

15:32 ↗



KATALYS.+



# Privata sjukvårds- försäkringar bryter mot lagen



En rapport av John Lapidus

Katalys No 84



Club  
Premium



Köp  
besök



Akut-  
garanti



Gå före  
i kön



Månadens  
erbjudande

## Om författaren

John Lapidus är författare och ekonomhistoriker vid handelshögskolan i Göteborg.

---

## Katalys – Institut för facklig idéutveckling

Katalys är ett oberoende fackligt idéinstitut som bedriver utredningsverksamhet och opinionsbildning. Våra verksamhetsområden är välfärd, samhällsekonomi, arbetsmarknad och fördelningsfrågor. Vår uppgift är att generera kunskap och perspektiv som kommer såväl den politiska debatten som fackföreningsrörelsen och dess företrädare på lokal, regional och central nivå till gagn. Men vår uppgift är även att driva den politiska debatten framåt i dessa frågor, med egna analyser och förslag grundade i fackliga perspektiv. Vi står på två ben – idéutveckling och politisk påverkan. Värderingsmässigt står vi på LO-medlemmarnas sida.

Katalys tror inte att ökade samhällsklyftor är en naturlig eller opåverkbar följd av en globaliserad värld. Vi ställer inte upp på resonemang om att bara för att det går att skapa en marknad av något som vi äger gemensamt, så ska den marknaden skapas. Vi ser att det finns konstruktiva vägar framåt för den svenska arbetsmarknaden och att de principer som en gång formade arbetsmarknaden är relevanta även i framtiden. Vi vill bidra till att den generella välfärden och trygghetssystem säkras och utvecklas. Katalys – Institut för facklig idéutveckling startades på initiativ av 6F – fackförbund i samverkan. 6F utgörs av LO-förbunden Byggnads, Elektrikerna, Fastighets, Målarna och Seko.

Besök vår hemsida: [www.katalys.org](http://www.katalys.org)

---

Grafisk formgivning: Jesper Weithz.

Omslagsillustration (sjukpersonalen): Mikehana / Adobe Stock.

# Sammanfattning

- Privata sjukvårdsförsäkringar bryter mot Hälso- och sjukvårdslagens principer om vård på lika villkor och vård efter behov.
- Privata sjukvårdsförsäkringar raserar den gemensamma sjukvårdsmodellen genom att skapa ett parallellt system för de som har råd och möjlighet att ha privata sjukvårdsförsäkringar.
- Privata sjukvårdsförsäkringar urholkar den offentliga sjukvården genom minskad skattevilja och tillit, ineffektivitet, ökade kostnader, snyltande på det offentliga och bortdragande av personella resurser.
- Privata sjukvårdsförsäkringar drivs fram av en privat välfärdsindustri och försäkringslobby som saknar starka motkrafter i dagens samhälle.
- Privata sjukvårdsförsäkringar erbjuds av fackförbund som TCO och Saco i öppet trots mot den svenska välfärdsmodellen.
- Privata sjukvårdsförsäkringar förändrar vårt sätt att se på sjukvård – från mänsklig rättighet till en vara på en marknad.
- Privata sjukvårdsförsäkringar utesluter gamla, fattiga och sjuka i enlighet med affärsidén att skapa lönsamma försäkringskollektiv av unga, friska och arbetsföra personer.
- Privata sjukvårdsförsäkringar möjliggörs av vinstdriften i sjukvården då privata utförare kan skapa två köer till sina vårdinrättningar.
- Privata sjukvårdsförsäkringar är beroende av en parallell infrastruktur där skadereglerare, privata vårdsamordnare och separata bokningssystem behövs för att upprätthålla det parallella sjukvårdssystemet.
- Privata sjukvårdsförsäkringar ökar dels horisontellt med allt fler försäkringstagare och dels vertikalt med nya typer av försäkringar, exempelvis inom cancervård.
- Privata sjukvårdsförsäkringar kan bromsas tillfälligt via förmånsbeskattning och stopplagar – men i grunden krävs ett vinstförbud inom sjukvården för att få bukt med problemet.
- Privata sjukvårdsförsäkringar utreds då och då av statliga myndigheter, men de hittillsvarande utredningarna har tyvärr undvikit de viktigaste frågeställningarna.

# Innehåll

Sammanfattning	3
1. Inledning	5
2. Brottet mot Hälso- och sjukvårdslagen	6
3. Hur och var begås brottet?	8
4. Vem begår brottet?	12
5. Vilka är medbrottslingarna?	15
5.1 Tjänstemannafacken	15
5.2 Försäkringstagarna och deras arbetsgivare	16
5.3 Den privata välfärdsindustrin	17
5.4 Borgerliga ledarskribenter och opinionsbildare	18
5.5 De borgerliga partierna och Sverigedemokraterna	18
5.6 Utrednings-Sverige	20
6. Vilka blir konsekvenserna av brottet?	22
7. Hur ska brottet beivras?	24
7.1 Börja förmånsbeskatta sjukvårdsförsäkringar på riktigt	24
7.2 Sluta blanda försäkringspatienter och offentligt finansierade patienter	25
7.3 Stoppa privat vinstdrift i sjukvården	26
8. Avslutande ord	28
Noter	29

# 1. Inledning

Den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar raserar den gemensamma välfärdsmodellen och bryter mot Hälso- och sjukvårdslagen.

Det kan låta som djärva påståenden men är egentligen rena självklarheter.

För det första: när allt fler medborgare tecknar privata försäkringar och överger den gemensamma sjukvårdsmodellen, ja, då är den inte gemensam längre.

För det andra: när allt fler kliniker tar emot olika patientgrupper på olika villkor, ja, då gäller inte Hälso- och sjukvårdslagens skrivningar om att vård ska ges efter behov och på lika villkor.

Hur hamnade vi här? I början av 1980-talet var Sverige ett av världens mest jämlika länder och känt för sin inkluderande välfärdsmodell. Inom sjukvården hade det privata trängts tillbaka under modellens uppbyggnadsskede, vilket innebar att det offentliga tog över det mesta av vårdens drift och finansiering.

Men sedan vände trenden. På 1990-talet började antalet privata utförare öka på alla vårdnivåer. När de blev tillräckligt många kunde privatiseringsvågen växa sig ännu större, inte bara på driftssidan utan även på finansieringssidan. Det skedde, och fortsätter att ske, via den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar.

En privat sjukvårdsförsäkring ger snabbt tillträde till vård, oftast på samma kliniker där andra medborgare väntar på sin tur i den offentliga vårdkön. Det betyder att vissa patienter prioriteras framför andra utan medicinsk grund för en sådan prioritering. Det förutsätter ett parallellt sjukvårdssystem som i dag byggs ut över hela landet, ett parallellt system som innefattar vårdpersonal, bokningssystem, skadereglerare, vårdsamordnare, försäkringsförmedlare och mycket annat. Samtidigt bygger hela detta parallella system på fritt tillträde till det offentliga sjukvårdssystemet.

Den privata välfärdsindustrin och deras lobbyorganisationer har varit framgångsrika i sin

propaganda, som består av en blandning av falska påståenden och myter kring försäkringssystemets syften och konsekvenser. Samtidigt har den privata välfärdsindustrin fått med sig allt fler aktörer på tåget. Några av de viktigaste är fackförbunden TCO och Saco som konsekvent vägrar att svara på frågor om varför de, i öppet trots mot den svenska välfärdsmodellens principer, erbjuder sina medlemmar privata sjukvårdsförsäkringar.

Den privata välfärdsindustrins framgångar beror till stor del på svaga eller närmast obefintliga motkrafter. Trots ett folkligt motstånd mot vinster i välfärden finns inga starka gräsrotsorganisationer. Trots partipolitiska utspel har frågorna nästan alltid trixats bort när de ställts på sin spets, det gäller inte minst det socialdemokratiska parti som ser sig som den svenska välfärdsmodellens grundare och främsta tillskyndare.

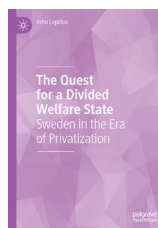
I den här rapporten granskas det parallella sjukvårdssystemets struktur och uppbyggnad. Vidare analyseras hur framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar bryter mot Hälso- och sjukvårdslagen, samt hur denna utveckling raserar den gemensamma välfärdsmodellen. Rapporten diskuterar även hur nya och gamla aktörer dras in i, och drar nytta av, det parallella sjukvårdssystemet. Slutligen ges förslag på hur det parallella systemet kan trängas tillbaka för att den gemensamma modellen ska kunna återuppstå och vidareutvecklas.

---

## Läs vidare

John Lapidus, *Vårdstölden*, Leopard förlag, 2018.

John Lapidus, *The quest for a divided welfare state: Sweden in the era of privatization*, Palgrave Macmillan, 2019.



## 2. Brottet mot Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen stadgar att vård ska ges "På lika villkor för hela befolkningen" och att "Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården".<sup>1</sup> Privata sjukvårdsförsäkringar är således ett brott mot denna lag då vissa patientgrupper, på icke-medicinska grunder, ges förtur framför andra patientgrupper.

Att få snabbare tillgång till vård än övriga medborgare är det huvudsakliga syftet med en privat sjukvårdsförsäkring. Försäkringsbolagen utlovar påbörjad behandling inom två veckor, medan den offentliga vårdgarantin utlovar samma sak inom ett halvår. Försäkringsbolagens löfte till kunderna är alltså att de ska prioriteras framför de offentligt finansierade patienterna. Försäkringsbolagen samarbetar med hundratals vårdgivare som garanterar försäkringstagarnas företräde framför offentligt finansierade patienter.

Ovanstående är något vi redan vet. Ovanstående är själva affärsidén med privata sjukvårdsförsäkringar, och vem som helst kan gå in på försäkringsbolagens hemsidor och läsa mer om saken.

Att försäkringsskunder prioriteras framför andra patienter, på icke-medicinska grunder, är alltså ett faktum som måste vara en av utgångspunkterna för varje studie om försäkringssystemet. Men så är inte fallet. I stället vänds och vrids på detta faktum till dess att det, i bästa fall, blir ett av resultaten av studierna.

Så förhåller det sig exempelvis med Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) rapport om privata sjukvårdsförsäkringar som publicerades i april 2020.<sup>2</sup> Det mest uppmärksammade resultatet av rapporten är att försäkringsskunder får vård snabbare än andra vårdtagare, "sannolikt" utan att det finns skillnader i medicinska behov.

Resultatet av rapporten är alltså något som inte ens når upp till det obestridliga faktum som borde ha varit en av rapportens utgångspunkter och frågeställningar.

---

**Här skapar den privata välfärdsindustrin ett nyspråk där privata lösningar är det bästa som kan hända det gemensamma.**

---

Med tanke på det magra resultatet är det inte förvånande att den privata välfärdsindustrin gläds åt rapporter som ovan nämnda. Den privata vårdindustrin hade förväntat sig att Vårdanalys skulle diskutera hur samhället ska komma till rätta med icke-medicinska prioriteringar och brottet mot Hälso- och sjukvårdslagen, inte att Vårdanalys skulle slå in öppna dörrar och påpeka sådant som alla redan visste.

Vårdanalys rapport är, i likhet med flera välfärdsutredningar beställda av socialdemokratiska regeringar på senare år, en stor lättnad för den privata välfärdsindustrin. Det är därför som Karin Liljeblad, näringspolitisk expert hos Vårdföretagarna, utbrister att det är "befriande att ta del av Vårdanalys välbalanserade utredning".<sup>3</sup>

Frågetecken kan av samma skäl resas mot den mediala tolkningen av det "avslöjande" som Dagens Nyheter gjorde i december 2019.<sup>4</sup> Det som DN-journalisterna förtjänstfullt avslöjade var de privata vårdgivarnas hyckleri i fråga om de dubbla köerna till vården. Dessa vårdgivare utlovade förtur när journalisterna utgav sig för att vara försäkringstagare, men samma vårdgivare fick kalla fötter när de insåg att det var journalister de hade att göra med.

Däremot var det inte så att DN "avslöjade" att försäkringsskunder har förtur framför andra

medborgare. Därför att förturen är ingen hemlighet som behöver avslöjas. Förturen är själva syftet med försäkringen. Om denna förtur kan vi som sagt läsa på försäkringsbolagens och de privata vårdgivarnas egna hemsidor, där det står svart på vitt hur försäkringstagare ska agera för att gå före de offentligt finansierade patienterna i vårdkön. Förturen är sedan länge uppmärksammat och omskriven,<sup>5</sup> och den är en absolut central del av själva varan som säljs till de privata försäkringskunderna.

Det bidrar snarast till den allmänna förvirringen när diverse medier kallar självklarheterna kring försäkringstagarnas förtur för ett avslöjande. Och det är just förvirring kring sådant som nyss var självklart som den privata välfärdsindustrin strävar efter i dessa frågor. Här skapar den privata

välfärdsindustrin ett nyspråk där privata lösningar är det bästa som kan hända det gemensamma, där dubbla köer inte är dubbla köer och där ett lagbrott inte alls är ett lagbrott.

Samtidigt blir det allt fler – inte minst de hundratusentals försäkringstagarna och deras arbetsgivare och deras tjänstemannafack – som talar detta nyspråk för att försvara och legitimera sin lagstridiga förtur till svensk sjukvård. Resultatet blir en antiintellektuell och hätsk stämning på ledarsidor, på Twitter, i kommentarsfält och överallt där försäkringarna ”diskuteras”. Det är bland annat denna högröstade rörelse av särintressen som måste övervinnas om vi ska återgå till en gemensam välfärdsmodell. Det är inte det enklaste. Särskilt inte som rörelsen består av de röststarkaste och mest inflytelserika krafterna i samhället.

### 3. Hur och var begås brottet?

Varje dag bryts mot Hälso- och sjukvårdslagens grundläggande principer, vård efter behov och vård på lika villkor, på hundratals kliniker över hela landet. På små vårdcentraler och på stora sjukhus. På privata och vinstdrivande vårdinrättningar men även på privata och icke-vinstdrivande, så kallade idéburna, sådana.

Det som förenar alla dessa kliniker är att de har ett snabbspår eller en VIP-kö för patienter med privat sjukvårdsförsäkring, och en långsam kö för alla andra. Klinikerna har slutit två helt olika sorters avtal med försäkringsbolagen respektive med regionerna. I avtalen med försäkringsbolagen har de förbundit sig att behandla försäkringskunderna så fort som möjligt, ofta inom en eller två veckor. I avtalen med regionerna har de förbundit sig att behandla offentligt finansierade patienter i enlighet med den offentliga vårdgarantin: 3 dagar innan patienten får träffa allmänläkare, sedan 90 dagar innan patienten får träffa specialistläkare, sedan ytterligare 90 dagar innan patienten kan räkna med påbörjad behandling.

Alla kliniker med dessa dubbla avtal tar emot patienter på olika villkor beroende på hur patienten finansierar sitt besök. Det är plånboken och inte behoven som styr hur patienter prioriteras på dessa kliniker.

Vilka är dessa kliniker? Ett av alla exempel är Capio Lundby sjukhus i Göteborg, där försäkringskunder uppmanas att kontakta sitt försäkringsbolag för att få förtur till vården. Capio Lundby är ett vinstdrivande sjukhus, men den icke-medicinska prioriteringen av patienter sker även på icke-vinstdrivande vårdinrättningar. Ett exempel är stiftelsen Ersta sjukhus i Stockholm, där "försäkringspatienter har en egen handläggare som hjälper din vårdsamordnare och dig rätt till snabb vård".<sup>6</sup>

Samma icke-medicinska prioritering sker i dag på alla vårdnivåer, över hela landet. Den geografiska spridningen är nödvändig för att

försäkringsbolagen ska slippa skicka sina kunder land och rike kring, något som under en period var ett hinder för att utveckla verksamheten. I dag finns kliniker med dubbla avtal överallt, även i norra Sverige där det tidigare var mer ovanligt. Det har möjliggjort för ett företag som kommunägda Skellefteå Kraft att teckna privat försäkring åt sina 650 anställda, med undantag för de medarbetare som är sjukskrivna.

Just i Skellefteå finns emellertid ingen klinik som tar emot försäkringskunder. De anställda får därför åka till Umeå eller Luleå för att där gå före Umeåborna respektive Luleåborna i vårdkön.

Frågan är politiskt känslig i Skellefteå. Det handlar om ett kommunägt bolag med en socialdemokratisk styrelseordförande i en socialdemokratiskt styrd kommun. Jag pratade med alla inblandade men mest talför var den ansvarige vid Länsförsäkringar. Han var mycket nöjd med affären mellan Skellefteå Kraft och Länsförsäkringar, och han påtalade att den skapar incitament för privata vårdgivare att etablera sig även i Skellefteå.<sup>7</sup>

Överallt, på alla vårdnivåer och i alla landsändar, bryts mot Hälso- och sjukvårdslagens mest grundläggande principer. Men hur går det till i praktiken? Hur organiserar försäkringsbolagen och de privata vårdgivarna ett system där vissa patienter, på icke-medicinsk grund, har förtur framför andra patienter?

Ett av flera svar är företaget Boka Doktorn.<sup>8</sup> Samtidigt som den offentliga vården blir allt mer fragmenterad så bygger den privata välfärdsindustrin, via Boka Doktorn, en effektiv plattform för journalhantering, fakturering och tidsbokning av ett ständigt ökande antal försäkringskunder.

Boka Doktors uppgift är att samordna flödet mellan försäkringsbolag och privata vårdgivare. Boka Doktorn har 140 000 lediga vårdtider åt försäkringsbolagen.<sup>9</sup> I samma ögonblick som försäkringsbolaget bokar en av dessa öronmärkta



tider så meddelas vårdgivare och försäkringskund om det förestående vårdmötet.

Hos Boka Doktorn kan försäkringsbolagen söka bland "1 063 kliniker och över 6 893 specialisters lediga tider".<sup>10</sup> Det innebär att en stor del av Sveriges vårdgivare och specialistläkare är integrerade i den plattform som samordnar brottet mot Hälso- och sjukvårdslagens grundläggande principer.

Boka Doktorn samordnar patientflödet, men hur går det till när patienterna kommer till klinikerna? Hur gör vårdgivarna för att upprätthålla de två köerna och den icke-medicinska prioritering som systemet bygger på?

Olika kliniker löser det på olika sätt. I vissa fall har de vårdpersonal – läkare, sjuksköterskor, undersköterskor – som enbart arbetar med försäkringskunder, i andra fall arbetar vårdpersonalen med alla de tre patientgrupper som på olika villkor kommer till klinikerna. Ja, det är faktiskt tre olika grupper. Utöver försäkringskunder och offentligt finansierade patienter har det blivit allt vanligare att upprätta prislister för den ena eller andra behandlingen, detta för den tredje patientgrupp som betalar sitt besök ur egen ficka.

Hur klinikerna än löser den icke-medicinska prioriteringen så tar försäkringskunderna vårdpersonal i anspråk. Vårdpersonalen, som är utbildad av det allmänna och arbetar på kliniker som i huvudsak bygger på uppdrag från det allmänna, arbetar sedan med försäkringskunder i stället för att arbeta med offentligt finansierade patienter. Vårdpersonalen tar hand om patienter som gått före i kön för att de varit unga, friska, rika eller arbetsföra nog för att teckna en privat försäkring.

Men vårdpersonal krävs även inom andra delar av den parallella infrastruktur som byggs upp för att skapa ett fungerande försäkringssystem. För det första behövs kvalificerade sjuksköterskor på posten som vårdsamordnare, den instans som försäkringskunderna vänder sig till då de vill ha förtur till klinikerna. För det andra behövs kvalificerade sjuksköterskor på posten som skadereglerare, den instans som kontrollerar att försäkringstagarna verkligen har rätt till ersättning för den vård som de söker via sin försäkring.

I Michael Moores film *Sicko* (2007) får vi följa en skadereglerare som ägnat sitt yrkesliv åt att gå

---

## Vårdpersonalen tar hand om patienter som gått före i kön för att de varit unga, friska, rika eller arbetsföra nog för att teckna en privat försäkring.

---

igenom (enligt egen utsägo lika noggrant som i ett mordfall) försäkringstagarnas sjukdomshistorik för att hitta något som kan göra att försäkringsbolagen slipper betala.

Vi får även träffa en skadereglerare som, lika ångerfullt, berättar hur hon sagt nej till livräddande operationer för att hålla nere kostnaderna, och för att själv stiga i graderna på sitt försäkringsbolag. Sedan får vi se alltihop ur försäkringstagarnas perspektiv. Det vill säga förkrossade människor som nekats vård för alla möjliga sjukdomar, på alla möjliga grunder.

Nu växer yrkesgruppen skadereglerare inom sjukvården även i Sverige. Försäkringsbolag som Länsförsäkringar och Skandia annonserar regelbundet efter folk som kan "genomföra skadereglering utifrån gällande försäkringsvillkor och rutiner i kombination med din kompetens inom sjukvården". I annonserna framgår att skaderegleraren kommer ha ett "nära samarbete med kundens sjukvårdsförmedling samt privata vårdgivare". De lämpligaste kandidaterna är de som har skaderegleringskompetens, sjukvårdsutbildning samt är väl bevandrade inom sjukvårdsterminologin.

En möjlig utveckling när antalet skadereglerare ökar är att allt fler kommer finna arbetet så motbjudande att de väljer att sluta. Jag intervjuade två av dessa avhoppade skadereglerare.<sup>11</sup> De pekar på att skaderegleringen till en början kan vara ganska generös:

"Mitt bolag försökte prisa sig in på marknaden med låg premie", säger en av de före detta skadereglerarna. "Sedan höjde vi den gradvis och gjorde samtidigt undantag för allt fler sjukdomar."

I takt med den växande försäkringsmarknaden

kommer bolagen att bli mindre generösa mot sina kunder. Det visar sig genom höjda premier och tuffare skadereglering, bland annat genom att försäkringsbolagen skärper granskningen av försäkringstagarnas sjukdomshistorik.

”Försäkringstagaren ger fullmakt för att skaderegleraren ska få granska alla tidigare journaler”, säger en av de före detta skadereglerarna. ”Vi blir extra misstänksamma om något skulle hända kort efter att försäkringen tecknas, kanske ett år efter. Då kan vi kräva att gå in i journaler. Då kan vi kolla upp de vårdcentraler där försäkringstagaren har vistats tidigare.”

Den växande försäkringsmarknaden kräver en parallell infrastruktur i form av bokningssystem, vårdsamordnare, skadereglerare, försäkringsförmedlare och mycket annat, exempelvis en kontrollmekanism där försäkringsbolagen håller koll på att privata vårdgivare inte opererar folk i onödan, bara för att tjäna extra pengar.

Försäkringsbolagen Länsförsäkringar, Euro Accident och SEB Pension & Försäkring har således låtit ett antal medicinska professorer granska operationer där man misstänkt att privata vårdgivare har försökt lura försäkringsbolagen på pengar genom att operera patienter utan att några sådana operationer har varit befogade.<sup>12</sup>

Det handlar om regelrätta strider mellan försäkringsbolagen och de privata vårdgivarna, prestigeladdade och kostnadskrävande bataljer mellan deras team av medicinska experter. Dessa strider pågår hela tiden. Så sent som i mars 2020 debatterade dessa medicinska team mot varandra i Läkartidningen<sup>13</sup> på temat diskproteser, och själv har jag blivit överöst av bakgrundsmaterial som visar hur mycket resurser som läggs på dessa

---

**Det har blivit på modet för miljardärer att ge sig in i vården och bygga kliniker där Hälso- och sjukvårdslagens principer sätts ur spel.**

---

infekterade bråk mellan olika intressenter i det lagstridiga handhavandet av försäkringskunder.

Försäkringsmarknaden växer inte bara horisontellt – det vill säga genom att allt fler tecknar försäkring – utan även vertikalt, detta genom att nya vårdsegment inordnas i försäkringssystemet och mer specialiserade försäkringar uppstår inom dessa nya vårdsegment.

Ett exempel är cancervården. Ett stenkast från universitetssjukhuset i Lund byggs en skinande ny privat cancerklinik, Peritusklinik. Det är Antonia Ax:son Johnson och familjen Anderssons Mellby Gård som nu investerar hundratals miljoner kronor i att denna murbräcka ska öppna upp en marknad för privat finansierad cancervård i Sverige. Paralleller kan dras till förskolan Pysslingen som banade väg för privat drift på 1980-talet. Som storägare i Academedia är just skoldrift en av familjen Anderssons intäktskällor. Vinster på skattemedel i form av skolpeng plöjs därmed ner i en ideologiskt präglad offensiv för ökad privat finansiering av cancervård.

Styrelseordförande för Peritusklinik är Rune Anderssons son Johan Andersson. På klinikens hemsida säger denne arvtagare att det är ”synd att den svenska sjukvårdspolitiska debatten är så tråkig”, något som kan tolkas som ett beklagande över att inte alla i Sverige vill ha plånboksstyrd sjukvård.

Andersson nämner även den filantropiska ådra som präglar hans cancerklinik. Består filantropin i att Peritusklinikens cancerpatienter ”antingen kan stå för vårdkostnaderna själva, eller via sin privata sjukförsäkring”<sup>14</sup> som kliniken själv beskriver det?

I en debatt med mig påstår Andersson att Peritusklinik kommer att utöka vårdmöjligheterna för alla.<sup>15</sup> Ja, på sikt kan det offentliga titta till sig ett hängavtal med kliniken, givetvis med andra villkor än för privatbetalande kunder. Samtidigt dräneras omkringliggande sjukhus på specialister då det finns en ny aktör med obegränsade resurser.

Det har blivit på modet för miljardärer att ge sig in i vården och bygga kliniker där Hälso- och sjukvårdslagens principer sätts ur spel. I juni 2020 rapporterades om att Tetra Pak-arvtagaren Hans Rausing går in med en kvarts miljard till en ny bröstcancerklinik som ska samarbeta med ovan

nämnda Perituskliniken. Även Rausings klinik ska ta emot försäkringskunder, medan samarbetet med Region Skåne är mer oklart i dagsläget.<sup>16</sup>

Svenska miljardärer får gärna bidra till svensk sjukvård om de vill. Men om det bara är filantropi och inte ideologi och vinstintresse det handlar om, varför bygger de i så fall inte kliniker där alla välkomnas på lika villkor?

Samtidigt har företaget Alivia konstruerat en ny cancerförsäkring som utesluter alla som är kraftigt överviktiga eller genomgår utredning föranledd

av cellförändringar. För den som röker eller har arvmässiga anlag för cancer finns däremot chans att bli försäkringstagare, dock till högre kostnad än för andra kunder.

Alivia proklamerar att ingen förtjänar otrygghet när det gäller cancervård, men den som är i riskzonen för sjukdomen exkluderas eller får betala högre premier. Det är klassisk försäkringslogik. På vårdmarknaden finns inget försäkringsbolag som överlever om det värnar trygghet åt den som behöver det allra mest.

## 4. Vem begår brottet?

En växande försäkringsmarknad kan aldrig kombineras med Hälso- och sjukvårdslagens principer om vård efter behov och vård på lika villkor. Privata försäkringar är exkluderande till sin karaktär. För att undvika det som kallas snedvridet urval måste försäkringsbolagen hålla mindre bemedlade samhällsgrupper utanför denna marknad. Att låta gamla och sjuka och fattiga och arbetslösa teckna försäkring skulle drabba det kollektiv av unga och friska människor som försäkringsbolagen vänder sig till.

Hur då drabba? Jo, det kan bli kostsamt för försäkringsbolaget om fel sorts människor kommer in i kundkretsen, eftersom de i större utsträckning kommer använda sig av försäkringen. Och det som blir kostsamt för försäkringsbolaget tas med nödvändighet ut i form av höjd premie för alla som tecknat försäkring i bolaget. När de unga och friska försäkringstagarna märker att premien stiger väljer de att gå till ett annat försäkringsbolag, ett bolag där man inte har slarvat med kontrollen genom att släppa in fel sorts människor.

Hela den växande försäkringsmarknaden vilar på en sammanblandning mellan offentligt och privat, där kunder med privat sjukvårdsförsäkring välkomnas till offentligt finansierade kliniker över hela landet. Klinikerna har, utan hänsyn till medicinska behov och medicinsk prioritering, en kö för vissa patientgrupper och en annan kö för andra patientgrupper.

Tydligare än så kan brottet mot Hälso- och sjukvårdslagens principer om vård efter behov och vård på lika villkor inte bli.

En annan sak är vem som begår brottet och om det går att anmäla. Är det försäkringsbolagen eller rent av försäkringstagarna själva som är skyldiga? Eller de fackförbund och arbetsgivare som erbjuder försäkringar åt sina medlemmar och anställda? Eller de privata vårdgivarna som blandar olika patientgrupper på olika villkor? Eller politiker och tjänstemän som låter detta ske?

Och till vem ska brottet anmälas? Till Diskrimineringsombudsmannen (DO), då försäkringssystemet diskriminerar den som är i störst behov av sjukvård? Eller till Justitieombudsmannen (JO), som granskar myndigheter och dess anställda befattningshavare?

Det är knappast de enskilda försäkringstagarna som begår brottet. Frågan kommer aldrig lösas på det individuella planet, via de försäkringstagare som oroar sig för krisen i den offentliga vården. Den kris som de själva dessvärre bidrar till att accelerera genom den gradvisa urholkning av det offentliga som sker i takt med den växande försäkringsbranschen.

Samma sak med fackförbunden och arbetsgivarna. Fackförbunden vill värva medlemmar och arbetsgivarna vill ha goodwill och konkurrensfördelar genom att erbjuda nya välfärdslösningar åt sina anställda. Det är förstås uppseendeväckande att vi låter arbetsgivarna, på statens bekostnad, göra dessa inbrytningar på välfärdens område. Det är förstås anmärkningsvärt att tjänstemannafacken slår undan benen för den gemensamma sjukvårdsmodellen, men brottsligt är det nog ändå inte.

Men de privata vårdgivarna då? De som tar emot patientgrupper på olika villkor och rent av har olika blandningar på olika avdelningar, där offentligt finansierade patienter är utelåsta från vissa men inte andra. Nej, det är tveksamt om det är vårdgivarna som ska anmälas. Vinstmaximerande aktörer kommer alltid söka intäkter från olika håll så länge de inte stoppas av de politiker som sätter ramarna för verksamheten.

Då återstår politikerna och de avtalskrivande tjänstemännen på regionerna runt om i landet. De är alla medvetna om lagens skrivning om vård på lika villkor och de känner mer än väl till att privata vårdgivare frångår denna lagstiftning. Ändå väljer de att teckna avtal med vårdgivarna. Ändå ställer de inga krav på att vårdgivarna upphör med att

---

## Klinikerna har, utan hänsyn till medicinska behov och medicinsk prioritering, en kö för vissa patientgrupper och en annan kö för andra patientgrupper.

---

prioritera vissa patientgrupper på icke-medicinska grunder.

Ett exempel är Västra Götalandsregionens avtal med Citysjukhuset i Göteborg, där vissa avdelningar är helt stängda för regionens patienter. Men till öron-näsa-hals är alla välkomna, om än på helt olika villkor vad gäller väntetider och annat. I det 40-sidiga avtalet för öron-näsa-hals, upprättat i maj 2018, slås fast att leverantören (Citysjukhuset) garanterar beställaren (Västra Götaland) att vård ska ges på lika villkor.

Vård på lika villkor. Jag frågade regionens beställare varför avtalet stipulerar vård på lika villkor när Citysjukhuset bedriver vård på så olika villkor som bara är möjligt.<sup>17</sup> Där är ju vissa avdelningar helt stängda för offentligt finansierade patienter, medan andra avdelningar är en salig blandning av patienter med olika typer av finansiering. Det är känsliga frågor även för de offentliga beställarna. En av dem ville inte bli citerad och en annan gjorde sig oanträffbar i två veckor.

Det är regionerna som begår brottet mot hälso- och sjukvårdslagen och det är JO som handhar dessa ärenden.

Därför JO-anmälde jag, 16 mars 2020, Västra Götalandsregionen och region Stockholm för avtalen med Capio Lundby sjukhus och Ersta Diakonisällskap.<sup>18</sup>

I min JO-anmälan skrev jag bland annat att:

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) stadgar att: "Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården." (AVDELNING II. BESTÄMMELSER FÖR ALL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD, 3 kap. Allmänt, 1 §). Västra Götalandsregionen och Region Stockholm har tecknat

avtal med två vårdgivare (Capio Lundby sjukhus och Ersta Diakonisällskap) som INTE ger företräde åt den som har det största behovet av hälso- och sjukvård, utan i stället prioriterar patienter utifrån sättet på vilka dessa finansierar sin sjukvård.

I min JO-anmälan skrev jag vidare att:

På senare tid har flera organisationer reagerat mot brottet mot Hälso- och sjukvårdslagens grundläggande principer. Ett exempel är LO och Läkarförbundet, som på DN Debatt<sup>19</sup> menar att försäkringarna strider mot idén om jämlik vård. Ett annat exempel är Svenska Läkaresällskapets etikdelegation, som i ett uttalande skriver att: "Lagstadgade etiska principer för prioriteringar åsidosätts när faktorer som försäkringsstatus och indirekt även socioekonomisk status avgör tillgången till vård. Parallellt ser vi en ökad mängd vård som ges av vårdgivare som bedriver sjukvård med finansiering både från privata och offentliga medel. Svenska Läkaresällskapets Delegationen för medicinsk etik anser att det privata sjukförsäkringssystemet får följder som strider mot etiska principer på såväl samhällsnivå som för den enskilde läkaren."<sup>20</sup>

JO svarade på min anmälan den 7 april 2020:

Du har i en anmälan framfört klagomål mot Region Stockholm och Västra Götalandsregionen. Klagomålen rör regionernas hantering av vissa vårdavtal. Det som du anfört ger inte anledning till någon åtgärd från JO:s sida. Jag kommer därför inte att utreda din anmälan. Ärendet avslutas.

Det är beklagligt att JO väljer att inte utreda min anmälan. Beklagligt och förvånande. Vad är det för mening med en lagstiftning om vård på lika villkor om lagstiftande politiker själva bryter mot den? Vad har lagen för funktion om regionerna tecknar avtal med vårdgivare som blandar olika patientgrupper i en enda röra, vårdgivare som stänger ute regionens patienter när så passar?

Svaret är att lagen är meningslös om regionerna kan bryta mot den när de vill. Svaret är att JO har gjort en allvarlig felbedömning som inte granskar det här ärendet.

Eller? Jag ringer upp Agnes Morin, som föredragit min anmälan för chefs-JO Elisabeth Rynning.

Morin berättar att ett ärende kan gå tre vägar: om det inte leder till JO-kritik så kan det antingen avslås genast (som i mitt fall) eller också avslås efter att mer information har inhämtats.

Min anmälan avslogs alltså utan att mer information inhämtades. Spontant nämner Morin att ett skäl till direktavslag ofta kan vara att det finns någon annan myndighet som redan utreder frågan.

Det stämmer bra in på mitt ärende. Frågan utreds av myndigheten för Vård- och omsorgsanalys

(Vårdanalys) och av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och nu även av regeringens egen utredare Karin Lewin, och detta kan alltså förklara varför JO väljer att inte utreda min anmälan.

Men vad händer om ingen av dessa myndigheter utreder regionernas lagbrott? Vad händer om de återigen sopar de viktigaste frågeställningarna under mattan? Enligt Agnes Morin är jag då välkommen att inkomma med en ny JO-anmälan, vilket jag förstås kommer att göra i så fall.

## 5. Vilka är medbrottslingarna?

Hur kan ett land som vill vara ett av världens jämlikaste öppna upp för en utveckling där inte ens sjukvård ges på lika villkor längre? Vem driver fram ett sjukvårdssystem där vissa medborgare har företräde framför andra?

Som vi ska se finns en rad pådrivande organisationer och personer, men samtidigt måste det sägas att framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar är del av en större utveckling där aktörer och strukturer samverkar på samma sätt som alltid vid politiska skeenden. Framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar är kort sagt en del av den nyliberala våg som sköljde över Sverige på 1980-talet och på 1990-talet och på 2000-talet och på 2010-talet. Det är en utveckling som kännetecknats av ökade inkomstklyftor, ökad privatisering, ökat övertag för kapital gentemot arbete, ökad lobbyism, ökad samhällelig acceptans för orättvisor och allmän ojämlikhet, ökad fragmentering av den arbetarrörelse som skulle stå emot denna utveckling.

Den svenska välfärdsmodellen byggde på att välfärdstjänster som vård, skola och omsorg undandros marknadens logik och kontroll. Den offentliga sektorns tillväxt sågs som en demokratiseringsprocess där kapitalets makt och inflytande gradvis trängdes undan. En sådan utveckling kräver, bland mycket annat, en jämn fördelning av inkomster. En sådan utveckling kräver att lönestrukturen pressas ihop och att sådant som förmögenheter, arv och fastighetsinnehav beskattas hårt. Under efterkrigstiden gick Sverige i den riktningen men från 1980-talet och framåt har Sverige gått i motsatt riktning. Löneklyftorna har ökat. Förmögenhetsbeskattningen har avskaffats, och skattekvoten sjunker på ett sätt som omöjliggör en högkvalitativ välfärdssektor.

Med dagens ojämlika löne- och förmögenhetsstruktur är det svårt, nästan omöjligt, att leva upp till den lagstiftning som finns kvar sedan den svenska välfärdsmodellens glansdagar. En allt

---

### Den svenska välfärdsmodellen byggde på att välfärdstjänster som vård, skola och omsorg undandros marknadens logik och kontroll.

---

större och allt mer välbärgad övre medelklass har så mycket ekonomiska resurser idag att man börjar kräva att få köpa sådant som tidigare inte gick att köpa för pengar, exempelvis förtur till vårdkliniker där mindre bemedlade medborgare sitter tålmodigt och väntar på sin tur i den offentliga vårdkön.

Med detta sagt är det alltså så att förutom brottslingen – regionerna – finns en rad pådrivande aktörer, där försäkringstagarna själva är en av de viktigaste. Och deras fackförbund och deras arbetsgivare. Och den privata välfärdsindustrin. Och det tassande utredningsväsendet. Och en rad andra aktörer som tas upp i detta avsnitt.

#### 5.1 Tjänstemannafacken

I november 2019 avslöjade jag att Löf (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag) ville teckna privat sjukvårdsförsäkring åt sina anställda.<sup>21</sup> Det skulle ha inneburit att dessa offentliga vårdgranskare fått exklusivt tillträde exempelvis till Camilla Läckbergs nya privatklinik Hedda Care, som endast välkomnar de patienter som kan betala via försäkring eller ur egen ficka.<sup>22</sup> Det skulle ha inneburit att Löfs anställda hade fått förtur till en rad kliniker i vårt nya, USA-influenserade

sjukvårdssystem, där vårdgivare behandlar olika grupper på olika villkor i strid med Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om vård efter behov och vård på lika villkor.<sup>23</sup>

Mitt avslöjande uppmärksammades av TT och fick stor spridning. Många var kritiska till Löf:s agerande och Löf ångrade sig till slut: "Vi har tagit ett policybeslut att vi inte ska erbjuda den typen av försäkringslösningar för våra anställda", sa styrelseordförande Jerker Swanstein till Dagens Medicin.

För den som värnar gemensam vård och rådande lagstiftning var det ett bra policybeslut. För den som värnar en annan modell, där sjukvård är en plånboksfråga, var det ett dåligt policybeslut.

Sedan finns de som inte har någon policy alls. I allmänna ordalag säger de sig värna den svenska modellen, men i praktiken låter de utvecklingen mot en annan modell ha sin gilla gång.

Ett typexempel är TCO. Flera av dess förbund – Unionen, Forena, Lärarförbundet, Polisförbundet, Finansförbundet – erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar och tar på så sätt ställning för den nya, ojämlika välfärdsmodellen. Förbundens erbjudanden innebär att deras medlemmar går före alla andra i vårdköen, före till och med de journalister, sjuksköterskor och skådespelare som tillhör samma TCO som de själva.

På central TCO-nivå vill man inte kännas vid att de egna förbunden bidrar till att rasera den svenska sjukvårdsmodellen. Man undviker att debattera<sup>24</sup> och konstaterar helt enkelt att man inte vill ha något att göra med denna övergripande, principiella och samhällsviktiga fråga på central nivå.<sup>25</sup> I stället låter TCO lobbyorganisationen Svensk Försäkring föra talan och bedriva sin propaganda mot den svenska välfärdsmodellen.<sup>26</sup>

---

**På central TCO-nivå vill man inte kännas vid att de egna förbunden bidrar till att rasera den svenska sjukvårdsmodellen.**

---

Frågan om TCO:s icke-agerande är större och viktigare än man kan tro. När presidenterna Roosevelt och Truman försökte driva igenom ett skattefinansierat sjukvårdssystem i USA på 1930- och 1940-talet, fick de facken emot sig. Fackens motvilja berodde på att de redan hade lagt mycket tid och pengar på att förhandla fram privata försäkringslösningar, och för en del förbund blev det också ett sätt att skaffa nya medlemmar.

Fackens agerande låste fast USA i en ojämlik sjukvårdsmodell. När Demokraternas kandidat Bernie Sanders drev på för vård som mänsklig rättighet under 2019 och 2020 gjorde han sig ovän med många fackförbund, ja, han blev rent av utbuad på en del ställen. Samtidigt reste motkandidaten Joe Biden runt och varnade för Sanders idéer om vård på lika villkor.

På samma sätt håller de svenska tjänstemannafacken på att låsa fast Sverige vid en ojämlik sjukvårdsmodell som blir svårare att dyrka upp för varje dag som går. Från att ha varit den svenska modellens försvarare bidrar dessa fack till modellens försvagning. Från att ha varit skeptiska till den privata välfärdsindustrin blir fackföreningar som går in i denna bransch dess allierade.

Nyligen protesterade tusentals människor mot nedskärningar i vården. Men de TCO- och Saco-medlemmar som har privata försäkringar behöver inte oroa sig på samma sätt, för de har redan en gräddfil till privat och offentligt finansierade kliniker genom sina sjukvårdsförsäkringar.

Så försvinner viktiga löntagargrupper som annars skulle ha stått upp för den allmänna vården. Så eroderas tillit och skattevilja. Så får politikerna mindre press på sig att tillföra erforderliga resurser till den offentliga vården.

Samtidigt skapar TCO och Saco legitimitet åt den ojämlika vården och dess aktörer, ja, TCO och Saco används rent av som legitimitetsskapare av den privata välfärdsindustrin som ofta och gärna nämner att dessa fackförbund är med på försäkringståget.<sup>27</sup>

## 5.2 Försäkringstagarna och deras arbetsgivare

Allt fler försäkringar tecknas via facket, men en överväldigande – och växande – del av försäkringarna tecknas via arbetsgivarna. För Sveriges



---

## I snart sagt varje högavlönat medelklassjobb finns en privat sjukvårdsförsäkring inbakad i anställningskontraktet.

---

arbetsgivare är detta rena drömmen. På statens och arbetstagarnas bekostnad kan de locka med erbjudanden om privata sjukvårdsförsäkringar i sina jobbbannonser.

Och det gör de också. I snart sagt varje högavlönat medelklassjobb finns en privat sjukvårdsförsäkring inbakad i anställningskontraktet. På så sätt får arbetsgivarna ett allt större ansvar för att erbjuda välfärdstjänster åt vissa grupper av Sveriges löntagare. På så sätt förändras gradvis välfärdsmodellen från att vara ett kontrakt mellan stat och medborgare till att bli ett kontrakt mellan arbetsgivare och arbetstagare.

Arbetsgivarna är nöjda. De anställda är nöjda. Ingen av dem tycks betänka att de bidrar till att rasera den gemensamma sjukvårdsmodellen genom att, på icke-medicinsk grund, tränga sig före alla andra medborgare.

Jo, förresten, det finns både arbetsgivare och försäkringstagare som förstår att den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar inte är optimalt för en trygg och gemensam välfärd för alla medborgare. Då försöker man rättfärdiga sig. Då letar man efter legitimitet. Då låter man sig gödas av den privata välfärdsindustrins falska argument för det nya systemet, en privat välfärdsindustri som vet att det fortfarande är nödvändigt att intala medelklassen att den inte bidrar till att förgöra den svenska välfärdsmodellen.

### 5.3 Den privata välfärdsindustrin

Intresset ljuger aldrig. Och det finns två aktörer som har ett vinstintresse av att marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar blir större och större, såväl horisontellt som vertikalt. Dessa två aktörer

är försäkringsbolagen och de privata vårdgivarna. Försäkringsbolagen – Skandia, Länsförsäkringar, Euro Accident, If, Bliwa med flera – har eldunderstöd av branschorganisationen Svensk Försäkring, som aldrig försitter en chans att sprida myter och rena lögner om försäkringsindustrins syften och konsekvenser. De privata vårdgivarna har framför allt organisationen Vårdföretagarna till sitt förfogande. Vårdföretagarna är medlem i arbetsgivarorganisationen Almega, som i sin tur är en del av arbetsgivarorganisationen Svenskt Näringsliv.

Dessa aktörer vill alla ta så stora marknadsdelar som möjligt av en sjukvård som tidigare knappt var en marknad över huvud taget, men som i dag har potential att bli Sveriges absolut största. Sjukvårdens andel av BNP är 11 procent, vilket år 2019 motsvarade 552 miljarder kronor. Det finns inte ett enda företag i Sverige som har en omsättning i den storleksordningen, och det är inte förvånande att privata intressenter vill införliva mer och mer av dessa 552 miljarder kronor i marknaden nu när så har blivit möjligt.

Det finns förstås hur mycket som helst att säga om hur den privata välfärdsindustrin har stärkt sitt grepp över svensk sjukvård under de senaste decennierna. Eller är det ens svensk sjukvård det handlar om? Hur många vet exempelvis att Capios hundratals kliniker numera styrs från Australien via Frankrike? Så är fallet sedan franska Ramsay Santé, ägt av australiska Ramsay Health Care, tog över koncernen för två år sedan.

Nu sätter denna australiska vårdkoncern press på svenska regionpolitiker. När avtalet med Catio Lundby sjukhus i Göteborg skulle förlängas vägrade Ramsay lämna anbud.<sup>28</sup> Politikerna var rådvilla. Somliga ansåg att sjukhuset borde övergå i offentlig regi. Men Centern, Liberalerna, Moderaterna, Krisdemokraterna, Miljöpartiet och Sverigedemokraterna ville hellre tillmötesgå alla de krav som Ramsay ställde, bland annat att slippa be om tillstånd för att ta emot olika patientgrupper på olika villkor.

Avtalet skrevs om exakt så som Ramsay ville ha det. Men trots att Ramsay förhandlat bort punkten om att söka tillstånd för att bedriva ojämlig vård, så heter det fortfarande att "Leverantören ska bedriva jämlig vård".

Det är ett exempel på den dubbelhet som

---

## Att försäkringstagare betalar tre gånger för vården är inte sant.

---

präglar dessa avtal. Det står nu Ramsay fritt att blanda olika patientgrupper (försäkringskunder, offentligt finansierade patienter, privatbetalande) hur de vill, samtidigt är det viktigt för regionens politiker och tjänstemän att det står med ett stycke om jämlik vård i avtalstexten.

Det finns således svenska regionpolitiker som gärna främjar utländska affärsintressen och på så sätt flyttar makten över sjukvården allt längre ut i världen, allt längre bort från demokratiskt inflytande. Frågan är om svensk sjukvård verkligen ska styras av vårdkapitalister på andra sidan jordklotet? I dessa tider talas om vikten av ökad kontroll över samhällsviktiga funktioner. Ett första steg skulle vara att inte tillåta multinationella privata sjukvårdsbolag som Ramsay i det svenska sjukvårdssystemet.

### 5.4 Borgerliga ledarskribenter och opinionsbildare

När det parallella sjukvårdssystemet med privata sjukvårdsförsäkringar utmanas eller ifrågasätts finns det alltid borgerliga ledarsidor som är beredda att samstämmigt ta det i försvar. Ett bra exempel på detta är skrivierna om lagen om förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar.

Det är en lagstiftning enligt vilken sjukvårdsförsäkringar ska förmånsbeskattas i likhet med nästan allt annat som fås via arbetsgivaren. Det är en lagstiftning som var tänkt att avskaffa den statliga sponsringen och subventioneringen av försäkringarna, vilket skulle ha inneburit att försäkringstagarna får betala två gånger för vården: dels via skatten som alla andra, dels det faktiska priset för den sjukvårdsförsäkring som de själva

väljer att skaffa sig.

Hur många gånger ska folk egentligen behöva betala för sin vård, frågade sig ledarskribenter i en lång rad borgerliga tidningar. Det är förfärligt att Socialdemokraterna tvingar folk att betala TRE gånger för vården, svarade ledarskribenterna på den retoriska fråga som de själva ställde sig.

Tre gånger! I Göteborgs-Posten hävdade ledarskribenten Aleksandra Boscanin att "Vad förslaget i praktiken innebär är att den som har en privat sjukförsäkring via jobbet får betala tre (!) gånger för sin vård".<sup>29</sup> Likadant i Svenska Dagbladet, där ledarskribenten (numera presschef för Kristdemokraterna) Per Gudmundson ondgjorde sig över att man nu måste betala tre gånger för vården. Han frågade sig: "Finns det någon övre gräns för hur många gånger man måste betala för att få träffa doktorn?"<sup>30</sup> Och i Östersunds-Posten drämde Marcus Persson till med: "Bara i Sverige måste man betala för sin sjukvård tre gånger utan att sjukvården blir bättre".<sup>31</sup>

Att försäkringstagare betalar tre gånger för vården är inte sant. De betalar en gång via skatten, som alla andra, och max en gång till för den försäkring som de själva valt att teckna. De kan aldrig betala mer än två gånger för vården. I själva verket, bland annat på grund av olika undantag i den nya lagen om förmånsbeskattning, betalar de fortfarande inte fullt ut för sin egna privata sjukvårdsförsäkring, således betalar man fortsatt mindre än två gånger för vården.

Tyvärr är det inte helt ovanligt att borgerliga ledarsidor på det här sättet kablar ut snarlika formuleringar och dåligt underbyggda argument i frågor som rör den privatiserade välfärden. För försäkringsbolagen och för den privata sjukvårdsindustrin är det tacksamt att ha ledarskribenter och opinionsbildare som okritiskt försvarar deras intressen i den offentliga debatten om privata sjukvårdsförsäkringar.

### 5.5 De borgerliga partierna och Sverigedemokraterna

Så länge vi kan minnas har de borgerliga partierna sagt sig stå bakom skattefinansierad vård, skola och omsorg. En läpparnas bekännelse kan tyckas, för samtidigt har de urholkat den svenska välfärdsmodellen på alla plan. Inte minst via

skattesänkningar. Men också genom omfattande driftsprivatisering och, sedan, genom att underblåsa framväxten av privata alternativ till gemensam finansiering.

Men faktum kvarstår: fram tills nu har det, inte minst av taktiska skäl, varit viktigt för de borgerliga att ge sken av att de stöder principen om skattefinansierade välfärdstjänster på lika villkor för alla medborgare. Allt annat har varit politiskt självmord. En stor majoritet av befolkningen har nämligen bejakat den svenska välfärdsmodellens principer, något som ofta har tvingat modellens motståndare att låtsas att man stöder den.<sup>32</sup>

Nu brister även dessa fördämningar. Nu har det svenska samhället blivit så skiktat och så ojämlikt att högerpartier kan vinna röster på att öppet propagera för sjukvård som en säljbar produkt som vilken som helst.

Som så ofta går Moderaterna i bräschen. På oktoberstämman 2019 fick ungdomsförbundet MUF med sig moderpartiet på att göra "en översyn av den skattebaserade finansieringsmodellen för hälso- och sjukvården".

MUF vill ha ett system baserat på privata sjukvårdsförsäkringar. Förbundet har hämtat alla idéer från tankesmedjan Timbro, som länge drivit på för att Sverige ska anamma en schweizisk eller nederländsk sjukvårdsmodell.

Som vi ska se använder sig Timbro av den nederländska modellen för att skönmåla bilden av vad man egentligen vill göra med svensk sjukvård. Men låt oss först konstatera att Nederländerna införde obligatorisk, privat sjukvårdsförsäkring år 2006. Det betyder att alla måste teckna privat försäkring och att den som vägrar får saftiga böter. På så sätt är det ingen som står utan laglig rätt till vård, men det finns ändå en rad ojämlikhetskapande och marknadsfundamentalistiska mekanismer i ett sådant system.

För det första finns ett rikt utbud av dyrare och bättre försäkringar för den som har råd, medan de fattiga får nöja sig med basförsäkringen. I en dyrare försäkring ingår ett större åtagande från vårdgivarnas sida men också fler vårdgivare att välja mellan, en valfrihet som är hårt kringskuren för den som tecknat basförsäkringen.

För det andra måste den som inte har råd med sin försäkring söka ett bidrag från staten, något som rymmer illa med den svenska modellens idé

om att ingen ska stå med mössan i hand och tigga vård från högre makter.

För det tredje finner vi en betydande kostnad för självrisk (*eigen risico*, grundpris 385 Euro) utöver själva försäkringspremien, där den som vill sänka sin premie kan chansa med ännu högre pris för självrisk. Här finns många som får svårt med betalningen och vissa som undviker att söka vård på grund av självrisken.

För det fjärde skapas ett marknadstänkande kring sjukvården där du varje år – i november – kan byta försäkringsbolag och helst läsa det finstilla om försäkringsbolagens hundratals villkor, undantag, klausuler och erbjudanden. Samtidigt måste du vara insatt i hur du får tillbaka vårdpengar som du själv ligger ute med.

Med allt detta sagt måste vi komma ihåg att det nederländska systemet ändå är mycket mer inkluderande än den USA-liknande modellen. Timbro framhåller Nederländerna som ett lagom snällt exempel och råkar glömma inte bara de ojämlikhetskapande mekanismerna, utan också att Nederländerna har regleringar som vi gjort oss av med i Sverige. Jag syftar på driftssidan. Jag tänker på vinster i välfärden. För samtidigt som Nederländerna har släppt mycket fritt på finansieringssidan i och med den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen, så har man fortfarande hårda regleringar när det gäller vinster i välfärden.

Nederländska försäkringsbolag och sjukhus är förhindrade att ta ut vinst. Nästan alla drivs som stiftelser. Timbro och MUF säger sig vilja ha ett nederländskt system i Sverige. Betyder det att MUF vill förbjuda vinster i välfärden? Betyder det att Timbro vill kasta ut multinationella Ramsay som köpt stora delar av svensk sjukvård, och förhindra vinstdrivande försäkringsbolag att verka på den svenska sjukvårdsmarknaden?

Naturligtvis inte. MUF och Timbro vill plocka de mest privatiserade delarna från det nederländska finansieringssystemet men samtidigt behålla de mest privatiserade delarna av det driftssystem som vi har byggt upp i Sverige. Resultatet kommer att bli något mycket mer ojämlikt än den förvisso ojämlika nederländska sjukvårdsmodellen, en ojämlikhet helt i linje med Timbros drömmar om ett helt privatiserat välfärdssystem.

Ett annat parti som gärna pratar sjukvård är Kristdemokraterna. Partiledaren Ebba Busch har,

ofta utan kritiska följdfrågor, kunnat framställa partiet som ett viktigt sjukvårdsparti endast genom allmänna utsagor om att folk ska kunna lita på vården och att det är viktigt med sjukvård.

Men under en väldigt lång tid har Kristdemokraterna i praktiken bejakat utvecklingen mot en mer ojämlig sjukvård. I egenskap av socialminister rev Göran Hägglund genast upp den stopplag som skulle bromsa framväxten av de privata försäkringar som nu är ett naturligt inslag i svensk sjukvård. I riksdagsdebatterna lyckades Hägglund med konststycket att vara motståndare till gräddfiler i sjukvården, samtidigt som han motsatte sig varje försök att inskränka deras utbredning.

Det går inte ihop. Kristdemokraterna stoltserar med att "hälso- och sjukvården ska vara solidariskt finansierad och behovsstyrd"<sup>33</sup> men fortsätter att försvaga dessa bärande element i den svenska välfärdsmodellen. Exempelvis har Kristdemokraterna varit motståndare till lagen om förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar, ett litet men principiellt viktigt steg för att motverka ytterligare amerikanisering av svensk sjukvård.

## 5.6 Utrednings-Sverige

Privata sjukvårdsförsäkringar är del av en utveckling präglad av ökade ekonomiska klyftor och ökad ojämlikhet i hälsa. Försäkringarna har vuxit fram via nyliberal lagstiftning, men när myndigheten för Vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) presenterade sin rapport i april 2020 så lyste såväl historisk bakgrund som en diskussion om de avgörande lagarna med sin frånvaro.

Vårdanalys kastar sig i stället rakt in i fyra specifika frågeställningar, exempelvis om försäkringarna påverkar skatteviljan i negativ riktning. Av det vi hittills vet om mänskligt beteende är svaret ja. Den som lämnar det offentliga systemet riskerar att tappa lusten att bidra till det.<sup>34</sup> Den svenska välfärdsmodellen byggde på att alla skulle ta del av samma högkvalitativa välfärdstjänster, och därmed känna tillit och vilja bidra till dessa välfärdstjänster via skattsedeln.<sup>35</sup>

Bevisbördan ligger därför på den som påstår att privata försäkringar ökar den allmänna skatteviljan. För Vårdanalys är dock alla påståenden emellertid lika värda, bland annat intervjuerna med försäkringsbolag och privata vårdgivare som

utifrån egna intressen bedyrar att försäkringar är jättebra för skatteviljan.

Vidare undersöker Vårdanalys om försäkringsindustrin drar resurser från det offentliga systemet. Man resonerar fram och tillbaka utan att komma fram till något särskilt. Även här saknas historisk bakgrund och den givna frågan: om samhället har en viss uppsättning vårdresurser och lagen säger att vi ska ha ett samhälleligt vårdsystem lika för alla medborgare, då skulle väl alla läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar med försäkringskunder i stället kunna arbeta inom det offentliga?

För det tredje studerar Vårdanalys om systemet blir mer diversifierat. Slutsatsen är att det kan bli mer ojämlikhet men också att "den samhälleliga nyttan kan sägas öka" då försäkringstagarna får något som passar deras önskemål. På vilket sätt ökar den samhälleliga nyttan då dessa individer, i strid med lagen, går före alla andra?

Slutligen, för det fjärde, ställs frågor kopplade till vård efter behov. Efter mycket om och men dras den föga förvånande slutsatsen att försäkringstagare får vård snabbare än övriga, det som vi alla vet är syftet med försäkringen.

Vårdanalys rapport mynnar ut i ett antal rekommendationer. Då man inte har tecknat någon som helst bakgrund kring hur försäkringsystemet byggts upp med lagar och förordningar, så innehåller rekommendationerna naturligt nog inga av de lagar och förordningar som skulle krävas för att riva ner det.

Försäkringsindustrin är tacksam för de så kallade rekommendationerna. Två handlar om att öka kunskapen och den tredje om att huvudmännen bör säkerställa att privata vårdgivare bedriver vård på lika villkor. Men det vet vi redan att de inte gör, så varför kräver inte Vårdanalys – förutsatt att man vill säkerställa vård på lika villkor – att detta offentligt sanktionerade försäkringssystem omedelbart upphör?

Låt oss även titta lite närmare på två fleråriga utredningar – *Tillitsdelegationen*<sup>36</sup> och *Styrning för en mer jämlik vård*<sup>37</sup> – som under 2019 överlämnade sina betänkanden till ansvariga ministrar Lena Hallengren (S) och Lena Micko (S).

*Styrning för en mer jämlik vård*, under ledning av Göran Stiernstedt, syftar enligt direktiven till att "få bort vinstjakten ur vården". Utredningens

---

## Privata sjukvårdsförsäkringar är del av en utveckling präglad av ökade ekonomiska klyftor och ökad ojämlikhet i hälsa.

---

namn och syfte gör två frågor omöjliga att bortse från, men det är just dessa frågor som utredningen gör allt för att bortse från. Två frågor som Socialdemokraterna, trots att partiet har kongressbeslut på att lyfta dem, låter utredningen bortse från.

Den ena frågan kan härledas ur namnet på utredningen – jämlik vård – och kretsar kring den ojämlikhet som uppstår då hundratals vårdgivare välkomnar olika samhällsklasser och patientgrupper på olika villkor.

Den andra frågan kan härledas ur syftet med utredningen, att få bort vinstjakten ur vården. Det är en vinstjakt som blir följderna av privat drift i stor skala, det vill säga hundratals vårdinrättningar som drivs i enlighet med Aktiebolagslagens credo om vinstmaximering.

Göran Stiernstedts utredning består av två betänkanden på sammanlagt 859 sidor. Hur många sidor ägnas åt den ojämlikhet och den vinstjakt som här beskrivits?

Svaret är noll. Svaret är att utredningen friskriver sig från de viktigaste och mest brännande frågorna, vilka likväl svävar över varje mening på de 859 sidorna. Dels den om privat finansiering via försäkringar ("en del av ett mycket större sammanhang", vad nu det betyder) och dels den om vinster i välfärden ("varken lämpligt eller möjligt att hantera denna fråga separerad från övriga frågor", vad nu det betyder).

Samma sak med *Tillitsdelegationen*. Tillit är ett ord man kan vända och vrida på, en palindrom, och det är just vad delegationen gör. I huvudbetänkandet nämns ordet tillit 1 218 gånger medan vinster i välfärden lyser med sin frånvaro. Eller nej, ibland skymtar de fram, men då med förskönande eller förnekande omskrivningar.

Exempelvis är privata utförare utbytt mot "externa utförare", och dessa finns inte alls med i den antologi där ett 20-tal forskare granskar en rad olika verksamheter ur ett tillitsperspektiv.

Varför finns inga vinstdrivande verksamheter med i antologin? Det beror på att *Tillitsdelegationen*, i likhet med New Public Management-filosofin, gör gällande att det inte är någon skillnad på vinstdrivande och icke vinstdrivande verksamheter. Det är anmärkningsvärt. Men också praktiskt, för då behövs ingen analys av den naturliga brist på tillit som följer av vinstmaximerande aktörer i välfärdssektorn.

Jag frågade<sup>38</sup> forskningsledaren Louise Bringselius och dåvarande ordföranden Laura Hartman varför de målar ett fridfullt stilleben av en fragmentiserad och allt mer privatiserad välfärdssektor, men jag har inte fått svar.

Inte heller Göran Stiernstedt har velat svara på om han ser något problem med vinstmaximering i sjukvården? I sin presentation av slutbetänkandet säger han sig vara en "varm anhängare av att det finns privata aktörer", en notabel utgångspunkt hos en ordförande för en utredning som syftar till att stoppa vinstjakten.

Först tillsatte Socialdemokraterna en utredning om vinster i välfärden, Ilmar Reepalus, som tilläts bryta mot sina egna direktiv ("Syftet med utredningen är att säkerställa [ ... ] att eventuella överskott som huvudregel ska återföras till den verksamhet där de uppstår")<sup>39</sup> genom att föreslå ett vinsttak i stället för ett tydligt vinststopp. Sedan lyftes sjukvården ut och fick en egen utredning med lösare profil, Stiernstedts, som också har brutit mot direktiven genom att inte säga ett enda ord om den vinstjakt som den förmodades sätta stopp för.

Nu har den socialdemokratiskt ledda regeringen dock tagit mod till sig och tillsatt en utredning som ska "föreslå åtgärder som säkerställer att patienter med privat sjukvårdsförsäkring inte får snabbare tillgång till vård",<sup>40</sup> något som kräver att det nuvarande systemet förändras i grunden. Vis av tidigare erfarenheter kan man undra om utredningen kommer att hålla sig till dessa direktiv och om Socialdemokraterna kommer att göra skarpa lagstiftningsförslag av utredningens slutsatser. Låt oss därför, till att börja med, hoppas att utredaren Karin Lewin vågar stå upp mot den press som välfärdsindustrin kommer att utsätta henne för.

## 6. Vilka blir konsekvenserna av brottet?

Den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar raserar per definition den gemensamma sjukvårdsmodellen. Med uppkomsten av ett parallellt sjukvårdssystem byggt för de som har resurser att utnyttja det, så existerar inte längre ett gemensamt för alla medborgare. Med uppkomsten av ett parallellt system finns dessutom en rad andra faktorer som hotar den offentliga vården.

Framväxten av ett parallellt sjukvårdssystem är helt i linje med det som i den internationella välfärdsforskningen benämns *den gömda välfärden*. Den kallas så därför att den inte syns. Det är en välfärd som delvis är offentligt finansierad men sällan finns med i statistiken över offentliga utgifter. En välfärd svår att granska då den kantas av affärssekretess och hemliga avtal mellan försäkringsbolag och privata vårdgivare. En välfärd byggd på regelförändringar så invecklade att lagstiftande politiker inte själva förstår innebörden.

Den gömda välfärden och den synliga, offentliga välfärden bildar tillsammans *den tudelade välfärden*. Det handlar om två väsensskilda välfärdstater riktade till olika samhällsklasser i ett och samma land.

Så vad händer då med den offentliga välfärden när 680 000 personer köper privata sjukvårdsförsäkringar? Ett vanligt svar är att privata försäkringar "avlastar" den offentliga sjukvården. Ju fler som lämnar den offentliga vården, desto bättre kommer det på något mystiskt sätt att bli för de som är kvar i den offentliga vården.

Det är ett märkligt argument som ofta används av dem som i själva verket vill krympa det gemensamma och privatisera allt mer av välfärdens funktioner och finansiering. Ett exempel är arbetsgivarorganisationen Svenskt Näringsliv<sup>41</sup> som förespråkar ökad privat finansiering och sänkta skatter över hela linjen, såväl på ägande som på arbete och företagande. Man vill ha minskade

resurser till den redan idag underfinansierade offentliga vården. Samtidigt förordar man ökad statlig sponsring av privata sjukvårdsförsäkringar, det vill säga ytterligare skattebortfall för det offentliga och gynnande av de som får en gräddfil.

Den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar leder definitionsmässigt till att den gemensamma sjukvården undermineras. Men försäkringarna urholkar också den offentliga sjukvården på en rad andra sätt.

- För det första finns i varje land ett begränsat utbud av sjukvårdsresurser: vårdcentraler, sjukhus, läkare, sjuksköterskor, undersköterskor med mera. Om en läkare behandlar en försäkringspatient betyder det att hen inte behandlar en offentligt finansierad patient, något som den läkaren kunde ha gjort i just det ögonblicket. Sjukvårdspersonalen är finansierad genom det offentliga utbildningssystemet och har dessutom gjort AT- och ST-tjänst, vilken ofta är helt offentligt finansierad. Bara denna utbildning av läkare, specialister och sjuksköterskor är en enorm grundförutsättning för all privat vård i Sverige.
- För det andra kan skatteviljan antas minska hos den som köper en privat sjukvårdsförsäkring och därmed betalar knappt två gånger för sin sjukvård, dels via skatten, dels via (den förvisso subventionerade) försäkringen. Den gemensamma välfärdsmodellen byggde på att skapa välfärdstjänster så högkvalitativa att människor ur olika samhällsklasser ville ta del av dem, något som har ansetts utomordentligt viktigt för att motivera ett visst skatteuttag. För de medborgare som bryter sig ur systemet försvinner detta avgörande motiv för att bidra till det gemensamma.

- För det tredje riskerar privata sjukvårdsförsäkringar att leda till minskad tillit till offentlig vård och den lagstiftning som omgärdar den. Ett försäkringssystem raserar vård på lika villkor. Försäkringsindustrin har ett vinstintresse av att folk tappar förtroendet för offentlig sjukvård, för endast så kan man sälja ännu fler försäkringar. Även försäkrings-tagarna tenderar att legitimera sina köp av försäkringar genom att hänvisa till den urusla offentliga vården, och sammantaget skapar detta en bild av offentlig sjukvård som bortom all räddning.
  - För det fjärde är systemet med privata sjukvårdsförsäkringar ineffektivt och kostnadsdrivande. Bland annat skapas en kravkultur där kunderna vill få ut maximalt av sin försäkring, samtidigt som de privata vårdgivarna vill sälja så mycket vård som möjligt. Det parallella systemet genererar också en administrativ apparat av bland annat skadereglerare och vårdsamordnare, det vill säga sjukvårdspersonal som hade behövts i den offentliga vården.
  - För det femte är det svårare och dyrare och inte sällan helt omöjligt för arbetslösa, sjuka och äldre att teckna privata sjukvårdsförsäkringar, vilka är och måste vara exkluderande till sin natur för att försäkringsbolagen ska gå med vinst. Samtidigt får den offentligfinansierade vården ta hand om en allt större andel kostnadskrävande patienter ju fler unga och friska och anställda som tecknar privat sjukvårdsförsäkring.
  - För det sjätte får det opinionsmässiga konsekvenser när de mest röststarka i samhället tecknar privata sjukvårdsförsäkringar. Dessa grupper får snabb tillgång till sjukvård och behöver inte längre bry sig om eventuella köer i den offentliga vården. Därmed försvinner de medborgare som hade satt mest press på politikerna att förbättra den offentliga vården. För politikerna kan det vara rätt skönt att dessa grupper har fått en ventil ut ur systemet, för då kan de skära ner i den offentliga vården utan att det blir lika massiva protester.
  - För det sjunde får de privata vårdgivarna mer betalt av försäkringsbolagen. I förlängningen kan det innebära att de privata vårdgivarna blir allt mindre intresserade av regionernas offentligfinansierade patienter, alternativt att de kräver mer betalt för att sluta kontrakt med regionerna.
  - För det åttonde är privata sjukvårdsförsäkringar inte så privata som begreppet antyder. Vanligtvis är förmåner som erhålls via arbetsgivaren skattepliktiga, men privata sjukvårdsförsäkringar har länge varit helt fria från förmånsbeskattning. Vilket i praktiken betytt att det offentliga medfinansierat försäkringarna genom uteblivna skatteintäkter.
  - För det nionde snyltar försäkringsindustrin på det offentliga på en rad andra sätt. Exempelvis nyttjas lokaler som hyrs av det offentliga och vidare nyttjas läkare som vidareutbildas i det offentligas regi, för offentliga medel.
  - För det tionde förändrar privata sjukvårdsförsäkringar vårt sätt att se på sjukvård som en mänsklig rättighet lika för alla medborgare. I stället blir sjukvård en vara på en marknad, en produkt, något som man kan och bör köpslå om.
- Det finns ytterligare en rad faktorer som gör att halvprivata välfärdslösningar som sjukvårdsförsäkringar urholkar den offentliga välfärden. Det är en gradvis process. Något som karakteriserar den gömda välfärden är just att den smyger sig fram via små förändringar och till synes små beslut som sällan når offentlighetens ljus.

## 7. Hur ska brottet beivras?

Brottet mot Hälso- och sjukvårdslagens principer kan beivras på olika sätt och på olika nivåer. Det minst genomgripande är att skattevägen slå till mot privata sjukvårdsförsäkringar, det vill säga avskaffa den statliga sponsringen genom att införa någon form av förmånsbeskattning. Nästa steg är att stifta en stopplag, det vill säga att förbjuda regioner att teckna avtal med vårdgivare som välkomnar patienter med privata sjukvårdsförsäkringar.

Dessa åtgärder – förmånsbeskattning och stopplag – kan bidra till att bromsa ökningen av privata sjukvårdsförsäkringar, men båda har visat sig svåra att genomföra i praktiken och utsätts dessutom för ständiga omprövningar.

För att åstadkomma varaktig förändring krävs ett förbud mot vinster i välfärden, då det är dessa som i grunden möjliggör och underblåser den lagstridiga utvecklingen.

### 7.1 Börja förmånsbeskatta sjukvårdsförsäkringar på riktigt

Något som karakteriserar halvprivata välfärdslösningar är att användaren inte betalar det fulla priset. Den som köper Rut-tjänster kan dra av halva arbetskostnaden på skatten, och på ungefär samma sätt har den som tecknat sjukvårdsförsäkring via sin arbetsgivare sluppit betala hela försäkringen – i det här fallet genom ett så kallat bruttolöneavdrag.

I juli 2018 kom en lag som var tänkt att stoppa denna form av statlig sponsring av privata sjukvårdsförsäkringar. Den privata välfärdsindustrin gick i taket. De borgerliga ledarskribenterna spred myter om trippelbeskattning. Hela lobbymaskineriet vände sig mot denna modesta lagstiftning, enligt vilken sjukvårdsförsäkringar ska vara förmånsbeskattade i likhet med i stort sett allt annat som fås via arbetsgivaren.

Försäkringsbolagen gick ännu längre. Ihop med branschorganisationen Svensk Försäkring lyckades

de få Skatteverket att ändra sitt ursprungliga ställningstagande<sup>42</sup> till ett nytt sådant,<sup>43</sup> där hela 40 procent av försäkringarna var befriade från beskattning. Försäkringsbolagen hade därmed förhandlat bort nästan halva lagstiftningen. De spred genast den glada nyheten till sina kunder, och den alltid lika blygsamma organisationen Svensk Försäkring menade att "Skatteverket har på begäran från Svensk Försäkring" tydliggjort vad som ska gälla.

På vilka grunder hade Skatteverket ändrat sig? Innan jag ringde upp Skatteverkets experter studerade jag den mycket knapphändiga bilaga<sup>44</sup> som gav en första inblick i hur det hela gått till. Enligt bilagan, innovativt konstruerad av Svensk Försäkring och publicerad på Skatteverkets hemsida, så kan sjukvården indelas i tre kategorier med avseende på skattepliktighet: 1) Skattepliktig, 2) Skattefri, 3) Delvis skattefri.

I den av Svensk Försäkring uppfunna kategori som är "delvis skattefri" återfinns specialistvård samt labb och röntgen. Hur kan dessa sjukvårdsegment plötsligt vara delvis skattefria i en lag som syftar till att beskatta desamma? Och hur stor del av de bortförhandlade 40 procenten utgörs av den påhittade kategorin?

Jag fick tala med en av Skatteverkets rättsliga experter och jag efterfrågade de bakomliggande beräkningar som det talas om i Skatteverkets ställningstagande. Experten svarade att Skatteverket inte fått se dem. Vi talade länge och jag uttryckte min förvåning mer än en gång. Jag frågade om Skatteverket hade konsulterat en enda organisation som inte har egenintresse av att begränsa lagens verkan men nej, Skatteverket hade endast haft återkommande möten med försäkringsbolagen och Svensk Försäkring.

Den publicerade bilaga 1 var ett papper med några kryss på. Men kanske skulle jag bli klokare av den andra bilaga som Skatteverkets expert talade om? Svensk Försäkring svarade att "Själva datan



är förstås företagshemligheter” men mejlade den omtalade bilaga 2, som visade sig vara en smått löjeväckande kategorisering av specialistvård utifrån förmånsbeskattad och ej förmånsbeskattad. Enligt Svensk Försäkring har man tagit sin utgångspunkt i den klassificering av olika sjukdomar som görs via det så kallade ICD-10, men inte ett enda ord om hur detta klassificeringssystem har använts och varför.

Svensk Försäkring vill ge vetenskapligt sken åt en slumpmässig alternativt vinstmaximerande kategorisering av specialistvård, vilken inte alls behöver kategoriseras då all specialistvård ska vara förmånsbeskattad. Med sin nya tolkning har försäkringsbolagen samtidigt luckrat upp lagstiftningen på så lösa grunder att det, i ett senare skede, kan göras gällande att all sjukvård ska vara fri från beskattning.

Den privata välfärdsindustrin stöper gradvis om den svenska modellen, ofta via små regeländringar som inte uppmärksammas i media. Försäkringsbolagen har redan fintat bort lagen om vård på lika villkor genom att låta 680 000 kunder köpa sig före i vårdköerna. Nu har man grundlurat Skatteverket, som förvisso tycks ytterst naiva i dessa politiskt laddade frågor.

Det som behövs nu är en förmånsbeskattning som täcker hela försäkringen, inte som i dag endast 60 procent av densamma. Enligt lagen skulle försäkringarna vara förmånsbeskattade, men försäkringsbranschen har alltså lyckats förhandla bort en stor del av denna lagstiftning.

## 7.2 Sluta blanda försäkringspatienter och offentligt finansierade patienter

Stopplagen, införd av den socialdemokratiska regeringen i januari 2006 och upphävd av den borgerliga regeringen ett och ett halvt år senare, ansågs allmänt vara ett sätt att bromsa den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar. Enligt lagen skulle privata vårdgivare bli tvungna att välja mellan försäkringspatienter och offentligt finansierade patienter. Den privata vårdgivare som hade ett avtal med regionerna, och därmed tog emot offentligt finansierade patienter, skulle inte kunna avtala med försäkringsbolagen om att ta emot deras patienter.

Privat och offentligt finansiering skulle inte

---

## Det som behövs nu är en förmånsbeskattning som täcker hela försäkringen, inte som i dag endast 60 procent av densamma.

---

blandas. En privat driven vårdinrättning skulle inte kunna ha en kö för offentligt finansierade patienter och ett snabbspår för patienter med privat sjukvårdsförsäkring. De privata vårdgivarna skulle bli tvungna att välja vilken typ av patienter de tog emot: privata eller offentliga.

Eller? Tja, det var så det framställdes av ansvarig minister Ylva Johansson (S) och det var så det stod i hennes och Göran Perssons (S) lagförslag.<sup>45</sup> Problemet var att det också stod en massa annat i samma proposition, sådant som gjorde att lagen inte betydde vad den förmodades betyda.

Vid närmare läsning visade det sig till exempel att lagen endast skulle gälla sjukhus. I propositionen finns ett avsnitt som syftar till att redogöra för orsakerna till att primärvården uteslöts ur lagförslaget, men egendomligt nog innehåller inte avsnittet en enda förklaring till varför man valde att göra på det sättet.

Dessutom, visar det sig när man läser propositionen, skulle lagen endast gälla *vissa* sjukhus. De sjukhus som från början var privat drivna var fria att fortsätta ta emot både privat och offentligt finansierade patienter, något som föga överraskande mötte kritik från de sjukhus som inte ingick i denna kategori.

Lagen skulle alltså gälla endast vissa sjukhus. Eller? Nja, för det första är det svårt att precisera vad ett sjukhus egentligen är. För det andra kunde de privata sjukhusen helt enkelt sluta kalla sig sjukhus. Capio Lundby sjukhus i Göteborg hade redan planer på att omdefiniera sig till en *närsjukvårdsenhet* för att kringgå stopplagen. För det tredje var det fullt tillåtet för sjukhusen att avskilja vissa verksamheter och låta dessa stå utanför stopplagen.

---

## Den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar är intimt förknippad med den privata vinstdriften i välfärden.

---

Det var alltså högst tveksamt om lagen ens gällde vissa sjukhus. Men om den nu gällde vissa sjukhus, och om regionerna bröt mot lagen genom att sluta avtal med dessa sjukhus trots att de tog emot försäkringspatienter, så skulle inget särskilt hända. Den socialdemokratiska regeringen kunde nämligen inte finna "tillräckliga skäl för att införa sanktioner mot landsting som överträder bestämmelserna".

Sammanfattningsvis hade alltså Socialdemokraterna stiftat en lag som sades syfta till att bromsa framväxten av sjukvårdsförsäkringar, men som i själva verket var så full av kryphål och undantag att den inte hade någon effekt.

Hela det 40-sidiga lagförslaget, undertecknat av Göran Persson och Ylva Johansson, bär på denna totala självmotsägelse. Lagförslaget slår fast att privata vårdgivare inte ska kunna ha avtal både med landsting och med försäkringsbolag. Därefter följer undantag efter undantag, kryphål efter kryphål, och i slutet kommer ett lugnande besked till alla privata vårdgivare:

Den absoluta merparten av de privata vårdgivarna [kommer] även fortsättningsvis kunna ta emot patienter vars vård finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar eller med egna medel.

Varför säger Socialdemokraterna att de stiftar en lag som ska stoppa gräddfilerna i vården, samtidigt som de stiftar en lag som inte stoppar gräddfilerna i vården? Varför denna klyfta mellan retorik och praktik i en och samma lagtext? Man skulle kunna ägna flera böcker åt de frågorna, men låt oss i stället avsluta detta avsnitt med att uppmana Karin Lewin att inte göra samma

misstag med den utredning som hon ska presentera i september 2021.<sup>46</sup>

Det som behövs nu är en stopplag utan undantag och kryphål. En stopplag som kort och gott slår fast att privata vårdgivare inte får blanda olika patient- och kundgrupper, det vill säga att en vårdgivare som har avtal med det offentliga inte får ta emot försäkringspatienter eller kunder som betalar ur egen ficka.

### 7.3 Stoppa privat vinstdrift i sjukvården

Försäkringsmarknaden hade inte kunnat uppstå utan privata vårdgivare på alla vårdnivåer och i alla landsändar. Så länge vården var offentligt driven fanns inget utrymme för försäkringar, då offentligt drivna vårdinrättningar inte tog emot försäkringskunder. Än i dag är det så att försäkringstagaren inte kan använda sin försäkring på, exempelvis, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg eller Karolinska i Stockholm. Även detta kommer emellertid att luckras upp om utvecklingen fortsätter i samma takt som hittills. Ett exempel är offentligt drivna Västerviks sjukhus som i november 2019, till radiologen, söker en undersköterska som ska arbeta med "såväl patienter från den offentliga sjukvården som med privat sjukvårdsförsäkring". Fram till i dag har försäkringsbolagen endast kunnat skicka sina försäkringstagare till privata vårdgivare. Försäkringsmarknaden kunde därför inte uppkomma förrän driften började privatiseras i stor skala på 1990-talet, och egentligen inte förrän denna driftsprivatisering vidareutvecklades på 2000-talet.

Försäkringsbolagen har därmed varit beroende av privata vårdgivare som, i huvudsak, är offentligt finansierade. Utan sin offentliga finansiering skulle de privata vårdgivarna inte klara sig. Och utan dessa privata – men offentligt finansierade – utförare i massomfattning, på alla vårdnivåer och i alla landsändar, hade försäkringsbolagen inte haft någonstans att skicka sina 680 000 kunder.

Försäkringsbolagen har varit beroende av privata men offentligt finansierade vårdgivare. Den privata finansieringen (försäkringar) har varit beroende av den offentlig-privata samverkan som kallas vinster i välfärden.

Jag har ofta påpekat att privat sjukvårdsdrift – vinster i välfärden – har möjliggjort ett

försäkringssystem byggt på halvprivat finansiering inom ramen för en tudelad välfärd.<sup>47</sup> Samtidigt har jag visat på ett ömsesidigt växelspel mellan privat drift och privat finansiering, där även de privata vårdgivarna tenderar att bli mer beroende av den riskspridning och de intäkter som försäkringsbolagen borgar för.

Så länge vi har vinster i välfärden kommer det alltid finnas ett tryck på att privatisera och halvprivatisera finansieringen av välfärden. De vinstdrivande aktörerna vill ha inkomster från så många håll som möjligt, och så länge dessa

aktörer finns kvar kommer förmånsbeskattning och stopplagar alltid vara tillfälliga regleringar som dessa aktörer – med alla sina medhjälpare – kommer göra allt för att riva upp, förvanska och urvattna.

Den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar är intimt förknippad med den privata vinstdriften i välfärden. Utan ett stopp för vinster i välfärden kommer vi aldrig kunna återuppbygga och utveckla det gemensamma och generella sjukvårdssystem som gradvis byggdes upp under 1900-talet.

## 8. Avslutande ord

Principen om vård på lika villkor för alla medborgare sätts ur spel av privata sjukvårdsförsäkringar. Lagbrytarna är de regioner som tecknar avtal med privata vårdgivare i full vetskap om att dessa har olika köer för olika patientgrupper. Samtidigt finns en rad pådrivande aktörer, inte minst de som har ett affärsintresse av att försäkringsmarknaden fortsätter att växa. Till denna kategori hör försäkringsbolagen och de privata vårdgivarna. Därtill kan läggas försäkringstagarna själva och även de fackförbund inom TCO och Saco som i dag, i öppet trots mot Hälso- och sjukvårdslagen, erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar åt sina medlemmar.

Försäkringssystemet har sin egen logik och sin egen uppbyggnad med bokningssystem, skadereglerare, vårdsamordnare, branschorganisationer och mycket annat. Samtidigt är detta parallella system helt beroende av det offentliga systemet, främst genom att hundratals offentligt finansierade kliniker tillåts kringgå Hälso- och sjukvårdslagen och välkomna försäkringskunder på helt andra villkor än övriga patienter.

Ett sätt att bromsa den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar är

---

### Frågan om förbud mot vinstdrivande aktörer i sjukvården måste åter upp på dagordningen.

---

förmånsbeskattning, enligt vilken försäkringstagaren får betala vad försäkringen kostar. Ett mer verkningsfullt sätt är att stifta en stopplag, enligt vilken privata vårdgivare inte längre tillåts teckna olika sorters avtal för olika patientgrupper.

Dessa båda åtgärder – förmånsbeskattning och stopplag – kommer alltid vara tillfälliga och ständigt ifrågasatta så länge det finns försäkringsbolag och privata vårdgivare som verkar på sjukvårdsmarknaden. För att förändra i grunden måste frågan om förbud mot vinstdrivande aktörer i sjukvården åter upp på dagordningen.

# Noter

1. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Kapitel 3, Paragraf 1, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30)
2. Vårdanalys (2020), *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare*, Rapport 2020:3, <https://www.vardanalys.se/rapporter/privata-sjukvardsforsakringar/>
3. Vårdföretagarna (2020), "Välbalanserat från Vårdanalys om sjukvårdsförsäkringar", 31 mars, <https://www.vardforetagarna.se/2020/03/valbalanserat-fran-varदानalys-om-sjukvardsforsakringar/>
4. Röstlund, Lisa och Gustafsson, Anna (2019), "Vårdbolagen: Patienter med privat sjukvårdsförsäkring går före", *Dagens Nyheter*, 16 december, <https://www.dn.se/nyheter/sverige/varbolagen-patienter-med-privat-sjukvardsforsakring-gar-fore/>
5. Lapidus, John (2015), "Dags för en ny stopplag mot gräddfilerna i sjukvården", *Dagens Nyheter*, 10 april, <https://www.dn.se/debatt/dags-for-ny-stopplag-mot-graddfilerna-i-sjukvarden/>; Lapidus, John och Suhonen, Daniel (2018), "Allt för köper fortur – allmänna vården hotad", *Svenska Dagbladet*, 26 maj, <https://www.svd.se/allt-fler-koper-fortur--allmanna-varden-hotad>
6. <https://www.erstadiakoni.se/sv/sjukhus/Patient/> (hämtat 2020-10-28)
7. Lapidus, John (2019), "S-kommunens bolag köper gräddfil i vården", *Expressen*, 22 september, <https://www.expressen.se/debatt/s-kommunens-bolag-koper-graddfil-i-varden/>
8. Lapidus, John (2020), "Så byggs det parallella sjukvårdssystemet", *Dagens Medicin*, 18 juni, <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2020/06/18/sa-byggs-det-parallella-sjukvardssystemet/>
9. <https://bokadoktorn.com/> (hämtat 2020-10-28)
10. Ibid.
11. Lapidus, John (2020), "Vårdpersonal agerar spioner i medborgarnas sjukvårdshistorik", *Dagens ETC*, 9 juli, <https://www.etc.se/ekonomi/varpersonal-agerar-spioner-i-medborgarnas-sjukvardshistorik>
12. Länsförsäkringar, Fallstudie – Kvalitetssäkring i sjukvårdsförsäkringen genom oberoende medicinsk granskning, <https://mb.cision.com/Public/152/2038472/9ad65649c0395afd.pdf> (hämtat 2020-10-28)
13. Försth, Peter, Gerdhem, Paul och Svensson, Olle (2020), "Diskprotes – en riskabel behandling av ländryggsmärta", *Läkartidningen*, 9 mars, <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/kommentar/2020/03/diskprotes-en-riskabel-behandling-av-landryggsmarta/>
14. <https://www.linkedin.com/company/perituskliniken> (hämtat 2020-10-28)
15. Lapidus, John (2019), "Är du lönsam nog för nya cancer vården?", *Expressen*, 20 oktober, <https://www.expressen.se/debatt/ar-du-lonsam-nog-for-nya-cancervarden/>
16. Frostberg, Thomas (2020), "Raising donerar 250 miljoner till cancer vård i Lund", *Dagens industri*, 16 juni, <https://www.di.se/nyheter/raising-donerar-250-miljoner-till-cancervard-i-lund/>
17. Lapidus, John (2018), "Vi raserar den gemensamma vården", *Svenska Dagbladet*, 12 oktober, <https://www.svd.se/vi-raserar-den-gemensamma-varden>
18. Lapidus, John (2020), "Regioner begår brott när patienter går före", *Svenska Dagbladet*, 16 mars, <https://www.svd.se/regioner-begar-brott-nar-patienter-gar-fore>
19. Stensmyren, Heidi och Thorwaldsson, Karl-Petter (2019), "Privata sjukvårdsförsäkringar underminerar offentlig vård", *Dagens Nyheter*, 9 december, <https://www.dn.se/debatt/privata-sjukvardsforsakringar-underminerar-offentlig-varld/>
20. Svenska Läkaresällskapet (2020), "Uttalande: Privata sjukvårdsförsäkringar leder till vård på olika villkor", *Delegationen för medicinsk etik*, 12 februari 2020, [https://www.sls.se/globalassets/sls/etik/dokument/uttalande\\_privata\\_sjukvardsforsakringar\\_20200212.pdf](https://www.sls.se/globalassets/sls/etik/dokument/uttalande_privata_sjukvardsforsakringar_20200212.pdf)
21. Lapidus, John (2019), "Offentliga vårdgranskare överger den offentliga vården", *Dagens Medicin*, 14 november, <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2019/11/14/offentliga-varldgranskare-overger-den-offentliga-varden/>
22. Lapidus, John (2019), "Läckberg parasiterar på den gemensamma vården", *Expressen*, 4 december, <https://www.expressen.se/debatt/lackberg-parasiterar-pa-det-gemensamma/>

- 23.** Berglund, Linda (2020), "Ingen privat sjukvårdsförsäkring för Lof", *Dagens Medicin*, 8 januari, <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2020/01/08/ingen-privat-sjukvardsforsakring-for-lof/>
- 24.** Lapidus, John (2019), "Vill facken radera den gemensamma vården?", *Aftonbladet*, 21 december, <https://www.aftonbladet.se/debatt/a/2G0B74/vill-facken-radera-den-gemensamma-varden>
- 25.** <https://twitter.com/samuelengblom/status/1275163549292167169> (hämtat 2020-10-28)
- 26.** Lapidus, John (2020), "Facken är tysta – och later välfärden raderas", *Aftonbladet*, 3 januari, <https://www.aftonbladet.se/debatt/a/kJLG3a/facken-artysta--och-later-valfarden-raderas>
- 27.** Örtengren, Emanuel; Faith, Warda och Riddarsparre, Isac (2020), "LO vill att alla ska vänta längre på vård", *Göteborgs-Posten*, 30 augusti, <http://www.gp.se/1.33273838>
- 28.** Lapidus, John (2020), "Svensk vård ska inte styras från Australien", *Aftonbladet*, 11 maj, <https://www.aftonbladet.se/debatt/a/jd2g00/svensk-var-d-ska-inte-styras-fran-australien>
- 29.** Boscanin, Aleksandra (2017), "Rör inte den privata sjukvårdsförsäkringen", *Göteborgs-Posten*, 5 april, <http://www.gp.se/1.4224660>
- 30.** Gudmundson, Per (2017), "Hur många gånger måste man betala för att få träffa doktorn?", *Svenska Dagbladet*, 5 april, <https://www.svd.se/hur-manga-ganger-maste-man-betala-for-att-fa-traffa-doktorn>
- 31.** Persson, Marcus (2017), "Bara i Sverige måste man betala för sin sjukvård tre gånger", *Östersunds-Posten*, 7 april, <https://www.op.se/artikel/marcus-persson-bara-i-sverige-maste-man-betala-for-sin-sjukvard-tre-ganger>
- 32.** Se exempelvis Cox, Robert (2004), "The path-dependency of an idea: why Scandinavian welfare states remain distinct", *Social Policy & Administration*, 38 (2): 204–219.
- 33.** <https://kristdemokraterna.se/politik-a-o/sjukvard/> (hämtat 2020-10-28)
- 34.** Se exempelvis Busemeyer, Marius och Iversen, Torben (2020), "The welfare state with private alternatives: The transformation of popular support for social insurance", *The Journal of Politics*, 82 (2).
- 35.** Se exempelvis Rothstein, Bo (1998), *Just institutions matter: The moral and political logic of the universal welfare state*, New York, NY: Cambridge University Press.
- 36.** <https://tillitsdelegationen.se/>
- 37.** Regeringen (2019), "Slutbetänkande för mer jämlik vård överlämnat," Pressmeddelande från Socialdepartementet, 1 oktober, <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/10/slutbetankande-for-mer-jamlik-var-d-overlamnat/>
- 38.** Lapidus, John (2018), "Tillitsdelegationen undviker de viktiga frågorna", *Dagens Medicin*, 14 november, <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2018/11/14/tillitsdelegationen-undviker-de-viktiga-fragorna/>
- 39.** Regeringen (2015), "Ett nytt regelverk för offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster", Dir. 2015:22, publicerad 5 mars, uppdaterad 2 april, <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2015/03/dir.-201522/> (hämtat 2020-10-28)
- 40.** Regeringen (2020), Kommittédirektiv: Begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentlig hälso- och sjukvård, 20 augusti, Dir. 2020:32, [https://www.regeringen.se/4a40f5/contentassets/9140730a9336484690f4815797a8a42a/dir2020\\_83.pdf](https://www.regeringen.se/4a40f5/contentassets/9140730a9336484690f4815797a8a42a/dir2020_83.pdf)
- 41.** Morin, Anders och Bäck, Catharina (2020), "Regeringen missförstår medvetet privata sjukvårdsförsäkringar", *Svenskt Näringsliv*, 21 augusti, [https://www.svensktnaringsliv.se/fragor/sjukfranvaro/regeringen-missforstar-medvetet-privata-sjukvardsforsakringar\\_778465.html](https://www.svensktnaringsliv.se/fragor/sjukfranvaro/regeringen-missforstar-medvetet-privata-sjukvardsforsakringar_778465.html)
- 42.** Skatteverket (2018), "Förmån av hälso- och sjukvård", 30 oktober, [https://www4.skatteverket.se/rattsligvagledning/372021.html?date=2018-10-30&pk\\_vid=3b5428276d2ca0e51560374834dbb015](https://www4.skatteverket.se/rattsligvagledning/372021.html?date=2018-10-30&pk_vid=3b5428276d2ca0e51560374834dbb015)
- 43.** Skatteverket (2019), "Beräkning av sjukvårdsförsäkringsförmån", 10 juni, <https://www4.skatteverket.se/rattsligvagledning/377241.html?date=2019-06-10>
- 44.** Skatteverket, "Bilaga – Svensk Försäkringsklassificering av insatser inom sjukvårdsförsäkringar", <https://www4.skatteverket.se/download/18.2c2f49fe16a5638f37e34e8/1560166466419/Bilaga%20till%20st%C3%A4llningstagande%20om%20ber%C3%A4kning%20av%20sjukv%C3%A5rdsf%C3%B6rs%C3%A4kringsf%C3%B6rm%C3%A5n.pdf> (hämtat 2020-10-28)
- 45.** Regeringens proposition 2004/05:145, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/driftsformer-for-offentligt-finansierade-sjukhus\\_GS03145/html](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/driftsformer-for-offentligt-finansierade-sjukhus_GS03145/html)
- 46.** Regeringen (2020), "Begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård", Kommittédirektiv från Socialdepartementet, 20 augusti 2020, <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2020/08/dir.-202083/>

**47.** Lapidus, John (2018), *Vårdstölden*, Leopard förlag;  
Lapidus, John (2019), *The quest for a divided welfare state: Sweden in the era of privatization*, Palgrave Macmillan. I den sistnämnda boken finns ett stort antal referenser till svensk och internationell forskning för den som är intresserad av vidare läsning.

1. Välfärden är vinsten
2. Svar på tal om vinster i välfärden
3. Vilken arbetsmarknad ska vi ha?
4. Slaget om den likvärdiga skolan
5. Hälften kvar och hela framtiden
6. "Jag tar värktabletter men det hjälper inte"
7. Vägen till en likvärdig skola
8. Fallet järnvägen
9. Björklundeffekten
10. Åtstramningsdoktrinen
11. En röst på SD är en röst på högern
12. Mest åt de rika
13. Färre lärare ger vinsten!
14. Ordens makt i politiken
15. Handbok för en ny kulturminister
16. Stådhjälper och bartender för alla?
17. Förklaringar till SD:s framgång
18. Utan segel i vänstervinden – eftervalsanalys
19. I frihandelns goda namn
20. Från massarbetslöshet till full sysselsättning
21. Vägen till en likvärdig skola – skolpolitisk årsbok 2015
22. Jämlikhet är lösningen!
23. En för alla, alla för vem?
24. Måste vi jobba 8 timmar per dag?
25. Kapitalet i tjugoförsta århundradet
26. Piketty på tre röda
27. Porten kallas trång
28. Partierna och jämlikheten
29. Anställningsformer i Sverige
30. Med låg kvalitet som affärsidé
31. Den blåbruna röran
32. Spagat över väljarkåren
33. I skuggan av TTIP: Ceta
34. Postkapitalism: Vår gemensamma framtid
35. Massivt stöd för jämlikhetspolitik
36. Pensionssveket
37. Med integrationen som murbräcka
38. Finansialiseringen av Sverige: På väg mot nästa kris?
39. Fattigdom gör inte människor friskare
40. Klass, identitet och politisk mobilisering
41. Arbetarlitteraturen och klassamhället
42. Arbetarklassens symboliska utplåning i medelklassens medier
43. Mediekapitalet
44. Nomaderna på den svenska arbetsmarknaden
45. Det nya arbetslivet: Management-by-stress
46. Svängdörrarnas förlovade land
47. Vilka är "vi" i jämställdhetspolitiken?
48. Klassamhällets tystade röster och perifera platser
49. En fråga om klass i framtidsstaden Malmö
50. I väntan på klasspolitik
51. Medelklassens förändrade maktposition
52. Professionerna, mellanskikten och klassanalysen
53. Klassamhällets rasifiering i arbetslivet
54. Arbetarrörelsens blinda fläck
55. Ägande- och förmögenhetsstrukturen och dess förändring sedan 1980
56. Välfärdsmodellens omvandling
57. Klass och hälsa
58. Klassamhället och döden
59. Klasstrukturen i Sverige
60. Lågt lönemärke gynnar högavlönade
61. Vårdstölden: Hur den privata välfärden tar från det gemensamma
62. Kapitalet, överheten och alla vi andra
63. Låga löner funkar inte
64. Lönebildningen i de skandinaviska länderna
65. Industrins lönenormering kan och bör reformeras
66. När kapitalet vann valet – eftervalsanalys
67. Till vänsterpopulismens försvar
68. Förstatliga pengarna
69. Vägen till jämställda löner inom arbetarklassen
70. Produktionen av pengar
71. Olika risker med en långsiktigt minskning av löneandelen
72. Europeanormen saknar relevans
73. Lönebildning för en ny tid
74. Socialistiska manifestet
75. Beskatta kapitalet
76. Tre sätt att finansiera välfärden
77. Myten om det farliga budgetunderskottet
78. Så räddar vi klimatet
79. Attack mot anställningsskyddet
80. Coronateserna
81. Kapitalet och ideologin
82. Världens jämlikaste land?
83. Klimatkeynesianism nu
84. Privata sjukförsäkringar bryter mot lagen