

# **Förhastade förändringar**

**En granskning av sjukvårdspolitikens  
nya inriktning i Region Stockholm**

Gabriel Heller Sahlgren och Henrik Jordahl

## Förord

Vårdföretagarna har bett Henrik Jordahl och Gabriel Heller-Sahlgren undersöka processen kring den så kallade omställningsplanen i Region Stockholm. Under lång tid har vi, våra medlemsföretag och oroliga patienter och anhöriga ställt frågan vilka konsekvensanalyser som ligger till grund för den mycket snabba och omfattande omställning av vården som nu sker i Region Stockholm.

De svar vi fått har varit otillfredsställande.

Hur sjukvården styrs i Region Stockholm är en fråga för folkvalda. De nu styrande har en ambition att "ta tillbaka kontrollen". Syftet sägs vara en mer jämlik vård. Men risken, utan gedigna konsekvensanalyser, är kraftigt försämrad tillgänglighet. Patienterna i Region Stockholm riskerar få mindre vård, som dessutom blir dyrare.

Vår förhoppning är att denna rapport ger regionens medborgare, liksom alla de patienter, medarbetare och företagare som påverkas av omställningsplanen en tydlig bild av hur planeringen för omställningen har gått till. Det är en fråga om medborgarnas – väljarnas – demokratiska kontroll. Vilka beslut har politikerna fattat, på vilken grund?

Vårdföretagarna har inte haft någon insyn i rapportförfattarnas process och inte heller något inflytande över innehållet.

Antje Dederling

Förbundsdirektör Vårdföretagarna

## Innehåll

<b>Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Introduktion .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Den nya politiska inriktningen .....</b>	<b>6</b>
<b>3. Underlag för beslut.....</b>	<b>9</b>
<b>3.1. Fallstudie: ögonsjukvården .....</b>	<b>10</b>
3.1.1. Andra faktorer kan också påverka jämförelserna.....	11
3.1.2. Empirisk analys .....	12
3.1.3. Hur påverkas vårdköerna?.....	16
<b>3.2. Diskussion.....</b>	<b>19</b>
<b>4. Finns det skäl att tro att målen uppnås med den nya inriktningen?.....</b>	<b>21</b>
<b>4.1. Teoretiska utgångspunkter .....</b>	<b>21</b>
<b>4.2. Internationella studier.....</b>	<b>22</b>
<b>4.3. Svenska studier .....</b>	<b>25</b>
<b>5. Rekommendationer och slutsatser.....</b>	<b>27</b>
<b>Referenser.....</b>	<b>28</b>

## Sammanfattning

Sedan valet 2022 har den rödgröna koalitionen som styr Region Stockholm satt i gång långtgående förändringar av sjukvården. Vårdval och privat vård ska ersättas av upphandlingar och vård i regionens regi.

Vi visar att de beslutsunderlag som finns innehåller alldeles för enkla analyser som inte håller för granskning. Vi har begärt ut relevanta handlingar från regionen för att se vilka konsekvensanalyser som ligger bakom den nya politiska inriktningen. Till vår förvåning visade det sig att beslutsunderlag i flera fall saknas helt.

Regionens omställningsplan hänvisar till exempel till en genomlysning av samtliga vårdval och "fördjupad utredning" för de områden där utmaningarna är störst. Men inga genomlysningar eller utredningar tycks existera. Efter upprepade förfrågningar har vi fått bekräftat att inget sådant material finns att tillgå.

Vi använder ögonsjukvården – där vårdvalet kommer att ersättas av upphandling – som en fallstudie för att exemplifiera bristerna i regionens underlag. Analyserna av ögonsjukvården är ytliga och ger inte stöd för att vårdvalet är kostnadsdrivande. I själva verket kan hela den volymökning som tillskrivs vårdvalet förklaras av sjunkande produktion i andra delar av ögonsjukvården och av en förändrad befolkningsstruktur.

Den förändring i befolknings- och åldersjusterade vårdvolymerna som trots allt verkar ha med vårdvalet att göra är i stället koncentrerad till en ökning under åren 2012–2013. Detta tyder på att reformen – möjligtvis i samverkan med vårdgarantin – medförde ett uppdämt behov av ögonsjukvård plötsligt kunde tillgodoses. Detta är i sin tur också en potentiell förklaring till varför Stockholm har lyckats bättre än resten av landet med att upprätthålla vårdgarantin inom ögonsjukvården sedan vårdvalet infördes.

Att Region Stockholm har kortare vårdköer och uppfyller vårdgarantin bättre än andra regioner – vilket har blivit allt tydligare sedan vårdvalet infördes – bör rimligen också beaktas. Påståenden om icke-medicinskt motiverad vård framstår därför som märkliga. Om något tyder utfallen på att det råder underkonsumtion i andra regioner: patienter utanför Region Stockholm löper en större risk att bli utan medicinskt motiverad vård.

Planerade besparingar inom andra vårdområden framstår även de som ogrundade förhoppningar. Risken är i stället uppenbar att vårdköerna kommer att öka (och den lagstadgade vårdgarantin åsidosättas) i jakten på minskad vårdkonsumtion.

Mer generellt får regionens slutsatser inte heller stöd i existerande forskning och utredningar. Om något finns det indikationer på att en del konsekvenser kan bli helt omvända mot vad politikerna hoppas på. Det ska sägas att det finns svårlösta metodproblem som innebär att slutsatserna i svenska utredningar och studier måste tolkas med försiktighet. Detta understryker dock bara behovet av ordentliga utredningar med gedigna konsekvensanalyser.

Vår slutsats blir att Region Stockholm saknar lämpliga beslutsunderlag och därför bör utreda förslagen ordentligt innan de genomförs. Det är för riskfyllt att snabbt genomföra stora outhärdade förändringar av en så komplex verksamhet som specialistvård.

## 1. Introduktion

Under de senaste decennierna har den privata sektorn blivit en allt viktigare del av den skattefinansierade vården i Sverige. Och inte i någonstans i Sverige har den privata sektorn expanderat lika mycket som i Stockholm. Redan 2008 infördes fritt vårdval i Stockholms primärvård. Denna reform gav patienter rätten att välja vårdgivare och privata vårdgivare rätten att etablera sig var de vill, så länge de uppfyller regionens kriterier. Samtidigt förändrades ersättningssystemet så att pengarna följer patienten. Den privata konkurrensen ökade väsentligt till följd av reformen.

Sedan dess har vårdvalet successivt byggts ut till att också omfatta olika former av specialistvård. Här skiljer sig Stockholm från övriga landet där vårdval framför allt förekommer i primärvården.

Men sedan valet 2022 har det skett en kursomläggning i Stockholm. Den nya rödgröna koalitionen – Socialdemokraterna, Miljöpartiet och Centerpartiet, tillsammans med Vänsterpartiet som stödparti – har satt igång långtgående förändringar. Det socialdemokratiska finansregionrådet Aida Hadžialić talar om ett ”paradigmskifte” där vårdval ska begränsas (i vissa fall avskaffas) och vård tas tillbaka från privat till offentlig regi. Hon hävdar även att Region Stockholm har ”slösat bort extremt mycket skattepengar” genom att vård utförs i privat i stället för i offentlig regi (Nordenskiöld 2024).

Den nya rödgröna koalitionen har beslutat att ta över en del vård i offentlig regi och i andra fall att upphandling ska ersätta vårdval. Målet med dessa förändringar är bland annat att minska så kallad överkonsumtion av vård, minska kostnaderna samt göra vården mer jämlik. I vissa fall hänvisar man också till beredskapsskäl med anledning av det förändrade omvärldsläget.

I den här rapporten beskriver vi de förändringar som redan har satts igång eller planeras av den rödgröna majoriteten i Region Stockholm. Vi går igenom de beslutsunderlag som tagits fram, samt vad underlagen och befintlig forskning säger om förändringarnas troliga konsekvenser.

Vi har begärt ut relevanta handlingar från regionen för att se vilka konsekvensanalyser som ligger bakom den nya inriktningen. Till vår förvåning visade det sig att beslutsunderlag i flera fall saknas helt och att de underlag som finns inte håller en rimlig kvalitet. Faktum är att inga ordentliga konsekvensanalyser har genomförts. Detta är bekymmersamt då stora förändringar av komplex verksamhet alltid bör föregås av vederbörliga utredningar. Det finns annars en stor risk för att de avsedda effekterna uteblir och att förändringarna i stället får oavsedda konsekvenser.

Vi använder ögonsjukvården – där vårdvalet kommer att ersättas av upphandling – som en fallstudie för att exemplifiera bristerna i regionens underlag. De presenterade analyserna av ögonsjukvården är ytliga och ger inte stöd för att vårdvalet är kostnadsdrivande på det sätt som hävdas. Att Region Stockholm har kortare väntetider och uppfyller vårdgarantin bättre än andra regioner – vilket har blivit allt tydligare sedan vårdvalet infördes – bör rimligen också beaktas.

De bristfälliga beslutsunderlagen framstår som än mer anmärkningsvärda när befintlig forskning och tidigare utredningar beaktas. Det finns inte mycket stöd att hämta för att regionens angivna målsättningar kommer att uppnås genom att begränsa vårdval och privata alternativ. Tvärtom finns det skäl att tro att vårdens kostnader kommer att öka och tillgängligheten minska. Privat vård har i flera dokumenterade fall visat sig vara mer kostnadseffektiv än offentlig. Påståenden om att kostnaderna minskar med mer vård i offentlig regi behöver därför backas upp av tydliga argument och analyser.

Vår poäng är inte att de förändringar som nu genomförs med säkerhet kommer att resultera i sämre utfall. Det vi vill framhålla är att stora risker föreligger, vilket talar för att man bör gå varsamt fram. Om ansvaret för sjukvården hade legat på statlig nivå skulle förändringar av den här magnituden ha föregåtts av offentliga utredningar för att säkerställa att målen uppnås och oavsiktliga konsekvenser undviks. Att ansvaret för sjukvården ligger på regionerna är ett svagt argument för att snabbt gå till beslut utan motsvarande underlag och analyser. När tongivande, samhällsviktiga beslut fattas på så här lösa grunder riskerar det att gå ut över det politiska förtroendet i samhället.

Vi rekommenderar därför att det politiska styret i Region Stockholm börjar om processen genom att tillsätta utredningar som får i uppdrag att studera systemen i sjukvården och bedöma om och hur de politiska målsättningarna kan uppnås med olika reformer. Utredningarnas analyser och slutsatser bör sedan offentliggöras för att stimulera ett faktabaserat politiskt samtal.

## 2. Den nya politiska inriktningen

I ett historiskt perspektiv är förekomsten av skattefinansierad privat vård ett relativt nytt fenomen i Sverige. Sedan läkarna helt övergick till statlig anställning på 1970-talet förblev den privata vårdsektorn ett randfenomen fram till 1990-talet (se Mellgren 2002). Därefter har privat vård vuxit rejält, framför allt inom primärvården (Blix och Jordahl 2021). Och ingen annanstans har tillväxten varit större än i Stockholm. Redan i slutet på 1990-talet hade den privata vårdsektorn kommit att öka ”i betydligt större omfattning i Stockholms läns landsting än i övriga landsting” (SLL 2000, ss. 21–22), en trend som fortsatte under 00-talet.

År 2008 infördes så fritt vårdval i Stockholms primärvård – ett år före Lagen om Valfrihetssystemet (LOV) drevs igenom på nationell nivå – vilket gav patienter rätten att välja vårdgivare och privata vårdgivare rätten att etablera sig var de vill, så länge de uppfyller regionens kriterier (Rehnberg m.fl. 2008). Vårdvalet i Stockholm har sedan dess också lett vägen mot en mer konkurrensutsatt primärvårdssektor med fler privata alternativ. År 2022 drevs exempelvis hela 71 procent av region Stockholms vårdcentraler i privat regi, att jämföra med 40 procent i övriga regioner (SKR 2024a).

Medan LOV garanterade fritt primärvårdval nationellt har det varit upp till regionerna att bestämma hur systemet ska se ut inom specialistvården. Och även här har Region Stockholm gått före resten av landet. Vårdvalen inom specialistvården har till stor del varit koncentrerade till Stockholmsområdet; år 2023 återfanns 57 procent av alla landets specialistvårdval inom somatisk och psykiatrisk vård i region Stockholm (SKR 2024b). Region Stockholm har alltså legat i framkant vad gäller möjligheterna att bedriva och välja vård i privat regi.

Sedan valet 2022 har politiken dock gått i motsatt riktning. Socialdemokraterna i Region Stockholm gick till val på att ”ta tillbaka den demokratiska kontrollen över sjukvården” (Hadžialić 2022), en linje som rimmade väl med partiets inriktning i den nationella valkampanjen (Socialdemokraterna 2022). Efter att den nya rödgröna koalitionen (tillsammans med Vänsterpartiet som stödparti) vann makten påbörjades arbetet med en omställningsplan för sjukvården under våren 2023.

Två stora förändringar är att majoriteten har beslutat att vägburen ambulansvården och prehospitat läkartjänst ska föras över i egen regi (HSN 2023-0665; HSN 2023-0225), en process som nu har påbörjats. Detta är en väsentlig förändring då en stor del av ambulansvården har drivits av privata aktörer efter upphandling sedan tidigt 1990-tal. Skälen som anges är att man anser att en situation med privata aktörer genererar samordningsproblem och inte är tillräckligt flexibel. Detta speciellt med tanke på ”ett förändrat omvärldsläge” och Sveriges Nato-medlemskap, vilket man menar gör att ambulansvården inte lämpar sig för upphandling. Man hoppas också sänka kostnaderna genom att uppnå skalfördelar (HSN 2023-0665).

Ytterligare ett område som Stockholms politiska majoritet planerar att socialisera är sjukvårdsrådgivningen 1177 Vårdguiden (PVN 2023-0014). Denna tjänst har hittills hanterats via upphandling och har drivits av det privata företaget MedHelp Sjukvårdsrådgivning AB sedan tidigt 2000-tal. Planen är att tjänsten i stället ska tas över i egen regi genom att regionen förvärvar verksamheten, även om man just nu utreder

frågan vidare på grund av riskerna för att kostnaderna är för höga (Torkelsson 2024). Motiveringen till att ta över tjänsten i egen regi är dels att man önskar att rådgivningen blir mer träffsäker, genom att säkerställa att den som svarar i telefonen får tillgång till patientens journal. På så sätt hoppas man sänkas kostnaderna genom att minska antalet patienter som hänvisas till akuten, något som man har kritiserat den nuvarande tjänsten för att göra i för stor utsträckning. Återigen hänvisar man även till det förändrade omvärldsläget som ett skäl varför "central infrastruktur [måste] finnas i regionens egenregi" (Steiner 2022, Gustafsson 2024).

Utöver detta har man påbörjat större förändringar av flera vårdval inom specialistvården. 13 av dagens 38 vårdval kommer antingen att revideras eller läggas ner helt och hållet. Åtta vårdval kommer att utredas vidare och kan också komma att revideras eller läggas ner. Den omställningsplan som antogs i regionens budget i juni 2023 innehåller följande övergripande motivering:

I regionens budget för 2023 anges att sjukvården i regionen idag präglas av en hög tillgänglighet men att den behöver utvecklas mot att bli mer behovsstyrd. Vårdområden där vårdkonsumtionen har ökat utan att det är medicinskt motiverat behöver ses över och vårdvalsområden med hög kostnadsutveckling ska revideras eller, vid behov, avskaffas och vården ska i stället överföras till egenägd vård, akademiska specialistcentra, alternativt upphandlas enligt LOU (HSN 2023-0097, s. 1).

Ett av de vårdval som ska tas bort helt och hållet är det inom allergologi, där vården i stället flyttas till Karolinska Universitetssjukhuset och Södersjukhuset. Viss vård antas samtidigt kunna hanteras inom primärvården. Motiveringen är att vårdvalet har minskat möjligheterna att få fram tillräckligt många specialister, vilket i sin tur ska ha lett till låg tillgänglighet och långa köer (HSN 2023-0955; Schröder 2023).

Även vårdval specialiserad ögonsjukvård kommer att avvecklas och ersättas med upphandling. Skälet som anges är framför allt att kostnaderna har ökat och att Stockholm har högre kostnader än andra regioner, trots att regionen har en relativt sett ung befolkning (HSN 2023-0937; HSN 2023-0938; Tottmar 2023).

Likaså planerar man att avveckla vårdvalet för specialiserad rehabilitering vid utmattningssyndrom och långvarig smärta. Idén är att i stället hänvisa två tredjedelar av patienterna till vårdcentralerna, medan den resterande tredjedelen, som bedöms ha besvär där primärvården inte är tillräcklig, ska hänvisas till sjukhus och psykiatri. Motiveringen är i huvudsak grundad på en utredning som tillsattes under föregående politiska styre, som pekar på att man har haft en hög kostnadsutveckling och att det råder osäkerhet om rätt vårdnivå för personer med olika former av utmattning och smärta. Givet att evidensläget kring diagnosticering och behandling är osäkert menar man att detta vårdval är olämpligt (Arnell-Szurkos 2023; HSN 2022-0525).

Vårdvalen inom geriatrik, ätstörningsvården, specialiserad hudvård och specialiserad neurologi ska också läggas ner. Det råder alltså ingen tvekan om att Region Stockholm har påbörjat en stor omställning med målsättning att minska den privata sektorns roll inom vården. Enligt finansborgarrådet Aida Hadžialić utgör omställningen, som sagt, ett "paradigmskifte". Det finns en idé om att göra Stockholm till ett skyltfönster för vad



Socialdemokraterna vill uppnå mer generellt genom att "ta tillbaka den demokratiska kontrollen" över välfärden (Nordenskiöld 2024).

### 3. Underlag för beslut

Som noteras i föregående avsnitt finns det flera motiveringar bakom det politiska styrets beslut att återta drift av olika slags vård i egen regi samt att överge ett antal vårdval till förmån för upphandling. Exakt vilka saker man pekar på varierar något mellan de olika besluten, men över lag kan målsättningarna sammanfattas enligt nedan:

- Kostnadskontroll och minskad överkonsumtion
- Höjd kvalitet
- Mer jämlik, behovsstyrd vård
- Beredskapsskäl

Frågan är dock om de föreslagna förändringarna kommer att leda till att dessa målsättningar uppnås. Evidensen är oklar både när det gäller utpekade tillkortakommanden och möjligheten att förbättra situationen med hjälp av den pågående omställningen.

Sedan den rödgröna koalitionen tog över makten 2022 har inga regelrätta konsvekensanalyser presenterats. Som vi nämnde i avsnitt 2 genomfördes en utredning av vårdvalet för specialiserad rehabilitering vid utmattningssyndrom och långvarig smärta under det borgerliga regionstyret mellan 2018 och 2022. Denna utredning (HSN 2022-0525) lyfter fram de speciella utmaningar som föreligger vid rehabilitering vid långvarig smärta och utmattningssyndrom samt ME/CFS-diagnoser.<sup>1</sup> Det är en relativt omfattande utredning som bland annat bygger på dialoger med vårdgivare och regioner, interna data från vårdgivarnas rapportering, samt kontakter med patientorganisationer. Utredningen innehåller kvalificerade bedömningar och analyser. Men även om nuvarande organisering av denna sjukvård inte nödvändigtvis är den bäst lämpade saknas regelrätta analyser av vårdvalets kausala effekter och tillhörande konsekvensanalyser för de möjliga vägvalen.

I det tjänsteutlåtande där omställningsplanen läggs fram står under "Metod och genomförande" att arbetet har genomförts i två etapper under våren 2023: (1) en genomlysning av samtliga vårdval för att identifiera områden med utmaningar, på basis av indikatorer såsom jämlik vård, tillgänglighet och kostnadsutveckling samt (2) fördjupade utredningar för de områden där man identifierat störst utmaningar, i vilka man undersökt möjliga åtgärder för att avgöra om vårdvalet bör revideras eller avskaffas helt och hållet (HSN 2023-0097).

För att studera det politiska styrets analyser av de olika områdena begärde vi ut allt relevant material, inklusive underliggande analyser, för alla tjänsteutlåtanden och beslut gällande förändringar inom vårdval/upphandling inom hälso- och sjukvård i Region Stockholm. Denna beställning ska vara tillräcklig för att ta fram de utredningar och genomlysningar som man refererar till i tjänsteutlåtandet ovan. Men för säkerhets skull begärde vi också i ett andra steg ut explicit allt material, inklusive underliggande

---

<sup>1</sup> ME står för myalgisk encefalomyelit där myalgi betyder muskelsmärta och encefalomyelit betecknar inflammation i hjärna och ryggmärg, CFS står för chronic fatigue syndrome, det vill säga kroniskt trötthetssyndrom. Ett tilläggsuppdrag för dessa patienter har placerats inom två olika vårdval: vårdval specialiserad rehabilitering vid långvarig smärta och utmattningssyndrom samt vårdval planerad specialiserad neurologisk rehabilitering.

analyser, för den genomlysning och de utredningar som man refererar till i tjänsteutlåtandet.

Det visar sig dock att dessa genomlysningar och utredningar inte existerar.<sup>2</sup> Det finns heller inga andra utredningar med ordentliga konsekvensanalyser att studera. Utredningarna tycks i stället framför allt bestå av de korta motiveringar som anges i de olika tjänsteutlåtandena och översiktliga diagram som exempelvis visar utvecklingen av öppenvårdsbesök i några av vårdvalen över tid.

I tjänsteutlåtandena finns hänvisningar till saker som det politiska styret vill förbättra, såsom att säkerställa utbildning av specialister, jämlik vård och deltagande i forskning. I några korta meningar beskriver man sedan de förväntade konsekvenserna, men det finns inga analyser som redogör för de antaganden som görs i detta hänseende – eller om alternativa vägval hade kunnat leverera samma eller bättre utfall – och inte heller någon diskussion om möjliga oavsiktliga konsekvenser som kan uppstå.

Detta är bekymmersamt då riskerna för oavsiktliga konsekvenser är betydliga vid så här stora och snabba förändringar av en så komplex verksamhet som specialistvård. Hade ansvaret för vården legat på nationell nivå hade omfattande förändringar av detta slag genomgått noggranna undersökningar enligt lagstiftningskedjan med direktiv, utredning, remissvar, lagrådsremiss och, till slut, en proposition. Men nu fattas alltså beslut som riskerar att få ödesdigra konsekvenser utan något som helst liknande förfarande.

### 3.1. Fallstudie: ögonsjukvården

För att exemplifiera problemen med de bristfälliga underlag som ligger bakom de politiska besluten diskuterar vi ögonsjukvården närmare. Vårdvalet inom ögonsjukvården kommer att avvecklas helt och ersättas med offentlig upphandling. Notera att vår kritik inte är specifik för ögonsjukvården. Beslutsunderlagen ser inte bättre ut på andra områden och är därför öppna för liknande kritik.

I tjänsteutlåtandet framgår att vårdvolymerna och kostnaderna inom vårdvalet har ökat över tid. Detta menar man beror på vårdvalet, då det hävdas att ökningen endast delvis kan förklaras av minskade vårdvolymerna på S:t Eriks Ögonsjukhus och att andelen äldre i befolkningen har ökat. Tjänsteutlåtandet hänvisar också till en kortare utredning som gjordes år 2022 under föregående politiska styre, vilken påstås visa att det förekommer viss medicinskt omotiverad konsumtion inom vårdvalet – inklusive sådan som enligt regionens kunskapsstöd egentligen ska hanteras inom primärvården – och att mängden besök jämfört med folkmängden är mycket högre i Region Stockholm än i andra regioner, trots en yngre befolkning (HSN 2023-0097; HSN 2023-0938).

---

<sup>2</sup> Ingenting i det material som vi först fick utlämnat kan beskrivas som genomlysningar eller noggranna utredningar, med visst undantag för utredningen om vårdvalet för utmattningssyndrom och långvarig smärta. Vi fick över huvud taget inget material som rör genomlysningar av de vårdval som inte omfattas av de förändringar som nu genomförs, trots att detta enligt tjänsteutlåtandet ska ha ingått i den första etappen i arbetet med omställningsplanen. Efter vår andra begäran där vi explicit begärde ut alla genomlysningar och utredningar som refereras i omställningsplanen fick vi bekräftat av registratören, både muntligen och skriftligen, att inget annat material fanns att tillgå.

Till att börja med är det tydligt att den tidigare, kortare utredningen som refereras ger en annan bild av volymutvecklingen inom ögonsjukvården än den som ovanstående tjänsteutlåtanden presenterar. Den tidigare utredningen redovisar visserligen, med data från samma källa som i tjänsteutlåtandena ovan, en rejält ökande kostnadsutveckling inom vårdvalet på grund av kraftigt ökande antal besök på cirka 50 procent mellan 2014 och 2021 (HSN 2022-0765). Men när man granskar statistiken som presenteras är det uppenbart att en väldigt stor del av ökningen i volymer inom vårdvalet under den perioden matchas av sjunkande produktion i andra delar av den specialiserade ögonsjukvården: det totala antalet besök inom ögonsjukvården ökade under perioden endast med ungefär 11 procent. Samtidigt har den totala befolkningen i Stockholms län ökat med 10 procent och andelen 65+, vilken är den grupp som nyttjar vårdvalet inom ögonsjukvården mest, med 14 procent (SCB 2024).

Under den period som den tidigare utredningen studerar kan alltså hela ökningen i volymer inom vårdvalet förklaras av sjunkande produktion i andra delar av ögonsjukvården samt en förändrad befolkningsstruktur.<sup>3</sup> Som diskuteras nedan finns det tecken på att vårdvalet har ökat volymerna via ökad tillgänglighet, men det finns ingenting som tyder på att dessa effekter uppstår genom en kraftig kontinuerlig ökning på det sätt som målas upp i tjänsteutlåtandena.

Här är det också värt att notera att man inte har räknat upp ersättningsnivåerna i Stockholm sedan vårdvalet infördes 2011. Dessutom genomfördes en prissänkning på 5 procent år 2015 (HSN 2022-0764). Samtidigt har den generella pris- och kostnadsnivån i vården ökat markant: enligt vårdprisindex – som följer personal- och förbrukningskostnader – ökade kostnadsnivån i sjukvården med 26 procent mellan 2011 och 2021 (SKR 2024c). Detta innebär att den reala ersättningen per besök – vilket motsvarar regionens kostnader per besök inom vårdvalet – har minskat radikalt sedan vårdvalet infördes.

Att den specialistvård som sker inom vårdvalet, men som enligt bedömningsstödet egentligen bör ske i primärvården, kan härledas till problem inom vårdvalet – på det sätt som påstås i tjänsteutlåtandet HSN 2023-0938 – tycks också vara en märklig tolkning av de data som presenteras i utredningen. Där noterar man nämligen att problemet beror på en osäkerhet inom primärvården kring hur man ska hantera ögonpatienter. Man kopplar detta till att en väldigt liten del av läkarutbildningen och specialistutbildningen för allmänläkare utgörs av utbildning i ögonsjukdomar (HSN 2022-0765). Det är naturligtvis ett problem att läkare inom primärvården inte har tillräcklig utbildning för att ta hand om patienter enligt regionens riktlinjer, men det är svårt att se vad detta har direkt med vårdvalet att göra. Om något tyder det på att aktörer inom vårdvalet har säkerställt vård som primärvården har haft svårt att leverera.

### 3.1.1. Andra faktorer kan också påverka jämförelserna

Problemet med underlaget som presenteras i tjänsteutlåtandena (och i den kortare utredningen som refereras) är dock mer generell. Att enbart studera förändringar över

---

<sup>3</sup> Tjänsteutlåtandena redovisar statistiken under perioden 2016–2022 medan utredningen redovisar data för perioden 2014–2021. Eftersom endast utredningen presenterar totala volymer inom ögonsjukvården i stället för enbart inom vårdvalet använder vi dessa data för att göra vår poäng.

tid – även med justeringar för befolkningsstruktur – eller att jämföra Stockholms utfall med utfall i andra regioner, är nämligen en alldeles för enkel ansats för att studera betydelsen av vårdvalet i sig. Det finns också andra skillnader som kan påverka utfallen över tid och i relation till andra regioner, som inte har med vårdvalet att göra.

Ett exempel på en sådan faktor är att Stockholms vårdgaranti är striktare än den nationella vårdgaranti som gäller i övriga delar av landet. Medan den nationella vårdgarantin ska garantera ett första besök hos en specialist inom öppenvården inom 90 dagar har Stockholm haft ett striktare krav på 30 dagar. Under de första åren hade man i praktiken visserligen ofta svårt att nå upp till sina egna målsättningar (Gårdsäter och Mellgren 2008). Men över tid kan den striktare vårdgarantin mycket väl ha kommit att påverka utfallen och volymerna i Stockholm på ett sätt som skiljer sig från utfallen i andra regioner. I så fall bör man förvänta sig att Stockholms utfall avviker från andra delar av landet. Detta är också något som har noterats i jämförelser av vårdköer mellan regionerna (Örstadius 2018), men det gäller naturligtvis även andra utfall, inklusive vårdvolymerna.<sup>4</sup>

Likaså kan den nationella vårdgarantin mer generellt ha påverkat olika regioner på olika sätt – exempelvis på grund av regionala infrastrukturens skillnader i vården som ökar eller minskar möjligheterna att säkerställa vårdgarantin – både efter vårdgarantins införande i november 2005 och efter det att den lagstodades i juli 2010.

Kanske ännu viktigare är att (den striktare) vårdgarantin och vårdvalet kan ha interagerat vad gäller effekterna på volymerna i Stockholm. Detta skulle kunna vara fallet om vårdvalet ökar möjligheterna att uppnå (den striktare) vårdgarantins målsättningar.

Dessa problem ignoreras dock i regionens analyser av vad som kan tänkas ligga bakom skillnaderna mellan Stockholm och andra regioner, som mycket riktigt är stora även när man justerar för population och åldersstruktur (HSN 2022-0765; Socialstyrelsen 2024). Problemen har inte heller fått någon fullständig lösning i de svenska studier som diskuteras i avsnitt 4.3.

Olika strikta vårdgarantier inom specialistvården utgör dock bara ett bland flera möjliga exempel. Det finns många andra faktorer som kan påverka vårdvolymerna i Stockholm över tid och i jämförelse med andra regioner. Poängen är att den evidens som regionen åberopar till stöd för avskaffandet av vårdvalet inom ögonsjukvården är långt ifrån tillräcklig för att dra slutsatser om avskaffandets konsekvenser.

### 3.1.2. Empirisk analys

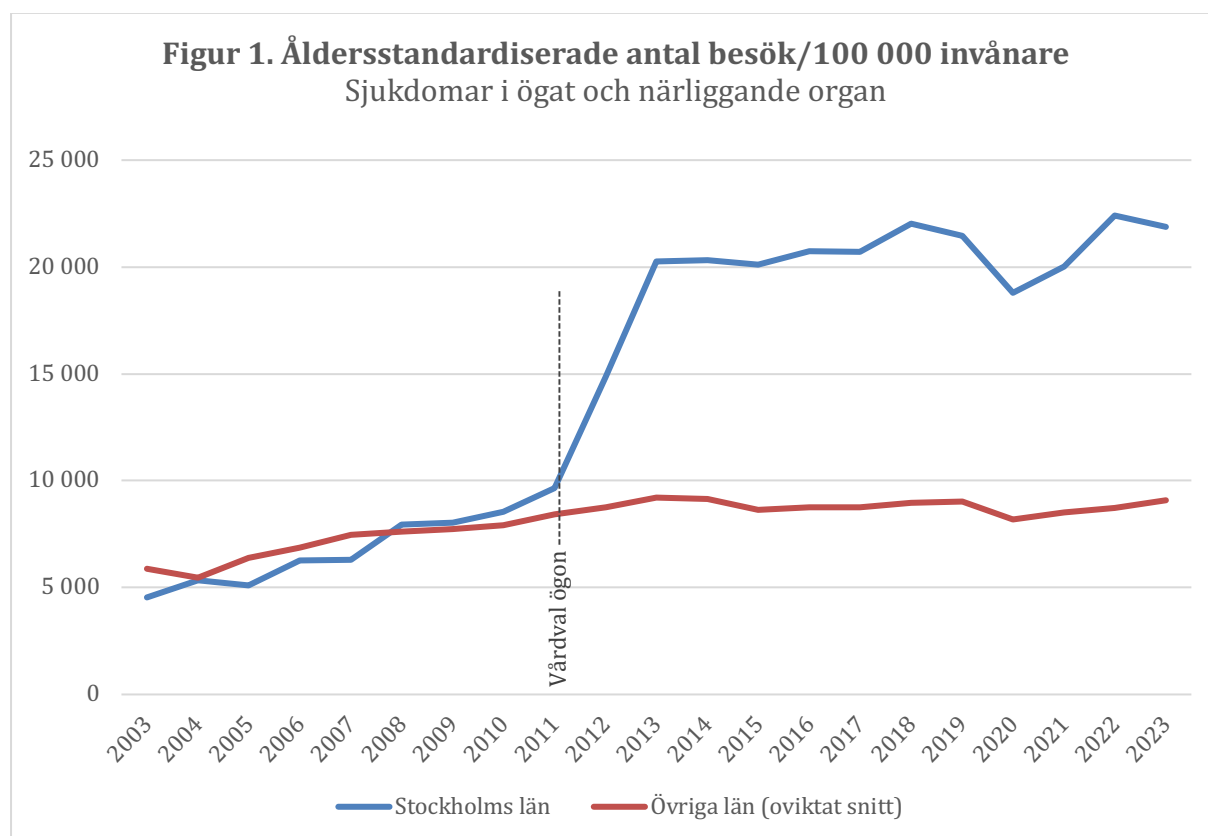
En bättre ansats är att studera huruvida det uppstår ett trendbrott i samband med att vårdvalet införs, både absolut sett och i relation till övriga landet. Och som visas i figur 1 sker det ett tydligt hopp i (åldersstandardiserade) antalet besök per 100 000 invånare i Stockholms län jämfört med övriga landet i samband med att vårdval i ögonsjukvården

---

<sup>4</sup> Att göra analyserna enbart för operationer i stället för besök/diagnoser är inte en tillfredställande lösning på problemet, då tidigare kontakt med specialist sannolikt också påverkar tid till operation.

införs i oktober 2011.<sup>5</sup> Resten av landet fortsätter dock ligga kvar på ungefär samma nivå.<sup>6</sup>

Fram till och med 2013 fördubblas sedan volymerna i Stockholm, för att därefter ligga på ungefär samma nivå under ett antal år. Sedan sker en viss ökning (och minskning) strax innan pandemin, en tydlig minskning under pandemin då färre generellt sökte vård och sedan en ökning igen efteråt, rimligtvis för att ta igen den "vårdskuld" som då hade uppstått.<sup>7</sup> Men i princip hela ökningen i åldersstandardiserade besök per 100 000 invånare sker mellan 2011 och 2013, alltså de första två åren efter vårdvalets införande.



Det är dock inte klart huruvida detta enbart beror på vårdvalet. Det tycks nämligen vara så att trenden i Stockholm börjar öka efter 2005, strax efter att vårdgarantin infördes: mellan 2005 och 2011 nästan fördubblas de befolkningsjusterade volymerna i Stockholm, medan de endast ökar med 32 procent i övriga landet i snitt. Volymerna i Stockholm ökar alltså relativt sett mycket mer än i övriga landet under decenniet innan

<sup>5</sup> Data är hämtade från Socialstyrelsens (2024) statistikdatabas. Inrapporteringsgraden var relativt låg under de första åren efter att den specialiserade öppenvården blev rapporteringspliktig till patientregistret 2001, vilket kan ha påverkat volymförändringarna. Vi redovisar därför data från och med 2003, även om detta inte spelar någon roll för tolkningen. Hur som helst ligger fokus här på skillnaderna mellan Stockholm och de övriga länen. I den mån vårdval ökar inrapporteringen av data riskerar vi dessutom om något att överdriva eventuella förändringar i Stockholm och skillnader mot övriga landet.

<sup>6</sup> Vårdval inom kataraktoperationer introducerades 2009, men vi ser inget trendbrott i samband med detta. Detta tyder på att det vårdvalet inte hade någon större påverkan på vårdvolymerna.

<sup>7</sup> Man bör här notera att Region Stockholm under pandemin anammade den nationella vårdgarantin i stället för sin egen striktare variant. Den 1 september 2022 återgick man dock till den striktare garantin.

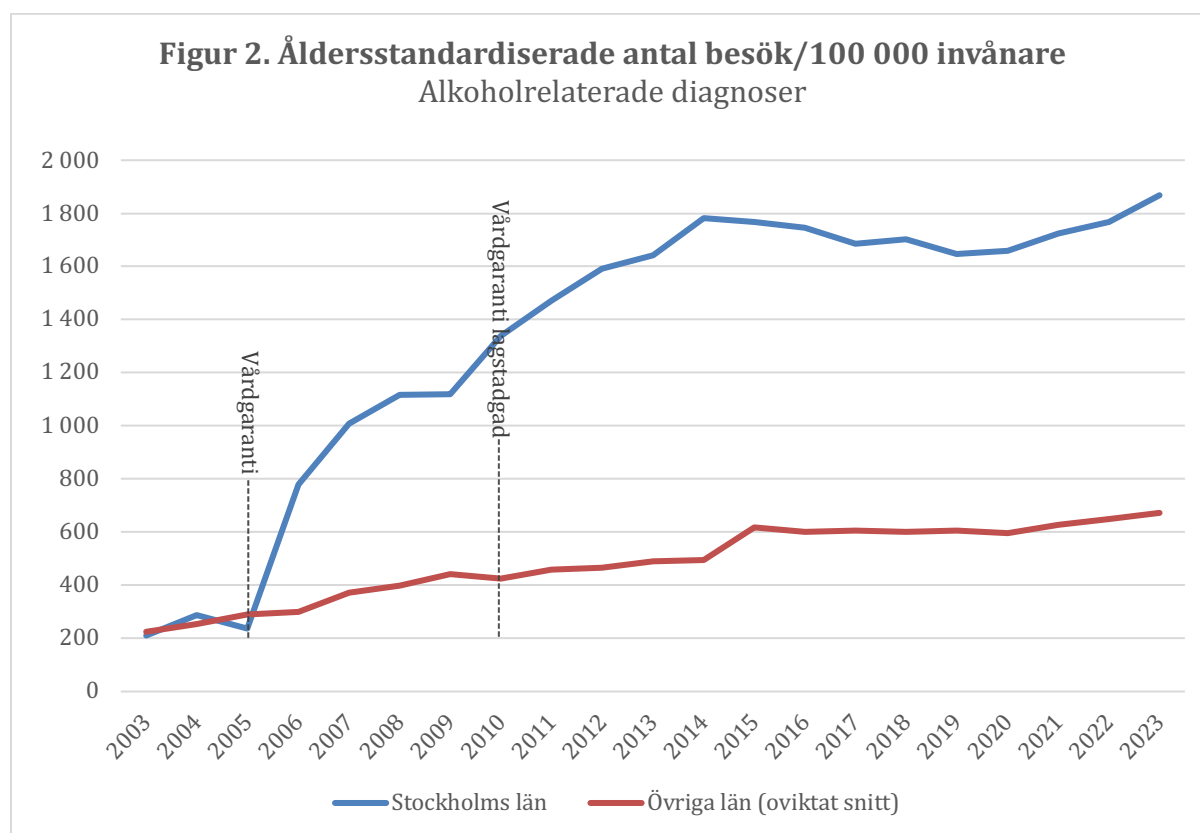
vårdvalet infördes, sannolikt delvis på grund av effekterna av (den striktare) vårdgarantin.

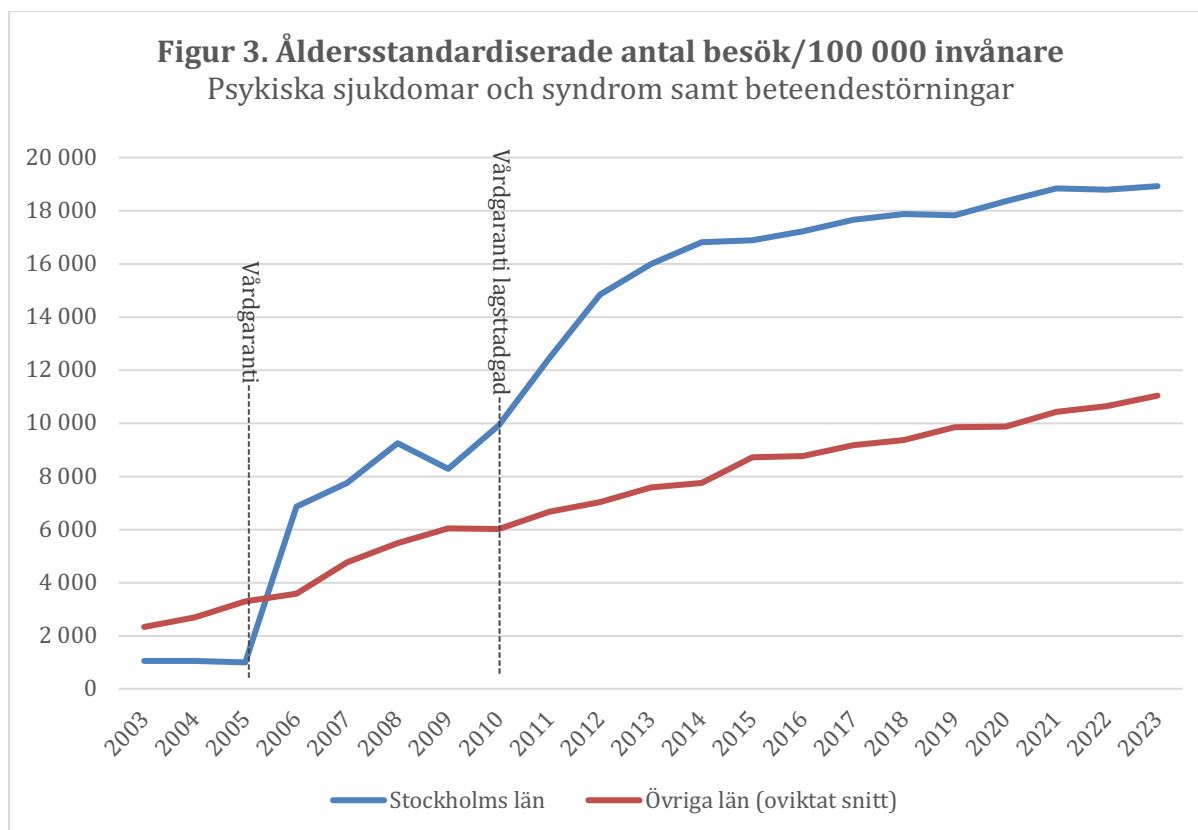
Om vårdgarantin har haft olika effekter i Stockholm och övriga landet – oavsett vårdval – bör vi också observera stora ökningar i volymerna under dessa och närliggande år inom andra vårdområden som inte omfattas av vårdval (i Stockholm).

Och som figur 2 och 3 visar ser vi mycket riktigt en snabb ökning i vårdvolymerna i Stockholm vad gäller (i) besök rörande alkoholrelaterade diagnoser och (ii) psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar inom den specialiserade öppenvården från och med 2006, alltså strax efter att den nationella vårdgarantin införs i november 2005. Likaså ser vi ytterligare ett hopp från och med 2010, då vårdgarantin lagstadgas (i juli det året).

Innan 2006 är trenderna i Stockholm och resten av länen relativt lika, men medan trenden i Stockholm går brant uppåt efter 2005 respektive 2010 ser vi enbart en gradvis ökning i övriga delar av landet.

Detta tyder på att vårdgarantin har haft olika generella effekter i Stockholm jämfört i resten av landet, vilket i sin tur också kan ha bidragit till att vårdvolymerna inom ögonsjukvården ökar markant i Stockholm över tid. Detta speciellt då det är rimligt att effekterna av (den striktare) vårdgarantin och vårdvalet förstärker varandra.





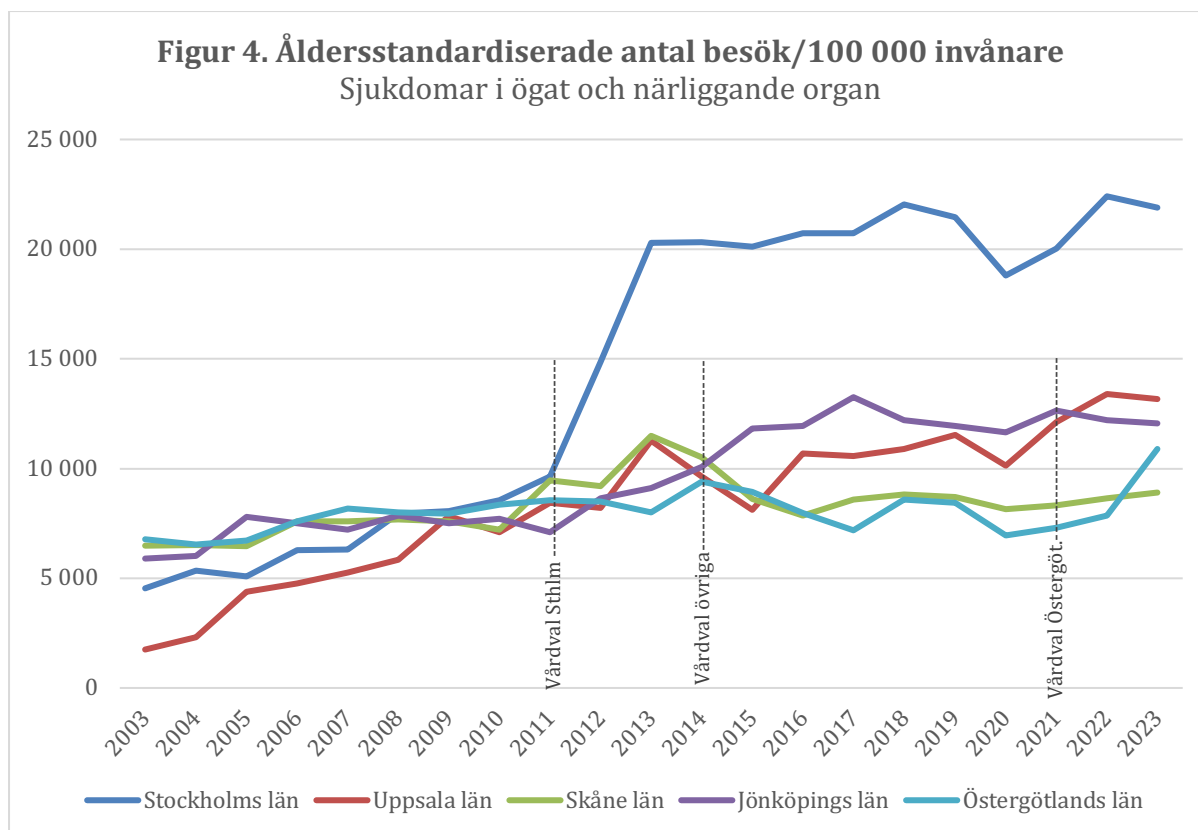
Ett annat sätt att studera i vilken utsträckning det är vårdval *i sig* som driver de ökande volymerna är att jämföra förändringarna i Stockholm med förändringarna i de län som också har infört vårdval inom den öppna ögonsjukvården. Som visas i figur 4 ser vi att trendbrottet i Stockholm efter 2011 är radikalt annorlunda än förändringen i de andra regionerna efter att de inför vårdval; man kan inte se något tydligt trendbrott som i Stockholm efter 2011 i andra regioner i kölvattnet av att de inför vårdval.<sup>8</sup>

Med andra ord finns det ingenting som tyder på att vårdval *i sig* leder till ökade volymer och därmed totalkostnader.<sup>9</sup> I stället ger analysen ytterligare stöd för idén att det är någonting annat i Stockholm som gör att vårdvolymerna mer generellt ökar markant strax efter att man inför vårdval inom ögonsjukvård. Detta inkluderar utformningen på vårdvalet – i Region Jönköping råder exempelvis remisskrav från primärvården, vilket inte är fallet i Stockholm samt de övriga regionerna – men även andra möjliga, icke-vårdvalsrelaterade orsaker – såsom den striktare vårdgarantin (och dess interaktion med vårdvalet) – till att volymerna inom ögonsjukvården är högre i Stockholm än i övriga landet.

<sup>8</sup> Vårdval inom kataraktoperationer infördes i Stockholm år 2009 och i Uppsala samt Skåne år 2012. I Uppsala infördes samtidigt vårdval för ögonbottenfotografering för diabetiker. Det sker en ökning i volymerna efter genomförandet av dessa vårdval i Uppsala och Skåne, men de faller sedan ner igen året efteråt. Över lag finns det lite som tyder på att vårdvalet inom kataraktoperationer innebar någon större ökning i de totala vårdvolymerna i ögonsjukvården.

<sup>9</sup> En annan anledning till att vi enbart kan skönja ett trendbrott i Stockholms vårdvolym skulle kunna vara att ersättningen är mycket högre där än i de andra regionerna med vårdval inom ögonsjukvården, men enligt den tidigare utredningen finns det ingenting som tyder på det. Som vi noterar i avsnitt 3.1 har man faktiskt inte räknat upp ersättningsnivåerna i Stockholm sedan vårdvalet infördes 2011. Dessutom genomfördes en prissänkning på 5 procent år 2015 (HSN 2022-0764).





Över lag är det dock rimligt att Stockholms version av vårdval – åtminstone i kombination med (den striktare) vårdgarantin – påverkade vårdvolymerna inom ögonsjukvården för en kort tid (mellan 2011 och 2013). Men analysen kan inte med säkerhet säga hur stor del av ökningen som beror på vårdvalet och hur stor del som beror på andra faktorer (och interaktioner mellan faktorer).

I den mån trendbrottet faktiskt fångar upp den kausala effekten av vårdvalet i sig tyder det i så fall på att det i huvudsak rör sig om ett uppdämt behov av ögonsjukvård som plötsligt kunde tillgodoses. Hade ökningen berott på medicinskt omotiverad sjukvård vore det rimligare att ökningen skett gradvis, i takt med att människor anpassar sina preferenser till möjligheten att söka vård. I stället observerar vi en kraftig ökning på väldigt kort tid, vilket tyder på att människor som tidigare inte sökte vård på grund av låg tillgänglighet valde att göra det när vårdvalet genomfördes.

### 3.1.3. Hur påverkas vårdköerna?

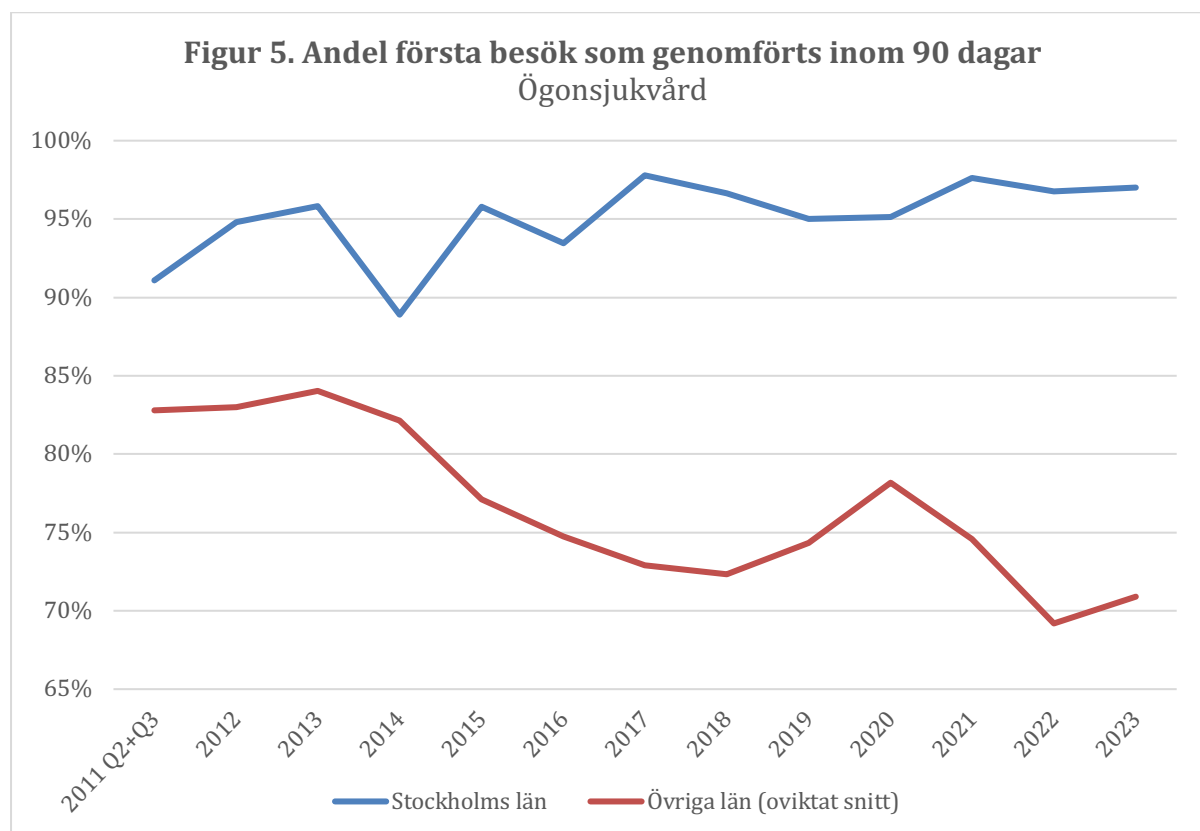
I den mån trendbrottet i volymerna inom ögonsjukvården mellan 2011 och 2013 skedde på grund av vårdvalet är det samtidigt rimligt att det också har ökat möjligheterna för Stockholm att upprätthålla vårdgarantin. Detta är svårare att studera eftersom det inte finns någon statistik över vårdköer längre tillbaka i tiden än april 2011. Det saknas dessutom statistik för några län över vissa kvartal år 2011, däribland Stockholms län.<sup>10</sup>

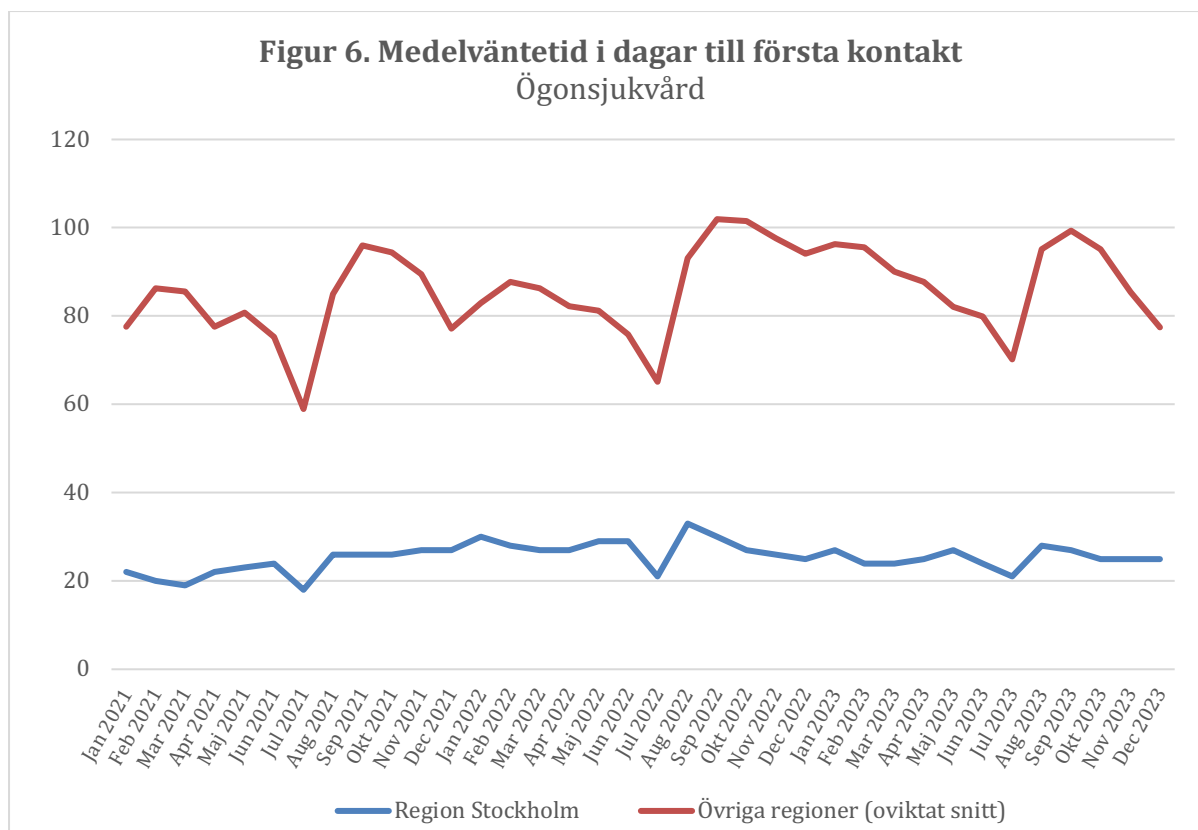
<sup>10</sup> Det saknas data för Västmanland och Jönköping för det tredje kvartalet 2011 och för Stockholm för det fjärde kvartalet år 2011.

Men med de data som finns kan man i varje fall studera utvecklingen av vårdköerna inom ögonsjukvården sedan dess (SKR 2024d).

Figur 5 visar att Stockholm har lyckats bättre med att upprätthålla vårdgarantin över tid jämfört med resten av landet i snitt. Redan innan vårdvalet infördes nådde Stockholm bättre utfall, men medan utfallen i Stockholm har legat på en stabilt hög nivå över tid har de i stället försämrats markant i resten av landet. Medan snittet för resten av landet vad gäller andelen första besök som genomförs inom 90 dagar faller från 84 procent till 71 procent mellan 2013 och 2023 har Stockholm (med undantag för 2014) upprätthållit en andel på över 90 procent sedan vårdvalet infördes i november 2011. År 2023 var andelen 97 procent, 6 procentenheter högre än under kvartalen innan vårdvalet genomfördes. Det skiljer idag hela 28 procentenheter mellan Stockholm och övriga landet i snitt; Stockholm har 39 procent högre uppfyllelse av vårdgarantin i denna bemärkelse.

Andelen första besök som genomförts inom 90 dagar är ett relevant mått för att förstå i vilken utsträckning den nationella vårdgarantin tillgodoses, men måttet är förhållandevis trubbigt då det inte fångar upp skillnader i väntetider inom och efter 90 dagar. För att studera faktiska väntetider närmare jämför vi därför även medelvärdet för väntetiderna i dagar till första kontakt med specialistläkare (väntetider i dagar/antalet individer) i Stockholm och i övriga landet. Dessa data finns enbart tillgängliga tillbaka till januari 2021 (SKR 2024e). Och som figur 6 visar har väntetiderna inom ögonsjukvården i detta hänseende varit avsevärt lägre i Stockholm än i övriga landet under de senaste tre åren.





Det är svårt att veta i vilken utsträckning detta beror på vårdvalet, då datamaterialet inte är tillräckligt för att dra slutsatser i detta hänseende. Men det råder ingen tvekan om att Stockholm har lyckats bättre än resten av landet med att upprätthålla vårdgarantin sedan vårdvalet infördes. Likaså lyckas Stockholm upprätthålla mycket kortare genomsnittliga väntetider.

Som vi visade i figur 1 ökar vårdvolymerna markant i Stockholm mellan 2011 och 2013, för att sedan stabiliseras på en högre nivå under decenniet efteråt. Vårdvolymerna i resten av landet har i stället legat på ungefär samma nivå under hela perioden. Det är därför inte orimligt att anta att Stockholms vårdköer inom ögonsjukvården hade utvecklats mer i linje med köerna i resten av landet om Stockholms vårdvolym skulle ha legat kvar på samma nivåer som innan vårdvalet infördes. I den mån vårdvalet låg bakom ökningen i volymer mellan 2011 och 2013 är det därför också rimligt att anta att det har spelat en roll för Stockholms relativt korta vårdköer.

Men trots detta har Region Stockholm inte analyserat implikationerna av att avskaffa vårdvalet för möjligheterna att tillgodose vårdgarantin inom ögonsjukvården. En av de viktigaste motiveringarna bakom avskaffandet av vårdvalet är kostnadskontroll – som man vill uppnå genom att göra vården mer ”behovsstyrd”. Det finns en uppenbar risk för att den upphandlingsmodell som införs leder till att man åsidosätter vårdgarantin i jakten på lägre vårdkonsumtion. Längre köer innebär även en risk för att vårdens jämlikhet minskar (om människor är olika skickliga på att navigera vårdköerna), vilket skulle ge en utveckling i motsatt riktning från det politiska styrets målsättning. Att sådana potentiella målkonflikter inte behandlas i beslutsunderlagen är en allvarlig brist i beredningen av ärendet.

## 3.2. Diskussion

De underlag som används för att rättfärdiga de förändringar som nu genomförs i Stockholms sjukvård saknar ordentliga konsekvensanalyser och är alltför knapphändiga. Detta gäller även den relativt omfattande utredning som föregående politiska styre beställde om vårdvalet för utmattningssyndrom och långvarig smärta, även om den övertygande påvisar att det finns problem i nuvarande system.

Vi har gjort en noggrannare analys av några påståenden om vårdvalets effekter inom ögonsjukvården. Men grundproblemet är det samma inom andra sjukvårdsområden; ingen har gjort ordentliga analyser som knyter ihop orsakerna till nuvarande tillstånd med förväntade nettoeffekter av de pågående förändringarna.

Hänvisningar till beredskapsskäl för att överta vägburen ambulanssjukvården och prehospital läkartjänst i egen regi skulle exempelvis behöva backas upp av faktiska analyser som påvisar varför beredskapen skulle gynnas av en centralisering. Nuvarande slutsats måste betraktas som mer av ett antagande. Samtidigt finns andra skäl att anta det omvända förhållandet – att en mer decentraliserad vård är mer fördelaktig ur beredskapsperspektiv. Så skulle det exempelvis kunna vara därför att infrastrukturen i ett mer decentraliserat system blir mindre sårbar vid attacker. Det går att anföra en rad olika sådana argument om varför beredskapen kommer att förbättras eller försämrats när sjukvård överförs till egen regi. Men det behövs noggranna bedömningar och analyser för att väga möjligheterna mot varandra och dra slutsatser utifrån detta.

Ett annat exempel rör planen att ta över sjukvårdsrådgivningen 1177 Vårdguiden i egen offentlig regi. När andra regioner, såsom Värmland och Sörmland, har tagit över sjukvårdsupplysningen i egen regi har väntetiderna blivit längre. Stockholm har också mycket lägre kostnader per samtal, en avsevärt högre andel besvarade samtal och kortare väntetider i jämförelse med fem andra regioner som driver sjukvårdsrådgivningen i egen regi (Lanryd 2024). Detta betyder inte att ett övertagande i egen regi nödvändigtvis kommer att leda till försämringar, men det står klart att risken finns och att förändringen därför bör utredas ordentligt innan den genomförs.

Detsamma gäller påståenden om överkonsumtion av ögonsjukvård i Region Stockholm. I tjänsteutlåtandet om att ersätta vårdval med upphandling inom ögonsjukvården (HSN 2023-0938) hävdas att det går att spara upp till 45 miljoner kronor till 2026 genom minskad "icke-medicinskt motiverad vård". Som vi har visat (i avsnitt 3.1) är detta en ytterst tveksam tolkning både sett till volymstatistiken och till primärvårdens förmåga att utföra ögonsjukvård. Det saknas detaljerade uppgifter både om vilka behandlingar som utförs trots att de inte är medicinskt motiverade och hur deras totalkostnad har räknats fram.

Påståenden om icke-medicinskt motiverad vård framstår även som märkliga med tanke på köerna i vården. Stockholm är som nämnts avsevärt bättre på att uppfylla vårdgarantin än övriga regioner – och Stockholms fördel har ökat sedan vårdvalet infördes. Högre kostnader i Stockholm än i andra regioner kan därför inte tolkas som att det finns "överkonsumtion" i Stockholm. Om alla regioner hade uppfyllt vårdgarantin lika bra som Stockholm hade kostnadsskillnaderna kunnat vara en indikation på överkonsumtion i Stockholm. Men givet de faktiska skillnaderna i vårdgarantin – som

alltså har ökat sedan vårdvalet infördes – är det rimligare att tala om underkonsumtion i andra regioner: patienter utanför Region Stockholm löper med andra ord en större risk för att bli utan medicinskt motiverat vård.

För varje sjukvårdsområde krävs helt enkelt noggranna utredningar för att avgöra nettoeffekterna på de olika utfall som man vill förbättra. Tyvärr tvingas vi konstatera att några sådana utredningar inte har genomförts.

#### 4. Finns det skäl att tro att målen uppnås med den nya inriktningen?

Som förra avsnittet visade är beslutsunderlagen för pågående och genomförda förändringar av specialistvården i Region Stockholm bristfälliga. Trots att det handlar om stora förändringar har inga ordentliga konsekvensanalyser gjorts. En viktig del av sådana konsekvensanalyser är att konsultera relevant empirisk forskning om valfrihet och privata utförare. I många fall saknas svensk eller regionspecifik forskning om konsekvenserna av en enskild förändring och då behöver man beakta andra närliggande studier, även från andra länder, för att avgöra vilka effekter som kan förväntas. Faktum är att ett forskningsfält som analyserar valfrihet och privata alternativ i sjukvården har vuxit fram under de senaste decennierna, främst internationellt men även i Sverige.

I det här avsnittet går vi igenom sådan forskning. Först presenteras en kort teoretisk introduktion i avsnitt 4.1. Därefter följer en redogörelse för internationella studier i avsnitt 4.1 och svenska studier i avsnitt 4.2. Vårt fokus ligger på studier av vårdval och konkurrens samt jämförelser av privata och offentliga utförare inom den specialiserade vården. Genom att väga samman de olika studierna hoppas vi uppnå en förståelse för sannolikheten att den styrande politiska koalitions målsättningar kommer att uppnås genom de förändringar som nu genomförs.

##### 4.1. Teoretiska utgångspunkter

Inledningsvis är det lämpligt att kort beskriva några ekonomisk-teoretiska utgångspunkter, med fokus på specialistvården. För mer allmänna och längre beskrivningar hänvisar vi till Bergman (2013) samt Blix och Jordahl (2021, kapitel 5).

På "normala" konkurrensutsatta marknader råder det ingen tvekan om att privata företag i allmänhet är mer effektiva än den offentliga sektorn. Vinstintresset ger en stark drivkraft att hålla kunderna nöjda och sänka kostnaderna så långt som möjligt. På välfärdsmarknader, som specialistsjukvård, är privata företags överlägsenhet mindre uppenbar. Vården betalas inte direkt av patienterna utan av skattebetalarna. Vårdkvaliteten är i många fall svår att mäta och ännu svårare att reglera i ett kontrakt med en leverantör. Det finns därför en risk för att leverantören, beroende på situationen, säljer för mycket vård eller att vården håller för låg kvalitet. Ett vårdföretag skulle på sådana sätt kunna göra hög vinst på skattebetalarnas bekostnad, särskilt om marknadens storlek bara räcker till för en eller ett par utförare. Upphandlade vårdkontrakt bestäms i regel för flera år i taget och kommer aldrig att vara tillräckligt flexibla för att parera alla situationer där leverantören kan tjäna pengar på att tillhandahålla för låg kvalitet. Det innebär dock inte att vård i offentlig regi automatiskt är att föredra; den offentliga sektorn har andra problem, som byråkratisering, likriktning och svagare kostnadskontroll.

Vårdval är ett sätt att skapa drivkrafter för god kvalitet. Tanken är att patienterna kommer att söka upp den bästa vården och att de även kommer att fördela sig mellan vårdgivare på ett sätt som matchar deras preferenser mot vårdgivarnas profiler. Till exempel skiljer sig privata vinstdrivande, privata icke-vinstdrivande och offentliga utförare från varandra och det är osannolikt att alla patienter föredrar samma grupp av utförare. Med vårdval spelar det också mindre roll att vissa kvalitetsaspekter inte är mätbara; så länge patienterna upplever och värderar kvaliteten kommer de att reagera

på den. Regionen kan som systemansvarig fokusera på mätbara kvalitetsaspekter, både genom att ställa krav för att släppa in utförare i systemet och genom att följa upp kvalitetsmått bland de utförare som har släppts in.

Vårdval kan därför i teorin fungera bättre än upphandlad vård när det gäller kvalitet. Vårdvolymerna kommer också att ligga närmare patienternas upplevda behov, vilket i grunden är positivt, men skulle kunna vara problematiskt om det produceras mer vård på skattebetalarnas bekostnad än vad som är medicinskt motiverat. Det främsta argumentet mot vårdval är dock att patienterna kan ha svårt att göra genomtänkta val. De befinner sig i ett informationsunderläge jämfört med vårdgivarna och kan vid ambulans- och akutvård helt sakna tid och möjlighet att beakta olika alternativ. Följden kan bli att patienterna nöjer sig med lägre vårdkvalitet.

Hur olika typer av vårdgivare – privata vinstdrivande, privata icke-vinstdrivande och offentliga – skiljer sig åt, liksom vilken modell – upphandling, vårdval eller offentlig produktion – som är att föredra går inte att avgöra på teoretiska grunder. Det finns många möjliga skillnader och effekter. Vilka av dem som är relevanta och som dominerar måste avgöras av empiriska studier.

#### 4.2. Internationella studier

Det finns relativt många internationella studier som studerar betydelsen av ägandeformer, konkurrens och vårdval inom sjukvården, men många av dessa är inte tillräckligt metodologiskt starka för att dra slutsatser om orsakssamband. Vi går här igenom ett antal studier som är särskilt relevanta. Även om sjukvården i andra länder kan skilja sig betydligt från den i Sverige kan generella tendenser ändå framträda. Vi fokuserar på studier från europeiska länder, som över lag har mycket gemensamt med svensk sjukvård. Skillnaderna mellan svensk och amerikansk sjukvård är betydligt större, inte minst när det gäller vårdens finansiering.<sup>11</sup>

En hel del forskning har studerat olika konkurrenshöjande reformer inom den engelska sjukvården. Forskning av bland andra Propper (2018, s. 504) talar för att effekterna av dessa reformer huvudsakligen har varit positiva:

[D]e konkurrensfrämjande åtgärder som genomförts av den brittiska regeringen och implementerats i England har generellt haft positiva effekter. Sammanfattningsvis har patienter och sjukhus svarat på ett sätt som tyder på att patienter bryr sig om kvalitet och att sjukhus svarar på efterfrågan. Bättre sjukhus har lockat fler patienter, kvaliteten på vissa tjänster har ökat,

---

<sup>11</sup> Det finns ett ganska stort antal amerikanska studier, men de flesta av dessa lider av metodologiska problem som gör det svårt att dra slutsatser om orsakssamband (se t.ex. Herrera m.fl. 2014; Sloan och Valdamis 2023). En färsk studie av 258 sjukhusprivatiseringar i USA 2000–2018 med starkare metodologi finner att privatiserade sjukhus blev mer lönsamma (efter att i genomsnitt ha gått med förlust). Detta drevs av ökade intäkter per patient men också av minskade personalkostnader. Samtidigt tog de privatiserade sjukhusen in färre patienter, framför allt från oförsäkrade och fattiga grupper som får offentligt finansierad sjukvård via Medicaid, för vilka ersättningen är över 45 procent lägre än för människor med privat sjukförsäkring (Duggan m.fl. 2023). Detta är mindre relevant i Sverige, där alla människor omfattas av offentligt finansierad sjukvård, även om det har implikationer för hur ersättningen bör differentieras efter vårdtyngd.

politiken verkar inte ha lett till större jämlikhetsproblem, och alternativa strategier med fokus på konsolidering har inte medfört fördelar på medellång sikt [vår översättning].<sup>12</sup>

Ett för den här rapporten relevant exempel på detta är att konkurrens från privata, vinstdrivande kirurgiska kliniker ökade effektiviteten i offentligt drivna sjukhus vad gäller knä- och höftledsoperationer, utan att ha negativa effekter på kvaliteten (Cooper m.fl. 2018).<sup>13</sup> Ett annat exempel är att vårdval till privata utförare inom planerad kirurgi ökade de totala volymerna inom höftledsoperationer, vilket ledde till kortare värdköer. Samtidigt finns inga effekter på volymerna i offentliga sjukhus specifikt och (sannolikt därför) inte heller någon effekt på kvaliteten totalt sett (Kelly och Stoye 2020).<sup>14</sup> Inte heller finns det några generella skillnader mellan offentliga och privata sjukhus i sig (vare sig vinstdrivande eller icke-vinstdrivande) vad gäller sannolikheten för inskrivningar på akutmottagningar efter elektiv vård (Moscelli m.fl. 2018).<sup>15</sup>

I Tyskland har Wübker och Wuckel (2019) jämfört privata vinstdrivande sjukhus med privata icke-vinstdrivande och offentliga sjukhus gällande vård vid hjärtattack och lunginflammation. Vid lunginflammation hade de privata sjukhusen (både de vinstdrivande och de icke-vinstdrivande) högre överlevnad 30 dagar efter behandling än offentliga sjukhus. Vid hjärtattack fanns ingen sådan skillnad mellan de tre sjukhusgrupperna. En annan tysk studie finner att privatiseringar av offentliga sjukhus som togs över av vinstdrivande organisationer ökade effektiviteten på permanent basis, medan effekterna av övertagande av icke-vinstdrivande organisationer är mer kortlivade (Tiemann och Schreyögg 2012).<sup>16</sup> En tredje tysk studie visar att offentliggörandet av kvalitetsinformation gjorde att vårdkvaliteten ökade mer i områden med högre konkurrens mellan olika utförare, som inkluderar vinstdrivande och icke-vinstdrivande

---

<sup>12</sup> Detta betyder inte att man alltid finner positiva effekter. Forskning finner exempelvis att områden med högre potentiell konkurrens mellan offentliga utförare på grund av marknadsstrukturen minskade kvaliteten och ökade värdköerna i viss (men inte all) elektiv vård efter en reform som tillät patienter välja (offentlig) utförare, även om jämlikheten i väntetider samtidigt ökade (Moscelli m.fl. 2021, 2023). Det finns dock metodologiska frågetecken som gör det svårt att dra starka slutsatser från studierna, bland annat eftersom sjukhus med högre nivåer av potentiell konkurrens innan reformen också såg en högre ökning av antalet diagnoser och patienter med större sjukdomsburda efter reformen. Hur som helst analyserar dessa studier inte effekterna av konkurrens från *privata vårdgivare* och *utökat utbud*.

<sup>13</sup> Vårdtyngden tycks öka även på de offentliga sjukhusen i England – och andra analyser indikerar att de privata klinikerna av olika anledningar har en mer fördelaktig patientmix (Beckert och Kelly 2021) – men detta verkar ha varit en medveten policy från regeringens sida: genom att dela upp ansvaret för patienter med olika behov kan man öka effektiviteten totalt sett. Författarna noterar att en sådan uppdelning kan stärka effektiviteten, men att det i så fall är viktigt att säkerställa att ersättningen är ordentligt differentierad för att kompensera för olika vårdtyngd. Annars riskerar vårdgivare som behandlar de svårare fallen att förlora ekonomiskt på en uppdelning.

<sup>14</sup> Att kvaliteten inte påverkades är inte speciellt konstigt eftersom de offentliga sjukhusens incitament knappt påverkades i praktiken. Detta för att möjligheten att välja ett privat sjukhus enbart tycks ha avlastat de offentliga sjukhusen genom att ge vård tidigare till patienter som annars hade stått i kö till dessa sjukhus.

<sup>15</sup> Här kan man också notera en studie av engelska sjukhus, som visar att konkurrens ger upphov till högre managementkvalitet (Bloom m.fl. 2015). Detta är relevant eftersom sjukhus med god managementkvalitet tenderar att ha bättre vårdutfall (Bloom m.fl. 2014).

<sup>16</sup> Effekterna av privatiseringar till vinstdrivande organisationer tycks delvis uppnås genom att man drar ner på personalstyrkan. Dessa effekter är överlagset störst bland den administrativa personalen, men man minskar också antalet sjuksköterskor. Samtidigt finner man inga effekter på mortaliteten av vinstdrivande privatiseringar. En tolkning av detta är att offentliga sjukhus som sedan privatiseras sannolikt är överbemannade, något som justeras i samband med privatiseringen (Heimeshoff m.fl. 2014).



privata sjukhus (Strumann m.fl. 2022). Samtidigt finner en spansk studie att vårdval i Madrid kraftigt minskade vårdköerna inom specialistvården och ökade patienternas nöjdhet med väntetiderna (Fernández-Pérez m.fl. 2022).<sup>17</sup>

Det finns även relevant forskning från andra nordiska länder. Givet likheterna mellan de nordiska länderna är denna forskning i vissa hänseenden speciellt intressant i detta sammanhang. I början av 2000-talet konkurrensutsattes dagkirurgi genom upphandling i Norge. En studie av Hagen m.fl. (2018) visar att detta sänkte priserna så att ersättningen till vinstdrivande sjukhus låg betydligt under vad de offentliga sjukhusen erhöll genom DRG-systemet.<sup>18</sup> Samtidigt finner en annan norsk studie inga effekter av vårdval på väntetider (eller vårdtyngd) bland offentliga sjukhus – och inte heller någon generell effekt på antalet vårdbesök, varken totalt (med undantag för en ökning av ganglionoperationer) eller bland offentliga sjukhus. Författarna noterar dock att reformens utformning gjorde att den knappt påverkade de ekonomiska incitamenten för de offentliga sjukhusen, vilket är en möjlig förklaring till avsaknaden av effekter bland dessa sjukhus. Eftersom man aktivt ville motverka selektion av patienter bland de privata vårdgivarna var deras ersättning ofta mycket lägre än kostnaden för samma vård bland offentliga sjukhus (Ge m.fl. 2024).<sup>19</sup> I den mån patienter valde privata vårdgivare är det därför rimligt att anta att vårdvalet sänkte kostnaderna, uppenbarligen utan några negativa effekter på de offentliga sjukhusen.<sup>20</sup>

I ytterligare en norsk studie genomför ett antal forskare en större utvärdering av en annan reform som gjorde det möjligt att välja sjukhus (även privata) över hela landet för elektiv vård. Reformen infördes i början av 2000-talet och ökade konkurrensen mellan sjukhusen. Resultaten visar att reformen gav upphov till större minskningar av mortaliteten, tiden som patienterna befann sig på sjukhusen samt vårdköerna vid sjukhus som på grund av marknadsstrukturen hade högre nivåer av potentiell konkurrens före reformen (Brekke m.fl. 2021).<sup>21</sup>

Sammantaget ger internationell forskning inte något stöd för att mer vård i offentlig regi och avskaffade vårdval kommer att leda till högre kvalitet och lägre

---

<sup>17</sup> En översikt av europeiska studier visar på olika resultat beroende på utfall, men denna översiktsstudie blandar metodologiskt väldigt svaga studier med starkare forskning, vilket gör det svårt att dra slutsatser om orsakssamband från den (Kruse m.fl. 2018).

<sup>18</sup> Forskarna spekulerar i att förmågan att effektivisera produktionen skulle kunna vara en delförklaring till dessa resultat, men även att de vinstdrivande sjukhusen saknar akuttjänster, behandlar färre svårt sjuka patienter samt har ett mindre ansvar för utbildning av vårdpersonal.

<sup>19</sup> Ersättningen till privata vårdgivare sattes oftast lägre än det lägsta priset bland sjukhus med kontrakt som upphandlats – och för den vård där man inte hade några priser att gå efter satte man medvetet ersättningen lägre än den som gavs till offentliga sjukhus (Ge m.fl. 2024). Detta skulle också kunna vara en förklaring till varför volymerna inte ökade markant som ett resultat av reformen. Som vi såg i avsnitt 3.1.2 är införandet av vårdval *i sig* inte någon garanti för att vårdvolymerna ska öka; hur vårdvalet utformas är sannolikt avgörande för effekterna.

<sup>20</sup> En annan norsk studie jämför i stället vårdkvaliteten hos offentliga, privata vinstdrivande och privata icke-vinstdrivande sjukhus. Både de vinstdrivande och de icke-vinstdrivande sjukhusen hade betydligt lägre oplanerad återinlägningsfrekvens än de offentliga sjukhusen 30 dagar efter operationerna (Holom och Hagen 2017). Metoden som används är dock inte tillräckligt stark för att kunna dra slutsatser om orsakssamband.

<sup>21</sup> Reformen ökade initialt sannolikheten för återinskrivningar, vilket möjligtvis kan bero på att fler patienter överlevde, men efter att DRG-ersättningen som andel av sjukhusens totala finansiering ökade försvann den effekten.

behandlingskostnader. Snarare verkar det troligt att vårdval och privata vårdgivare i flera fall leder till högre kvalitet, bättre tillgänglighet och lägre kostnader.

### 4.3. Svenska studier

För specialiserad vård finns det ganska få svenska studier som jämför privata och offentliga vårdgivare eller som studerar införandet av vårdval. Jämförelserna försvåras både av datatillgång och andra samtida förändringar i vården. En annan komplikation är att Region Stockholm (tidigare Stockholms läns landsting) har mycket mer privat vård och många fler vårdval än övriga regioner. Därför behandlar nästan alla studier Region Stockholm, varav flera antingen är utförda av eller beställda av regionen. Studiernas relevans är därmed hög, även om studiedesign och metod inte är problemfria. Liknande metodproblem som vi i avsnitt 3 beskrev för ögonsjukvården förekommer även i publicerade artiklar och utredningar, vilket innebär att flera av de svenska studiernas slutsatser är mer osäkra än vad man kan tro efter en snabb genomläsning.

#### *Jämförelser av privata och offentliga vårdgivare*

Stockholms läns landsting publicerade 2015 en jämförande studie av effektiviteten vid akutsjukhusen Capio S:t Görans sjukhus, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset. Dessa sjukhus är jämförbara eftersom de liknar varandra i flera dimensioner. De har bland annat liknande fördelning både mellan akut och elektiv vård och mellan öppenvård och slutenvård, samt liknande patientunderlag. Slutsatsen blev att det privata Capio S:t Görans sjukhus producerade vård mer effektivt än de två offentliga sjukhusen. Kostnadsskillnaden per DRG-poäng var 2–6 procent till Capio S:t Görans fördel. Capio S:t Görans betalade en något högre totalersättning per anställd, men hade samtidigt en betydligt högre personalproduktivitet. Capio S:t Görans sjukhus hade även nöjdare medarbetare, något högre patientupplevd kvalitet samt något högre medicinsk kvalitet enligt flera parametrar (SLL 2015).

Även en studie av analysföretaget Sirona (2021) visar att den ersättning som svenska regioner betalar till privata vårdgivare i flera fall ligger betydligt under regionernas egna kostnader för samma behandlingar. Ersättningen till privata vårdgivare var 21–35 procent lägre för höftprotesoperationer och 21–63 procent lägre för operationer av grå starr jämfört med kostnaden för samma operationer på offentliga sjukhus.

I en studie av Stockholms ambulanssjukvård visar Knutsson och Tyrefors (2022) att privata ambulanser har varit 7 procent snabbare och 24 procent billigare än offentliga ambulanser, men att fler patienter avled bland dem som blivit tilldelade en privat ambulans (1,3 promilles ökad 30-dagarsmortalitet). Lägre dödlighet är ett argument för offentlig ambulanssjukvård, men det är märkligt att Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Stockholm förväntar sig minskade kostnader genom att organisera vägburen ambulanssjukvård helt i egen regi. I det aktuella tjänsteutlåtandet (HSN 2023-0665) nämns en kostnadsreducering på en procent eller cirka 10 miljoner kronor, trots att privat ambulanssjukvård alltså har varit 24 procent billigare än offentlig. Utan vidare analyser kan den förespeglade besparingen därmed inte betraktas som en rimlig bedömning. (Det skulle också kunna vara så att den högre mortaliteten inom den privata sektorn går att hantera med ett annorlunda upphandlingsförfarande, men som diskuterades i avsnitt 3 har inga sådana jämförande konsekvensanalyser av olika reformförslag genomförts.)

### *Vårdval*

De allra flesta svenska studier av vårdval har behandlat primärvården, där införandet av vårdval har förbättrat tillgänglighet, utbud, mångfald och valfrihet. Vårdkonsumtionen har ökat i alla grupper, men mer i socioekonomiskt starka än i socioekonomiskt svaga grupper (SLL 2017). Vårdvalet har också gjort patienterna något mer nöjda med primärvården, men utan att påverka medicinsk kvalitet (Dietrichson m.fl. 2020).

En tidig analys av fyra vårdval (gynekologi, hud, ögon och öron-näsa-hals) genomfördes i Stockholms läns landsting 2013. Dessa vårdval med tillhörande utflyttning av specialistvård från akutsjukhusen ökade specialistvårdens tillgänglighet och minskade väntetiderna. Kvalitetseffekterna var mer osäkra, men tydde på oförändrad eller något högre medicinsk och patientupplevd kvalitet (SLL 2013).

Region Stockholms vårdval för ryggkirurgi har utvärderats i en rapport av två forskare vid Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi vid Linköpings universitet (Eriksson och Levin 2018). Vårdval ryggkirurgi infördes i Stockholms län 2013 med en värdepisodbaserad ersättning med ett tillägg baserat på patienternas upplevda smärta ett år efter operation. Rapporten visar att antalet opererade patienter ökade med 17 procent efter vårdvalets införande samtidigt som kostnaden per operation minskade. Produktionsökningen fyllde ett behov; även om den som opererades inte fick högre livskvalitet med vårdval, så ökade den sammanlagda livskvaliteten när fler personer kunde opereras. En annan viktig vinst var att antalet sjukskrivna patienter minskade. Ersättningsmodellens utformning lyfts fram som viktig. Modellens komplexitet har gett upphov till administrativa kostnader samtidigt som den prestationsbaserade delen av ersättningen har uppfattats som för låg för att generera tydliga effekter.

Vårdval för höft- och knäprotesoperationer infördes i Stockholms läns landsting 2009. En studie av Goude m.fl. (2022) fokuserar på höftprotesoperationerna. Före reformen hade de flesta höftprotesoperationer utförts vid akutsjukhus men med reformen flyttade operationerna successivt över till mindre privata vårdgivare. Goude m.fl. (2022) visar att vårdvalet minskade förekomsten av "negativa händelser" (komplikationer, ny operation, eller att patienten avled) med 1,6 procentenheter 90 dagar efter operation. Patienternas vistelsetid vid operationen minskade i hela landet, men minskade långsammare i Stockholm efter vårdvalets införande. Resultaten överensstämmer i stora drag med en tidigare studie av Wohlin m.fl. (2016), som även framhåller att landstingets kostnader per patient minskade med 20 procent så att totalkostnaden kunde minska med 3 procent trots att antalet operationer ökade med 21 procent.

### *Slutsatser från svenska studier*

Inte heller de svenska studierna ger stöd för att avskaffade vårdval och mer vård i offentlig regi kommer att ge högre kvalitet och lägre kostnader. Privata Capio S:t Görans sjukhus och andra privata vårdgivare framstår i flera fall som mer kostnadseffektiva än vård i offentlig regi. Däremot skulle ambulanssjukvårdens kvalitet möjligtvis förbättras i offentlig regi, men då till en högre kostnad än i dag. Ett annat alternativ vore att justera upphandlingsförfarandet, vilket dock inte har utretts av förvaltningen. Även om det finns svårlösta metodproblem i flera studier förefaller de studerade vårdvalen fungera väl. Detta är särskilt tydligt inom ryggkirurgi samt höft- och knäprotesoperationer, men tidiga utredningar tyder på positiva effekter även för vårdvalen inom gynekologi, hud, ögon och öron-näsa-hals.

## 5. Rekommendationer och slutsatser

Den rödgröna koalitionen i Region Stockholm håller just nu på att genomföra stora förändringar av den specialiserade sjukvården. Vårdval och privata utförare dras tillbaka till förmån för upphandlingar och vård i egen offentlig regi. I den här rapporten har vi visat att underlagen till dessa beslut lämnar mycket övrigt att önska. De flesta förändringar har inte utretts ordentligt och de utredningar som regionen genomfört håller inte tillräcklig kvalitet. Analyserna är ytliga och ignorerar förekomsten av målkonflikter. Dessutom talar forskning och andra utredningar om något för att flera av förändringarna riskerar att ge negativa konsekvenser. Exempelvis verkar flera av de vårdval som har utretts ordentligt fungera väl.

Med tanke på det osäkra kunskapsläget framstår det som onödigt riskfyllt att på kort tid genomföra stora förändringar av en så komplex verksamhet som specialistsjukvården. Det vore rimligare att stanna upp och utreda förändringarna ordentligt. Sådana utredningar bör behandla flera frågor, bland annat följande (och i förekommande fall för varje specialistområde):

- Hur skiljer sig kvalitet och kostnader mellan offentlig och privat sjukvård?
- Hur ser förutsättningarna ut för att ge kostnadseffektiv sjukvård av hög kvalitet på olika typer av vårdinrättningar, som akutsjukhus, närakuter, specialistkliniker och vårdcentraler?
- Vilka målkonflikter behöver hanteras och hur görs det bäst?
- I vilken utsträckning förekommer överkonsumtion och underkonsumtion av sjukvård, när bland annat vårdbehov, medicinska bedömningar, tillgänglighet och vårdgarantin noggrant beaktas?
- Vad kan åstadkommas genom att justera regelverket för vårdval och villkoren i upphandlade kontrakt?
- Hur har vårdval påverkat sjukvårdens kvalitet, tillgänglighet, styckkostnad och totalkostnad?
- Vilka konsekvenser skulle ett avskaffat vårdval få?

Alla vårdval fungerar inte nödvändigtvis väl, men de problem som finns behöver beläggas i ordentliga utredningar. Sedan behöver olika tänkbara lösningar jämföras med varandra. För att kunna höja vårdens effektivitet behöver styckkostnader beräknas och beaktas. Nuvarande fokus på totalkostnader är ett trubbigt angreppssätt som riskerar att fördyra vården genom uteblivna effektiviseringar.

Att stanna upp och genomföra ordentliga utredningar skulle förbättra besluten, men även fylla en demokratisk funktion genom en mer transparent beslutsprocess och en mer faktabaserad politisk debatt.

## Referenser

- Arnell-Szurkos, Enikő. 2023. "Region Stockholm avskaffar vårdval vid utmattningssyndrom", *Läkartidningen*, 13:e februari, <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/02/region-stockholm-avskaffar-vardval-vid-utmattningssyndrom/>.
- Beckert, Walter och Elaine Kelly. 2021. "Divided by choice? For-profit providers, patient choice and mechanisms of patient sorting in the English National Health Service." *Health Economics* 30 (4): 820–839.
- Bergman, Mats, 2013. *Upphandling och kundval av välfärdstjänster – en teoribakgrund*. Uppdrag välfärd.
- Blix, Mårten och Henrik Jordahl. 2009. *Privatizing Welfare Services*. Oxford: Oxford University Press.
- Bloom, Nicholas, Renata Lemos, Raffaella Sadun, Daniela Scur och John Van Reenen. 2014. "The new empirical economics of management." *Journal of the European Economic Association* 12 (4): 835–876.
- Bloom, Nicholas, Carol Propper, Stephan Seiler och John Van Reenen. 2015. "The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals". *Review of Economic Studies* 82 (2), 457–489.
- Brekke, Kurt R., Chiara Canta, Luigi Siciliani och Odd Rune Straume. 2021. "Hospital competition in a national health service: Evidence from a patient choice reform." *Journal of Health Economics* 79, 102509.
- Cooper, Zack, Stephen Gibbons och Matthew Skellern. 2018. "Does competition from private surgical centres improve public hospitals' performance? Evidence from the English National Health Service". *Review of Economic Studies* 82 (2), 457–89.
- Dietrichson, J., Ellegård, L.M., Kjellsson, G., 2020. "Patient choice, entry, and the quality of primary care: Evidence from Swedish reforms." *Health Economics*, 29(6), 716–730. doi: 10.1002/hec.4015
- Duggan, M. , Gupta, A., Jackson, E., Templeton, Z., 2023. "The impact of privatization: Evidence from the hospital sector." NBER Working Paper 30824. National Bureau of Economic Research.
- Eriksson, T., Levin, L.-Å., 2018. "Utvärdering av vårdval ryggkirurgi i Stockholms län." Rapport 2018:1 i CMT:s rapportserie, Linköpings universitet.
- Ge, Ge, Tor Iversen, Oddvar Kaarbøe och Øyvind Snilsberg. 2024. Impacts of Norway's extended free choice reform on waiting times and hospital visits." *Health Economics* <https://doi.org/10.1002/hec.4801>.
- Goude, F., Garellick, G., Kittelsen, S., Malchau, H., Peltola, M., Rehnberg, C., 2022. "Effects of competition and bundled payment on the performance of hip replacement surgery in Stockholm, Sweden: Results from a quasi-experimental study." *BMJ Open* 2022;12:e061077. doi: 10.1136/bmjopen-2022-061077.
- Gustafsson, Anna. 2024. "Region Stockholm vill köpa bolaget bakom 1177", *Dagens Nyheter*, 15:e januari, <https://www.dn.se/sverige/region-stockholm-vill-kopa-bolaget-bakom-1177/>.
- Gårdsäter, Emma och Fredrik Mellgren. 2008. "Långa vårdköer trots många politiska löften", *Svenska Dagbladet*, 28:e februari, <https://www.svd.se/a/4fc354e6-4df8-3f7f-89e3-9c170e9eb0be/langa-vardkoer-trots-manga-politiska-loften>.
- Fernández-Pérez, Ángel, Dolores Jiménez-Rubio och Silvana Robone. 2022. "Freedom of choice and health services' performance: Evidence from a national health system." *Health Policy* 126(12), 1283–1290.

- Hadžialić, Aida. 2022. "Vi måste tillbaka till att ge vård efter behov", Mitt Stockholm, 10:e juni, <https://www.mitti.se/debatt/debatt-vi-maste-tillbaka-till-att-ge-var-d-efter-behov-6.27.36924.365a8b22e8>.
- Hagen, T. P., Holom, G. H., Ameyu, K. N., 2018. "Outsourcing day surgery to private for-profit hospitals: the price effects of competitive tendering." *Health Economics, Policy and Law*, 13(1): 50–67.
- Heimeshoff, Mareike, Jonas Schreyögg och Oliver Tiemann. 2024. "Employment effects of hospital privatization in Germany." *European Journal of Health Economics* 15, 747–757.
- Herrera CA, Rada G, Kuhn-Barrientos L, Barrios X., 2014. "Does ownership matter? An overview of systematic reviews of the performance of private for-profit, private not-for-profit and public healthcare providers." *PLoS One*. 2014 Dec 1;9(12):e93456. doi: 10.1371/journal.pone.0093456
- Holom, G.H., Hagen, T. P., 2017. "Quality differences between private for-profit, private non-profit and public hospitals in Norway: A retrospective national register-based study of acute readmission rates following total hip and knee arthroplasties." *BMJ Open*, 7 (8).
- HSN 2022-0525. Utredning av beställningsform - Vårdval Specialiserad rehabilitering vid långvarig smärta och vid utmattningssyndrom samt tilläggsuppdrag Specialistläkarmottagning vid ME/CFS." Tjänsteutlåtande.
- HSN 2022-0764. "Ögonsjukvården i Region Stockholm." Rapport.
- HSN 2023-0097. "Omställningsplan vårdval 2023." Tjänsteutlåtande.
- HSN 2023-0225. "Beslut om att organisera Prehospital läkartjänst i egen regi." Tjänsteutlåtande.
- HSN 2023-0665. "Beslut om att organisera tjänsten vägburen ambulanssjukvård i egen regi." Tjänsteutlåtande.
- HSN 2023-0937. "Förslag till avveckling av vårdval specialiserad ögonsjukvård." Tjänsteutlåtande.
- HSN 2023-0938. "Förslag att upphandla tjänster inom öppen specialiserad ögonsjukvård." Tjänsteutlåtande.
- HSN 2023-0955. "Förslag att avveckla vårdval specialiserad allergologi." Tjänsteutlåtande.
- Kelly, Elaine och George Stoye. 2020. "The Quality and Efficiency of Public and Private Firms: Evidence from Ambulance Services." *The Quarterly Journal of Economics*, 137 (4), 2213–2262.
- Knutsson, Daniel och Björn Tyrefors. 2022. "The Quality and Efficiency of Public and Private Firms: Evidence from Ambulance Services." *The Quarterly Journal of Economics*, 137 (4), 2213–2262.
- Kruse FM, Stadhouders NW, Adang EM, Groenewoud S, Jeurissen PPT, 2018. "Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review." *International Journal of Health Planning and Management*, 2018;33: e434–e453. <https://doi.org/10.1002/hpm.2502>.
- Lanryd, Lovisa. 2024. "Socialiseringsvågen i Stockholm – så försvinner din vård och frihet." Rapport. Timbro.
- Mellgren, Fredrik. 2022. "Genombrott för privat sjukvård", Svenska Dagbladet, 15:e April. <https://www.svd.se/a/aaf40e4d-166f-34f3-8008-0314a53d197f/genombrott-for-privat-sjukvard>.



- Moscelli, Giuseppe, Hugh Gravelle, Luigi Siciliani och Nils Gutacker 2009. "The effect of hospital ownership on quality of care: Evidence from England." *Journal of Economic Behavior & Organization* 153: 322–344.
- Moscelli, Giuseppe, Hugh Gravelle och Luigi Siciliani. 2021. "Hospital competition and quality for non-emergency patients in the English NHS." *Rand Journal of Economics* 52: 382–414.
- Moscelli, Giuseppe, Hugh Gravelle och Luigi Siciliani. 2023. "The effect of hospital choice and competition on inequalities in waiting times." *Journal of Economic Behavior & Organization* 205: 169–201.
- Propper, Carol. 2018. "Competition in health care: lessons from the English experience." *Health Economics, Policy and Law*. 13 (3-4): 492-508. doi:10.1017/S1744133117000494.
- Rehnberg, Claes, Nils Janlöv och Jahangir Khan. 2009. "Uppföljning av Vårdval Stockholmår 2008." Rapport. Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
- SCB. 2024. Data hämtad från Statistikdatabasen.
- Schröder, Emil. 2023. "Mottagning säger upp avtal i förtid när vårdval allergologi avvecklas", *Dagens Medicin*, 22:a december 2023, <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/politik/mottagning-sager-upp-avtal-i-fortid-nar-vardval-allergologi-avvecklas/>.
- Sirona, 2021. "Hur uppskjuten vård kan arbetas bort med stöd av privata vårdgivare." Studie genomförd av analysföretaget Sirona på uppdrag av Vårdföretagarna.
- SLL. 2000. "Vården under 90-talet – Del I. Den organisatoriska nivån". Rapport 2020:4. Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting.
- SLL, 2013. Konsekvensutredning – Utskifte av vård från akutsjukhusen och införande av vårdval. Dnr: HSN 1309-0966.
- SLL, 2015. Benchmarking av akutsjukhusens effektivitet: Kärnverksamheterna på Danderyds sjukhus, Capio S:t Görans sjukhus och Södersjukhuset. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Avdelningen för somatisk specialistvård. Dnr 1408-1118.
- SLL, 2017. Vårdval 10 år: Vad vet vi om dess effekter? Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Dnr: HSN 2017-1485.
- Sloan F.A., Valdmanis V.G., 2023. "Relative Productivity of For-Profit Hospitals: A Big or a Little Deal?" *Medical Care Research and Review*. 2023;0(0). doi:10.1177/10775587221142268
- SKR. 2024a. "Verksamhetsstatistik 2013–2022". Statistik för verksamhetsåret 2022. <https://skr.se/download/18.20fc4f3e18a1757f8fcb7ee7/1693991409961/Ekonomi-statistik%202013-2022%200904.xlsx>
- SKR. 2024b. "Regionernas valfrihetssystem 2023". Införda valfrihetssystem 2007 och framåt. [https://skr.se/skr/tjanster/dataset#esc\\_entry=338&esc\\_context=1](https://skr.se/skr/tjanster/dataset#esc_entry=338&esc_context=1).
- SKR. 2024c. "Vårdprisindex, VPI." Data hämtad från SKR:s hemsida: <https://skr.se/download/18.1055b2c8184b406e1d37d6b1/1680702557621/2022-11-VPI-2022.xlsx>.
- SKR. 2024d. "Väntetider i vården". Genomförda första besök inom 90 dagar i ögonsjukvård. Data hämtad från <https://vardenisiffror.se/>.
- SKR. 2024e. "Medel- och medianväntetid." Data hämtad från <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/uppskattadvantetidochledigkap-acitet/medelochmedianvantetid.73770.html>.
- Socialdemokraterna. 2022. "Sätt stopp för sönderprivatiseringen". Pressmeddelande, <https://via.tt.se/pressmeddelande/3328145/satt-stopp-for-sonderprivatiseringen?publisherId=142377>.

- Socialstyrelsen. 2024. Data hämtad från statistikdatabasen för diagnoser. <https://sdb.socialstyrelsen.se/if-par/val.aspx>.
- Steiner, Hamilton. 2022. "Regionen ska ta över 1177 – vill hänvisa färre till akuten", Dagens Nyheter, 11:e november 2022, <https://www.dn.se/sverige/regionen-ska-ta-over-1177-vill-hanvisa-farre-till-akuten/>.
- Strumann, Christoph, Alexander Geissler, Reinhard Busse och Christoph Pross, 2022. "Can competition improve hospital quality of care? A difference-in-differences approach to evaluate the effect of increasing quality transparency on hospital quality." *European Journal of Health Economics*, 23: 1229–1242.
- Tiemann, Oliver och Jonas Schreyögg, 2012. Changes in hospital efficiency after privatization, *Health Care Management Science*, 15: 310–326.
- Torkelsson, Anna-Cajsa. 2024. "Nya vändningen: Telefonrådgivning via 1177 i regional regi utreds vidare", *Dagens Medicin*, 16:e februari, <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/02/nya-vandningen-telefonradgivning-via-1177-i-regional-regi-utreds-vidare/>.
- Tottmar, Mia. 2023. "Region Stockholm slopar vårdval för specialiserad ögonsjukvård", *Dagens Nyheter*, 09:e november, <https://www.dn.se/sverige/region-stockholm-slopar-vardval-for-specialiserad-ogonsjukvard/>.
- Wohlin, J., Stalberg, H., Ström, O., Rolfson, O., Willers, C., Brommels, M., 2016. Nytt ersättningssystem och vårdval höft- och knäprotesoperationer: Uppföljningsrapport. Karolinska Institutet.
- Wübker, Ansgar och Christiane Wuckel, 2019. The Impact of Private for-Profit Hospital Ownership on Costs and Quality of Care – Evidence from Germany, *CESifo Economic Studies*, 65 (4): 373–401, <https://doi.org/10.1093/cesifo/ifz005>
- Örstadius, Kristoffer. 2018. "Fakta i frågan: Har vårdköerna vuxit?", *Dagens Nyheter*, 3:e mars, <https://www.dn.se/nyheter/politik/fakta-i-fragan-har-vardkoerna-vuxit/>.