

Kostnaden för vårdkön

Synaps rapport 2025:1

 Synaps

Innehållsförteckning

1 Inledning	5
2 Sammanfattning	8
3 Forsknings- och rapportöversikt	10
4 Aktuell väntetidsstatistik	14
5 Väntetider och sjukskrivningar	24
6 Kostnader för samhället	28
7 Kostnader för den enskilde	31
8 Kostnader för arbetsgivare	32
9 Fem reformer för kortare vårdköer och friskare svenskar	36
Referenser	39
Räkneexempel	42
Slutnoter	44



Bilder: Johnér bildbyrå, Sora OpenAI, Unsplash

Synaps rapport 2025:1



1 Inledning

Vårdköer är ett återkommande ämne i den svenska hälso- och sjukvårdsdebatten. Långa väntetider innebär inte bara ett lidande för patienten, utan medför också betydande kostnader för samhället och arbetsgivare. Den här rapporten, framtagen av tankesmedjan Synaps, syftar till att kartlägga dessa kostnader och presentera möjliga reformer utifrån ett medborgar- och marknadsliberalt perspektiv.



Isac Riddarsparre

ST-läkare i allmänmedicin
och medarbetare vid Synaps

1.1 Syfte med rapporten

Tankesmedjan Synaps är en framtidsoptimistisk och partipolitiskt obunden tankesmedja som fokuserar på sjukvårdsfrågor. Synaps verkar utifrån ett medborgar- och marknadsliberalt perspektiv, där individens möjlighet att själv välja och påverka vårdens utformning är central, samtidigt som vi också vill möjliggöra innovation, konkurrens och effektivitet i vårdsystemet.

Inom ramen för dessa värderingar är frågan om vårdköer särskilt angelägen. Långa vårdköer kan ses som ett uttryck för brister i hur resurser fördelas och hur vårdsystemet organiseras. De medför att individen ofta blir passiv mottagare i stället för aktiv aktör i sin egen vårdprocess.

Patienter är dessutom ofta skattebetalare. När de inte får den vård de behöver i tid, påverkar det både deras hälsa och möjlighet att bidra till samhället.

Ur ett marknadsliberalt perspektiv riskerar också långa köer att hämma konkurrens och nytänkande, då både privata och offentliga aktörer måste förhålla sig till samma systemfel. Det går också att argumentera för att långa vårdköer gynnar privata vårdgivare som alltid har ett givet patientflöde.

Syftet med denna rapport är därför att tydliggöra och beräkna de direkta och indirekta kostnaderna som uppstår när vårdköerna förlängs. Genom att belysa konsekvenserna för samhället, individer och arbetsgivare vill tankesmedjan Synaps skapa underlag för reformer som kortar köerna, ökar valfriheten och förbättrar resursutnyttjandet i svensk sjukvård.



Avbildade personer har inte något med innehållet i rapporten att göra.

Foto: Johnér

1.2 Nuläge

Att förstå hur vårdköerna ser ut idag är centralt för att bedöma kostnaderna. Det finns flera källor som kontinuerligt mäter och rapporterar väntetider i den svenska vården, bland annat SKR (Sveriges kommuner och regioner), Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Statistiken varierar något beroende på källa och hur man definierar en "vårdkö", men följande punkter illustrerar nuläget:

➤ Antal personer som väntar längre än 90 dagar:

Enligt den nationella vårdgarantin ska patienter få en tid för första besök eller uppstart av behandling (operation eller åtgärd) inom 90 dagar. Dock visar aktuell statistik från SKR:s väntetidsdatabas att en betydande andel patienter överskrider denna gräns. I december 2024 hade var tredje patient väntat olagligt länge på operation eller åtgärd. Totalt väntade runt 160 000 svenskar. När det gäller första besök handlar det om knappt 460 000 personer där mer än var fjärde väntat olagligt länge.¹

➤ Regionala skillnader:

Sverige har 21 regioner som var och en ansvarar för hälso- och sjukvården inom sitt område. Detta leder till skillnader i köernas längd, delvis beroende på befolkningstäthet, geografiska förutsättningar, resursfördelning och lokala prioriteringar. Vissa regioner har historiskt haft kortare köer, medan andra ständigt brottas med att upprätthålla vårdgarantin. Under de senaste åren har skillnaderna ibland ökat, vilket skapat en ojämlik tillgång till vård. Samtidigt är den lagstiftning som finns tandlös och den enskilde har liten möjlighet att kräva sin rätt.

➤ Trend över tid:

Kömiljarden, som infördes första gången 2009, var ett ekonomiskt incitament till regionerna för att korta väntetiderna. Under perioder har detta gett vissa positiva, men tillfälliga effekter. Till följd av bland annat politiska beslut, personalbrist, ökad efterfrågan på specialistvård och demografiska förändringar (fler äldre i befolkningen) har köerna i flera regioner ökat igen de senaste åren. Denna utveckling förvärrades ytterligare under pandemin, när många planerade behandlingar sköts upp. Sedan januari 2021 registreras data enligt en ny uppföljningsmodell för specialiserad vård hos SKR. Därför går det inte att göra jämförelser rakt av med tidigare år. Vad som dock går att konstatera är att både väntande till första besök såväl som operation eller åtgärd trendmässigt tickar uppåt över tid.

Sammanfattningsvis är vårdköernas längd i dag en högst aktuell och omdebatterad fråga. Sverige har ur ett globalt perspektiv generellt historiskt haft goda medicinska resultat när det gäller hälsoutfall som överlevnad efter hjärtinfarkt, stroke, bröstcancer och ändtarmscancer samt spädbarnsdödlighet.² Samtidigt visar statistik att vi ligger efter vissa andra jämförbara länder i Europa när det gäller att hålla väntetiderna korta och förutsägbara.³

2 Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige befinner sig i en monopolsituation. Sjukvården är i princip uteslutande offentligt finansierad. Alla etablerade politiska partier står bakom detta upplägg och grunderna i systemet är inte ifrågasatta.

Det politiska samtalet tenderar att handla om organisation och ersättningssystem. Går det att organisera vården på bättre sätt än genom regioner? Bidrar privata utförare till resurseffektivitet och nya arbetssätt, eller innebär de att skattepengar finansierar vinst? Dessa är typiska frågor som uppstår i en situation med ett monopol, där beslutsfattares viktigaste uppgift är att prioritera mellan kostnader och tillgång, det som med andra ord kallas ransonering.

Forskningsdiskursen har en benägenhet att handla om hur fördelningen av medel inom sjukvårdssystemet kan göras mer effektiv och därigenom frigöra mer resurser. Exempelvis visar en rapport från SNS att det i alltför många fall introduceras nya insatser till höga kostnader men utan tillräcklig patientnytta.⁴

Den forskningen som finns på väntetider utreder i princip uteslutande hur längre väntetider leder till ökade kostnader för exempelvis operationer, genom att patienter blir sjukare och därmed behöver mer resurskrävande vård, och vad som påverkar medborgares benägenhet att söka och konsumera hälso- och sjukvård.

I den här rapporten visar Synaps att det finns stora kostnader förknippade med vårdköer. Produktionsbortfallet kopplat till sjukdom kan uppskattas att uppgå till mer än 130–530 miljarder kronor. Samtidigt visar vi hur sjuk-skrivningar och sjukdagar ökar i takt med vårdköerna, utan att sjukfallen för den delen blir längre.

Svensk hälso- och sjukvård behöver tänka nytt. Samhället behöver våga säga att vårdköer kostar pengar och att ge vård inte bara är en moralisk eller etisk fråga utan också handlar om att stärka Sveriges ekonomi. Genom att våga utmana och faktiskt prata om dolda kostnader i hälso- och sjukvården skapas också möjligheter till politiska incitament att korta vårdköerna.

Det krävs dock att det är flera som hjälper till. Det handlar givetvis om regionerna som har huvudansvaret, men staten, arbetsgivare och enskilda behöver arbeta mot ett gemensamt mål: ett friskare samhälle utan vårdköer.

Med denna rapport vill Synaps lyfta blicken. Finns det ett nytt synsätt där mer vård kan ge mer fördelar till samhället? Synaps presenterar fem reformer för att fler människor ska få vård snabbare.



3 Forsknings- och rapportöversikt

För att förstå de kostnader som vårdköer medför för samhälle, individ och arbetsgivare är det nödvändigt att göra en grundlig genomgång av befintlig forskning, statistik och rapporter. I detta avsnitt presenteras en utblick över centrala nationella och internationella källor, samt en diskussion om hur olika beräkningsmodeller används för att mäta de ekonomiska effekterna av väntetider i vården.

Trots att det borde vara högaktuellt för beslutsfattare att förstå vilka kostnader som är förknippade med vårdköer finns det begränsat med forskning och sammanställningar.

3.1 Vårdköernas påverkan på produktiviteten

Att människor tvingas vara hemma sjuka istället för att kunna gå till jobbet har en påverkan på arbetsgivares möjlighet att producera och utföra uppgifter. Även att jobba fast man delvis är sjuk - ”sjuknärvaro” - har en påverkan på produktiviteten och hur väl den enskilda kan utföra sitt jobb.

Vid kortare sjukfrånvaro drabbas främst andra kollegor som tvingas överta arbetsuppgifter. Alternativt behöver arbetsuppgifter prioriteras bort. På längre sikt uppkommer kostnader för vikarier och nya kostnader för upplärning. Samtidigt finns ett produktionsbortfall.

Viss sjukfrånvaro är givetvis oundviklig. Men sannolikt bidrar Sveriges vårdköer till en del

onödig sjukfrånvaro, när sjuka inte får vård i tid. Något förvånande är att det saknas en heltäckande, officiell statistik som fullt ut isolerar effekten av vårdköer på sjukfrånvaron för hela befolkningen. Detta trots att det finns ett klart indikativt samband mellan långa väntetider och ökade sjukskrivningsperioder, särskilt när vanliga operationer är direkt relaterade till kropps-funktioner (knäleder, höftleder, ögon) som ofta är kritiska för arbetsförmågan.

Värdet av produktionen beaktas faktiskt inte i hälsoekonomiska bedömningar. Ett tydligt exempel är Tandvårds- och läkemedelsförmåns-verket (TLV) som bestämmer vilka läkemedel som offentligt ska finansieras i Sverige. De skriver: *”Traditionellt har TLV alltid tagit hänsyn*

även till det ekonomiska värdet av den extra produktion som sker när människor kan återgå i arbete. Men vi anser nu att det behövs en större

försiktighet när sådana effekter vägs in, eftersom det finns risk för att grupper som står långt från arbetsmarknaden kan diskrimineras.”⁷⁵

3.2 Samhällspåverkan av vårdköer

I en studie från IHE – Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi – beräknades samhällets kostnader för sjukdomar år 2017.⁶ Både de faktiska kostnaderna från hälsoräkskaperna men även de indirekta kostnaderna i form av produktionsbortfall uppskattades till 367 miljarder kronor i 2017 års penningvärde.

En annan studie av IHE på uppdrag av Hjärt- och Lungfonden visade att de totala kostnaderna för hjärt-kärlsjukdom 2019 var 60,2 miljarder kronor. Produktionsbortfallet på grund av sjukfrånvaro och förtida död beräknades till 17,3 miljarder kronor, cirka en tredjedel av de totala kostnaderna. Om produktionsbortfallet bryts ned ses att förtida död stod för 10,7 miljarder kronor och sjukfrånvaro för 6,6 miljarder kronor.

Socialstyrelsen tillsammans med Försäkringskassan har också berört frågan om vårdköer, väntetider och sjukskrivningar. I en rapport från 2017⁷ kunde de inte identifiera något tydligt samband mellan sjukskrivningsmönster och till exempel hälso- och sjukvårdens kostnader per patient, antalet läkare per patient, eller ersättningssystemets utformning.

Det fanns dock ett undantag: väntetider till vården. I lään där en hög andel av patienterna som remitterats till specialistvården fick en första besökstid inom 90 dagar, var sjukfallen

i genomsnitt kortare än i lään där väntetiderna var längre. Detta kan enligt rapporten tolkas som att landsting och regioner som arbetar effektivt med att korta vårdköer även är mer framgångsrika i att undvika onödiga fördröjningar i sjukskrivningsprocessen. I vissa fall kan väntetider ha en direkt påverkan på sjukskrivningslängden.

Socialdepartementet gjorde en beräkning 2009 som visade att produktionsbortfallet kopplat till långa väntetider över vårdgarantin motsvarade 1,1 miljard kronor⁸. Då hade i snitt under ett år knappt en tredjedel inte fått vård inom vårdgarantins gränser. Som jämförelse var årsgenomsnittet 2024, 41 procent som väntat längre än vårdgarantin, till operation eller behandling enligt SKR:s väntetidsdatabas.

I en studie från Sahlgrenska konstaterades att det var billigare att behandla patienter med diskbråck än att inte göra det. Den totala kostnaden för kirurgisk behandling av diskbråck i ländryggen under en 2-årsperiod var lägre än för icke-kirurgisk behandling. Även om den direkta kostnaden för operation var mycket högre än för icke-kirurgisk behandling, var den indirekta kostnaden lägre. Den lägre indirekta kostnaden för operation var effekten av lägre frekvens av återfall av sjukskrivningsepisoder och bestående sjukersättning.⁹

3.3 Arbetsgivares påverkan på vårdköer

Hur och på vilket sätt både sjukfrånvaro och sjuknärvaro påverkar produktiviteten för arbetsgivare är svårt att säga. Dock finns det viss ledning att hämta i forskning och rapporter. Påverkan av sjukdom på arbetsförmågan varierar också såklart med arbetsuppgifter och typ av arbete. Vid exempelvis ett fysiskt arbete kan

mindre fysiska problem göra en person helt arbetsoförmögen, men motsvarande tillstånd för en person med administrativa arbetsuppgifter skulle inte påverka arbetsförmågan nämnvärt.

När staten gjorde en översyn av karensavdraget konstaterades att hälften av alla sjukfall med

sjuklön avslutades inom två dagar. Var tionde påbörjade sjukfall nådde den andra sjukveckan och knappt var tjugonde påbörjade sjukfall nådde dag 15 i sjukperioden. Det kan urskiljas tydliga trösklar vid dag 7 och 14 i sjukperioden, vilket sannolikt hänger samman med krav på läkarintyg från dag 8 respektive den 14 dagar långa sjuklöneperioden.¹⁰

Exakt hur stora kostnader som är förknippade med sjuka arbetstagare finns det begränsat med studier kring. I en rapport från Linköpings Universitet 2017 har frågan undersökts.¹¹ Populationen var relativt liten, endast 393 personer. Sjuknärvaro och produktionsförlust före, under och efter sjukskrivningen skattades av arbetstagarnas chefer, sammanlagt beräknades produktionsförlusterna till cirka 100 000 kronor per sjukskrivningsfall.

Rapporten beskriven ovan bortsåg från kostnader som uppstod när arbetsgivaren la tid på att ta kontakt med exempelvis myndigheter som Försäkringskassan, genomförde åtgärder och anpassningar till den sjuka medarbetaren, och omorganiserade arbetet för att hantera sjukdomssituationen. Arbetsgivarna hade en bristfällig uppfattning om vad rehabiliteringstid, åtgärder och anpassningar kostade, varför detta inte analyserades närmare. De beräknade

genomsnittliga kostnaderna till följd av produktivetsförluster är således en underskattning av de faktiska kostnaderna för arbetsgivare enligt rapporten.

I en brittisk studie från 2007 undersöktes psykiska problem kopplade till arbetsplatsen. Den visade på kostnader om 8,4 miljarder pund för sjukfrånvaro, 15,1 miljarder för minskad produktivitet på arbetsplatsen och 2,4 miljarder för ökad personalomsättning. Utslaget per anställd blev den totala kostnaden 1035 pund. Även om studien inte kan översättas rakt av till svenska förhållanden kan det ge en indikation om storleksordningen. Studiens författare menar även att kostnaderna kunde minskas med 30 procent genom enkla förändringar så som prevention och tidiga insatser.¹²

Forskningen om så kallad sjuknärvaro har på senare år ökat, men övergripande kunskap saknas om riskerna för framtida ohälsa och om hur mycket produktiviteten minskar som följd av denna. SHOP- projektet på Karolinska institutet har studerat sjuknärvarons samband med sjukfrånvaro, olika typer av sjukdomar, framtida ohälsa och minskad produktivitet.¹³ I en artikel utgiven 2004 av Harvard Business Review uppskattades sjuknärvaron kosta amerikanska företag 150 miljarder dollar.¹⁴

3.4 Hur enskilda påverkas

Att vårdköerna påverkar människor negativt är självklart. Samtidigt är vårdgarantins gränser utan effekt och saknar i princip sanktioner. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys menar att patientlagen kräver ett omtag och att patientens rättsliga ställning är svag.¹⁵

Sjukskrivning och väntan på vård är förenade med kostnader för den enskilda. I det korta perspektivet handlar det om exempelvis kostnader för mediciner och karensdagar. På längre sikt innebär det bland annat minskade löneinkomster, minskad pension och sämre livskvalitet. IFAU har konstaterat att vi inte vet exakt varför sjuktalet varierar mellan åren. Sjuktalets variationer tyder på att det är mer än hälsan som spelar roll för sjukfrånvaron.¹⁶

Försäkringskassan presenterade 2024 en rapport om hur individers stöd på vägen tillbaka till arbetet ser ut.¹⁷ Detta gjordes genom en

enkätstudie. Bland respondenterna upplevde 82 procent att de fick den vård och behandling de behövde i hög- eller i viss grad, medan 14 procent upplevde att de inte fick det. Samtidigt uppgav 17 procent att de troligen hade kunnat återgå i arbete tidigare om de hade fått bättre eller tidigare vård.

Bland de 26 procent av sjukskrivna som upplevde att de fått otillräcklig vård och behandling, svarade personer med besvär i rörelseorganen i högre grad än andra att de hade kunnat börja arbeta tidigare. Att det finns sjukskrivna som hade kunnat återgå i arbete tidigare - om vården inte blivit försenad - innebär onödiga kostnader både för individen och för samhället i stort.

Ett vanligt tema bland fritextsvaren i Försäkringskassans rapport var att respondenterna upplevde att de fått vänta länge på vård och

behandling. Det handlade till exempel om att de väntat länge på primärvårdsbesök, remiss, specialistläkarbesök, eller utredning eller operation. Det är ett tema som återkommer oavsett diagnos.

Det som också påverkar hur och på vilket sätt personer blir sjukskrivna är ekonomiska incitament. IFAU har tagit fram rapporter på detta område. En rapport visade att sjukfrånvaron ökade med i snitt 4,7 dagar då kommunanställda fick 10 procent extra ersättning vid sjukfrånvaro.¹⁸ Eftersom sjukskrivningsperioderna förlängdes på grund av den kompletterande försäkringen ökade också kostnaderna för det offentliga försäkringssystemet. Kostnaden för Försäkringskassan ökade med tre procent.

IFAU har även undersökt vad som händer med positiva incitament. När de anställda fick en närvarobonus varje gång de arbetade en hel månad utan sjukfrånvaro, halverades sjukfrånvaron.¹⁹



Ersättning för den som är sjuk

Den som är sjuk har först ett karensavdrag. Karensavdraget är alltid 20 procent av sjuklönen under en genomsnittlig arbetsvecka.

När arbetsgivaren betalat sjuklön dag 2-14, tar Försäkringskassan över och betalar sjukpenning från dag 15. Sjukpenningen motsvarar 80 procent av den sjukpenningsgrundande inkomsten SGI. SGI för 2025 är maximalt 588 000 kr motsvarande en månadslön på 49 000 kr.

I vissa fall kan kollektivavtal ge rätt till extra sjuklön på 10 procent från arbetsgivaren under sjukskrivningen. Har den sjukskrivna högre lön ger avtalen ofta 65 procent av den överskjutande lönedelen fram till dag 90. Efter det har många med kollektivavtal försäkring motsvarande ersättning med 10 procent av lönen upp till 10 prisbasbelopp och 65 procent av inkomster däröver. Ofta innebär detta sämre skattemässiga fördelar vilket gör att inkomsten efter skatt sjunker ytterligare. Exakt hur det fördelar sig är svårt att säga och beror dels på enskilda överenskommelser och avtal på arbetsplatsen dels vilken skatt som den enskilde ska betala.²⁰

Regler för sjukskrivning

Under de första 90 dagarna av en sjukskrivning har den sjukskrivna rätt till sjukpenning om arbetsförmåga är nedsatt. Arbetsförmåga bedöms då mot det vanliga jobbet eller ett annat arbete hos personens arbetsgivare.

Efter 90 dagar bedöms arbetsförmåga mot andra jobb hos arbetsgivaren som den kan erbjuda permanent.

Efter 180 dagar bedöms arbetsförmågan mot jobb på hela arbetsmarknaden. Undantag kan göras om det är troligt att personen kommer att vara tillbaka på sitt vanliga jobb med samma arbetstider som före sjukskrivningen inom ett år från sjukskrivningens första dag.

Efter 365 dagar ska arbetsförmågan bedömas mot ett normalt förekommande arbete. Även här kan vissa undantag göras.

4 Aktuell väntetidsstatistik

För all väntetidsstatistik finns ett par mönster som behöver tas i beaktande. Det första är att det finns tydliga säsongsmässiga variationer i produktionen av vård. Särskilt den specialiserade vården uppvisar varierande toppar och dalar, vilket ofta beror på semesterperioder (lägre kapacitet på sommaren) och eventuellt ökat vårdtryck under höst/vinter.

Långa väntetider har varit en utmaning i svensk hälso- och sjukvård långt innan covid-19-pandemin. Pandemins effekter har dock lett till ännu längre väntetider och köer i den specialiserade vården.²¹ Fler patienter än tidigare väntar i köerna och fler har väntat mer än vårdgarantins 90 dagar på besök och behandling.

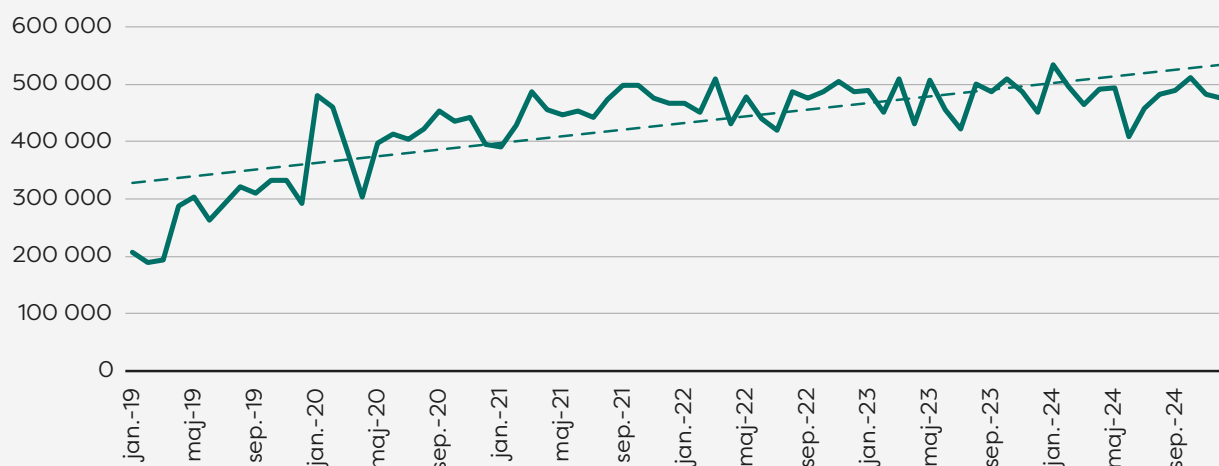
Sedan januari 2021 registreras data enligt ny uppföljningsmodell för specialiserad vård. Modellen är mer detaljerad än tidigare. På grund av detta är det svårt att jämföra med tidigare år.

4.1 Medicinsk bedömning inom 3 dagar

En person som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Bedömningen ska göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.²² Andelen som får medicinsk bedömning inom 3 dagar stiger stadigt över tid.

Med en medicinsk bedömning avses en slutsats, kommunicerad till patienten i form av en diagnos

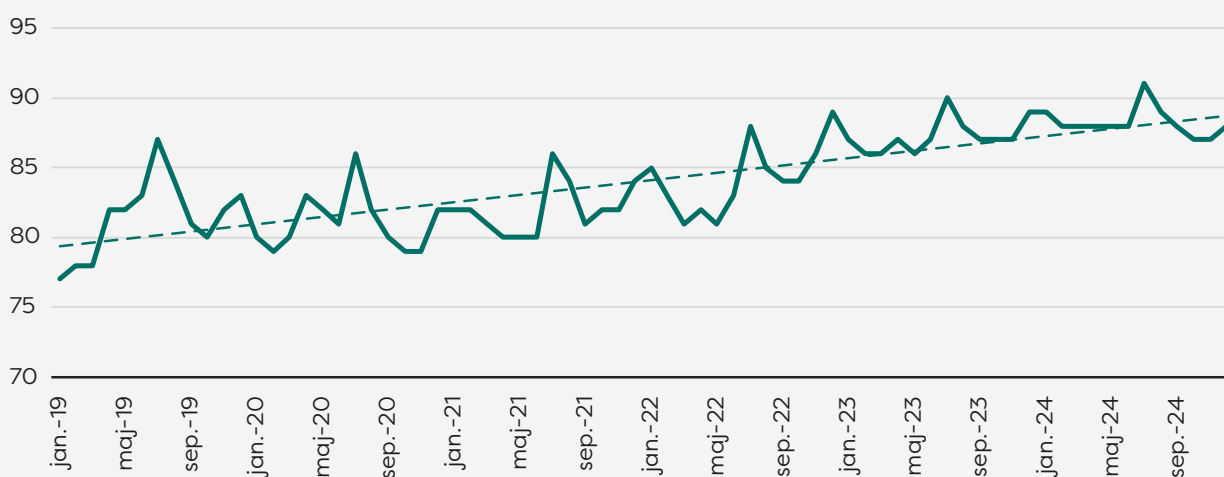
eller åtgärd, och dokumenterad med diagnos- eller åtgärds kod av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i patientens journal eller motsvarande.²³ En medicinsk bedömning kräver inte ett fysiskt möte. Det innebär att det sannolikt finns en stor diskrepans mellan vad en medborgare anser vara en medicinsk bedömning och vad sjukvårdssystemet byråkratiskt definierar som en medicinsk bedömning.

Diagram 1. Medicinsk bedömning inom 3 dagar i antal

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Diagram 1. Statistiken visar en tydligt uppåt-gående trend (streckad linje) under perioden 2019 till 2024. Antalet medicinska bedömningar inom 3 dagar ökar gradvis. Den generella ökningen kan indikera att vården successivt har ökat sin kapacitet eller att patientinflödet är större och därmed genererar fler bedömningar.

Möjligen kan även nya arbetssätt (till exempel digitala konsultationer) bidra till att fler patienter får en första medicinsk bedömning snabbare. Det kan också vara så att primärvården har anpassat sig efter kravet och blivit bättre på att registrera fler kontakter.

Diagram 2. Medicinsk bedömning inom 3 dagar (%)

Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Diagram 2. Andelen patienter som får medicinsk bedömning inom 3 dagar ligger ofta mellan 80 och 90 procent, vilket antyder att en majoritet av patienterna faktiskt får en snabb första bedömning. Trenden är också svagt ökande.

Det innebär att trots att antalet bedömningar stiger (se diagram 1), lyckas man i hög grad bibehålla eller till och med höja andelen som får snabb hjälp.

4.2 Specialiserad vård inom 90 dagar

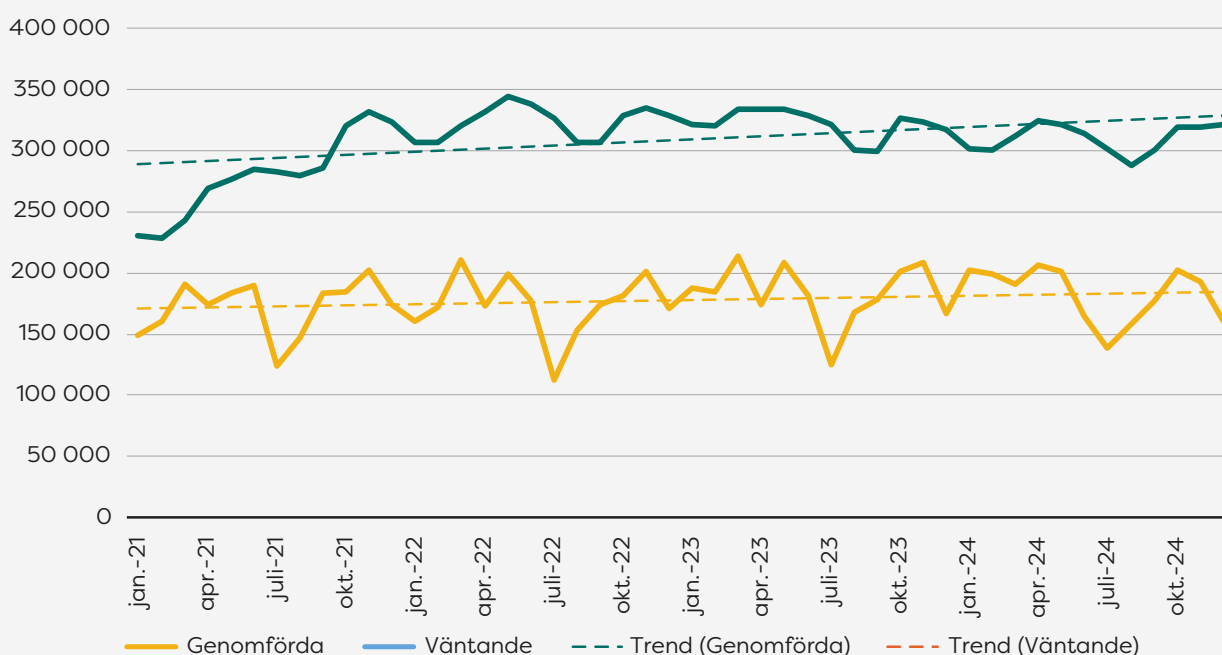
Vårdgarantin för specialiserad vård är 90 dagar till första besök och 90 dagar till operation eller åtgärd. Det innebär att en person kan behöva vänta i nära ett halvår på vård, trots att vårdgarantin uppfylls. Trots de mycket generösa reglerna för den offentliga vården måste var fjärde patient vänta olagligt länge på ett första besök. En av tre får vänta olagligt länge på operation eller åtgärd.

Tillsammans visar statistiken att vården utför många första besök, men att antalet väntande patienter ändå tenderar att öka över tid. Den procentuella uppfyllnaden av vårdgarantin

tycks ligga stabilt på en medelnivå, vilket innebär att det finns ett återkommande glapp mellan efterfrågan och faktisk kapacitet. Variationer under året och mellan åren pekar på att både säsongeffekter och resursfördelning har stor inverkan på hur vårdköerna utvecklas.

Statistiken nedan avser genomförda första besök och operation eller åtgärd inom vårdgarantins tidsgräns på 90 dagar, samt de som väntat 90 dagar eller kortare på första besök och operation eller åtgärd i specialiserad vård från 2021 och framåt. Exkluderar patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan.

Diagram 3. Uppfyllnad av vårdgarantin i specialiserad vård första besök i antal



Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Diagram 3. Väntande (grön linje): Kurvan ligger generellt högre än den för genomförda besök, vilket betyder att det regelmässigt finns fler patienter i kö än antal genomförda första besök per månad. Därtill visar den svagt uppåtgående trendlinjen (grön streckad) att antalet väntande patienter tenderar att öka över tid.

Genomförda (gul linje): Volymen genomförda första besök ökar och minskar över perioden,

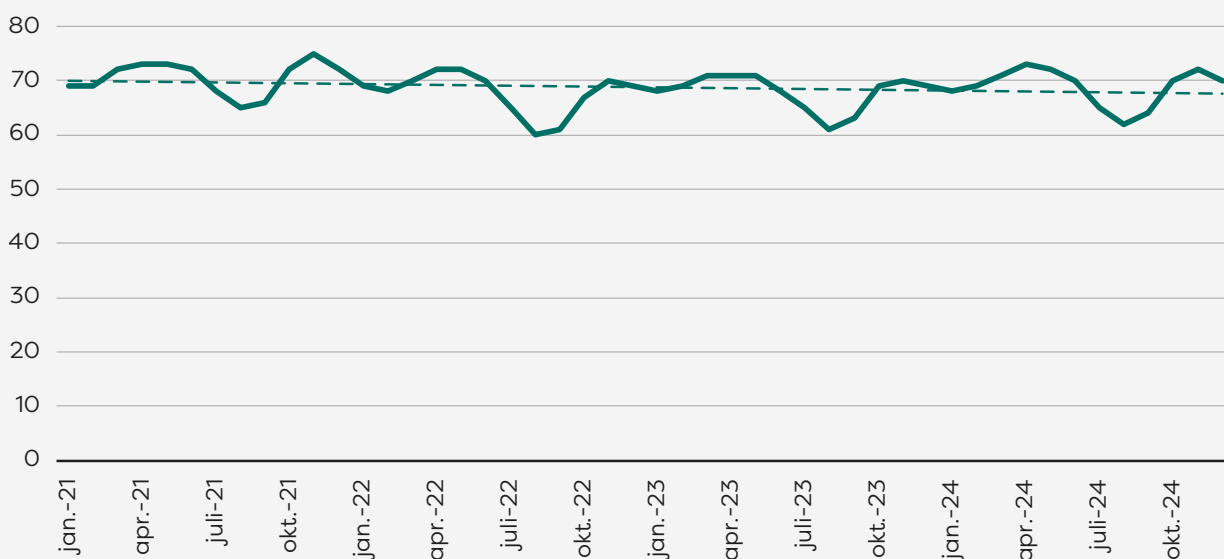
men trendlinjen går aningen uppåt. Det innebär att systemet i stort hanterar fler besök över tid, men inte i samma takt som inflödet av nya patienter.

Trots att antalet genomförda första besök ligger på en relativt hög nivå, lyckas man inte fullt ut möta ökningen av nya patienter. Det resulterar i ett växande antal väntande, vilket indikerar en risk för längre köer.

”

Trots de mycket generösa reglerna för den offentliga vården måste var fjärde patient vänta olagligt länge på ett första besök.

Diagram 4. Uppfyllnad av vårdgarantin i specialiserad vård första besök (%)



Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Diagram 4. Väntande (hel linje): Procentandelen som får ett första besök inom vårdgarantins tidsram ligger ofta runt 65–75 procent, med vissa tydliga svackor och toppar, framförallt kopplat till sommaren.

Den streckade linjen visar ett relativt stabilt läge över tid.

Andelen patienter som faktiskt får sitt första besök inom garantins tidsgräns pendlar kring 70 procent. Små förändringar i vårdkapacitet eller patientinflöde kan därmed få märkbar effekt på hur stor andel som får vård i tid.

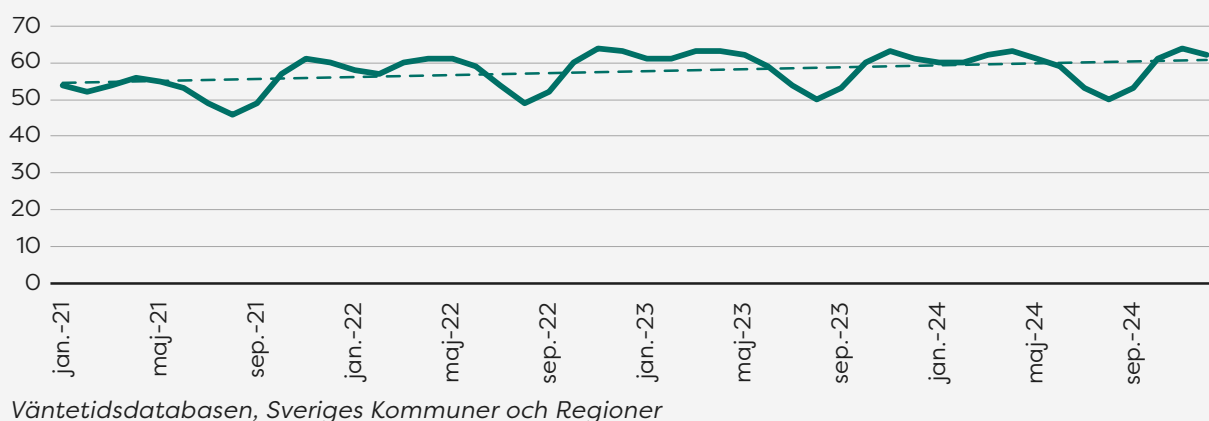
Diagram 5. Uppfyllnad av vårdgarantin i specialiserad vård, operation eller åtgärd (%)

Diagram 5. Procentandelen (hel linje): Utvecklingen pendlar i intervallet 50–65 procent, med en streckad trendlinje nära mitten av detta spann. Överlag lyckas knappt hälften till närmare

två tredjedelar av patienterna få sin operation eller åtgärd inom garantins tidsgräns. Andelen är relativt stabil över tid, men når inte samma nivåer som för exempelvis första besök.

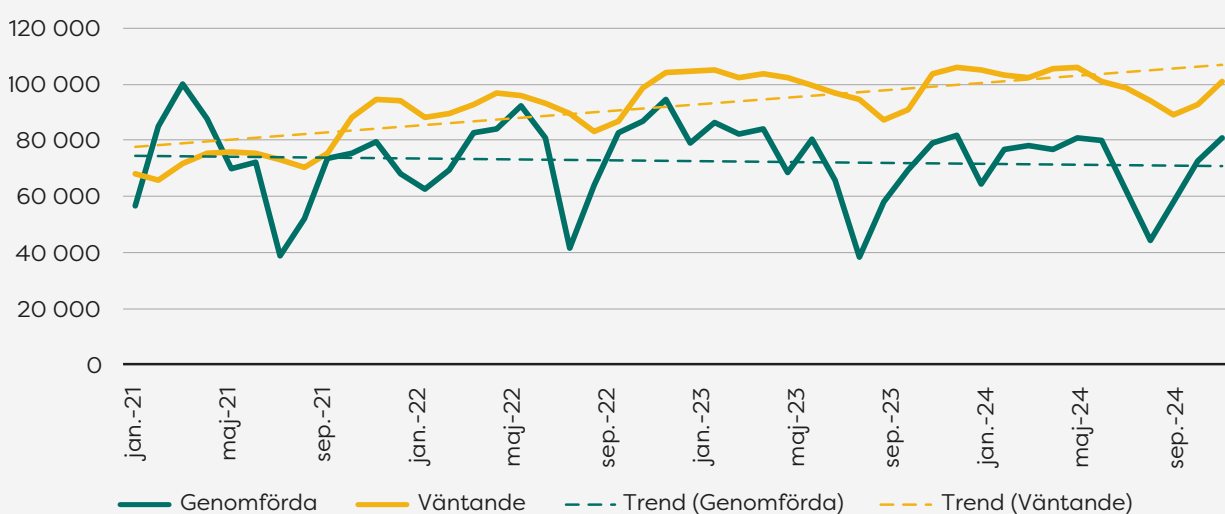
Diagram 6. Uppfyllnad av vårdgarantin i specialiserad vård, operation eller åtgärd i antal

Diagram 6. Väntande (gul linje): Väntande ligger generellt över genomförda åtgärder, vilket tyder på att antalet patienter i kö ofta är större än antalet faktiska operationer eller behandlingar per månad. Den streckade trendlinjen pekar lätt uppåt, vilket indikerar en ökande mängd väntande över tid.

Genomförda (grön linje): Antalet genomförda ingrepp varierar månad för månad med tydliga

toppar och dalar (t.ex. sommardippar). Den gröna streckade trendlinjen är relativt platt eller rentav svagt nedgående.

Antalet väntande patienter och antalet genomförda ingrepp följs delvis åt, men gapet mellan dem ökar något över perioden. Detta innebär att fler patienter stannar kvar i kö och att antalet väntande på ingrepp ökar på sikt.

4.3 Totalt antal väntande på specialiserad vård

Utöver att granska uppfyllanden av vårdgarantin som är en politisk - snarare än medicinsk eller samhällsekonomisk - målsättning är det viktigt att titta på alla som står i vårdkö, särskilt när det gäller förståelsen för kostnader och uteblivna intäkter i samhället. I diagram 7 och 8 används Socialstyrelsens data vilket kan skilja sig något från Sveriges kommuner.²⁴

Även om väntetiderna för första besök också ökar, är gapet mellan väntande och genomförda ännu större för operationer. Detta kan tyda på att själva utrednings- och diagnosfasen går något snabbare än det slutliga operativa eller åtgärdsbaserade ledet i vårdkedjan.

Statistiken visar återkommande perioder där genomförda operationer eller åtgärder sjunker, ofta sammanfallande med sommar-

och storhelger. Sådana perioder kan bidra till att köerna växer om inflödet av patienter inte minskar i samma omfattning.

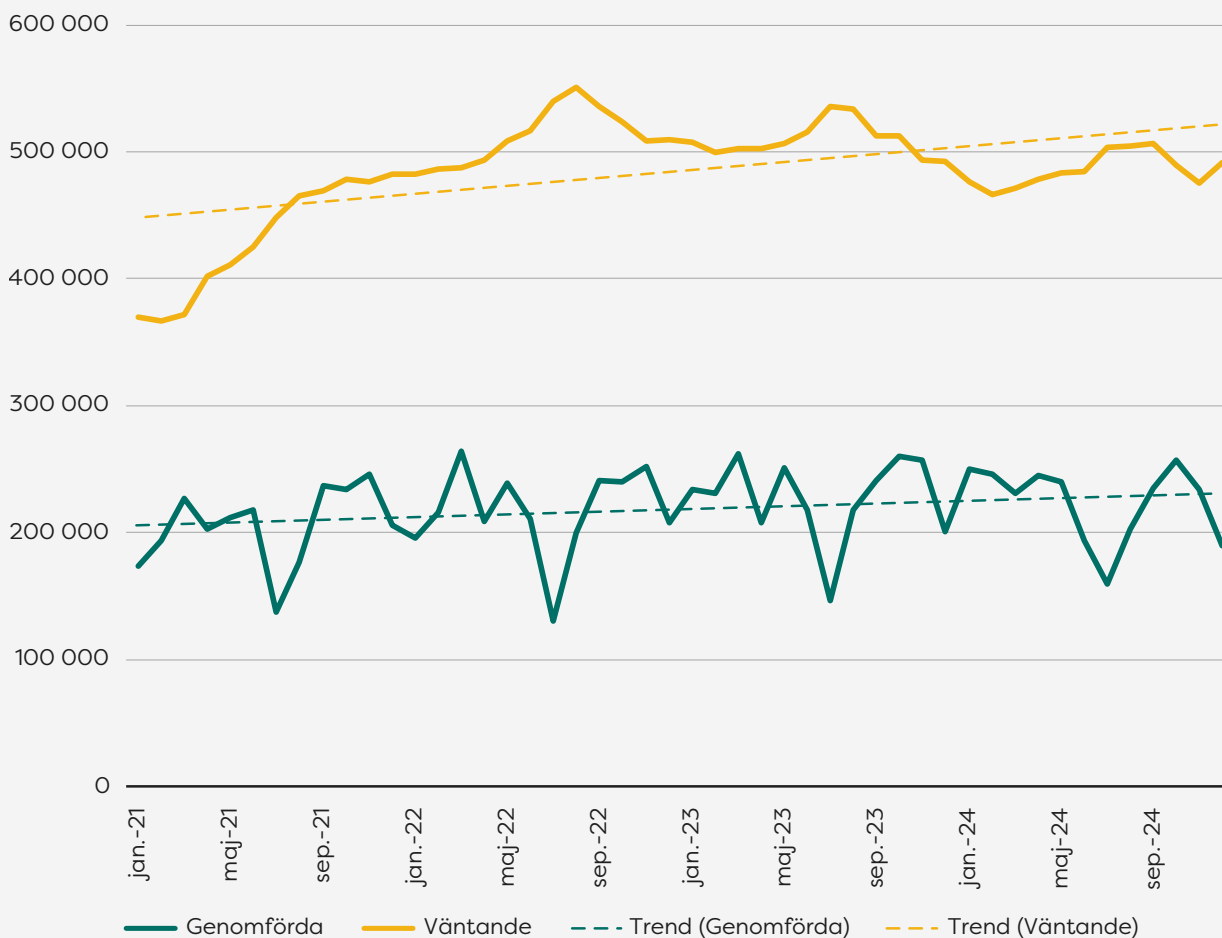
I båda fallen är den långsiktiga trendlinjen för väntande tydligt uppåtriktad, medan genomförda ökar i en långsammare takt. Detta mönster riskerar att permanenta eller förstärka problemet med vårdköer om inga resurstillskott, effektiviseringar eller förändringar i patientflödet genomförs.

Genom att jämföra dessa trender över tid kan man följa hur vårdens kapacitet utvecklas i förhållande till efterfrågan. I nuläget pekar kurvorna på att efterfrågan ökar snabbare än kapaciteten, vilket leder till ett växande antal patienter som väntar på vård – både för första besök och för operation eller åtgärd.



Avbildade personer har inte något med innehållet i rapporten att göra.

Foto: Johnér

Diagram 7. Totalt antal genomförda och väntande på första besök

Socialstyrelsen, Statistik om tillgänglighet i hälso- och sjukvård.

Diagram 7. Nivåer och trend (Väntande, gul linje):

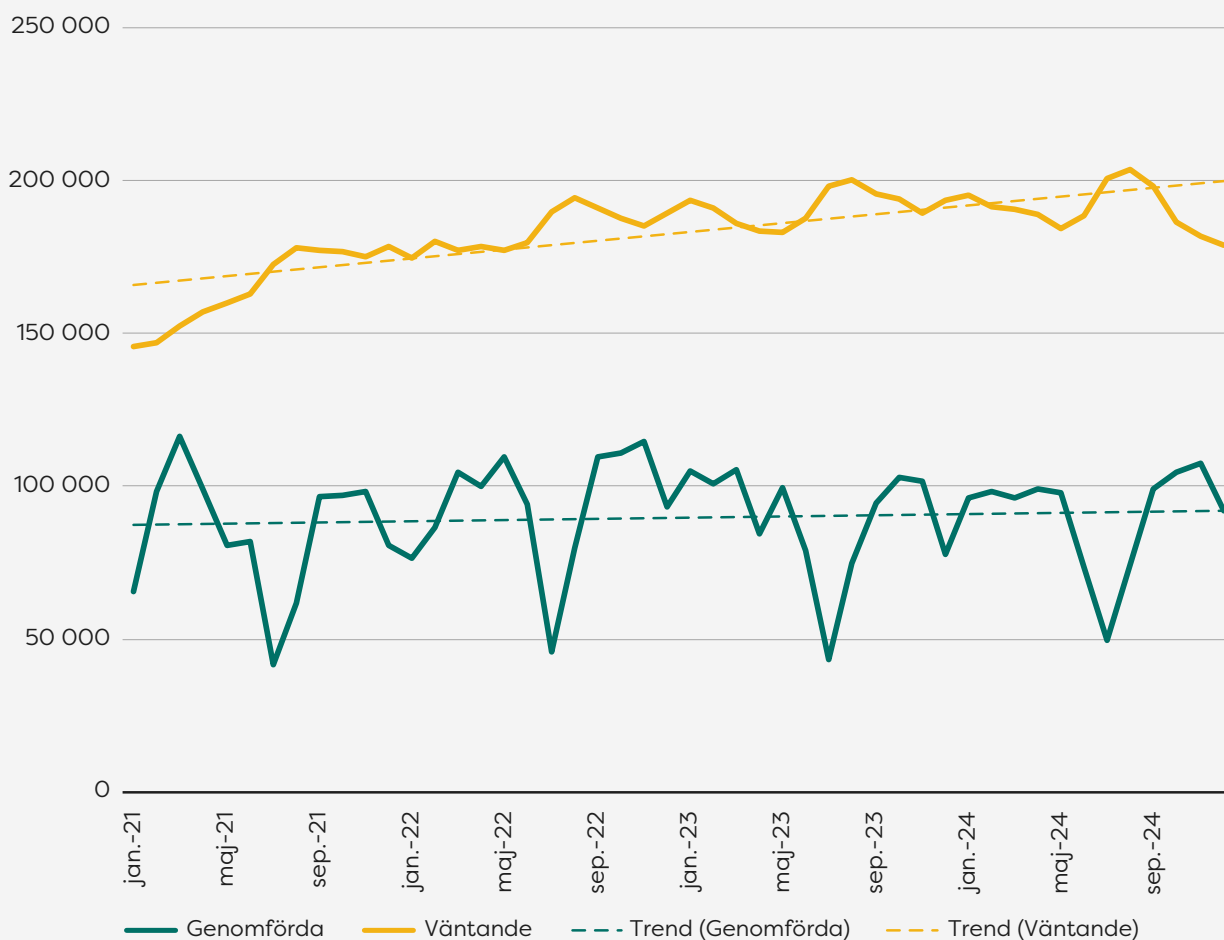
Väntande ligger genomgående på en högre nivå än genomförda besök. Den streckade trendlinjen för väntande (gul) pekar uppåt, särskilt från första halvan av 2021 fram till mitten av 2022. Därefter ligger nivån något lägre men fortfarande högt jämfört med januari 2021. Det indikerar att inflödet av nya patienter som väntar på sitt första besök ökar över tid, trots vissa säsongsmässiga och kortvariga nedgångar.

Nivåer och trend (Genomförda, grön linje). Genomförda första besök (grön) ligger på en lägre nivå än väntande. Den streckade trendlinjen för genomförda besök (grön) pekar svagt uppåt, men i betydligt lägre takt än motsvarande för väntande. Det tyder på att man faktiskt

genomför fler besök nu än i början av mätperioden, men inte i samma utsträckning som antalet nya väntande patienter.

Det finns ett gap mellan väntande och genomförda första besök. Skillnaden är betydande och tycks ha ökat något fram till mitten av 2022. Detta gap innebär att fler patienter sammanlagt "står i kön" än vad som hinner tas emot för ett första besök, vilket riskerar att bygga upp fortsatt långa köer.

Antalet patienter som står på väntelista för sitt första besök ligger konsekvent högre än antalet genomförda besök. Båda väntande och genomförda har en svagt ökande trend, men väntetiden kan förbli lång om inte genomförandetakten ökas eller inflödet minskar.

Diagram 8. Totalt antal genomförda och väntande på första besök

Socialstyrelsen, Statistik om tillgänglighet i hälso- och sjukvård.

Diagram 8. Nivåer och trend (Väntande, gul linje).

I januari 2021 väntade runt 150 000 patienter på operation eller åtgärd, och antalet väntande ökar tydligt under den studerade perioden, till nära 200 000 i slutet av tidsserien. Den streckade trendlinjen (gul) är uppåtriktad, vilket tyder på ett växande antal patienter i kö för operation eller annan åtgärd.

I stora delar av tidsperioden är antalet väntande klart högre än antalet operationer som genomförs varje månad. Den ökande skillnaden pekar på en växande anhopning av försenade patientärenden. När antalet väntande planar ut eller backar något, kan det bero på särskilda satsningar för att beta av köer, men effekten tycks inte bestå över en längre period.

Nivåer och trend (Genomförda, grön linje).

Antalet genomförda ingrepp börjar runt 90 000–100 000, med tydliga toppar och dalar (troligen säsongeffekter, t.ex. semesterperioder eller ökad kapacitet under vissa månader). Den streckade trendlinjen (grön) ligger platt och följer inte utvecklingen för väntande som ökar.

4.4 Medel- och medianväntetider till vård

Uppfyllandet av vårdgarantin är ett trubbigt, politiskt förankrat mått, som saknar koppling till några specifika medicinska eller individuella förutsättningar. För att få en bättre bild av hur vården levereras till befolkningen är den genomsnittliga väntetiden ett mer rättvisande mått.

Såväl medel- som medianväntetid till både första besök och operation eller åtgärd har ökat från 2021 till 2024. Mediantiden har ökat med knappt en vecka och medelväntetiden med knappt två veckor.

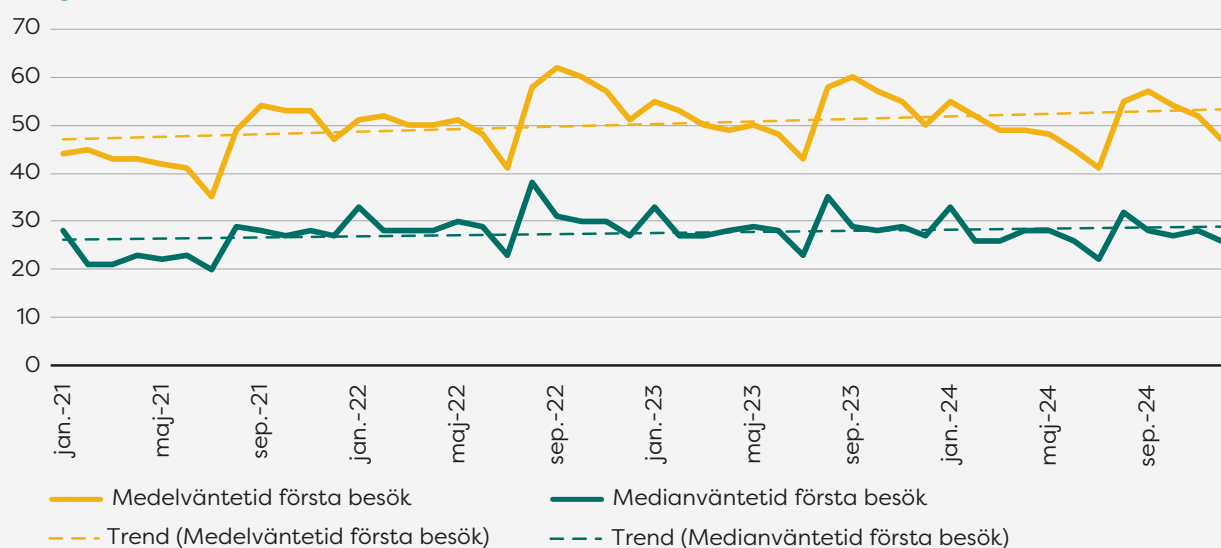
Tabell 1. Medel- och medianväntetid till första besök och operation eller åtgärd

	2021	2024	Förändring i dagar	Förändring i procent
Medelväntetid första besök	45,75	50,33	4,58	10,0 %
Medianväntetid första besök	24,75	27,50	2,75	11,1 %
Medelväntetid operation eller åtgärd	48,50	57,75	9,25	19,1 %
Medianväntetid operation eller åtgärd	24,08	27,75	3,67	15,2 %

Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

”

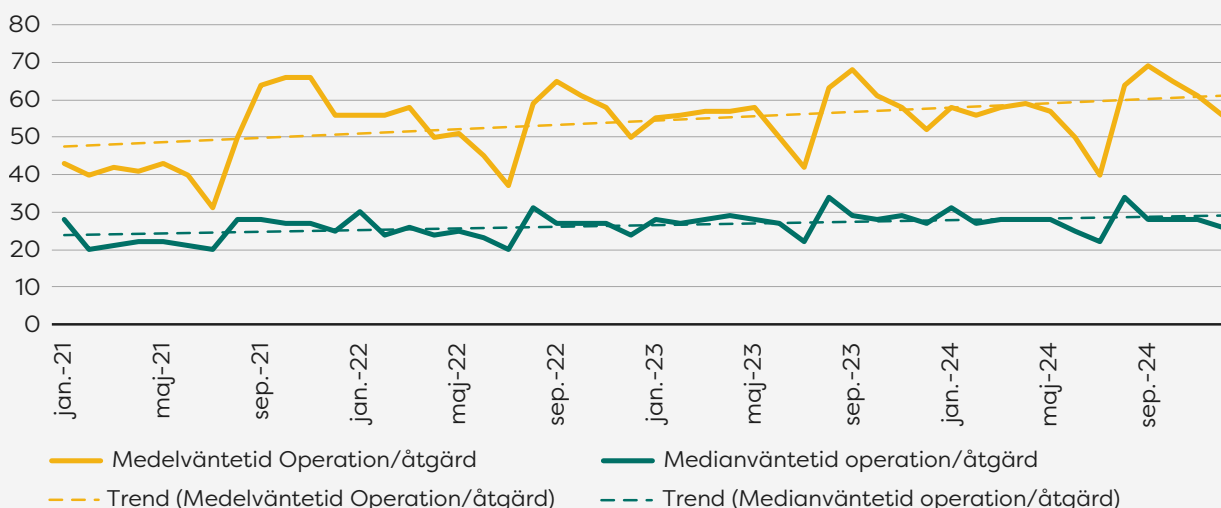
Uppfyllandet av vårdgarantin är ett trubbigt, politiskt förankrat mått, som saknar koppling till några specifika medicinska eller individuella förutsättningar.

Diagram 9. Medel- och medianväntetid till första besök

Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Diagram 9. Medel- och medianväntetid till första besök. Väntetiden till första besök ökar, både vad det gäller median såväl som medelväntetid. Ökningstakten är dock betydligt

mindre än jämfört med operation eller åtgärd. Det tyder på att vården kan hantera inflödet av patienter på en aggregerad nivå bättre än själva produktionen av vården.

Diagram 10. Medel- och medianväntetid till operation eller åtgärd

Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Diagram 10. Medel- och medianväntetid till operation eller åtgärd. Över tid ökar såväl väntetiden till första besök såväl som till operation eller åtgärd. Dock är ökningen mer dramatisk

när det gäller operation eller åtgärd, vilket gör att fler får vänta längre på att få sina sjukdomstillstånd åtgärdade vilket också gör att den totala tiden det tar att få vård ökar.

5 Väntetider och sjukskrivningar

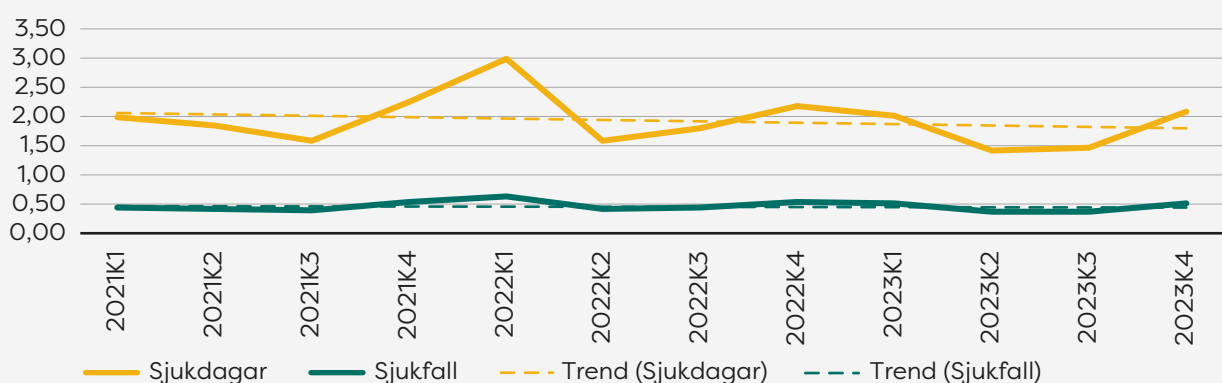
Hur länge är svenskar sjuka och hur påverkar det samhället? Frågan har inget enkelt svar och statistiken är uppdelad mellan olika myndigheter. Det är arbetsgivarens ansvar att betala sjuklön dag 2-14 under sjukdomsperioden och från dag 15 utgår sjukpenning från Försäkringskassan.

SCB har sammanställt konjunkturstatistik över sjuklöner. Under 2023 var den genomsnittliga arbetstagaren sjuk 1,79 gånger och hade i snitt 6,98 sjukdagar. Det motsvarar 3,9 sjukdagar per påbörjat sjukdomsfall.²⁵

Svenskt Näringsliv menar att korttidssjukfrånvaron är fortsatt hög efter pandemin. Siffror från 2023 visar att företagens kostnader för sjuka medarbetare har ökat med 27 procent sedan innan pandemin.²⁶

Samtidigt ligger antalet sjukdagar med sjuklön och sjukfall relativt konstant, vilket tyder på att den kortvariga sjukfrånvaron har varit relativt opåverkad de senaste åren. Samtidigt har sjukpenningtalet – en indikator på den långa sjukskrivningen ökat. Detta skulle kunna indikera ett samband mellan längre sjukskrivningar på grund av ökade vårdköer.

Diagram 11. Sjukdagar och sjukfall



Statistiska centralbyrån, Konjunkturstatistik över sjuklöner.

Diagram 11. Det finns stora skillnader baserat på sektor. Såväl staten som näringslivet ligger betydligt lägre både när det gäller antal

sjukdagar och antal sjukfall. Men beträffande antalet sjukdagar per sjukfall är siffrorna likartade för alla sektorer.

Tabell 2. Sjukdagar och sjukfall 2023

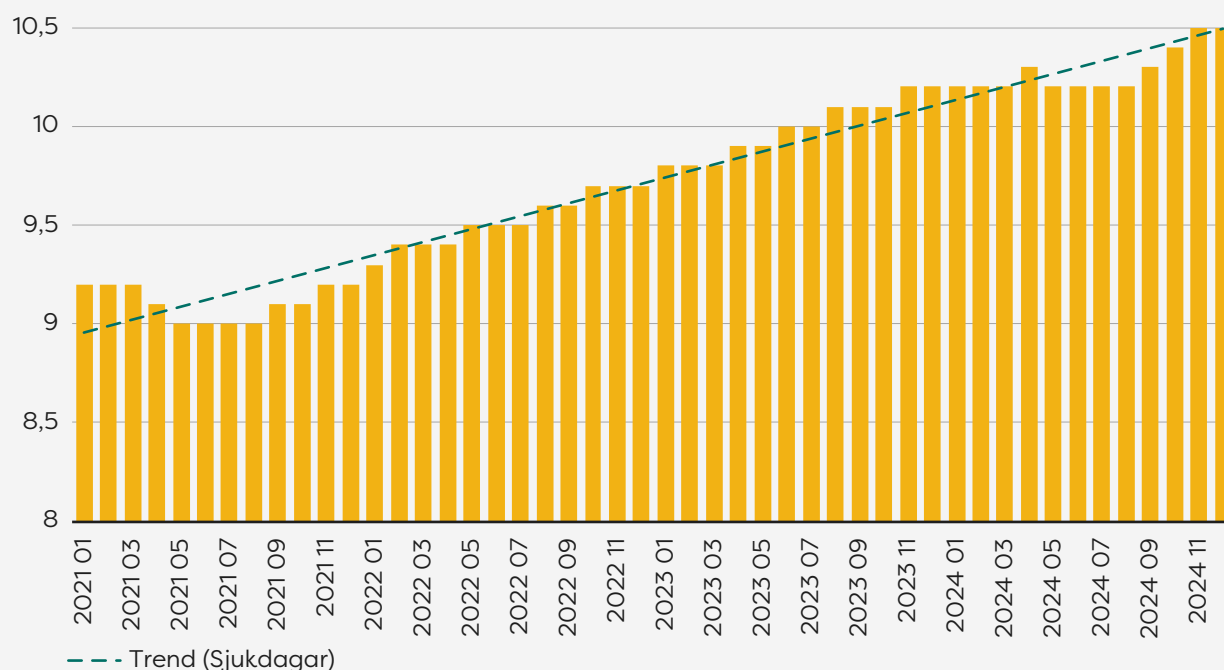
Sektorer	Sjukdagar	Sjukfall	Sjukdagar per sjukfall
Samtliga sektorer	6,98	1,79	3,90
Näringslivet	5,97	1,56	3,83
Staten	5,64	1,40	4,03
Kommun	10,85	2,72	3,99
Region	9,32	2,38	3,92

Statistiska centralbyrån, Konjunkturstatistik över sjuklöner.

Tabell 2. Försäkringskassan följer utvecklingen av sjukpenningen genom sjukpenningtalet. Som beskrivits ovan skiljer sig detta från sjuklön. Sjukpenningen avser först dag 15 i sjukdomsperioden. Sjukpenningtalen visar hur många dagar med sjukpenning som har betalats ut till de sjukförsäkrade. Syftet med sjukpenningtalen är att visa utvecklingen inom sjukförsäkringen.²⁷ Enligt Försäkringskassans statistik²⁸ betalades

det ut i genomsnitt 9,99 nettodagar med sjukpenning och rehabiliteringsersättning per försäkrad under 2023. Det innebär att den totala genomsnittliga sjukdomstiden per försäkrad under 2023 var 16,88 dagar.

Sjukpenningtalet har ökat över tid, från 9,1 dagar 2021 till 10,3 dagar 2024.

Diagram 12. Sjukpenningtal 1.0

Försäkringskassan, Sjukpenningtalet 1.0.

I tabell 3 och 4 nedan avser måttet antal startade sjukfall per 1 000 förvärvsarbetande och anger antal startade sjukfall längre än 14 dagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning samt varianter av dessa under ett kalenderår. Sjukfallens start är periodiserade efter tidpunkten utbetalningen avsåg, vilket kan skilja sig åt från tidpunkten då utbetalningen skedde.

Måttet antal sjukskrivningsdagar per förvärvsarbetande anger antal utbetalda dagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning samt varianter av dessa per förvärvsarbetande under ett kalenderår. Alla dagar är omräknade till nettodagar, dvs. två dagar med halv ersättning räknas som en dag. Enbart dagar som ersätts från Försäkringskassan från och med dag 15 i sjukfallet inkluderas.

Tabell 3. Antal startade sjukfall per 1 000 förvärvsarbetare samt antal sjukskrivningsdagar per förvärvsarbetare 2023

Sektor	Antal startade sjukfall per 1 000 förvärvsarbetande 2023			Antal sjukskrivningsdagar per förvärvsarbetande 2023		
	Samtliga	Kvinnor	Män	Samtliga	Kvinnor	Män
Primärkommunal	132,6	151,3	79,3	13,3	15,3	7,6
Landstingskommunal	120,6	137,3	63,2	12,4	14,1	6,4
Statligt	85,7	108,4	63,1	9,2	12,0	6,5
Privat	78,3	100,3	64,5	8,0	10,4	6,4

Statistiska centralbyrån, Antal startade sjukfall per 1 000 förvärvsarbetande och Antal sjukskrivningsdagar per förvärvsarbetande

Tabell 3. Branschmönstret med startade sjukfall med sjuklön återkommer även när det gäller sjukpenning. Det var nästan dubbelt så många sjukfall med sjukpenning per 1000 förvärvsarbetare i kommunal verksamhet gentemot privat sektor.

Tabell 4. Antal startade sjukfall per 1 000 förvärvsarbetare samt antal sjukskrivningsdagar per förvärvsarbetare 2023

År	Diagnosgrupp				
	Totalt	Psykiska F00 - F99	Muskuloskeletala MOO - M99	Skador S00 - T98	Övriga
2023	91,4	26,7	19,0	11,5	34,2
2022	94,0	25,9	18,4	11,2	38,5
2021	102,4	25,0	17,7	10,5	49,3

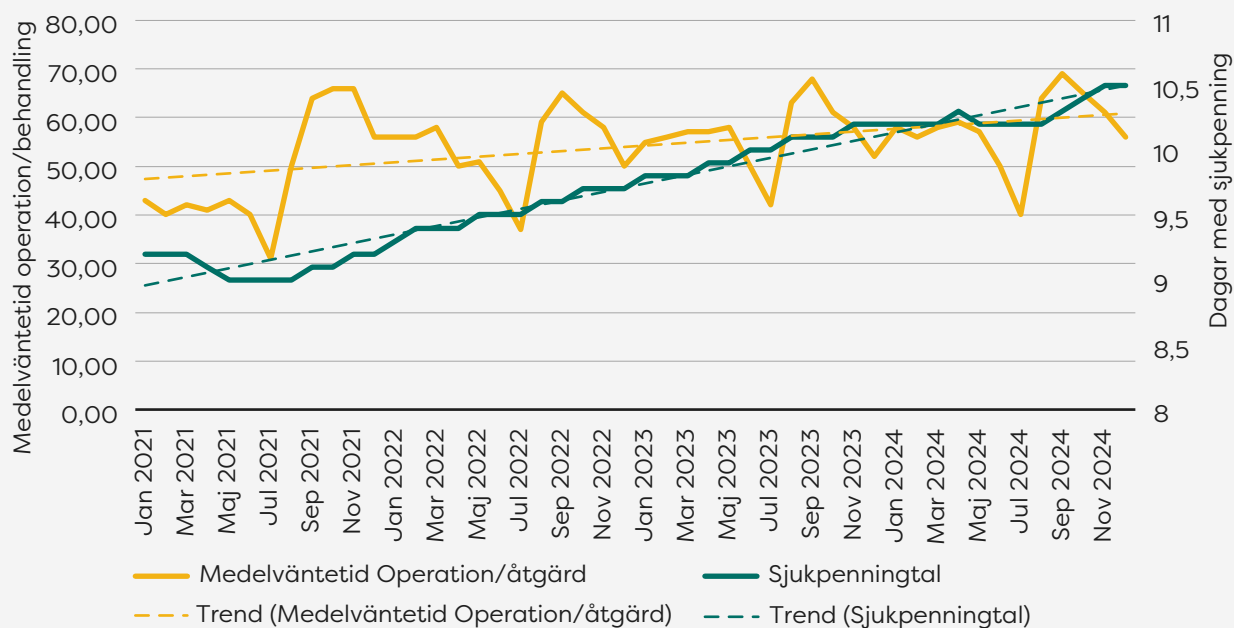
Statistiska centralbyrån. Antal startade sjukfall per 1 000 förvärvsarbetande och Antal sjukskrivningsdagar per förvärvsarbetande

Tabell 4. Det totala antalet sjukfall per 1 000 förvärvsarbetare minskar över tid, samtidigt som diagnoserna psykiska, muskuloskeletala och skador ökar. Att antalet startade sjukfall minskar samtidigt som dagar med sjukpenning ökar antyder också att det finns ett samband mellan vårdköer och sjukpenning.

Det finns stöd i rapporter och forskning att vårdköer kan påverka hur många som är beroende av sjukpenning. Exempelvis att sjukskrivningslängden ökar för att den sjukskrivande läkaren vet att väntetiden till behandling är

lång. Data från SKR och Försäkringskassan pekar på åtminstone en korrelation mellan antal dagar med sjukpenning och antal dagars väntan på operation och behandling.

Diagram 13. Medelväntetid till operation och behandling samt antal nettodagar med sjukpenning och rehabiliteringsersättning



Sveriges kommuner och regioner, Väntetidsdatabasen, Försäkringskassa, Sjukpenningtalet 1.0.

Diagram 13. När man jämför trenden för medelväntetid till operation och behandling och ser hur nettodagarna med sjukpenning ökat under samma period framträder ett samband. Detta

tyder på att desto längre människor behöver vänta desto fler behöver sjukskriva sig längre perioder (se diagram 13).

”

Det finns stöd i rapporter och forskning att vårdköer kan påverka hur många som är beroende av sjukpenning.

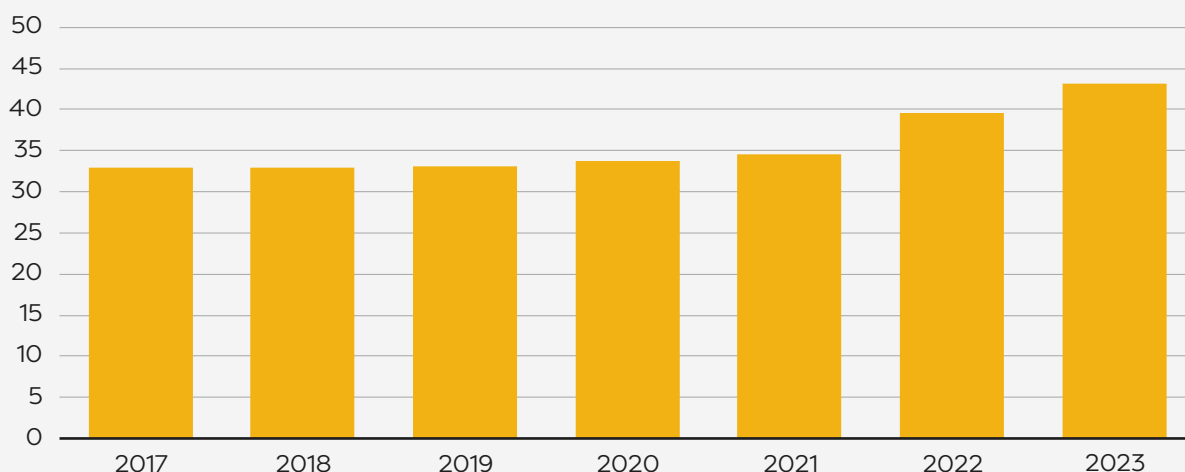
6 Kostnader för samhället

Att människor får vänta i vårdkö innebär lidande för den enskilde och stora kostnader för samhället. Med en mer ändamålsenlig styrning av vårdköerna kan stora värden frigöras. Det bör således vara politiskt prioriterat.

Det bör också i sammanhanget påpekas att staten lägger stora belopp på reformer för fler jobb: exempelvis är staten villig att betala cirka 190 000 kr årligen för nystartsjobb.

Den del av samhället som drabbas hårdast av sjukskrivningar och sjuklönekostnader är det offentliga, särskilt kommuner och regioner.

Diagram 14. Utbetalad sjukpenning miljarder kronor



Försäkringskassan, Sjukpenningtalet 1.0

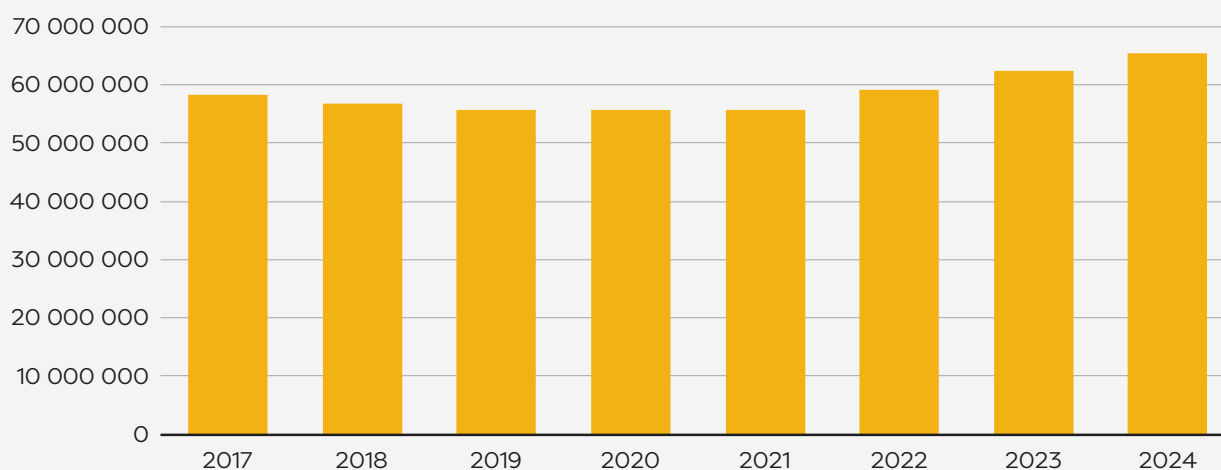
Diagram 14. Kostnaderna för sjukpenning har ökat kraftigt på senare år, från att ha legat relativt stadiga under perioden 2017–21. Från 2021 ökade kostnaderna från 34,5 miljarder kronor till 43,1 miljarder kronor år 2023. Det

följer sjukpenningtalet (dagar med sjukpenning per försäkrad) som ökade med 12 procent under samma period, och allmänna löneökningar på 7,5 procent.

Tabell 5. Potentiella besparingar och minskade kostnader vid lägre sjukskrivning

Procents minskning	0 %	1 %	5 %	10 %	12 %
Kostnad	43,1 miljarder kronor	42,7 miljarder kronor	40,9 miljarder kronor	38,8 miljarder kronor	37,9 miljarder kronor
Besparing	0 kronor	431 miljoner kronor	2,2 miljarder kronor	4,3 miljarder kronor	5,2 miljarder kronor
Potential i ökade skatteintäkter	0 kronor	28 miljoner kronor	139 miljoner kronor	278 miljoner kronor	335 miljoner kronor

Tabell 5. Skulle sjukpenningkostnaderna ligga kvar på 2021 årsnivå finns det alltså direkta kostnader för staten att spara på 5,2 miljarder kronor.

Diagram 15. Antal nettodagar för sjuk- och rehabiliteringspenning

Försäkringskassan, Antal personer som har fått sjuk- och rehabiliteringspenning

Diagram 15. Även mätt i tid är vinsterna stora. Som illustreras i diagram 15 ovan betalades det ut 65,4 miljoner dagar med sjuk- och

rehabiliteringsersättning år 2024. Det motsvarar cirka 179 200 år. Det är en ökning med 17 procent sedan 2021.

Tabell 6. Potential i antal frigjorda år

Procents minskning	0 %	1 %	5 %	10 %	12 %
Antal år sjuk	171 150 år	169 439 år	162 593 år	154 035 år	150 612 år
Frigjorda friska år	0 år	1 711 år	8 557 år	17 115 år	20 538 år

Tabell 6. Skulle antalet dagar med sjuk och rehabiliteringsersättning ligga kvar på 2021 års nivå skulle över 20 000 friska år frigöras.

6.1 Total samhällsekonomisk kostnad i produktionsbortfall

För att göra en total uppskattning av hur stort produktionsbortfall samhället drabbas av på grund av sjukfrånvaro kan en översiktlig analys göras rent matematiskt. Antagandet är att den totala lönesumman motsvarar produktionen. Detta är givetvis inte sant då produktionen behöver vara större än lönesumman, men lönesumman kan betraktas som ett produktionsgolv.

Genomsnittlig månadslön 2023 var enligt SCB 39 900 kr. Genomsnittlig skattesats var 32,23 procent. Genomsnittet för antalet anställda under 2023 var 5 069 977 personer. Som tidigare beskrivits var det 16,88 sjukdagar i snitt.

Det ger sjuktid motsvarande på 85,9 miljoner sjukdagar eller 234 469 hela år. Det motsvarar löneutbetalningar på 112,3 miljarder kronor. Med lagstadgade arbetsgivaravgifter blir lägstanivån för den totala förlorade produktionen 147,6 miljarder kronor. Baserat på att ersättningarna är cirka 20 procent lägre vid sjukdom än ordinarie lön kan uteblivna kommunal- och regionskatter enligt samma uträkning uppskattas till 7,2 miljarder kronor.

Ett annat sätt att räkna är att utgå från beräkningar av produktivitet i timmen och titta på samhällskostnaden. Näringslivet hade en produktivitet i snitt på 706,6 kr/h under 2023.²⁹ För att få en uppskattning om hur mycket sjukdom kostar Sverige görs ett antagande att övriga sektorer har samma produktivitet. Baserat på antalet sjukdagar och 8 timmars arbetsdag var produktionsbortfallet för sjukdom 485,3 miljarder kronor 2023.

I en studie från IHE – Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi - beräknades samhällets kostnader för sjukdomar år 2017 till 367 miljarder kronor. Justerat till 2024 års penningvärde motsvarar det cirka 475 miljarder kronor.³⁰ Adderar man därutöver befolkningsökning och produktivitetstillväxt under samma tidsperiod blir den totala kostnaden 532,6 miljarder kronor.

Samhällets kostnader i produktionsbortfall för total sjukfrånvaro bör därmed ligga i storleksordningen runt 150–530 miljarder.



7 Kostnader för den enskilde

Att vara sjuk är inte bara förknippat med sänkt livskvalitet för enskilda utan drabbar oftast hela familjer. Dessutom blir ofta ekonomin påverkad av en lägre inkomst samtidigt som kostnader för exempelvis läkemedel tillkommer.

Därutöver innebär sjukförsäkringens brytpunkter att den sjuke kan behöva genomföra en livs-omställning, med byte av jobb, ifall sjukdomen nedsätter arbetsförmågan tillräckligt länge mot de aktuella arbetsuppgifterna.

För att översiktligt illustrera hur enskilda drabbas har tabell 7 nedan tagits fram.³¹ Sjukdom – även i kortare tidsperioder – innebär att enskilda

tappar tusentals kronor i inkomst. Medellönen i Stockholm uppgår till 44 600 kr enligt senast tillgängliga statistik.³² Vid sjukskrivning för en person med den lönen på ett privat företag minskar inkomsten till 38 590 kr i månaden om företaget har kollektivavtal. Saknar företaget kollektivavtal får den sjukskriven endast 34 130 kr i månaden innan skatt.

Tabell 7. Påverkan på inkomst vid sjukskrivning

Månads- inkomst	Kvar efter skatt normalt	Så mycket kostar en sjukvecka efter skatt	Kvar efter skatt en sjukvecka	Sjukskrivning dag 15–360 utan kollektivavtal		Sjukskrivning dag 15–90 med kollektivavtal efter skatt	Skillnad sjukersättning dag 15–90 efter skatt	
				innan skatt	efter skatt		utan kollektivavtal	med kollektivavtal
20 000	16 628	1 259	15 369	15 300	13 076	14 607	3 552	3 552
30 000	24 055	1 869	22 186	23 000	18 873	21 094	5 182	5 182
40 000	31 433	2 468	28 965	30 600	24 499	27 460	6 934	6 934
50 000	38 233	2 757	35 476	37 500	29 580	34 425	8 653	8 653
60 000	43 751	2 488	41 263	37 500	29 580	40 445	14 171	14 171
70 000	48 551	2 800	45 751	37 500	29 580	44 807	18 971	18 971
80 000	53 351	3 215	50 136	37 500	29 580	49 027	23 771	23 771

8 Kostnader för arbetsgivare

Det kan bli dyrt när en medarbetare blir långtidssjuk och inte kan jobba. Den första tiden betalar arbetsgivaren sjuklön, samtidigt som någon annan måste utföra jobbet. Sociala avgifter måste betalas ut och den anställda har fortfarande rätt till semesterlön under sjukfrånvaron.

Det tillkommer även indirekta kostnader, som löper på trots att en anställd är hemma. Det kan till exempel vara fasta utgifter och kostnader i samband med lägre produktivitet. Sjukfrånvaro

i två – tre dagar kostar företaget ungefär lika mycket som sjukvårdsförsäkring i ett helt år. Försäkringen ger bland annat snabbare tillgång till vård, och en kortare väg tillbaka till jobbet igen.

”

Sociala avgifter måste betalas ut och den anställda har fortfarande rätt till semesterlön under sjukfrånvaron.

Länsförsäkringar har tagit fram detta räkneexemplet:

I exemplet nedan jämförs Anton och Anita. De har mycket gemensamt, båda är lika gamla och tjänar 38 300 kronor i månaden. Båda har varit stressade en tid och visar tecken på utmattningssyndrom.

Anton

Lön: 38 300 kr i månaden

- Har sjukvårdsförsäkring.
- Antons chef uppmärksammar problemet och ser till att han använder sin sjukvårdsförsäkring.
- Anton ringer personligt samtalsstöd, deltar i anpassat kbt-program och får prata med psykolog.
- Anton blir inte sjukskriven.

Kostar sin arbetsgivare

6 000 kr*

Arbetsgivarens kostnad för Anton uppgår till kostnaden för en sjukvårdsförsäkring. Kostnaden är ett snitt för sjukvårdsförsäkringens kostnad för ett år.

Anita

Lön: 38 300 kr i månaden

- Har inte sjukvårdsförsäkring.
- Anita jobbar på och ignorerar signalerna. Hon drabbas efter en tid av utmattningssyndrom.
- Anita blir sjukskriven i 12 månader.
- Rehabilitering krävs och det är arbetsgivarens ansvar.

Kostar sin arbetsgivare

484 810 kr*

Kostnaden för Anita bygger på en uppskattning av sjukfrånvarokostnaden för ett år. Lön, lagstadgade arbetsgivaravgifter, rehabiliteringskostnad, indirekta kostnader, OH-kostnader och produktivitetsförlust.

Anita kostar
25
gänger
mer än Anton

Även om exemplet innan är från ett försäkringsbolag som vill sälja försäkringar är det illustrativt för vilka arbetsgivarkostnader som är förknippade med sjukdom.

När köerna till sjukvård blir längre är det många som ser sjukvårdsförsäkringar som ett attraktivt alternativ. Exempelvis har antal försäkringar växt sedan 2017 från knappt 640 000 till 780 000 2023, en ökning med nästan 22 procent,

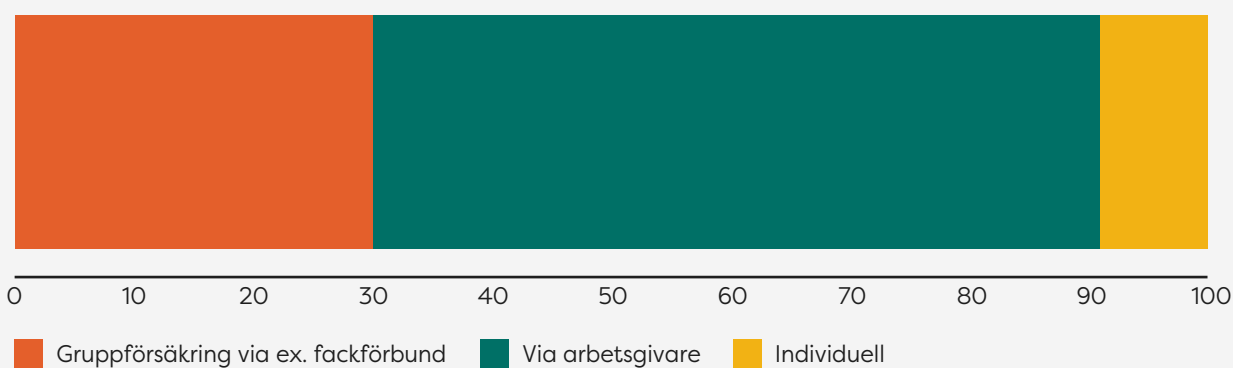
trots att befolkningen endast ökat med 4,2 procent under samma tid.

Av försäkringarna 2023 var cirka 73 000 privata, 231 000 gruppförsäkrade via exempelvis fackförbund, och 475 000 betalda av arbetsgivaren. Det innebär att ungefär var tionde löntagare var försäkrad 2023. Totalt hade 780 000 personer en sjukvårdsförsäkring.

”

När köerna till sjukvård blir längre är det många som ser sjukvårdsförsäkringar som ett attraktivt alternativ.

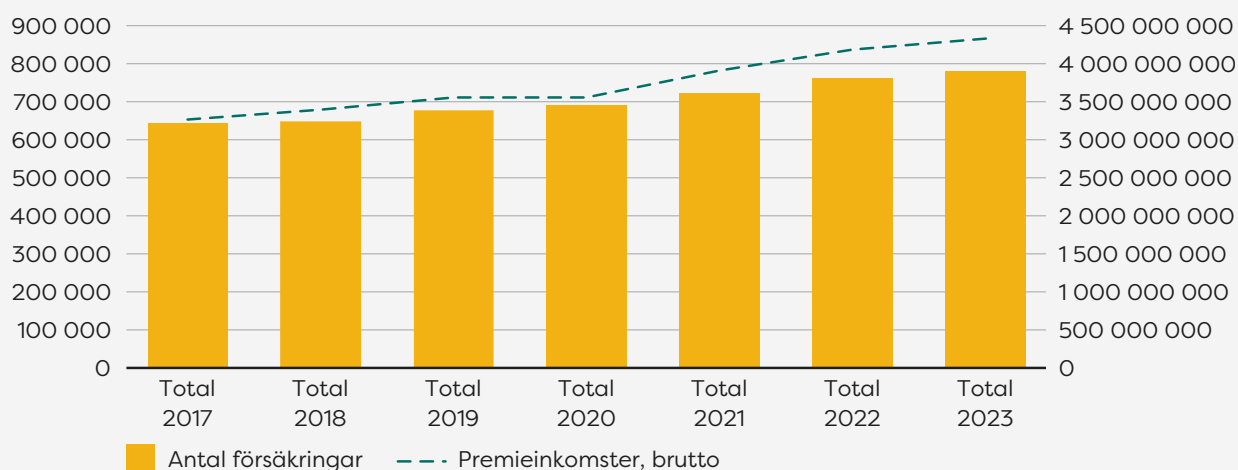
Diagram 16. Fördelning av privata sjukförsäkringar



Svensk Försäkring, databas, Sjukvårdsförsäkringar efter försäkringsavtal och mått

Diagram 16. 2023 utfördes 1,8 miljoner behandlingar till en premiekostnad av 2431 kronor per behandling, totalt omkring 66 000 operationer.

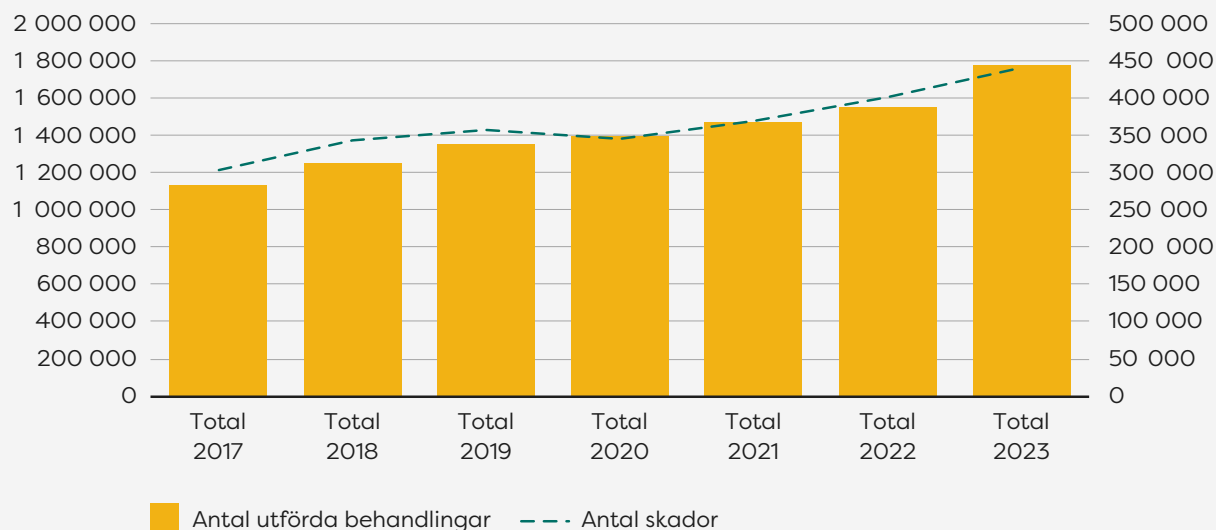
Det kan jämföras med Region Örebro, som med 1,6 miljoner besök hade åttonde flest besök under 2023.³³

Diagram 17. Privata sjukförsäkringar och premieinkomster

Svensk Försäkring, databas, Sjukvårdsförsäkringar efter försäkringsavtal

Diagram 17. Det bör liksom tidigare påpekas att anställda i kommuner och regioner i högre grad drabbas av sjukskrivningar. Det gör att de direkta kostnaderna för kommuner och regioner är högre på grund av de negativa effekter som drabbar en organisation vid sjukfall. Att fler är

sjuka inom regionerna än inom andra sektorer kan också ge följdverkningar genom att exempelvis operationer ställs in för att bemanningen inte är fulltalig eller att vårdplatser tvingas stängas.

Diagram 18. Antal behandlingar och skador omhändertagna av sjukvårdsförsäkring

Svensk Försäkring, databas, Sjukvårdsförsäkringar efter behandlingstyp

Diagram 18. Trenden med fler som både tecknar och tar hjälp av privata sjukförsäkringar är i grund och botten ett samhällsmisslyckande. Trots betydande regionskatt litar knappt en

tiondel av befolkningen på att regionerna ska finnas till för dem när de blir sjuka. I förlängningen hotar det legitimiteten för välfärdssystemet.

9 Fem reformer för kortare vårdköer och friskare svenskar

9.1 Ta reda på vad vårdköerna faktiskt kostar

Hur mycket kostar vårdköerna i Sverige? Den här rapporten har haft som ambition att undersöka den frågeställningen utifrån öppna källor. Som påvisats är kostnaderna stora – åtminstone i miljardklassen – men att göra en exakt uppskattning är inte enkelt enbart utifrån öppna källor.

Sjukvårdspolitiken i Sverige utgår från olika stuprör och olika pengapåsar beroende på aktör. Sjukvården hanteras som en monopolverksamhet där det enda sättet att nå en budget i balans sker genom att titta på kostnadssidan. Exempelvis genom bättre triagering, införandet av nya mer effektiva metoder och ransonering.

Det finns ingen samlad överblick av de samhälls-ekonomiska kostnaderna med många människor i vårdkö. Socialstyrelsen listar 13 olika myndigheter³⁴ som på olika sätt följer upp hälso- och sjukvården i Sverige ur ett patientperspektiv men trots det vet ingen vad vårdköerna kostar.

Därtill har exempelvis myndigheten TLV valt att bortse från exempelvis det ekonomiska värdet av den extra produktion som sker när människor återgår i arbete, i deras hälsoekonomiska bedömningar. Detta trots att ur ett samhällsperspektiv bör heltidsarbete vara norm och att

det ekonomiska värdet som skapas av arbete också går till att finansiera huvudparten av hälso- och sjukvården genom skatt. För att samhället ska kunna ge stöd till människor som inte kan försörja sig själva behöver en avsevärd andel av befolkningen arbeta och betala skatt. Därför är det problematiskt att bortse från ekonomiska värden som skapas av en friskare befolkning.

Sjukvårdens produktivitet och effektivitet är omdebatterad. Samtidigt sker också kvalitet-sförbättringar löpande. Fler tillstånd blir botbara och nya och bättre behandlingar och mediciner införs. Det är viktigt att bryta med bilden av sjukvården som någonting som bara kostar. Sjukvården ska inte bara analyseras från kostnadssidan, det behövs en helhetsbild där potentiella vinster och alternativkostnader tas med.

Synaps rekommendation

Staten ska löpande kartlägga samhällets kostnader för vårdköer och potentiella intäkter genom exempelvis högre skatteintäkter.

9.2 Prissätt vårdkö

Tills den tidigare rekommendationen är genomförd behöver vårdkö prissättas. Mänskligt lidande kan inte alltid mätas i kronor och ören, men genom att prissätta väntan finns det en reell kostnad för makthavare.

Att vänta på vård kan göra att hela livet sätts på paus. Vårdkö kan också bidra till livslånga följdverkningar. Det kan också handla om att det som skulle vara de sista relativt friska åren i livet blir ett fängelse med konstant smärta.

Idag fungerar rätten att få vård inom 90 dagar som en allmän rekommendation. Synaps anser att vårdgarantin ska bli en rättighetslagstiftning.

För att uppnå det måste regionerna tvingas kompensera patienter som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar med 5 000 kronor per månad. Då skulle också de hälsomässiga och ekonomiska skador som patienter idag upplever delvis kompenseras.

Synaps rekommendation

Vårdgarantin görs om till en rättighetslagstiftning. Regioner som bryter mot vårdgarantin ska kompensera patienter med 5 000 kr i månaden.

9.3 Premiera eget ansvar

Det finns en stor enighet om att livsstilsfaktorer har en betydande påverkan på hur hälsan utvecklas.³⁵ Exempelvis anger Livsmedelsverket att 20 procent av den i samhället förekommande totala bördan av sjukdom och död (DALY:s, disability adjusted life years), beror på tobak, matvanor, alkohol, droger och undernäring. Enligt en svensk uppskattning från 2023 står matvanor, ohälsosam vikt och alkohol tillsammans för nästan 1 av 10 cancerfallen som går att påverka eller förebygga.³⁶

Idag finns det ett friskvårdsbidrag på maximalt 5 000 kr per anställd och år. För att ett friskvårdsbidrag ska kunna betalas ut skattefritt ska det användas till aktiviteter som innehåller inslag av motion, eller annan enklare friskvård som inte innehåller inslag av motion men som till exempel är avstressande eller avslappnande. Dock säger det inget om resultatet. Kritikerna menar att de som redan har en hälsosam livsstil får det subventionerat men de som lever ohälsosamt fortsätter med det. Vidare blir friskvårdsbidraget viktigare för vissa typer av kostsamma aktiviteter jämfört med aktiviteter där materialkostnaderna är i princip enda kostnaden som exempelvis löpning.

Som tidigare visats i den här rapporten är det dyrt att vara sjuk. Givetvis ska den som har behov av vård få det snabbt och inom vårdgarantin. Men det bästa för samhället såväl som för den enskilde är om sjukfallet kan förebyggas. För att styra om till att uppnå en större effekt och samtidigt skapa incitament för den enskilda att förbättra sin hälsa i vardagen behövs ett friskincitament.

Det skulle kunna vara utformat på liknande sätt som friskvårdsbidraget. Exempelvis att en arbetsgivare kan ge en skattefribonus varje månad till de som aktivt håller sig frisk, med ett tak på 5 000 kr per år. Det skulle också kunna vara utformat som att den anställda tjänar in friskdagar. Exempelvis möjlighet till en fjärdedels ledig dag extra i månaden.

Synaps rekommendation

Möjliggör för arbetsgivare att ge incitament för att premiera hälsosamma och friska medarbetare.

9.4 Vård ska möjliggöras på lika villkor

För att snabbare korta vårdköerna och möjliggöra en mer jämlik tillgång till specialistvård bör regeringen införa en ny, stramare vårdgaranti där patientens rätt att söka vård i hela landet gäller från dag ett, snarare än efter 90 dagar. I praktiken innebär det att vårdgarantin i högre grad ska utgå från patientens behov och inte enbart anpassas efter regionernas kapacitet. Dessutom bör den nuvarande ordningen, där patienter ofta möter betydande administrativa hinder för att själva skicka sin remiss till valfri vårdgivare, reformeras så att remissen i stället blir något som patienten "äger" och fritt kan använda för att hitta ledig kapacitet oavsett

var i landet den finns. Ett centralt element i reformen är att regeringen påskyndar arbetet med en nationell vårdförmedling. För att inte ekonomiska skillnader ska hindra människor från att utnyttja hela Sveriges vårdresurser bör det även införas tydliga och enhetliga regler för ersättning av rese- och logikostnader när väntetiderna överskrider den lagstadgade gränsen.

Synaps rekommendation

Låt patienter söka vård i hela Sverige från tidpunkt för remiss.

9.5 Ta hjälp av världen

En patient som är försäkrad för vårdförmåner i Sverige kan ha rätt att få planerad vård i ett annat EU/EES-land eller Schweiz.

Den som genom Försäkringskassan vill söka planerad vård utomlands kan göra på något av följande sätt: Be Försäkringskassan att utreda vilket alternativ som är mest förmånligt, det vill säga förhandstillstånd eller förhandsbesked. Ansöka om förhandstillstånd. Ansöka om förhandsbesked. Ansöka om ersättning i efterhand utan att ha ett förhandsbesked.

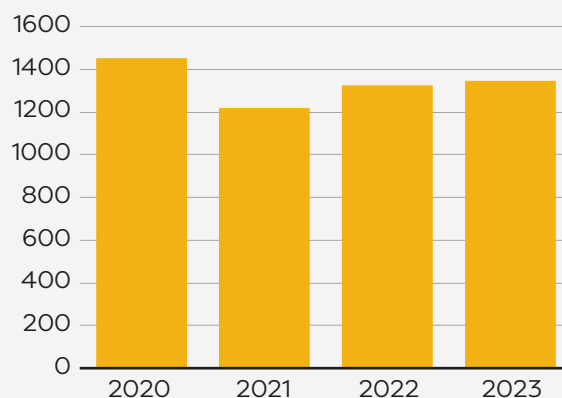
I regel ansvarar patientens hemregion för kostnaden för vård utomlands. Innan Försäkringskassan beslutar om ersättning samråder vi med därför med hemregionen. Om personen beviljas ersättning betalar Försäkringskassan först ut ersättning till personen och ersätter vårdandet för sina kostnader och kräver sedan patientens hemregion på ersättning.

Synaps rekommendation

Information om rätten till vård utomlands ska kontinuerligt delges till koställda. För den som ska söka vård utomlands bör en vårdvägvisare erbjudas av hemregionen som kan ordna med det praktiska.

Trots att vårdköerna ökar kraftigt är det få som nyttjar rätten till vård utomlands och så har det varit över tid. 2023 var det endast 1 349 personer som sökte sig utomlands.

Diagram 19. Antal personer som fått vård utomlands



Försäkringskassan, Antal personer som har fått ersättning för planerad vård utomlands

Diagram 19. För att vården ska bli mer tillgänglig behöver dels information om att det är möjligt att söka vård utomlands bli bättre. Dels behöver det bli mer lättillgängligt.

Referenser

Databaser

Ekonomifakta, näringslivets produktivitet

Försäkringskassan, Antal personer som har fått sjuk- och rehabiliteringspenning

Försäkringskassan, Antal personer som har fått ersättning för planerad vård utomlands

Försäkringskassan, Sjukpenningtalet 1.0.

Statistiska centralbyrån, Antal startade sjukfall per 1 000 förvärvs- arbetande och Antal sjukskrivningsdagar per förvärvsarbetande

Statistiska centralbyrån, konjunkturstatistik över sjuklöner (KSju), år 2023.

Statistiska Centralbyrån, Genomsnittlig månadslön, kronor efter region, sektor, kön och år 2023.

Socialstyrelsen, Statistik om tillgänglighet i hälso- och sjukvård.

Sveriges Kommuner och Regioner, Ekonomi- och verksamhetsstatistik inom hälso- och sjukvården.

Sveriges Kommuner och Regioner, väntetidsdatabas.

Svensk Försäkring, databas, Sjukvårdsförsäkringar efter försäkringsavtal och mått

Svensk Försäkring, databas, Sjukvårdsförsäkringar efter försäkringsavtal

Svensk Försäkring, databas, Sjukvårdsförsäkringar efter behandlingstyp

Publikationer, artiklar och rapporter

Bergström G, Gustafsson K, Aboagye E, et al. A Resourceful Work Environment Moderates the Relationship between Presenteeism and Health. A Study Using Repeated Measures in the Swedish Working Population. *Int J Environ Res Public Health*. 2020

Engström A, Vårdköer kostar en dryg miljard per år, Svenska Dagbladet, 2009.

Hansson E, Hansson T, The cost-utility of lumbar disc herniation surgery, *Eur Spine J*. 2006 Maj 9;16(3):329–337

Hemp P. Presenteeism: at work--but out of it. *Harv Bus Rev*. 2004 Oct;82(10):49-58

Hesselius P, Persson M, Incitamenteffekter och Försäkringskassans kostnader av kollektivavtalade sjukförsäkringar, IFAU, Rapport 2007:16

Hjalte F, Gralén K & Persson U. Samhällets kostnader för sjukdomar 2017. IHE Rapport 2019:6, IHE Lund.

Lagerström J, Påverkas sjukfrånvaron av ekonomiska drivkrafter och arbetsmiljö?, IFAU, Rapport 2010:9

Mogard, E., Bremander, A. & Haglund, E. A combination of two or more unhealthy lifestyle factors is associated with impaired physical and mental health in patients with spondyloarthritis: a cross-sectional study. *BMC Rheumatol* 6, 29, 2022

Sveriges Kommuner och Regioner, Svensk sjukvård i internationell jämförelse 2018.

Svensson M, Höga kostnader och låg patientnytta – att värdera insatser i hälso- och sjukvård, SNS Förlag, 2022

The Sainsbury Centre for Mental Health, Policy Paper 8, Mental Health at Work: Developing the business case, 2007

Offentligt tryck

Försäkringskassan, Stöd tillbaka i arbetet – en enkätundersökning om sjukskrivnas upplevelser av stöd från arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, Arbetsrapport 2024:02

Regeringen, DS 2023:33, Karenstak och högriskskydd – en översyn av karensavdraget och förslag på utökade undantag.

Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Sjukskrivningsmönster och praxis – skillnader i vårdens arbete, 2017.

SOU 2017:53, God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild

Tandvårds- och läkemedelsverket, Introduktion till hälsoekonomisk utvärdering, 2024.

Vård – och omsorganalys, En lag som kräver omtag – uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet, Rapport 2021:10

Vård- och omsorgsanalys, Vården ur befolkningens perspektiv, International Health Policy Survey (IHP), 2023.

Webbsidor

<https://www.ifau.se/Press/Forskningssammanfattningar/Vet-vi-var-for-sjukskrivningstalen-varierar/>, läst 2025-02-23

https://www.svensktnaringsliv.se/sakomraden/pension-och-forsakring/nya-siffror-foretagens-sjuklonekostnader-skenar_1204270.html, läst 2025-02-23

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/ledning-och-styrning/roller-och-ansvar/myndigheter/>, läst 2025-02-23

<https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/samtal-om-mat-i-halso--och-sjukvarden/bra-matvanor-raddar-liv>, läst 2025-02-23

Räkneexempel

Att korta vårdköerna vore en vinst för Sveriges arbetstagare, arbetsgivare, och samhället i stort. För individen kan vårdkön kosta så mycket som en hel månadslön i förlorad inkomst, beroende på region.

Dagens handläggning av ärenden såsom höft- ledsartros är också drygt 140 000 kronor dyrare för samhället, än en påskyndad behandling enligt det förfarande som Synaps föreslår. För jämförelse kostar en höftprotesoperation hos en regional klinik omkring 100 000 kronor, och hos en privat klinik bara 65 000 kronor.¹ Vårdköerna är Sveriges största sjukvårdsutmaning. Trots att

problemen varit kända i decennier har åtgärderna varit otillräckliga: hela landet har fastnat i en slags kö, i väntan på lösningen på vårdköerna. Genom att beräkna priset på väntetiderna visar Synaps i denna rapport vilka fördelar en snabbare handläggning medför och presenterar möjliga reformer.

Exempel 1

För att illustrera hur väntetider i vården påverkar enskilda såväl som arbetsgivare som samhället har Synaps tagit fram två exempel.

En byggare som har fått förslitning av knäleden på grund av artros. Personen har en lön på 35 500 kr i månaden med kollektivavtal. Operationen kostar i snitt cirka 95 000 kr.

Handläggning idag: Personen sjukskrevs direkt och var sjukskriven 10 månader med relativ snabb rehabilitering.²

Snabbare handläggning: Personen sjukskrevs direkt men första besök skulle kunna ske efter en månad och sen ytterligare två månaders väntan på operation med samma tid för rehabilitering. Total sjukskrivning om fem månader.

”Förutom stor påverkan på privatekonomin för löntagaren uppstår den stora skillnaden för staten. Med den långsamma vården kostar det samhället 272 935kr. Med en snabbare vård kostar det samhället endast 129 675 kr. En differens på 143 260 kr.”

Typ av kostnad eller inkomst	Handläggning som idag	Snabbare handläggning	Skillnad
För den enskilde: Tappad arbetsinkomst	49 400 kr	24 700 kr	24 700 kr
För samhället: Kostnader försäkringskassan	258 115 kr	122 265 kr	135 850 kr
För samhället: Uteblivna skatteintäkter	14 280 kr	7 410 kr	7 410 kr
För arbetsgivare: Sjuklön	12 170 kr	12 170 kr	0 kr
För arbetsgivare: Produktionsbortfall	10 månader	5 månader	5 månader

Exempel 2

För att illustrera skillnaderna inom Sverige så har Synaps tagit fram ett exempel på personer boende i respektive Norrbotten och Sörmland och jämfört tid till operation.³

En person har fått höftartros och behöver en höftprotes. Smärtan är så stor att personen inte kan jobba. Personen har medellön i Sverige på 39 900 kr och jobbar på ett privat företag utan kollektivavtal. Operationen kostar i snitt 105 000 kr.

Boende i Norrbotten: Medelväntetid höftprotes 159 dagar.

Boende i Sörmland: Medelväntetid höftprotes 27 dagar.

”Den som bor i Norrbotten tappar mer än en månadslön jämfört med Sörmlänningen. Samtidigt är samhällets kostnader 176 691 kr i Norrbotten mot endast 17 695 kr i Sörmland. Det är en differens på 158 996 kr.”

Typ av kostnad eller inkomst	Norrbotten	Sörmland	Skillnad
För den enskilde: Tappad arbetsinkomst	49 608 kr	8 100 kr	41 508 kr
För samhället: Kostnader försäkringskassan	161 809 kr	15 265 kr	146 544 kr
För samhället: Uteblivna skatteintäkter	14 882 kr	2 430 kr	12 452 kr
För arbetsgivare: Sjuklön	13 680 kr	13 680 kr	0 kr
För arbetsgivare: Produktionsbortfall	5 månader	1 månader	4 månader

- ¹ (<https://www.vardforetagarna.se/2024/04/ny-rapport-fler-privata-operationer-kapar-koer-och-kostnader-en-jamforande-analys-av-privata-vardgivares-ersattningar-och-offentliga-vardgivares-kostnader/>)
- ² Medelväntetid till första besök var 93 dagar under 2024, dvs drygt tre månader. Medelväntetid till operation var 146 dagar i snitt under 2024 i Sverige, dvs nästan fem månader. Total väntetid var därmed i medel 8 månader. Normal längd på sjukskrivningen efter en knäprotesoperation är 2-4 månader, beroende på vilka arbetsuppgifter man har.
- ³ Medelväntetiden för en höftprotes var 159 dagar i Norrbotten och endast 27 dagar i Sörmland. Det är en skillnad på fyra 132 dagar eller nära fyra och en halv månad i skillnad.

Slutnoter

- 1 Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.
- 2 Sveriges Kommuner och Regioner, Svensk sjukvård i internationell jämförelse 2018.
- 3 Vård- och omsorgsanalys, Vården ur befolkningens perspektiv, International Health Policy Survey (IHP), 2023.
- 4 Svensson M, Höga kostnader och låg patientnytta – att värdera insatser i hälso- och sjukvård, SNS Förlag, 2022.
- 5 Tandvårds- och läkemedelsverket, Introduktion till hälsoekonomisk utvärdering, 2024.
<https://www.tlv.se/lakemedelsforetag/halsoekonomi.html>
- 6 Hjalte F, Gralén K & Persson U. Samhällets kostnader för sjukdomar 2017. IHE Rapport 2019:6, IHE Lund.
- 7 Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Sjuk-skrivningsmönster och praxis – skillnader i vårdens arbete, 2017.
- 8 Engström A, Vårdköer kostar en dryg miljard per år, Svenska Dagbladet, 2009.
- 9 Hansson E, Hansson T, The cost-utility of lumbar disc herniation surgery, Eur Spine J. 2006 Maj 9;16(3):329–337.
- 10 Regeringen, DS 2023:33, Karenstak och högriskskydd – en översyn av karensavdraget och förslag på utökade undantag.
- 11 Ekberg K, Bernfort L, Karlsson N, Linderöth C, Persson J, Arbetsgivares kostnader, åtgärder och anpassningar för sjuknär-varande och sjukfrånvarande medarbetare – samband med återgång i arbete och produktion, LiU-Tryck, Linköping, 2017.
- 12 The Sainsbury Centre for Mental Health, Policy Paper 8 | Mental Health at Work: Developing the business case, 2007.
- 13 Bergström G, Gustafsson K, Aboagye E, et al. A Resourceful Work Environment Moderates the Relationship between Presenteeism and Health. A Study Using Repeated Measures in the Swedish Working Population. Int J Environ Res Public Health, 2020.
- 14 Hemp P. Presenteeism: at work--but out of it. Harv Bus Rev. 2004 Oct;82(10):49-58, 155. PMID: 15559575.
- 15 Vård – och omsorgsanalys, En lag som kräver omtag – uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet, Rapport 2021:10.
- 16 <https://www.ifau.se/Press/Forskningssammanfattningar/Vet-vi-varfor-sjukskrivningstalen-varierar/>, läst 2025-02-23
- 17 Försäkringskassan, Stöd tillbaka i arbetet – en enkätundersökning om sjukskrivnas upplevelser av stöd från arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, Arbetsrapport 2024:02.
- 18 Hesselius P, Persson M, Incitamentseffekter och Försäkringskassans kostnader av kollektivavtalade sjukförsäkringar, IFAU, Rapport 2007:16.
- 19 Lagerström J, Påverkas sjukfrånvaron av ekonomiska drivkrafter och arbetsmiljö?, IFAU, Rapport 2010:9.
- 20 Försäkringskassan, AFA försäkring och Svensk Försäkring har tagit fram ersättningskollen där det är möjligt att kontrollera hur mycket ersättning man kan få vid sjukdom.
<https://www.ersattningskollen.se/>
- 21 Regeringen beslutade den 1 februari 2020 att klassa covid-19 som en samhällsfarlig sjukdom. Den 10 mars 2020 bedömde Folkhälsomyndigheten att det fanns en samhällsspridning av covid-19 i Sverige och gick ut med rekommendationer om restriktioner för att minska smittspridningen.

- 22 Exempelvis omfattas följande yrken: arbetsterapeut, audionom, barnmorska, dietist, fysioterapeut eller sjukgymnast, hälso- och sjukvårdskurator, kiropraktor, kurator, läkare, naprapat, optiker, psykolog, psykoterapeut och sjuksköterska.
- 23 Se SOU 2017:53, s. 100 för definition.
- 24 Statistiken är baserad på siffror från väntetidsdatabasen från Sveriges Kommuner och Regioner. Statistiken visar en ögonblicksbild utifrån när datauttaget gjordes. Vissa figurer inkluderar också avvikelserna patientvald väntan (PvV) och medicinskt orsakad väntan (MoV). Statistiken kan därför skilja sig från siffrorna på Sveriges Kommuner och Regioners statistik för väntetider i vården.
- 25 SCB, konjunkturstatistik över sjuklöner (KSju) avser år 2023.
- 26 https://www.svensktnaringsliv.se/sakomraden/pension-och-forsakring/nya-siffror-foretagens-sjuklonekostnader-skenar_1204270.html, läst 2025-02-23
- 27 Försäkringskassan har två olika metoder att mäta sjukpenningtalet. Sjukpenningtalet 1.0 underskattar sjukfrånvaron eftersom det relaterar till befolkningen 16–64 år oavsett om personen har en varaktig arbetsinkomst eller inte. Sjukpenningtalet 2.0 använder i stället sysselsatta och arbetsökande i åldern 15–69 år, vilket ger en mer rättvisande bild av vilka som är sjukpenningförsäkrade. I denna rapport använder vi sjukpenningtalet 1.0 för att ge en konservativ uppskattning av kostnaderna.
- 28 Försäkringskassan, Sjukpenningtalet 1.0.
- 29 Ekonomifakta, näringslivets produktivitet.
- 30 Baserat på omräkning av SCB:s prisomräknare.
- 31 Den baseras på en kommunal skattesats om 32,41 procent, genomsnittligt kommunal-skatt 2025 och en månad på 30 dagar.
- 32 Statistiska Centralbyrån, Genomsnittlig månadslön, kronor efter region, sektor, kön och år 2023.
- 33 Ekonomi- och verksamhetsstatistik inom hälso- och sjukvården. SKR.
- 34 <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/ledning-och-styrning/roller-och-ansvar/myndigheter/>, läst 2025-02-23
- 35 Mogard, E., Bremander, A. & Haglund, E. A combination of two or more unhealthy lifestyle factors is associated with impaired physical and mental health in patients with spondyloarthritis: a cross-sectional study. BMC Rheumatol 6, 29 (2022).
- 36 <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/samtal-om-mat-i-halso--och-sjukvarden/bra-matvanor-raddar-liv>, läst 2025-02-23

 Synaps