson, R. A., Rapp, C. G., Mueller, C., McConnell, E. S., Lekan, D. (2010). Delegation in Long-term Care: Scope of practice or job description?. *Online J Issues Nurs.* 2010 May 31; 15(2).
- Corrieri, S., Heider, D., Matschinger, H., Lehnert, T., Raum, E. & König, H-H. (2010). Income-, education- and genderrelated inequalities in out-of-pocket health-care payments for 65+ patients – a systematic review, *International Journal for Equity in Health*, vol. 9.
- Dagens medicin. (2021). *Uppgiftsväxling sker på bekostnad av patientsäkerheten*. <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/uppgiftsvaxling-sker-pa-bekostnad-av-patientsakerheten/> (Dagens medicin 2021-09-02) [hämtat 2024-02-06].
- Dagens medicin. (2023). *Att sjuksköterskor arbetar som läkare är inte lösningen*. <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/att-sjukskoterskor-arbetar-som-lakare-ar-inte-losningen/> (Dagens medicin 2023-04-19) [hämtat 2024-02-06].
- Dagens medicin. (2024). *Expertens råd till politiker: Tala öppet om prioriteringar*. <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/politik/expertens-rad-till-politiker-tala-oppet-om-prioriteringar/> (Dagens medicin 2024-04-18) [hämtat 2024-04-18].
- Dahlberg, L, Kirvalidze, M. (2024). *Ensamhet bland äldre partnervårdare: En översikt över aktuell kvantitativ och kvalitativ forskning*. Jämställdhetsmyndigheten. Underlagsrapport 2024:3. Dnr: ALLM 2022/169.
- Dahlgren G., Whitehead M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- Dahlgren, C., M. Dackehag, P. Wändell och C. Rehnberg (2021). Determinants for use of direct-to-consumer telemedicine consultations in primary healthcare – a registry based total population study from Stockholm, Sweden. *BMC Family Practice* 22(1): 133.
- Dauda, S., Dunn, A., Hall, A. (2020). Are Medical Prices Still Declining? A Systematic Examination of Quality-Adjusted Price Index Alternatives for Medical Care. *Hutchins Center Working Paper* nr. 59.

- Draper, A. K., Rifkin, S. B. (2020). *Community participation in health systems development*. (chapter 5) I: Nolte, E., Merkur, S., Anell, A. (red). *Achieving Person-Centered Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges*. Cambridge University Press.
- Ekholm, A., Nilsson, F., Riggare, S., Markovic, D., Wetter, E., Wahlgren, J., Olsson, J., Krohwinkel, A., Winberg, H., Rognes, J., Ahrnell, B.M., Jebari, K., Sundström, P., Lindencrona, F., Bokström, T., Wieselgren, I.M. (2017). *Bortom IT. Om hälsa i en digital tid*. Stockholm: Institutet för framtidsstudier.
- Ekman, B. Ellergård, L.M. (2023). *Digitaliseringen av svensk vård och omsorg*. SNS 2023: Stockholm
- Ekman, B., H. Thulesius, H., Wilkens, J., Lindgren, A., Cronberg, O., Arvidsson, E. (2019). Utilization of digital primary care in Sweden: Descriptive analysis of claims data on demographics, socioeconomic, and diagnoses. *International Journal of Medical Informatics* 127: 134–140.
- Ekman, B., Magnusson, L., McKee, K., Vicente, J., Hanson, E. (2022). *Kostnadsanalys av anhängigomsorg: Uppskattningar från en nationell undersökning i Sverige*. (Rapport 2022:1). Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
- Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L-E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., Swedberg, K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*, 2012:33, 1112–1119.
- Ekonomistyrningsverket (2022). *Prognos Statens budget och de offentliga finanserna, december 2022*. (ESV 2022:54). Stockholm: Ekonomistyrningsverket.
- Eriksson, B., Ede, L. (2005). *Anhörigas insatser och samhällets stöd*. (IKU-rapport 2005:1). Karlstad: Karlstads universitet.
- Ellegård, L. M., Kjellsson, G., (2019). Användare av digitala vårdtjänster kontaktade fysiska vårdcentraler oftare än andra och gjorde inte färre akutbesök. *Läkartidningen* 116.
- Ellegård, L. M., Kjellsson, G., Mattisson, L. (2021). *An App Call a Day Keeps the Patient Away? Substitution of Online and In-Person Doctor Consultations Among Young Adults*, Working Papers in Economics 808, University of Gothenburg, Department of Economics.
- Eriksson, T., Levin, L-Å. (2018). *Utvärdering av vårdval ryggkirurgi i Stockholms län*. Linköpings universitet, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. Rapport 2018:1 i CMT:s rapportserie.
- Finansdepartementet (2023). *Ekonomiska läget och utsikter inför BP24*. <https://www.regeringen.se/contentassets/ad804aa34e6844079c98b9c1c7d65af9/presentationbilder-fran-presstraff-med-elisabeth-svantesson-den-24-augusti.pdf> [hämtat 2023-09-07].

- Finansdepartementet (2024). *Om det finanspolitiska ramverket*. <https://www.regeringen.se/sveriges-regering/finansdepartementet/statens-budget/budgetprocessen/om-det-finanspolitiska-ramverket/> [hämtat 2024-05-06].
- Finanspolitiska rådet (2024). *Svensk finanspolitik. Finanspolitiska rådets rapport 2024*. Stockholm: Finanspolitiska rådet.
- Fledsberg, S., Svensson, M., Johansson, N. (2023). Lifetime healthcare expenditures across socioeconomic groups in Sweden. *European Journal of Public Health*, Vol. 33, No. 6, 994–1000.
- Folkhälsomyndigheten (2019). *Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/h/halsa-hos-personer-som-ar-utrikes-fodda-skillnader-i-halsa-utifran-fodelseland/?pub=61466> [hämtat 2024-04-16].
- Folkhälsomyndigheten (2020). *Hälsoekonomiska utvärderingar av förebyggande insatser inom områdena alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar (ANDTS) – Litteraturöversikt om kostnadseffektivitet*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2023a). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2023*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2023b). *Kunskap om tobaks- och nikotinprodukters skadeverkningar Återredovisning av regeringsuppdrag*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2024). *Utveckling av BMI i Sverige 1980–2022*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket (2017). *Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket.
- Fors, A., Gyllensten, H., Swedberg, K., Ekman, I. (2016). Effectiveness of person-centred care after acute coronary syndrome in relation to educational level: Subgroup analysis of a two-armed randomised controlled trial. *International journal of cardiology*, 221, 957–962.
- Fotaki, M. (2020). *Choosing providers* (chapter 11). I: Nolte, E., Merkur, S., Anell, A. (red). *Achieving Person-Centered Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges*. Cambridge University Press.
- Frisell, O., Jönsson, L., Wimo, A. (2023). *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2019*. Karolinska institutet: Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), avdelning för neurogeriatrik.
- Fulton, B.D., Scheffler, R.M., Sparkes, S.P., Auh Yoonkyung, E., Vujicic, M., Soucat, A. (2011). Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Hum Resour Health* 9, 1 (2011).

- Garpenby, P., Nedlund, A-C. (2016). Political strategies in difficult times – The “backstage” experience of Swedish politicians on formal priority setting in healthcare. *Social Science and Medicine*, Vol.163 , s.63–70.
- Harris A., Sharma, A. (2018). Estimating the future health and aged care expenditure in Australia with changes in morbidity. *PLoS ONE* 13(8): e0201697.
- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R. och Kissling, W. (2007). Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*. 68(7):992–7.
- Hansson, E., Ekman, I., Swedberg, K., Wolf, A., Dudas, K., Ehlers, L., Olsson, L-E. (2016). Person-centred care for patients with chronic heart failure – a cost–utility analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016, Vol. 15(4) 276–284.
- Hart, O., Andrei Shleifer, A., Vishny, R.W. (1997) The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons. *The Quarterly Journal of Economics*, 1997, vol. 112, issue 4, 1127-1161.
- Hartwig, J. (2008). What drives health care expenditure?—Baumol’s model of ‘unbalanced growth’ revisited. *Journal of Health Economics*, 27(3): 603–623.
- Hedman, M. (2024). *The community hospital model in Northern Sweden*. Umeå universitet.
- Herrmann, M., P. Boehme, A. Hansen, K. Jansson, P. Rebacz, J. P. Ehlers, T. Mondritzki och H. Truebel (2020). Competencies and Attitudes Toward Digital Adherence Solutions Among Elderly Patients Treated With Novel Anticoagulants: Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research* 22(1): e13077
- IHE – Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (2020). *Cancer i Sverige – hur mycket beror på påverkbara riskfaktorer?* IHE Rapport 2020:9. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.
- Ingvarsson S, (2023). *Tipping the scale of resources: de-implementation of low-value care from an operant perspective*. Karolinska institutet.
- IVO – Inspektionen för vård- och omsorg (2022). *Stor brist på disponibla vårdplatser inom sjukhusvården*. <https://www.ivo.se/aktuellt/nyheter/2022/stor-brist-pa-disponibla-vardplatser-inom-sjukhusvarden/> [hämtat 2023-02-15].
- IVO – Inspektionen för vård- och omsorg (2023). *Tillsyn som bidrar till omställningen till en god och nära vård*. Stockholm: Inspektionen för vård- och omsorg.
- KI – Karolinska institutet (2023). *Self-management*. <https://mesh.kib.ki.se/term/D000073278/self-management> [hämtat 2023-11-16.]
- Klingberg Hjort, M., Martinsson, K. (2021). *Hemtjänstmaffian – miljonsvindeln som förändrade äldreomsorgen*. Bokförlaget Atlas.
- Kolk, M., Drefahl, S., Wallace, M., Andersson, G. (2021). Överdödlighet och dödlighet i covid-19 i Sverige under 2020, *Institutet för framtidsstudier*, Stockholm.

- Konjunkturinstitutet (2014). Är ett bibehållet offentligt åtagande ett hållbart åtagande? Utvärdering av den långsiktiga hållbarheten i de offentliga finanserna (Specialstudie, Nr 39. Mars 2014). Stockholm: Konjunkturinstitutet.
- Konjunkturinstitutet (2016). *Hållbarhetsrapport 2016 för de offentliga finanserna* (Specialstudie, Nr 47. Mars 2016). Stockholm: Konjunkturinstitutet.
- Konjunkturinstitutet (2018). *Hållbarhetsrapport 2018 för de offentliga finanserna* (Specialstudie, KI-nr: 2018:2). Stockholm: Konjunkturinstitutet.
- Konjunkturinstitutet (2022a). *Hållbarhetsrapport 2022 för de offentliga finanserna* (Specialstudie, februari 2022). Stockholm: Konjunkturinstitutet.
- Konjunkturinstitutet (2022b). *Lönebildningsrapport 2022*. Stockholm: Konjunkturinstitutet.
- Konjunkturinstitutet (2024a). *Hållbarhetsrapport 2024 för de offentliga finanserna* (Specialstudie, februari 2024). Stockholm: Konjunkturinstitutet.
- Konjunkturinstitutet (2024b). *Prognosdatabasen – Långtidsscenario 2024*. <https://prognos.konj.se/PxWeb/pxweb/sv/XLangtidsscenario/> [hämtat 2024-03-25].
- Krevers B., & Bäckman K. (2023). *Modell för prioriteringsarbete i kommuner: Processer och verktyg vid resursfördelning i en övergripande ledningsprocess*. Rapport 2023:1 i Prioriteringscentrums rapportserie. Linköpings universitet.
- Larsen, T., Svensson, H. (2021). *Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg? Beräkningar baserade på sju vanligt förekommande patientgrupper i hemsjukvården*. FoU i Väst. Göteborgsregionen.
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., van Vught, A.J.A.H. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2018*, Issue 7.
- Légaré F., Härter, M., Stiggelbout, A. M., Thomson, R., Stacey, D. (2020). *Choosing treatment and the role of shared decision-making* (chapter 11). I: Nolte, E., Merkur, S., Anell, A. (red). *Achieving Person-Centered Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges*. Cambridge University Press.
- Lindgren, B. (2016). The Rise in Life Expectancy, Health Trends among the Elderly, and the Demand for Health and Social Care. *National Institute of Economic Research*, Working paper No. 142. March 2016.
- Lingman, M., M. Engström, O. Lövenbald, S. Berg, C. Sigridsson, H. Nilsson, M. Ohlsson, T. Strömsten, P. Svedberg, J. Nygren, T. Borgegård, P. Losman och K. Andersson (2020). *En handbok för informationsdriven vård: Insikter från insidan*. Halmstad, AI Sweden.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446.

- Livsmedelsverket (2021). *Matvanor och tobak fortfarande största riskfaktorerna för ohälsa i Sverige*. <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/mat-och-naring/matvanor-och-tobak-fortfarande-storsta-riskfaktorerna-for-ohalsa-i-sverige> Publicerad 2021-05-05 [hämtat 2023-11-27].
- Livsmedelsverket (2023). *Bra matvanor räddar liv*. <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/samtal-om-mat-i-halso--och-sjukvarden/bra-matvanor-raddar-liv> Publicerad 2023-03-06 [hämtat 2024-01-26].
- Lofti, M, Lofti, F., Sedghi, S., Panahi, S. (2023). Cost-Effectiveness of Health Literacy Enhancement Intervention on Patients with Type II Diabetes. *Med J Islam Repub Iran*. 2023;37:86.
- Läkartidningen 2023. Kloka kliniska val – att avstå det som inte gör nytta för patienten. <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2023/04/kloka-kliniska-val-att-avsta-det-som-inte-gor-nytta-for-patienten/> [hämtat 2024-05-24]
- Lövström, C. (2007). *Framtidens hemtjänst? Om valfrihet/inflytande, förenklad biståndsbedömning och nya yrkesroller. Utvärdering av Askimsmodellen*. Göteborg: FoU i Väst/Göteborgsregionen.
- Marmotkommissionen – The Marmot Review (2010). *Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: The Marmot Review.
- Mayor, S. (2017). Stopping five low value surgical procedures could save N H S £135m a year, *BMJ* 359: j5186.
- Mbau, R., Muslega, A., Nyawira, L., Tsofa, B., Mulwa, A., Molyneux, S., Malna, I., Jemutal, J., Normand, C., Hanson, K., Baasa, E. (2022). Analysing the Efficiency of Health Systems: A Systematic Review of the Literature. *Applied Health Economics and Health Policy* (2023) 21:205–224.
- McKinsey (2016). *Värdet av digital teknik i den svenska vården*. Stockholm, McKinsey & Company.
- Meranius, M., Holmström, I., Håkansson, J., Breitholtz, A., Moniri, F., Skogevall, S., Skoglund, K., Raosal, D. (2020). Paradoxes of person-centered care: a discussion paper. *Nursing Open*. 2020;7:1321–1329.
- Molander, P. (1999). *Den åttafaldiga vägen – om motiv för offentliga åtaganden*. Första upplagan. Stockholm: SNS Förlag.
- Molander, P. (2017). *Dags för omprövning – en ESO-rapport om styrning av offentlig verksamhet*. Rapport till Expertgrupp för studier i offentlig ekonomi 2017:1. Stockholm: Finansdepartementet.
- Monitor (2013). *Closing the NHS funding gap: how to get better value health care for patients*. IRREP 22/13. Monitor (October 2013).

- Mynak – Myndigheten för arbetsmiljökunskap. (2023). *Arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal*. Rapport 2023:13. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap.
- Mörk, E., Erlingsson, G. Ó., Persson, L. (2019). *Konjunkturrådets rapport 2019. Kommunernas framtid*. SNS Förlag.
- Nationella vårdkompetensrådet (2024). *Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256)*. Stockholm: Nationella vårdkompetensrådet.
- Nolte, E., Anell, A. (2020). *The person at the centre? The role of self-management and self-management support* (chapter 12). I: Nolte, E., Merkur, S., Anell, A. (red.). *Achieving Person-Centered Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges*. Cambridge University Press.
- Nordhaus, W. (2006). Baumol's Disease: A Macroeconomic Perspective. *NBER*, working paper: 12218.
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Olovsson, C. (2008). Överskottsmålet och finansieringen av den framtida välfärden. Rapport till Finansdepartementet, Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet.
- Pirhonen, L., Gyllensten, H., Hansson Olofsson, E., Fors, A., Ali, L., Ekman, I., Bolin, K. (2020). The cost-effectiveness of person-centred care provided to patients with chronic heart failure and/or chronic obstructive pulmonary disease. *Health Policy Open*, 1, 100005.
- Prioriteringscentrum (2017). *Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård – ett verktyg för rangordning*. Rapport 2017:2 i Prioriteringscentrums rapportserie 3:e upplagan. Linköpings universitet.
- Prop. 1991/92:150. *Med förslag om slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93, m.m.* Stockholm: Finansdepartementet.
- Prop. 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Ramsberg, J., Ekelund, M. (2011). Stuprörstänkande gör samhällets kostnader för ohälsa onödigt höga. *Ekonomisk Debatt* nr 5 2011 årgång 39
- Region Stockholm (2020). *Möjliga förändringar av sjukdomspanorama orsakade av framtida klimatförändringar – utifrån identifierade förändringar i sjukdomsförekomst identifiera läkemedelsbehov*. Dnr: VKN 2020-0154. Stockholm: Region Stockholm.
- Region Stockholm (2022). *Hälsa och vård 2040. Slutrapport från långtidsutredningen*. Dnr: HSN 2021-2001. Stockholm: Region Stockholm.

- Richardson, M. X., Ehn, M., Stridsberg, S. L., Redekop, K. & och Wamala-Andersson, S. (2021). Nocturnal digital surveillance in aged populations and its effects on health, welfare and social care provision: a systematic review. *BMC Health Serv Res.*, 21, 622.
- Riksbanken (2023). Arbetskraften, sysselsättningen och förändringar i befolkningens sammansättning. *Ekonomisk kommentar nr. 6 2023, 7 november*. Sveriges Riksbank.
- Riksgälden (2024). Vad styr statsskuldens storlek? <https://www.riksgalden.se/sv/var-verksamhet/statsskulden/vad-styr-statsskuldens-storlek/> [hämtat 2024-04-03].
- Riksrevisionen (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (RIR 2014:22). Stockholm: Riksrevisionen.
- Riksrevisionen (2022a). *Räkna med mindre. Den årliga omräkningen av myndigheternas anslag* (RIR 2022:2). Stockholm: Riksrevisionen.
- Riksrevisionen (2022b). *På skakig grund – beslutsunderlag inför stora reformer* (RIR 2022:15). Stockholm: Riksrevisionen.
- RKA – Rådet för främjande av kommunala analyser (2023). *Effektivitet i äldreomsorgen*. Stockholm: Rådet för främjande av kommunala analyser
- Sandman L & Arvidsson E, (2023). *Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård: Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar*. Rapport 2023:2 i Prioriteringscentrums rapportserie. Linköpings universitet.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017a). *Välfärdsteknik: Digitala verktyg som social stimulans för äldre personer med eller vid risk för psykisk ohälsa - En kartläggning av systematiska översikter*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017b). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården – en sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet*. SBU-rapport nr 260. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2019). När ingen längre är fullt frisk. https://www.sbu.se/vop1_2019 [hämtat 2024-05-23].
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2022). *Fysiska träningsprogram gör att klart färre äldre faller*. https://www.sbu.se/vop2022_08 [hämtat 2024-05-23].
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2023). *Förstudie: effekter och upplevelser vid differentiering av arbetsuppgifter för omvårdnads- och servicepersonal inom äldreomsorgen*. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/forstudie-sammanfattning/forstudie-effekter-och-upplevelser-vid-differentiering-av-arbetsuppgifter-for-omvardnads--och-servicepersonal-inom-aldreomsorgen/> [hämtat 2023-12-12].

- SCB – Statistikmyndigheten SCB (2015). *Förändring av Hälsoräkenskaperna – publicering mars 2015*. <https://www.scb.se/contentassets/3cfeb4660d924d279add6d284d19812d/forandringar-av-halsorakenskaperna-2015.pdf> [hämtat 2023-11-02].
- SCB – Statistikmyndigheten SCB (2022). *Sammanfattning av regionala utbildnings- och arbetsmarknadsprognoser. Med sikte på år 2035*. Stockholm: Statistikmyndigheten SCB.
- SCB – Statistikmyndigheten SCB (2023a). *Återstående medellivslängd vid födelsen och vid 65 år efter kön 1970–2022 samt framskrivning 2023–2070*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/tabell-och-diagram/aterstaende-medellivslangd-vid-fodelsen-och-vid-65-ar-efter-kon-samt-framskrivning/> [hämtat 2023-09-07].
- SCB – Statistikmyndigheten SCB (2023b). *Sveriges framtida befolkning 2023–2070*. https://www.scb.se/contentassets/e99a33e517a343488cd1fd73362167c8/be0401_2023i70_br_be51br2302.pdf [hämtat 2023-09-07].
- SCB – Statistikmyndigheten SCB (2023c). *Folkmängd efter region, inrikes/utrikes född, ålder och kön. År 2022 – 2070*. https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0401__BE0401A/BefProgRegFakN/ [hämtat 2023-09-07].
- SCB – Statistikmyndigheten SCB (2023d). *Räkenskapssammandrag för kommuner och regioner*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finansier-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/> [hämtat 2023-09-07].
- SCB – Statistikmyndigheten SCB (2023e). *Nationalräkenskaper, kvartals- och årsberäkningar*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper-kvartals-och-arsberakningar/> [hämtat 2024-04-16].
- SCB – Statistikmyndigheten SCB (2023f). *Delbetänkande av En utvecklad arbetsgivardeklaration – åtgärder för mot missbruk av välfärdssystemen (SOU 2023:47)*. <https://www.regeringen.se/contentassets/a9a4afc278be4ed5b90a99ddb979cc5a/statistiska-centralbyran.pdf> [hämtat 2024-04-16].
- SCB – Statistikmyndigheten SCB (2023g). *Sveriges BNP*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/samhallets-ekonomi/bnp-i-sverige/> [hämtat 2023-11-09].
- SCB – Statistikmyndigheten SCB (2024a). *Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön. År 1968 - 2023*. https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/BefolkningNy/ [hämtat 2024-05-22].

- SCB – Statistikmyndigheten SCB (2024b). *Folkmängd efter inrikes/utrikes född, ålder och kön. År 2024 – 2120*. https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0401__BE0401A/BefolkprognRevNb/ [hämtat 2024-05-22].
- SCB – Statistikmyndigheten SCB (2024c). *Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter hälso- och sjukvårdsändamål (HC). År 2001 - 2022*. https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__NR__NR0109/HC/ [hämtat 2024-05-23].
- SCB – Statistikmyndigheten SCB (2024d). *Äldres deltagande på arbetsmarknaden 2001–2023. Temarapport 2024:1*. Stockholm: Statistikmyndigheten SCB.
- Sheiner L., Malinovskaya, A. (2016). *Measuring productivity in healthcare: an analysis of the literature*. Hutchins center on fiscal & monetary policy at Brookings.
- Siverskog, A., Jönson, H. (2020). Vart är äldreomsorgen på väg? Argument för och emot förenklat biståndshandläggning. *Socialvetenskaplig tidskrift* 2020:1.
- Sjögren, K. (2013). Personcentrerad vård i särskilda boenden för äldre. *Umeå University Medical Dissertations, New Series, No. 1590*.
- Sjöström, S., Kopp Kallner, H., Simeonova, E., Madestam, A., Gemzell-Danielsson, K. (2016). Medical Abortion Provided by Nurse-Midwives or Physicians in a High Resource Setting: A Cost-Effectiveness Analysis. *PLoS One*. 2016 Jun 30;11(6):e0158645.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2005). *Hälso- och sjukvården till 2030. Om sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Skog, I. (2023). *70 är det nya 50 – hur äldre är yngre än någonsin och hur du håller hjärnan och kroppen i form*. Polaris: Stockholm.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner. (2018a). *Använd kompetensen rätt – ett sätt att möta rekryteringsutmaningen i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner. (2018b). *Personcentrerad vård i Sverige*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019). *Ekonomirapporten, oktober 2019. Om kommunernas och regionernas ekonomi*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner. (2020). *Utveckla arbetssätten – strategier för att använda kompetensen rätt i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2022a). *Välfärdens kompetensförsörjning. Personalprognos 2021–2031 och hur välfärden kan möta kompetensutmaningen*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.

- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2022b). *Personalstatistik*. <https://skr.se/skr/tjanster/statistik/personal.34532.html> [hämtat 2023-09-07].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2022c). *Unga och välfärdsjobben – intresse, attityder och tankar kring jobben i kommuner och regioner*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2022d). *Komplettering till PM Prisindex för vård och omsorg*. <https://skr.se/download/18.1055b2c8184b406e1d37d6a4/1670575757712/22053-Komplettering-PM-Prisindex-v%C3%A5rd-o-omsorg.pdf> [hämtat 2023-11-02].
- SKR – Sverige Kommuner och Regioner (2023a). *Ekonomirapporten, oktober 2023*. Om kommunernas och regionernas ekonomi. Stockholm: Sverige Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2023b). *Tabeller för sektorn i siffror: resultat, kostnader och statsbidrag, juni 2023*. <https://skr.se/download/18.3cd0d917188ba1874349e972/1687862084112/Tabeller-Sektorn-i-siffror-juni-2023.xlsx> [hämtat 2024-01-23].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2023c). *Tabellbilaga löne- och prisförändringar, tidsserier 2007–2022*. <https://skr.se/download/18.2d09e31b1872c96cd2f15093/1680258000043/2023-04-Tabellbilaga-LPI-LPIK-1980%E2%80%932022.xlsx> [hämtat 2024-01-24].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2023d). *Omsorgsprisindex, OPI*. <https://skr.se/skr/tjanster/cirkular/cirkular/2024/omsorgsprisindexfor2024.81369.html> [hämtat 2024-01-24].
- SKR – Sverige Kommuner och Regioner (2024). *Ekonomirapporten, maj 2024*. Om kommunernas och regionernas ekonomi. Stockholm: Sverige Kommuner och Regioner.
- Skr. 2017/18:207. *Ramverket för finanspolitiken*. Stockholm: Finansdepartementet.
- Skriabikova, O., Pavlova, M. & Groot, W. (2010). Empirical Models of Demand for OutPatient Physician Services and Their Relevance to the Assessment of Patient Payment Policies: A Critical Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 7, pp. 2708–2725.
- Snellman, A., Breimer, L., Ahlzén, R. (2021). *En kartläggning kring automatiserad digital triagering i primärvården och studier baserade på faktiska patienter*. Centre for Assessment of Medical Technology in Örebro HTA-rapport 2021: 42.
- Socialdepartementet (2010). *Den ljusnande framtid är vård*. Delresultat från LEV-projektet. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (2000). *Patientavgifter och vårdefterfrågan – en kunskapsöversikt*, Rapport 2000:8. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). *Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården – uppdrag att följa överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2018a). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018b). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019a). *Förslag om pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för jämlik hälsa bland barn*. Stockholm. Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2019b). *Bättre resursutnyttjande och goda förutsättningar för vårdens medarbetare – uppföljning av överenskommelserna år 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020a). *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020b). *Icke-göra i Socialstyrelsens nationella riktlinjer – vård som inte bör erbjudas*. Art.nr: 2020-11-7008. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022a). *Utgångspunkter för uppföljning av systemkonsekvenser av nationell högspecialiserad vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022b). *Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd? Hälsoekonomiska beräkningar av fallpreventiva åtgärder för äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2023a). *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal. Antal sysselsatta Hälso- och sjukvårdspersonal*. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx [hämtat 2024-01-30].
- Socialstyrelsen (2023b). *Vård som inte bör göras. Följsamheten till nationella riktlinjer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2023c). *Socialstyrelsens termbank*. <http://termbank.socialstyrelsen.se/> [hämtat 2023-11-27].
- Socialstyrelsen. (2023d). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – nationella planeringsstödet 2023*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2023e). *Tillståndet och utveckling inom hälso- och sjukvård och tandvård – lägesrapport 2023*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2024a). *Nationella planeringsstödet 2024. Tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården och tandvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2024b). *Nationell högspecialiserad vård*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-vard/> [hämtat 2024-04-16].
- SOU 2001:8. *Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, profession och medborgare*. Stockholm: Socialdepartementet.

- SOU 2004:118. *Beviljats men inte fått* (Del 1). Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2008:105. *Långtidsutredningen 2008*. Huvudbetänkande. Stockholm: Finansdepartementet.
- SOU 2008:118. *Styra och ställa – förslag till en effektivare statsförvaltning*. Slutbetänkande från 2006 års förvaltningskommitté. Stockholm: Regeringskansliet.
- SOU 2015:98. *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa*. Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2017:21. *Läs mig!* Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2017:47. *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa*. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2018:38. *Styra och leda med tillit. Forskning och praktik*. Forskningsantologi från Tillitsdelegationen.
- SOU 2018:39. *God och nära vård – en primärvårdsreform*. Delbetänkande av utredningen, samordnad utveckling för god och nära vård 2018. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2019:65. *Långtidsutredningen 2019*. Huvudbetänkande. Stockholm: Finansdepartementet.
- SOU 2020:8. *Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget*. Slutbetänkande av Kommunutredningen. Stockholm: Finansdepartementet.
- SOU 2020:46. *En gemensam angelägenhet (vol.1)*. Betänkande av Jämlikhetskommissionen. Stockholm: Finansdepartementet.
- SOU 2021:71. *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*. Betänkande av Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2023:85. *Långtidsutredningen 2023. Finanspolitisk konjunkturstabilisering*. Huvudbetänkande av Långtidsutredningen 2023. Stockholm: Finansdepartementet.
- Starfield, B., Shi, L., Macinko, J., (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly* 83, 457–502.
- Statskontoret (2016). *Statens styrning av kommunerna*. Rapport 2016:24. Stockholm: Statskontoret.
- Statskontoret (2019). *Utveckling av den statliga styrningen av kommuner och landsting*. Stockholm: Statskontoret.

- Statskontoret (2020). *Statlig förvaltningspolitisk för 2020-talet – en forskningsantologi*. Stockholm: Statskontoret.
- Statskontoret (2021). *Perspektiv på omprövning*. Om offentlig sektor. Stockholm: Statskontoret.
- Statskontoret (2023). *Att styra de självstyrande. En analys av statens styrning av kommuner och regioner*. Stockholm: Statskontoret.
- Sundén, A., Andersen, T.M., Roine, J. (2014). *Hur får vi råd med välfärden?* Konjunkturrådets rapport 2014. Stockholm: SNS Förlag.
- Svenska läkaresällskapet (2023). *Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val*. Stockholm: Svenska läkaresällskapet.
- Svensson, M. (2022). *Höga kostnader och låg patientnytta – att värdera insatser i hälso- och sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.
- Szebehely, M. Trydegård, G-B. (2018). *Generell välfärd och lokalt självstyre: Ett dilemma i den svenska äldreomsorgen?* (kap. 2), i: Jönson, H., Szebehely, M. (red.) *Äldreomsorger i Sverige – lokala variationer och generella trender*. Gleerups utbildning AB.
- The Observatory – European Observatory on Health Systems and Policies (2015). *Promoting Health, Preventing Disease. The Economic Case*. Berkshire: Open University Press.
- The Observatory – European Observatory on Health Systems and Policies (2021). *Ageing and Health The Politics of Better Policies*. Cambridge University Press
- Tillväxtverket – Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser. (2024). *Arbetskrafts- och kompetensbrist. En kunskapsöversikt*. (Rapport 2024:01). Östersund: Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser.
- Tinghög G, (2021). *Alternativkostnadens psykologi – känslor och kostnadseffektivitet vid beslut i offentlig sektor*. Stockholm: SNS Förlag.
- TLV – Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2023). *Långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – delredovisning av regeringsuppdrag (juni 2022)*. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.
- Van de Vuurst, P., Escobar, L.E. (2023). Climate change and infectious disease: a review of evidence and research trends. *Infect Dis Poverty* 12, 51.
- Vårdfokus. (2019). *Två tredjedelar slutande när ny kompetensmix infördes*. <https://www.vardfokus.se/yrkesroller/sjukskoterska/tva-tredjedelar-slutade-nar-ny-kompetensmix-infordes/> (Vårdfokus 2019-09-26) [hämtat 2024-02-06].
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013a). *Kartläggning av kommunernas arbetsätt för förenklad hantering och ökad flexibilitet i hemtjänsten*. (PM 2013:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013b). *Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen – variationer, förklaringsfaktorer och utvecklingsbehov.* (PM 2013:10). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013c). *Ur led är tiden.* (Rapport 2013:9). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a). *VIP i vården – om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom* (Rapport 2014:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014b). *Strukturreformerna i hälso- och sjukvårdssystem – erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna.* (Rapport 2014:8). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Förebygga för att överbygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor.* (Rapport 2016:4). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018a). *Förnuft och känsla – Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården.* (Rapport 2018:4). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2018b). *Från mottagare till medskapare.* (Rapport 2018:8) Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2018c). *Bäddat för utveckling.* (Rapport 2018:6). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020a). *Privata sjukvårdsförsäkringar. Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare.* (Rapport 2020:3). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020b). *Styra mot horisonten – Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar.* (Rapport 2020:7). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021a). *I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020.* (Rapport 2021:6). Stockholm: Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021b). *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.* (Rapport 2021:8). Stockholm: Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021c). *Genväg till ökad precision. En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården*. (Rapport 2021:5). Stockholm: Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022a). *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022 – indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet*. (PM 2022:3). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022b). *I rätt riktning? Användning av riktade statsbidrag inom vård och omsorg*. (Rapport 2022:3). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022c). *Besök via nätet. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*. (Rapport 2022:1). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023a). *Analysplan 2023*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023b). *Dela på arbetet – om differentierande arbetsuppgifter i hemtjänsten*. (Rapport: 2023:3). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2023c). *Digital potential. Utvärdering av satsningen på digital teknik i äldreomsorgen*. (Rapport 2023:6). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023d). *Ordnat för omställning*. (Rapport 2023:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023e). *Internationella jämförelser av vårdkedjan efter höftfraktur och akut hjärtsvikt. Lärdomar från ett forsknings-samarbete mellan Sverige och tio andra länder*. (PM 2023:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024a). *Analysplan 2024*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024b). *Lägesbild av den nationella cancerstrategin. En kartläggning av styrkor och utvecklingsbehov*. (PM 2024:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Välfärdscommissionen (2021). *Välfärdscommissionens slutredovisning till regeringen*. Stockholm: Finansdepartementet.
- Västra Götalandsregionen. (2022). *Utvärdering av vårdnära service – slutrapport*. Västra Götalandsregionen: Regionservice.

- Wagstaff, A. (1991). QALYs and the equity-efficiency trade-off. *Journal of Health Economics* 10(1): 21–41.
- Wang F. & Wang J-D. (2021). Investing preventive care and economic development in ageing societies: empirical evidences from OECD countries. *Health Economics Review* (2021) 11:18.
- WHO – World Health Organization (2020). *WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all*. Switzerland: World Health Organization.
- WHO – World Health Organization (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) [hämtat 2023-10-20].
- Williamson, O.E. (1998) Transaction Cost Economics: how it works; where it is headed, *De Economist*. 146 (1) 23-58.
- Wittberg, S. Taghizadeh Larsson, A. (2021). Hur avgränsas det kommunala ansvaret för att tillgodose äldres behov i kommunala riktlinjer. *Socialvetenskaplig tidskrift* 2021:3.
- Öhlén, J., Sawatzky, R., Pettersson, M., Kenne Sarenmalm, E., Larsdotter, C., Smith, F., Wallengren, C., Friberg, F., Kodeda, K., Carlsson, E. (2019). Preparedness for colorectal cancer surgery and recovery through a person-centred information and communication intervention – A quasi-experimental longitudinal design. *PLoS ONE* 14(12):e0225816.

Bilaga 1: Definition av kostnader

Vi definierar hälso- och sjukvård delvis annorlunda än SCB:s hälsoräkenskaper

Det krävs flera antagande och avgränsningar för att fånga en kostnads massa som beskriver dels hälso- och sjukvården, dels äldreomsorgen. Vi har använt SCB:s hälsoräkenskaper, som är en delmängd av nationalräkenskaperna, som en ingång för att fånga utgifter för hälso- och sjukvården.

Hälsoräkenskaperna – en delmängd av nationalräkenskaperna

Nationalräkenskaperna (NR) beskriver landets ekonomi och dess utveckling och används bland annat för att beräkna landets bruttonationalprodukt (BNP). Hälsoräkenskaperna (HR) är en del av NR som beskriver hälso- och sjukvårdens utgifter. Beräkningarna följer de internationella riktlinjer som OECD, WHO och EU ställer, de är dessutom kompatibla med NR. HR redovisas utifrån fyra olika dimensioner: ändamål (HC), finansiering (HF), producent (HP), och investeringar (HK). Vi är främst intresserade av att dela in HR på ändamål. Totalt finns sju olika huvudkategorier med tillhörande underkategorier för ändamål.

Hälsoräkenskaperna förändrades 2015

I och med publiceringen av HR 2015 började redovisningen göras utifrån den nya manualen SHA 2011. Den nya manualen blev framför allt tydligare på vad som skulle ingå under HC.3 (Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning). Den stora skillnaden är att hälso- och sjukvårdsbegreppet vidgats, vilket innebär att en betydligt större del av samtliga vård- och omsorgskostnader nu ingår i begreppet hälso- och sjukvård.

I SHA 2011 består de totala vård- och omsorgskostnaderna i HC3 av fyra olika delar och beskrivs ur ett teoretiskt perspektiv i följande delar: en medicinsk del, en omvårdnadsdel (*activities of daily living*, ADL), en servicedel (*instrumental activities of daily living*, IADL) och en övrig social del. Den medicinska delen ska

motsvara den vård som personer mottar enligt svensk hälso- och sjukvårdslag (HSL 2017:30). Det är den delen som tidigare ingick i HR. Omvårdnadsdelen (kostnader kopplade till ADL) motsvarar personliga omvårdnadstjänster som exempelvis personlig hygien, påklädning samt hjälp med att äta. Servicedelen (kostnader kopplade till IADL) motsvarar exempelvis städning och hjälp med inköp. Övriga sociala tjänster motsvarar verksamhet av social karaktär till exempel öppen verksamhet och andra tjänster, som färdtjänst. Servicedelen, IADL-kostnaderna, redovisas som hälsorelaterade kostnader under HC.R.1, men är inte en del av utgifterna som räknas som hälso- och sjukvård. Den sociala delen finns inte alls med i redovisningen av HR (SCB 2015).

Kommunernas kostnader för hälso- och sjukvården särredovisas inte

I dag särredovisas inte kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård som utförs enligt HSL från omsorgsinsatser som utförs enligt SoL, utan de presenteras samlat under posterna vård och omsorg om äldre, insatser enligt LSS/SFB och insatser till personer med funktionsnedsättning (exklusive LSS/SFB). Det finns därför inga faktiska siffror på hur mycket hälso- och sjukvård enligt HSL kommunerna utför. I stället uppskattas andelen HSL med hjälp av schabloner. För att beräkna andelen HSL av kommunernas vård- och omsorg använder HR i dag schablonberäkningar som baseras på data från 2011 (Vård- och omsorgsanalys 2021b).

Vi har räknat fram hälso- och sjukvården kostnader så här

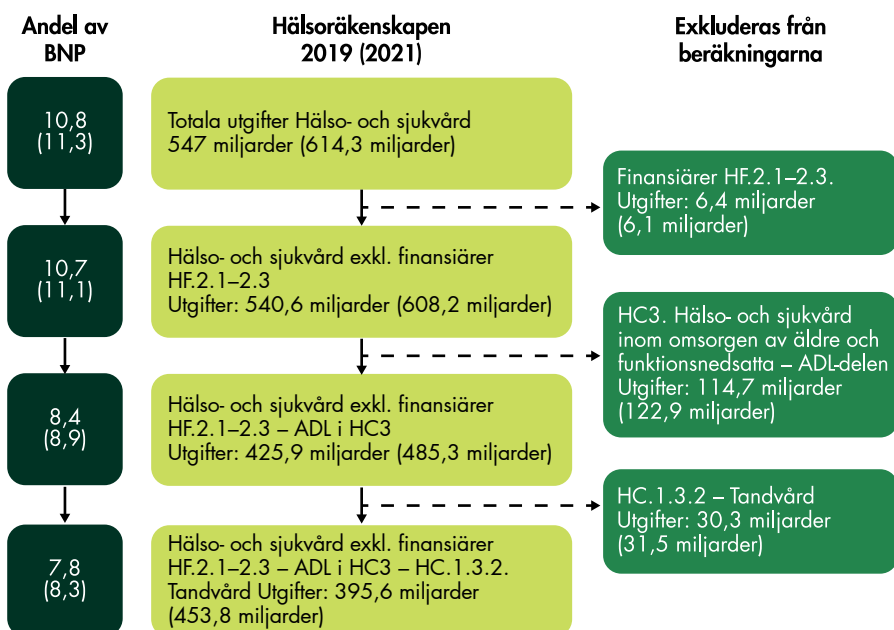
Totalt var hälso- och sjukvårdens utgifter cirka 547 miljarder kronor 2019 och 614 miljarder kronor 2021 (i 2021 års penningvärde), vilket motsvarade 10,8 respektive 11,3 procent av BNP, se figur 61. För att renodla utgifterna till offentligt finansierad hälso- och sjukvård utifrån rapportens syfte och avgränsning exkluderar vi utgiftsposter som icke-offentliga finansärer bidrar med (HF 2.1–2.3). Däremot behåller vi den del som individen betalar i form av patientavgifter, eftersom det är en del av det offentliga systemet för hälso- och sjukvården.

Dessutom exkluderar vi ADL-delen av utgiftsposten HC3 (Hälso- och sjukvård inom omsorg om äldre och funktionsnedsatta). Anledningen är att det avser aktiviteter som i Sverige tydligt kan definieras som äldreomsorg, men som infördes i definitionen av hälso- och sjukvård när hälsoräkenskaperna reviderades 2011 i syfte att bli jämförbara mellan länder med olika hälso- och sjukvårdssystem (SCB 2015). Äldreomsorgen och hemsjukvården är viktiga delar i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, men dessa vårdformer saknar motsvarighet i många andra länder (Vård- och omsorgsanalys 2023e).

Tandvården exkluderas eftersom den, jämfört med hälso- och sjukvården i övrigt, kännetecknas av högre egenfinansiering från patienterna och även kan karaktäriseras som en fri marknad.

När vi rensat för vad vi inte anser ska ses som offentligt finansierad hälso- och sjukvård kvarstår cirka 395,6 miljarder kronor för 2019 och 454 miljarder kronor för 2021, vilket motsvarar 7,8 respektive 8,3 procent av BNP.

Figur 61. Så här har vi avgränsat vissa utgifter från hälsoräkenskapen för att få fram hälso- och sjukvårdens andel av BNP 2019 och 2021.



Not. Siffror avser 2019, siffror i parentes avser 2021.

Källa: Egen beräkning utifrån SCB (2024c).

Äldreomsorgens kostnadsmassa är svårare att urskilja i hälsoräkenskaperna

Kostnader för renodlad äldreomsorg kan alltså inte avgränsas genom att utgå från hälsoräkenskapen. ADL-delen av hälsoräkenskapen, som vi lyfter bort från hälso- och sjukvården, är förvisso renodlad omsorg. Däremot kan vi inte särskilja i vilken mån det handlar om omsorg om äldre eller funktionsnedsatta personer. Därför måste vi söka andra tillvägagångssätt för att beskriva äldreomsorgens kostnadsmassa och utgå i stället från bruttokostnaden för vård och omsorg om äldre som redovisas i kommunernas räkenskapsammandrag (SCB 2023d).

Bilaga 2: Metodbeskrivning för den fördjupade analysen av kostnadsutvecklingen

Genom att använda flera olika prisindex kan vi förklara kostnadsutvecklingen mer detaljerat

För att analysera den reala kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen över tid, jämför vi kostnaderna olika år. Det finns en rad olika prisindex som mäter prisnivån för ekonomin som helhet och för specifika sektorer. Av olika anledningar avviker prisutvecklingen inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg ofta från prisutvecklingen i ekonomin i stort. Vilket prisindex man väljer att fastprisjustera med påverkar hur kostnadsutvecklingen framstår. Med hjälp av olika prisindex, som bygger på olika information, blir det möjligt att grovt fånga hur olika komponenter påverkar kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Vi delar upp kostnadsutvecklingen för att få en mer detaljerad bild av vilka faktorer som är drivande

Vi analyserar den historiska utvecklingen av totalkostnader för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen genom att fastprisjustera med olika prisindex och relatera till befolkningsutvecklingens påverkan på kostnadsutvecklingen. Vi använder sedan en årlig genomsnittlig förändring i kostnadsutvecklingen utifrån dessa effekter för att beskriva vårdens och äldreomsorgens resurser fram till 2040.

En uppdelning av historiska kostnader ger oss en mer detaljerad bild av vad som driver kostnadsutvecklingen. Vi delar upp och analyserar kostnadsutvecklingen i tre faktorer: befolkningsutveckling, ambitionsförändringar samt pris- och löneeffekt. Med uppdelningen vill vi åskådliggöra att flera faktorer kan ha relevans för kostnadsutvecklingen, även om deras inbördes betydelse inte kan fastställas med exakthet.

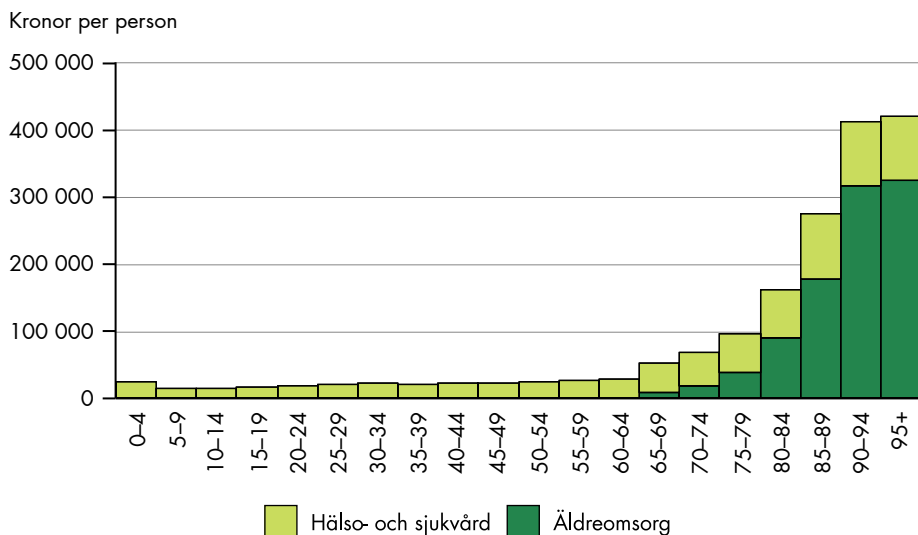
Befolkningsutvecklingen är en förklaringsfaktor bakom ökande kostnader

Utgifterna för vård och omsorg, mätt i relation till ekonomin i övrigt, tenderar att utvecklas i takt med en växande befolkning. Däremot behöver inte en förändrad ålderssammansättning i befolkningen per definition leda till att utgifterna ökar, även om vi har goda skäl att anta att vård- och omsorgsbehoven ökar när befolkningen blir äldre.

Befolkningsutvecklingen har i genomsnitt bidragit till ökade kostnader inom hälso- och sjukvården på omkring 1 procent varje år under 2001–2019. Inom äldreomsorgen har befolkningsutvecklingen bidragit med 1,34 procent varje år till kostnadsutvecklingen.

Kostnadsutvecklingen utifrån befolkningsutvecklingen får vi genom att använda genomsnittliga kostnader för hälso- och sjukvård respektive äldreomsorg för varje femårsklass i befolkningen. De genomsnittliga kostnaderna redovisas i figur 62. Genom att anta att resursbehovet för varje femårsklass är konstant över tid tillåter vi bara förändringar som ges av en växande och åldrande befolkning. Det kan ses som att vi håller behoven av vård och omsorg konstanta, men låter volymen förändras utifrån storlek och ålderssammansättning.

Figur 62. Genomsnittlig kostnad för hälso- och sjukvård respektive äldreomsorg per femårsklass i befolkningen 2019.



Not. Indelningen i hälso- och sjukvård respektive äldreomsorg görs utifrån COFOG, där hälso- och sjukvård är COFOG 07 och äldreomsorg COFOG 10.2.

Källa: Data från Konjunkturinstitutet och SCB.

Klassificering enligt COFOG

Indelningen i hälso- och sjukvård och äldreomsorg är en del av en större internationell klassifikation som grupperar offentliga sektorns utgifter efter deras funktion eller ändamål. COFOG (*Classification of the Functions of Government*) förbättrar överblicken över den offentliga sektorns utgifter och förenklar både nationella och internationella jämförelser. Med hjälp av klassifikationen indelas även konsumtionsutgifterna i individuell och kollektiv konsumtion.

Kostnadsutvecklingen beror även på förändringar i ambitionsnivån samt priser och löner

För att jämföra kostnader från olika år när vi analyserar historiska kostnader är det viktigt att räkna om dem till samma års penningvärde, det vill säga fastprisjustera till ett och samma år. Beroende på vilket prisindex som används kan olika komponenter i kostnadsutvecklingen illustreras översiktligt.

I grunden är det viktigt att särskilja på index som tar fasta på hela ekonomins prisutveckling, och till övervägande delen speglar utvecklingen av förädlingsvärde, från index som tar fasta på prisutveckling av insatsfaktorer i specifika sektorer. Vi vet utifrån historiska mått att kostnadsutvecklingen för insatsfaktorer i både hälso- och sjukvård och äldreomsorg har varit högre jämfört med utvecklingen av förädlingsvärden i andra sektorer och i ekonomin som helhet. Vi kommer därför använda fyra olika prisindex för att dela upp och analysera kostnadsutvecklingen.

Landstingsprisindex – LPI och LPIK

Landstingsprisindex (LPI), som finns från 1980 exklusive läkemedelskostnader och från 2004 inklusive läkemedelskostnader och kvalitetsjusterat landstingsprisindex (LPIK) är i grunden samma index och mäter prisutvecklingen på insatsfaktorer i hälso- och sjukvården. Skillnaden är bara hur kostnaderna för löner skattas. LPIK, som finns från 2009, handlar om kvalitetsjustering av löner, och bygger på att personalsammansättningen hålls konstant i yrke och ålder (SKR 2023c). Detta innebär att varken förskjutningar i yrkes- eller ålderssammansättning påverkar lönepriset i LPIK. Vi har valt att extrapolera med den tillgängliga informationen som finns för att få tidsserier av både LPI och LPIK från 2001 fram till 2021.

Omsorgsprisindex – OPI

Omsorgsprisindex (OPI) är ett index specifikt för kommunal omsorgsverksamhet. Löneförändringar är den största delen inom OPI, 80 procent. Resterande 20 procent hämtas från konsumentprisindex (KPI). KPI beskriver prisutvecklingen för en bestämd varukorg med konsumentvaror. OPI finns tillgängligt från 2007. Därför har vi skattat utvecklingen av OPI under 2001–2006 utifrån lönekostnadsförändringar för den kommunala sektorn och KPI för dessa år (SKR 2022d, 2023d).

BNP-deflatorn

För att beskriva prisutvecklingen i ekonomin som helhet använder vi BNP-deflatorn. Det är ett index som räknas fram genom att dividera BNP i löpande priser med BNP i fasta priser. BNP, som beskriver storleken på Sveriges ekonomi genom att mäta värdet av varor och tjänster, består till ungefär 80 procent av värden som producerats i näringslivet. Därför har vi mätt marknadspriser, resterande 20 procent från staten, regionerna och kommunerna på annat sätt (SCB 2023g).

Bilaga 3: Enkätundersökning till befolkningen

Enkätundersökning genom vår egen befolkningspanel

För att fördjupa analyserna om befolkningens uppfattningar om och förväntningar på det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen till 2040 genomförde vi en enkätundersökning till vår egen befolkningspanel. Panelen består av personer som rekryteras genom slumpmässiga urval. I den här bilagan beskriver vi närmare panelens sammansättning, metoden för datainsamlingen och svarsredovisning samt viktningen av materialet.

Population och urval

Befolkningspanelen bestod under hösten 2023 av cirka 1 500 personer. Samtliga personer som ingår i panelen har rekryterats genom slumpmässigt urval av befolkningen. Rekrytering av deltagare till befolkningspanelen skedde framför allt under vintern 2022/2023, när vi genom statens personadressregister (SPAR) slumpmässigt valde ut cirka 35 000 personer som sedan fick en inbjudan om att delta i panelen. Inbjudan skickades via brev. I slutändan bestämde sig cirka 1 500 personer för att gå med i webbpanelen. Under början av 2024 utökades befolkningspanelen genom nyrekryteringar till drygt 8 000 personer.

De som valde att gå med i vår webbpanel fick uppge sina bakgrundsuppgifter, bland annat kön, ålder och utbildningsnivå. Det gör att vi kan få en större förståelse för styrkor och svagheter i bortfall och representativitet.

Datainsamlingen pågick i september

Datainsamlingen pågick 4 september–25 september 2023 och inbjudan om att delta i enkätundersökningen skickades ut till samtliga personer i webbpanelen. Enkäten skickades ut till deltagarnas e-post och besvarades genom en digital enkät i webbläsaren på datorn eller mobilen.

När enkäten stängdes hade totalt 1 084 personer besvarat enkäten. Det motsvarar en svarsfrekvens på cirka 72 procent. De allra flesta svaren kom in under de första dagarna, men fler svar kom efter en påminnelse efter cirka två veckor.

I mars 2024 gjorde vi en kompletterande insamling för att få upp antalet svar i gruppen 39 år eller yngre. Totalt kom ytterligare 1 337 svar till enkätens del om kompetensförsörjning.

I dagsläget finns vissa skillnader mellan befolkningen och populationen i webbpanelen, och därmed även i enkätundersökningen. Bland annat är det fler äldre än yngre som valt att gå med i webbpanelen, och de tenderar att vara högutbildade. Vi ser även en överrepresentation av personer med svensk bakgrund. Skillnaden beror främst på bortfall i rekryteringen.

Vi viktat svaren utifrån befolkningen för en mer representativ bild

Eftersom vissa grupper är över- eller underrepresenterade, har vi beräknat vikter för att kompensera för skevheter. Vi har använt oss av *iterative proportional fitting*, även kallat *raking*, för att beräkna kalibrerade vikter. Den metoden är fördelaktig om vikter ska beräknas på flera bakgrundsvariabler samtidigt.

Benägenheten att delta i undersökningar påverkas av en rad olika faktorer, och det är svårt att kompensera för alla. Ålder och kön samt interaktionen mellan dessa är kända faktorer som påverkar svarsbenägenhet, liksom utbildning och svensk kontra utländsk bakgrund. Därför är rake-vikterna beräknade på följande bakgrundsvariabler:

- ålder*kön (sex åldersgrupper)
- kommuntyp (tre kommuntyper)
- utbildningsnivå (tre kategorier).

Vikterna utgår från sex åldersgrupper (18–29 år, 30–39 år, 40–49 år, 50–59 år, 60–69 år och 70+ år), fördelat på kön, eftersom ålder och kön är kända för att påverka svarsbenägenheten. De tre kommuntyperna utgår från Tillväxtanalys kommuntypsindelning: storstadskommuner, blandade kommuner och landsbygds-kommuner. Utbildningsnivå kategoriseras som grundskola eller lägre, gymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning.

När vi beräknade vikterna exkluderade vi svarande där vi saknar information om någon av bakgrundsvariablerna som vi viktat på, för att kunna beräkna så precisa vikter som möjligt.

Tabell 3 visar bakgrundsvariablerna och hur de ser ut som oviktade, viktade och sammansättning i befolkningen 2023.

Tabell 3. Sammanställning av bakgrundsvariabler, oviktat, viktat och jämfört med befolkningen 2023.

		Oviktat	Viktat	Befolkningen
Kön	Man	44	48	50
	Kvinna	56	52	50
Ålder	18–29 år	2	15	20
	30–39 år	7	18	17
	40–49 år	8	16	15
	50–59 år	16	17	16
	60–69 år	29	14	13
	70 år +	38	20	19
Utbildningsnivå	Förgymnasial	6	17	18
	Gymnasial	25	42	42
	Eftergymnasial	69	41	39
Kommuntyp	Landsbygds-kommuner	16	21	21
	Blandade kommuner	46	48	47
	Storstads-kommuner	38	31	32

Not. Siffror i tabellen avser procent. Den kompletterande insamlingen exkluderas här, eftersom den bara är relevant för enkätfrågor om kompetensförsörjning för gruppen 39 år eller yngre.

Bilaga 4: Enkät om det offentliga åtagandet till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel

Hälsa- och sjukvården i dag

1. Utifrån vilken roll besvarar du enkäten?

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt	Vet inte
Kvaliteten i behandlingar och operationer är god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemötandet från vårdpersonalen är bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är enkelt att komma i kontakt med vården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väntetider till besök och behandling är rimliga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vårdens prioritering mellan individer görs utifrån störst behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Sammanfattningsvis, hur uppfattar du att hälso- och sjukvården fungerar i dag?

- Mycket bra Ganska bra Ganska dåligt Mycket dåligt Vet inte

Hälso- och sjukvården 2040

Eftersom befolkningen i Sverige växer och åldras beräknar vi att hälso- och sjukvården behöver drygt 50 000 fler anställda 2040 än idag för att bibehålla personaltätheten. Även kostnaderna för hälso- och sjukvården beräknas öka. Det betyder sannolikt att vårdens resurser behöver användas effektivare för att invånarnas samlade vårdbehov ska kunna tillgodoses i samma utsträckning 2040 som i dag.

3. Att befolkningen tar ett större ansvar för sin vård kan bidra till en effektivare användning av vårdens resurser. Hur uppfattar du följande möjliga förändringar?

	Mycket positivt	Ganska positivt	Ganska negativt	Mycket negativt	Vet inte
Befolkningen tar i ökad utsträckning själv hand om lindriga besvär och symtom, utan att kontakta vården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler vårdkontakter vid nya besvär och symtom sker genom att patienten vänder sig till 1177	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler patienter som ute blir från, eller vid upprepade tillfällen ombokar, besök eller behandling i specialiserad vård förlorar sin plats i kön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler kontakter mellan patienter och vården sker digitalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten eller anhöriga tar ett ökat ansvar för egen vård och att självmäta och rapportera sina värden digitalt från hemmet, exempelvis blodtrycket.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hur uppfattar du möjligheten att patienterna betalar högre avgifter än idag (i 2023- års penningvärde) i syfte att täcka en eventuell kostnadsökning i offentligt finansierad hälso- och sjukvård?

- Mycket positivt
 Ganska positivt
 Ganska negativt
 Mycket negativt
 Vet inte

Hälso- och sjukvården 2040

Blicka framåt mot år 2040 och bedöm den möjliga utvecklingen.

5. På en övergripande nivå, i vilken utsträckning förväntar du dig att offentligt finansierad hälso- och sjukvård kommer tillgodose befolkningens samlade vårdbehov 2040?

I mycket större utsträckning än i dag

I större utsträckning än i dag

Ungefär som i dag

I mindre utsträckning än i dag

I mycket mindre utsträckning än i dag

Vet inte

Äldreomsorgen i dag

6. Enligt dig, hur väl stämmer följande påståenden om äldreomsorgen i dag?

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt	Vet inte
Insatsernas kvalitet är god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemötandet från omsorgspersonalen är bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möjligheterna till hemtjänst efter behov är goda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tillgången till särskilt boende vid behov är god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äldreomsorgens förmåga att ta hand om brukare med svår sjukdom är god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Sammanfattningsvis, hur uppfattar du att äldreomsorgen fungerar i dag?

Mycket positivt

Ganska positivt

Ganska negativt

Mycket negativt

Vet inte

Äldreomsorgen 2040

Eftersom befolkningen i Sverige växer och åldras beräknar vi att äldreomsorgen behöver drygt 100 000 fleranställda 2040 än idag för att bibehålla personaltätheten. Även kostnaderna för äldreomsorgen beräknas öka. Det betyder sannolikt att äldreomsorgens resurser behöver användas effektivare för att den äldrebefolkningens vård- och omsorgsbehov ska kunna tillgodoses i samma utsträckning 2040 som i dag.

8. Hur uppfattar du följande möjliga förändringar som kan bidra till att använda äldreomsorgensresurser effektivare än i dag?

	Mycket positivt	Lite positivt	Lite negativt	Mycket negativt	Vet inte
Kommunikation mellan brukare och personal eller närstående sker i ökad utsträckning digitalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beställning av exempelvis mat skickas i ökad utsträckning digitalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tillsyn nattetid sker i ökad utsträckning digitalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tillsyn dagtid sker i ökad utsträckning digitalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler brukare får passiva larm/sensor i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler brukare får mobila trygghetslarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler brukare får använda läkemedels automat i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukare får kort tidsboende i närliggande kommuner i högre utsträckning, när kapaciteten i den egna kommunen inte räcker till	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukare får särskilt boende i närliggande kommuner i högre utsträckning, när kapaciteten i den egna kommunen inte räcker till	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Hur uppfattar du följande möjliga förändringar i syfte att täcka kostnadsökningen i offentligt finansierad äldreomsorg?

	Mycket positivt	Lite positivt	Lite negativt	Mycket negativt	Vet inte
Vård- och omsorgstagare betalar högre avgifter (2023-års penningvärde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RUT-tjänster ersätter mer av offentligt finansierad äldreomsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utökad ansvar från närstående för vård och omsorg om äldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Äldreomsorgen 2040

Blicka framåt mot år 2040 och bedöm den möjliga utvecklingen.

10. På en övergripande nivå, i vilken utsträckning förväntar du dig att offentligt finansierad äldreomsorg 2040 kommer att tillgodose de samlade vård- och omsorgsbehoven hos befolkningen 65 år och äldre?

I mycket större utsträckning än i dag

I större utsträckning än i dag

Ungefär som i dag

I mindre utsträckning än i dag

I mycket mindre utsträckning än i dag

Vet inte

Kompetensförsörjning i dag

6. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning i dag?

Arbetar inom äldreomsorgen

Arbetar inom hälso- och sjukvården

Studerar till yrke inom äldreomsorg eller hälso- och sjukvård

Annat

Vill inte uppge

7. Hur väl överensstämmer följande påståenden med din bild av hur det är att arbeta äldreomsorgen idag?

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt	Vet inte
Arbetet är meningsfullt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsmiljön är god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medarbetarna har inflytande över sin arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetstiderna är bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lönerna är bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Hur väl överensstämmer följande påståenden med din bild av hur det är att arbeta i hälso- och sjukvården i dag?

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt	Vet inte
Arbetet är meningsfullt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsmiljön är god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medarbetarna har inflytande över sin arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetstiderna är bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lönerna är bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kompetensförsörjning 2040

Blicka framåt mot år 2040 och bedöm den möjliga utvecklingen.

- Arbetar inom äldreomsorgen
- Arbetar inom hälso- och sjukvården
- Studerar till yrke inom äldreomsorg eller hälso- och sjukvård
- Annat
- Kan inte bedöma

Avslutning

Det går inte att fråga om allt i en enkät. Vill du utveckla dina svar eller har du andra synpunkter?

Bilaga 5: Enkäter och intervjuguidor till regioner och kommuner

Intervjuguide för intervjuer med regionföreträdare

Det offentliga åtagandet fram emot år 2040

Som du vet har vi har gjort en enkätundersökning om hur det offentliga åtagandet i ska kunna bibehållas fram emot år 2040. Nu gör vi intervjuer med cirka fem kommuner och tre regioner för att få en fördjupad förståelse för vad som avgör innehåll i och omfattning av det offentliga åtagandet i vården och äldreomsorgen. Dessutom vill vi gärna diskutera några preliminära enkätresultat på gruppnivå, för att stämma av hur väl du känner igen dig utifrån din regions erfarenheter.

Frågeställningar

1. Vilka förutsättningar utanför er kontroll kan försvåra era möjligheter att bibehålla det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården under de närmaste 20 åren?
Exempelvis demografisk utveckling eller andra större trender i omvärlden
2. Vilka förutsättningar utanför er kontroll kan underlätta era möjligheter att bibehålla det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården under de närmaste 20 åren?
3. I enkäten frågade vi om förändringar som regioner kan göra för att använda resurserna effektivare än idag. Hur driver ni förändringsarbete för att kunna bibehålla det offentliga åtagandet i vården under de närmaste 20 åren?
Exempelvis det viktigaste ni behöver göra i närtid och på sikt eller hur ni kombinerar olika möjliga förändringar
4. Sammanfattningsvis, hur bedömer du era möjligheter att bibehålla det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården över tid fram emot år 2040?
5. Är det något annat du skulle vilja tillägga gällande det vi har pratat om?

Enkät om det offentliga åtagandet i vården till regionerna

1. På en övergripande nivå, hur bedömer du hälso- och sjukvårdens förutsättningar för att möta de samlade vårdbehoven hos invånarna i din region i dag?

Befolkningens vårdbehov kan tillgodoses i verksamheter i den egna regionen eller i andra regioner.

- Mycket goda förutsättningar
- Ganska goda förutsättningar
- Lika delar goda och dåliga förutsättningar
- Ganska dåliga förutsättningar
- Mycket dåliga förutsättningar
- Vet inte

2. Hur ofta omräknas ersättningen till verksamheter i hälso- och sjukvården i din region?

- Årligen
- Vartannat till vart tredje år
- Mer sällan än vart tredje år
- Vet inte

3. Hur omräknas ersättningen till verksamheter i hälso- och sjukvården vanligtvis i din region?

- Omräkningen kompenserar fullt ut för hur priser och löner har förändrats
- Omräkningen tar utgångspunkt i hur mycket priser och löner har förändrats, men verksamheterna kompenseras inte fullt ut
- Omräkningen styrs av budgetutrymmet, oavsett hur priser och löner har förändrats
- Annat sätt
- Vet inte

Hälso- och sjukvården år 2040 utan förändringsarbete

Framåt 2040 förväntas befolkningens samlade behov av hälso- och sjukvård vara större än i dag, eftersom Sveriges befolkning växer och åldras. Tänk dig att skattesatsen i din region och övrig offentlig finansiering är som i dag, samtidigt som förändringar i övrigt inom exempelvis digitalisering, arbetssätt och medicinskutveckling pågår som i dag. Blicka framåt mot 2040 och gör din bedömning.

4. På en övergripande nivå, i vilken utsträckning bedömer du att offentligt finansierad hälso- och sjukvård kommer att tillgodose de samlade vårdbehoven hos invånarna i din region 2040?

Befolkningens vårdbehov kan tillgodoses i verksamheter i den egna regionen eller i andra regioner.

I mycket större utsträckning än i dag

I större utsträckning än i dag

Ungefär som i dag

I mindre utsträckning än i dag

I mycket mindre utsträckning än i dag

Vet inte

Motivera gärna ditt svar

5. Utöver budgetprocessen, har ni gjort någon form av framtidsstudie för hälso- och sjukvården i din region som blickar minst 5 år framåt?

Ja

Nej

5a. Vad omfattar er framtidsstudie för hälso- och sjukvården? Flera svarsalternativ kan markeras

Befolknings-
utvecklingen

Regionens
ekonomiska
förutsättningar

Kapacitet
i offentligt
finansierad hälso-
och sjukvård

Annat

Kommentar

5b. Vilket tidsperspektiv har ni i er framtidsstudie för hälso- och sjukvården?

2029 eller
tidigare

2030 till 2034

2035 till 2039

2040 eller
ännu längre
in i framtiden

Förändringsarbete till år 2040

Om personaltätheten ska kunna bibehållas på samma nivå som i dag till 2040 beräknar vi att i hälso- och sjukvården i Sverige behöver drygt 50 000 fler anställda än i dag.

6. Utgå ifrån din region. Vilken betydelse bedömer du att följande möjliga förändringar av arbetsmiljön har för att offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna behålla och rekrytera personal till 2040?

	Mycket stor betydelse	Ganska stor betydelse	Ganska liten betydelse	Ingen betydelse	Vet inte
Det systematiska arbetsmiljöarbetet intensifieras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalens inflytande över arbetsplatsen ökar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledarskapet utvecklas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möjligheterna till kompetensutveckling under hela arbetslivet ökar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler arbetsuppgifter utförs av personal utan vårdutbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6a. Utgå ifrån din region. Finns det någon annan förändring rörande arbetsmiljö som kan ha betydelse för att offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna behålla och rekrytera personal till 2040?

Förändringsarbete till år 2040

Om personal tätheten inte kan bibehållas och kostnaderna för hälso- och sjukvård ökar behöver vårdens resurser sannolikt användas effektivare för att befolkningens samlade vårdbehov ska kunna tillgodose i samma utsträckning 2040 som i dag.

7. Utgå ifrån din region. Vilken betydelse bedömer du att följande möjliga förändringar har för att påverka befolkningens efterfrågan på vård i syfte att resurserna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

	Mycket stor betydelse	Ganska stor betydelse	Ganska liten betydelse	Ingen betydelse	Vet inte
Det förebyggande folkhälsoarbete om levnadsvanor till befolkningen i stort intensifieras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler insatser om levnadsvanor riktade till grupper i befolkningen med större behov genomförs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befolkningen tar i större utsträckning hand om lindriga besvär och symtom utan att kontakta vården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoteken ger mer stöd till befolkningen vid lindriga besvär och symtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Mycket stor betydelse	Ganska stor betydelse	Ganska liten betydelse	Ingen betydelse	Vet inte
Bättre styrning av patienter till rätt vårdnivå efter behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler patienter tar ett ökat ansvar för egenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler patienter som uteblir från, eller vid upprepade tillfällen ombokar, besök eller behandling i specialiserad vård förlorar sin plats i kön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7a. Utgå ifrån din region. Finns det någon annan förändring rörande befolkningens efterfrågan på vård som kan ha betydelse för att resurserna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

8. Utgå ifrån din region. Vilken betydelse bedömer du att följande möjliga förändringar i samordning har för att resurserna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna användas effektivare 2040 än i dag? Med samordning menar vi koordinering av resurser och arbetsinsatser.

	Mycket stor betydelse	Ganska stor betydelse	Ganska liten betydelse	Ingen betydelse	Vet inte
Bättre samordning med kommunerna i din region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bättre samordning mellan primärvård och specialiserad vård inom din region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produktions- och kapacitetsplanering görs i större utsträckning gemensamt inom din samverkansregion eller nationellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8a. Utgå ifrån din region. Finns det någon annan förändring rörande samordning som kan ha betydelse för att resurserna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

9. Utgå ifrån din region. Vilken betydelse bedömer du att följande möjliga förändringar genom nivåstrukturering har för att resurserna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

	Mycket stor betydelse	Ganska stor betydelse	Ganska liten betydelse	Ingen betydelse	Vet inte
Förflyttning från sjukhusvård till en mer nära vård där primärvården tar hand om mer av befolkningens vårdbehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ökad koncentration av specialiserad vård inom din region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ökad centralisering av specialiserad vård inom din samverkansregion eller nationellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9a. Utgå ifrån din region. Finns det någon annan förändring rörande nivåstrukturering som kan ha betydelse för att resurserna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

10. Utgå ifrån din region. Vilken betydelse bedömer du att ökad personcentrering har för att resurserna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

- Mycket stor betydelse
 Ganska stor betydelse
 Ganska liten betydelse
 Ingen betydelse
 Vet inte

Motivera gärna ditt svar

11. Utgå ifrån din region. Vilken betydelse bedömer du att följande möjliga förändringar genom digitalisering har för att resurserna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

	Mycket stor betydelse	Ganska stor betydelse	Ganska liten betydelse	Ingen betydelse	Vet inte
Mer funktionella system för informationsöverföring mellan vårdgivare används	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler kontakter mellan patienter och vården sker digitalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler patienter mäter och rapporterar själv sina värden digitalt från hemmet, exempelvis blodtrycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digitala system som påvisar ledig kapacitet och organiserar patientflöden används i större utsträckning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AI-baserade stöd för diagnosticering används i större utsträckning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11a. Utgå ifrån din region. Finns det någon annan förändring rörande digitalisering som kan ha betydelse för att resurserna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

12. Utgå ifrån din region. Vilken betydelse bedömer du att följande möjliga förändringar har för att minska förekomsten av lågvårdevård i syfte att resurserna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna användas effektivare 2040 än i dag? Med lågvårdevård menar vi vårdinsatser som är ineffektiva, till exempel onödiga provtagningar, eller behandlingar som inte hjälper mot den aktuella åkomman.

	Mycket stor betydelse	Ganska stor betydelse	Ganska liten betydelse	Ingen betydelse	Vet inte
Avstå helt från att ge åtgärder som klassificeras som icke-göra i nationella riktlinjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avstå helt från att behandla knappt märkbara avvikelser, när behandling inte kan ge hälsoförättring (överdiagnostik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avstå helt från behandling avsedd för allvarigare former av en sjukdom vid lättare former av sjukdomen (överbehandling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12a. Utgå ifrån din region. Finns det någon annan förändring rörande lågvårdevård som kan ha betydelse för att resurserna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

13. Utgå ifrån din region. Vilken betydelse bedömer du att följande möjliga förändringar av administration och dokumentation har för att resurserna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

	Mycket stor betydelse	Ganska stor betydelse	Ganska liten betydelse	Ingen betydelse	Vet inte
Administration och dokumentation delegeras från vårdprofessioner till andra yrkesgrupper i större utsträckning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AI-stöd i dokumentation, exempelvis journalföring, används i större utsträckning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avtal och ersättningsmodeller utformas så att de minimerar manuell dokumentation och inrapportering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler nationella kvalitetsregister tar emot uppgifter från journalsystem automatiskt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13a. Utgå ifrån din region. Finns det någon annan förändring rörande administration och dokumentation som kan ha betydelse för att resurserna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

Hälso- och sjukvården år 2040 efterförändringsarbete

Tänk dig nu att alla förändringar som du i föregående frågor bedömt ha betydelse för att hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna användas effektivare genomförs och att din bedömning av hur stor betydelsede förändringarna har visar sig stämma ganska väl.

14. På en övergripande nivå, i vilken utsträckning bedömer du att offentligt finansierad hälso- och sjukvård kommer att tillgodose de samlade vårdbehoven hos invånarna i din region 2040? Befolkningens vårdbehov kan tillgodoses i verksamheter i den egna regionen eller i andra regioner.

I mycket större utsträckning än i dag

I större utsträckning än i dag

Ungefär som i dag

I mindre utsträckning än i dag

I mycket mindre utsträckning än i dag

Vet inte

Motivera gärna ditt svar

15. Utgå ifrån din region. Hur troligt är det att patientavgifter (i 2023 års penningvärde) behöver höjas för att täcka ökade kostnader i offentligt finansierad hälso- och sjukvård till 2040?

- Mycket troligt Ganska troligt Inte särskilt troligt Inte alls troligt Vet inte

15a. Utgå ifrån din region. Finns det någon annan förändring som kan komma att göras för att täcka ökade kostnader i offentligt finansierad hälso- och sjukvård?

Avslutning

16. Det går inte att fråga om allt i en enkät. Vill du utveckla dina svar eller har du andra synpunkter?

Intervjuguide för intervjuer med kommuner

Det offentliga åtagandet fram emot år 2040

Som du vet har vi har gjort en enkätundersökning om hur det offentliga åtagandet i ska kunna bibehållas fram emot år 2040. Nu gör vi intervjuer med cirka fem kommuner och tre regioner för att få en fördjupad förståelse för vad som avgör innehåll i och omfattning av det offentliga åtagandet i vården och äldreomsorgen. Dessutom vill vi gärna diskutera några preliminära enkätresultat på gruppnivå, för att stämna av hur väl du känner igen dig utifrån din kommuns erfarenheter.

Frågeställningar

1. Vilka förutsättningar utanför er kontroll kan **försvåra** era möjligheter att bibehålla det offentliga åtagandet i äldreomsorgen under de närmaste 20 åren? Notera att vi inkluderar kommunal hälso- och sjukvård för befolkningen 65 år och äldre i äldreomsorgen.
Exempelvis demografisk utveckling eller andra större trender i omvärlden
2. Vilka förutsättningar utanför er kontroll kan **underlätta** era möjligheter att bibehålla det offentliga åtagandet i äldreomsorgen under de närmaste 20 åren?
3. I enkäten frågade vi om förändringar som kommuner kan göra för att använda resurserna effektivare än idag. Hur driver ni **förändringsarbete** för att kunna bibehålla det offentliga åtagandet i äldreomsorgen under de närmaste 20 åren?
Exempelvis det viktigaste ni behöver göra i närtid och på sikt eller hur ni kombinerar olika möjliga förändringar
4. Sammanfattningsvis, hur bedömer du era möjligheter att bibehålla det offentliga åtagandet i äldreomsorgen över tid fram emot år 2040?
5. Är det något annat du skulle vilja tillägga gällande det vi har pratat om?

Enkät om det offentliga åtagandet i äldreomsorgen till kommunerna

Äldreomsorgen i dag

Gör en övergripande bedömning utifrån din egen kommun.

1. På en övergripande nivå, hur bedömer du äldreomsorgens förutsättningar för att möta de samlande vård- och omsorgsbehoven hos de äldre invånarna (65 år och äldre) i din kommun i dag? I äldreomsorg inkluderar vi även kommunal hälso- och sjukvård för invånarna 65 år och äldre.

- Mycket goda förutsättningar
- Ganska goda förutsättningar
- Lika delar goda och dåliga förutsättningar
- Ganska dåliga förutsättningar
- Mycket dåliga förutsättningar
- Vet inte

2. Hur ofta omräknas ersättningen till verksamheter i äldreomsorgen i din kommun?

- Årligen
- Vartannat till vart tredje år
- Mer sällan än vart tredje år
- Vet inte

3. Hur omräknas ersättningen till verksamheter i äldreomsorgen vanligtvis i din kommun?

- Omräkningen kompenserar fullt ut för hur priser och löner har förändrats
- Omräkningen tar utgångspunkt i hur mycket priser och löner har förändrats, men verksamheterna kompenseras inte fullt ut
- Omräkningen styrs av budgetutrymmet, oavsett hur priser och löner har förändrats
- Annat sätt
- Vet inte

Äldreomsorgen år 2040 utanförändringsarbete

Fram mot 2040 förväntas behoven av äldreomsorg, inklusive kommunal hälso- och sjukvård för invånarna 65 år och äldre, vara större än i dag eftersom befolkningen i Sverige åldras. Tänk dig att skattesatsen i din kommun och övrig offentlig finansiering är som i dag, samtidigt som förändringar i övrigt inom exempelvis välfärdsteknik och arbetssätt pågår som i dag. Blicka framåt mot år 2040 och gör en övergripande bedömning.

4. På en övergripande nivå, i vilken utsträckning bedömer du att offentligt finansierad äldreomsorg kommer kunna tillgodose de samlade vård- och omsorgsbehoven hos de äldre invånarna (65 år och äldre) i din kommun 2040? I äldreomsorg inkluderar vi även kommunal hälso- och sjukvård för invånarna 65 år och äldre.

I mycket större utsträckning än i dag

I större utsträckning än i dag

Ungefär som i dag

I mindre utsträckning än i dag

I mycket mindre utsträckning än i dag

Vet inte

Motivera gärna ditt svar

5. Utöver budgetprocessen, har ni gjort någon form av framtidsstudie för äldreomsorgen i din kommun som blickar minst 5 år framåt?

Ja

Nej

5a. Vad omfattar er framtidsstudie för äldreomsorgen? Flera svarsalternativ kan markeras.

Befolknings-
utvecklingen

Regionens
ekonomiska
förutsättningar

Kapacitet i offentligt
finansierad hälso- och
sjukvård

Annat

Kommentar

5b. Vilket tidsperspektiv har ni i er framtidsstudie för äldreomsorgen?

- 2029 eller tidigare
 2030 till 2034
 2035 till 2039
 2040 eller ännu längre in i framtiden

Förändringsarbete till år 2040

Om personaltätheten ska kunna bibehållas på samma nivå som i dag till 2040 beräknar vi att äldreomsorgen i Sverige behöver ungefär 110 000 fler anställda än i dag.

6. Utgå ifrån din kommun. Vilken betydelse bedömer du att följande möjliga förändringar av arbetsmiljön har för att offentligt finansierad äldreomsorg ska kunna behålla och rekrytera personal till 2040?

	Mycket stor betydelse	Ganska stor betydelse	Ganska liten betydelse	Ingen betydelse	Vet inte
Det systematiskt arbetsmiljöarbetet intensifieras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalens inflytande över arbetsplatsen ökar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledarskapet utvecklas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möjligheterna till kompetensutveckling under hela arbetslivet ökar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler arbetsuppgifter utförs av personal utan vård- eller omsorgsutbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6a. Utgå ifrån din kommun. Finns det någon annan förändring rörande arbetsmiljö som kan ha betydelse för att offentligt finansierad äldreomsorg ska kunna behålla och rekrytera personal till 2040?

Förändringsarbete till år 2040

Om personaltätheten inte kan bibehållas och kostnaderna för äldreomsorgen ökar behöver äldreomsorgens resurser sannolikt användas effektivare för att de samlade vård- och omsorgsbehoven hos invånarna 65 år och äldre ska tillgodoses i samma utsträckning som i dag.

7. Utgå ifrån din kommun. Vilken betydelse bedömer du att följande möjliga förändringar i samordning har för att resurserna i offentligt finansierad äldreomsorg ska kunna användas effektivare 2040 än idag? Med samordning menar vi koordinering av resurser och arbetsinsatser.

	Mycket stor betydelse	Ganska stor betydelse	Ganska liten betydelse	Ingen betydelse	Vet inte
Bättre samordning med regionen i vården av äldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapacitetsplanering för äldreomsorgen görs i större utsträckning gemensamt med närliggande kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7a. Utgå ifrån din kommun. Finns det någon annan förändring rörande samordning som kan ha betydelse för att resurserna i offentligt finansierad äldreomsorg ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

8. Utgå ifrån din kommun. Vilken betydelse bedömer du att följande möjliga förändringar genom digitalisering har för att resurserna i offentligt finansierad äldreomsorg ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

	Mycket stor betydelse	Ganska stor betydelse	Ganska liten betydelse	Ingen betydelse	Vet inte
Kommunikation mellan brukare och personal eller närstående sker i större utsträckning digitalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beställningar för inköp av exempelvis mat skickas i större utsträckning digitalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tillsyn nattetid sker i större utsträckning digitalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tillsyn på dagtid sker i större utsträckning digitalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler brukare får passiva larm/sensor i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler brukare får mobila trygghetslarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fler brukare använder läkemedelsautomat i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8a. Utgå ifrån din kommun. Finns det någon annan förändring rörande digitalisering som kan ha betydelse för att resurserna i offentligt finansierad äldreomsorg ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

9. Utgå ifrån din kommun. Vilken betydelse bedömer du att följande möjliga förändringar av administration och dokumentation har för att resurserna i offentligt finansierad äldreomsorg ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

	Mycket stor betydelse	Ganska stor betydelse	Ganska liten betydelse	Ingen betydelse	Vet inte
Minskad omfattning av dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AI-stöd för dokumentation används i större utsträckning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9a. Utgå ifrån din kommun. Finns det någon annan förändring rörande administration och dokumentation som kan ha betydelse för att resurserna i offentligt finansierad äldreomsorg ska kunna användas effektivare 2040 än i dag?

Äldreomsorgen år 2040 efterförändringsarbete

Tänk dig nu att allt som du i föregående frågor bedömt ha betydelse för att äldreomsorgens resurser ska kunna användas effektivare genomförs och att din bedömning av deras betydelser visar sig stämma ganska väl.

10. På en övergripande nivå, i vilken utsträckning bedömer du att offentligt finansierad äldreomsorg kommer kunna tillgodose de samlade vård- och omsorgsbehoven hos de äldre invånarna (65 år och äldre) i din kommun 2040? I äldreomsorg inkluderar vi även kommunal hälso- och sjukvård för invånarna 65 år och äldre.

I mycket större utsträckning än i dag

I större utsträckning än i dag

Ungefär som i dag

I mindre utsträckning än i dag

I mycket mindre utsträckning än i dag

Vet inte

Motivera gärna ditt svar

11. Utgå ifrån din kommun. Hur troligt är det att följande förändringar behöver göras för att täcka ökade kostnader i offentligt finansierad äldreomsorg till 2040?

	Mycket troligt	Ganska troligt	Inte särskilt troligt	Inte alls troligt	Vet inte
Högre avgifter för vård- och omsorgstagare (i 2023-års penningvärde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RUT-tjänster ersätter offentligt finansierad äldreomsorg i större utsträckning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Närstående tar ett utökat ansvar för vård och omsorg om äldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11a. Utgå ifrån din kommun. Finns det någon annan förändring som kan komma att göras till 2040 för att täcka ökade kostnader i offentligt finansierad äldreomsorg?

Avslutning

12. Det går inte att fråga om allt i en enkät. Vill du utveckla dina svar eller har du andra synpunkter?

Redo för framtiden?

Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas till år 2040

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg väntas bli allt större under de kommande 20 åren, vilket gör det svårare att både finansiera och kompetensförsörja dagens omfattning av det offentliga åtagandet. I den här rapporten undersöker vi förutsättningarna och möjligheterna att behålla dagens omfattning av det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen fram till 2040. Vi kan konstatera att det finns utmaningar framöver. För hälso- och sjukvården är utmaningen främst att det behövs effektiviseringar för att skapa utrymme för fortsatta ambitionshöjningar. För äldreomsorgen är utmaningen ett ökat behov som kommer när befolkningen blir äldre. Framöver kommer behovet av personal att växa om inte arbetssätten effektiviseras i relativt stor utsträckning.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.