

Schweiz vårdmodell säkrar jämlikheten

Svenska Dagbladet den 4 augusti 2019

Ytterligare 90 miljarder. Så stora statsbidrag beräknar finansdepartementet och Magdalena Andersson att Sveriges kommuner och landsting kommer att behöva från 2026 för att klara att upprätthålla dagens välfärdsnivå.

Men redan idag börjar konsekvenserna av illa fungerande system och dåligt resursutnyttjande att märkas, inte minst i den hårt ransonerade vårdsektorn. I det läget kan man, likt finansministern, kräva ännu större skatteuttag av medborgare och företag, eller som de borgerliga partierna, hoppas att en återinförd kömiljard ska prestera mirakel.

Ett bättre alternativ vore att på allvar ta en diskussion om inte mer radikala systemförändringar krävs för att få en välfärd som både är långsiktigt ekonomiskt hållbar, och som faktiskt klarar av att hålla de löften som ställs ut.

I en rapportserie har Tankesmedjorna Timbro och ECEPR lyft fram alternativa reformvägar mot en ny vårdmodell, baserad på privata, obligatoriska, vårdförsäkringar. Vi har lyft fram Japan och Nederländerna som tänkbara förebilder, och släpper idag en rapport där vi granskar Schweiz. I förhållande till de två övriga är Schweiz det land som har den mest utpräglade marknadsliberala vårdmodellen.

Det schweiziska vårdsystemet karaktäriseras av konkurrens och decentralisering, där staten och de 26 kantonerna reglerar den vård som till stor del bedrivs och finansieras privat. I likhet med Sveriges trafikförsäkring är det obligatoriskt att teckna privat vårdförsäkring i Schweiz. De som inte har råd får hjälp av det offentliga att finansiera försäkringen, men offentlig sektor har överlag en begränsad roll som finansiär. Medan försäkringsbolagen inte får göra vinst på grundförsäkringen har de möjlighet att göra vinst på de kompletterande försäkringar som erbjuds. Försäkringsbolagen består därför av icke-vinstdrivande filialer som erbjuder grundförsäkringar och vinstdrivande filialer som erbjuder frivilliga tilläggsförsäkringar. Resultatet är en omfattande privat marknad, som har lagt grunden för vårdkvalitet på internationell toppnivå.

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

Men mest intressant är jämlikheten i hälsoutfall. Den absoluta ojämlikheten i mortalitet efter utbildningsnivå bland män är ungefär lika hög i Schweiz som i Sverige – och ojämlikheten är lägre än i länder som Danmark, Finland och Norge. Bland kvinnor levererar dock det schweiziska systemet mer jämlikhet sett till mortalitet efter utbildningsnivå än alla dessa nordiska länder, inklusive Sverige.

En liknande bild gäller jämlikheten i den självs kattade hälsan: skillnaden i andelen som uppger att de har bra hälsa mellan den femtedel av befolkningen som har lägst inkomster och den femtedel som har högst inkomster är nämligen något lägre i Schweiz än i Sverige.

Det kan låta paradoxalt att klasskillnaden i hälsoutfall är större snarare än mindre i Sverige. Men som i alla system som bygger på ransonering har individer med mer ekonomiskt, socialt och kulturellt kapital fördelar när den offentliga vårdbyråkratin ska prioritera begränsade resurser. I teorin är vården för alla – men i praktiken upptäcker allt fler i dagens växande köer att tillgången till de tjänster man betalat för, de facto uteblir.

En ordnad övergång till obligatoriska, men privata försäkringar vore ett radikalt men klokt steg för 2000-talets svenska vårdmodell. Exemplet Schweiz visar att ett minskat offentligt åtagande kan förenas med solidaritet, egenmakt, hög vårdkvalitet och förbättrade förutsättningar för vårdinnovation. Att inte lyfta den diskussionen i den nyligen föreslagna Valfärdskommissionen, vore ett oförlåtligt tjänstefel.

Nima Sanandaji

Karin Svanborg-Sjövall

Gabriel Heller-Sahlgren