

The background of the cover is a photograph of a medical examination room. In the foreground, there is a white examination table with a black padded headrest. Behind the table is a large window with horizontal blinds, through which some greenery is visible. The room has light-colored walls.

November 2025

Svensk sjukvård – ett varnande exempel i Norden

Rapport från ett seminarium med
experter från Norge, Island, Danmark
och Sverige

arena idé

Svensk sjukvård – ett varnande exempel i Norden

Författare: Göran Dahlgren, Finn Diderichsen, Linn Herning,
Ögmundur Jónasson, Ulrika Lorentzi, Marta Szebehely, Irene Wanland

Redaktörer: Irene Wanland och Lisa Pelling

ISBN: 978-91-989870-5-8

Grafisk form: Simon Karlsson, Arena Idé

© Arena Idé och författaren

Stockholm 2025

Innehåll

Inledning	4
Norge: Avkommersialiseringsutredningen ger hopp om en vändning.....	6
Island: Smygande privatisering av sjukvården	10
Danmark: En nyfiken men också skeptisk åskådare	12
Sverige: Ett avskräckande exempel	17
Sverige: Den svenska sjukvårdens kommersialisering – drivkrafter och motkrafter.....	23
Resultat – ökad ojämlikhet	24
Fortsatt låg medicinskt åtgärdbar dödlighet	24
Minskad krisberedskap	25
En jämförelse mellan LOV och det norska fastlegesystemet.....	25
Hur hamnade vi här?	27
Kommersiella intressen.....	27
Privata icke vinstdrivna vårdgivare	29
Politiska drivkrafter och motkrafter	29
Svenska LO: Målet är en jämlik vård för en jämlik hälsa	35

Inledning

Den offentliga svenska sjukvården har ofta lyfts fram som en internationell förebild. Trots sina brister har den visat att man till rimliga kostnader kan erbjuda hela befolkningen en god behovsbaserad vård. Under den senaste 20-årsperioden har Sverige dock tappat sin roll som förebild, inte minst ur ett nordiskt perspektiv.

I en norsk offentlig utredning, den så kallade Avkommersialiseringsutredningen (NOU 2024:17), lyfter man bland annat fram att de svenska marknadsorienterade reformerna ”innebär en vridning från behovs- till efterfrågestyrda tjänster”. Marknadsstyrningen och privatiseringen av svensk sjukvård har, enligt den norska utredningen, bidragit till ökad social och geografisk ojämlikhet, samtidigt som privatiseringarna öppnat upp för ökad välfärdskriminalitet. Även i Danmark och på Island används utvecklingen inom svensk sjukvård som ett avskräckande exempel.

Övergången från föredöme till varnande exempel ur ett nordiskt perspektiv var temat för ett seminarium som hölls i ABF-huset i Stockholm den 11 september 2025.¹ På seminariet medverkade experter från Norge, Island, Danmark och Sverige. **Linn Herning**, ledare för den norska fackliga tankesmedjan For velferdsstaten och en av medlemmarna i den norska Avkommersialiseringsutredningen, inledde. Hon vittnade om hur utredningen mötts av stort motstånd, men att den också verkar ha fått till följd att norska välfärdsföretag, på grund av att den ”politiska risken” har höjts i Norge, är på gång att flytta mer av sin verksamhet till Sverige. **Ögmundur Jónasson**, tidigare hälso- och sjukvårdsminister på Island, berättade om en smygande privatisering på ön, och **Finn Diderichsen**, som är professor i folkhälsovetenskap vid Köpenhamns universitet men som också varit verksam både som läkare och som forskare i Sverige, berättade om hur man i Danmark ser på de svenska marknadsreformerna inom sjukvården. **Marta Szebehely**, professor emerita i socialt arbete vid Stockholms universitet och även hon medlem i Avkommersialiseringsutredningen, bidrog med sina insikter från arbetet med den norska utredningen. **Ulrika Lorentzi**, välfärdsutredare på LO, berättade om LO:s syn på välfärdens styrning.

I den här rapporten kan du ta del av deras presentationer och få tips på vidare läsning. Stort tack till **Irene Wanland** som har förvandlat föredrag och diskussioner till lättillgänglig text som de medverkande sedan har slutredigerat. Rapporten innehåller också en artikel av **Göran Dahlgren**, en av initiativtagarna till seminariet. Göran Dahlgren är bland annat tidigare chef för Socialdepartementets sjukvårdsenhet och gästprofessor vid universitetet i Liverpool.

¹ Seminariet arrangerades i samarbete med Gemensam Velfärd och S-föreningen för bättre och jämlik hälsa.

Arena Idé, en fackligt finansierad tankesmedja med löntagar- och medborgarperspektiv, har under de senaste åren försökt bidra till en fördjupad debatt om vårdens vägval och förutsättningarna för en mer jämlik vård i Sverige och de andra nordiska länderna. Vi har bland annat översatt en sammanfattning av den norska avkommersialiseringsutredningen till svenska, och boken *Jämlik vård – en handlingsplan* från 2021 har översatts till isländska. En rapport på engelska, *Don't try this at home*, som lanserades i Helsingfors tidigare i år, varnar andra länder i Norden och Europa för att importera de svenska marknadsexperimenten.

Läs mer på <https://arenaide.se/projekt/vardens-vagval/> och tveka inte att höra av dig med idéer och förslag.

Stockholm i november 2025

Lisa Pelling

Statsvetare och chef för tankesmedjan Arena Idé

Norge:

Avkommersialiseringsutredningen ger hopp om en vändning

Linn Herning, ekonomhistoriker

NORGE

Invånarantal: 5,5 miljoner

Beräknad medellivslängd: 83,1 år

Landets sjukvårdskostnad per person: 5 376 euro

Linn Herning är ledare för For velferdsstaten, en allians av ett antal fackförbund som bildades 1999. Alliansen arbetar för en stark offentlig sektor, mot privatiseringar, marknadsliberalism och avregleringar. For velferdsstaten deltar i den offentliga debatten, bistår politiker och fackförbund, ger ut rapporter samt ordnar konferenser och kampanjer.

Linn var medlem i den norska statliga Avkommersialiseringsutredningen och är bland annat författare till boken *Velferdsprofitørene – Om penger, makt og propaganda i de norske velferdstjenestene*.

Hur startades Avkommersialiseringsutredningen?

Efter förra valet 2021 bildade Arbeiderpartiet och Senterpartiet regering. De bägge partierna uttryckte i avtalet om samarbetet att de var emot ökad kommersialisering i offentlig sektor. De ville också kraftigt minska den kommersialisering som redan genomförts.

– En del personer i dessa partier brinner verkligen för den här frågan. Vårt centerparti är ”mer rött” än ert i Sverige, säger Linn.

När de sedan skulle besluta om den första statsbudgeten behövdes stöd från partiet Sosialistisk Venstre. Partiet krävde då, och fick igenom, att det skulle tillsättas en utredning om en avkommersialisering av välfärden.

Hur reagerade det norska näringslivet på beslutet om att tillsätta utredningen?

– Motståndet drog i gång direkt, när idén till utredningen offentliggjordes. Näringslivet skickade ut sina tyngsta debattörer. Ledaren för den norska näringslivsorganisationen sa ”Det är fel medicin för Norge”, och från välfärdsföretagens organisation var budskapet ”Det är mot den norska modellen”.

Det senare är intressant, näringslivet har arbetat hårt för att vända synen på ”den norska modellen”. Att försvara den nordiska modellen med en gemensam

velfärd är för näringslivet ett angrepp på det de numera betecknar som ”den norska modellen”.

Den norska motsvarigheten till tankesmedjan Timbro sa att utredningen var ”ett brott mot den norska utredningsmodellen”, att den var ”ren ideologi från den yttersta vänstern”.

I årsredovisningen från landets största välfärdsföretag, Norlandia, skrev man att ”den politiska risken” har höjts på grund av utredningen. Därför satsar nu företaget på marknader i andra länder, bland annat i Sverige.

Hur definierade utredningen begreppet ”välfärdstjänster”?

– Vi ägnade mycket tid åt den frågan, som en grund för arbetet i utredningen. Slutsatsen blev att välfärden ska vara en samhällsfunktion med jämlik tillgång för medborgarna, ha kvalitetskrav för alla utförare, ska styras politiskt och vara skattefinansierad. Välfärdstjänsterna täcker medborgarnas basbehov, möter ofta brukare i sårbara situationer, är komplexa och innebär relationer mellan människor.

I den definitionen passar inte vinstdrivande verksamheter in. Man kan inte mäta och reglera alla dessa delar i upphandlade kontrakt. Om en stor kontrollapparat måste skapas för de privata välfärdsföretagen, kan kostnaden för den äta upp eventuella vinster för beställaren i upphandlingen.

Utredningen hade också representanter från näringslivet, kunde ni enas?

– När det gällde uppdraget att definiera gränsen mellan ideella och vinstdrivna aktörer var vi helt eniga. När sedan den slutliga utredningen blev klar, med förslag på avkommersialisering, reserverade sig inte oväntat näringslivets representanter. Inte bara mot vissa slutsatser eller formuleringar utan mot allt! Utredningens mandat, sammansättningen av utredningen, faktaunderlaget och resultatet. De har på det sättet lyckats underminera trovärdigheten i utredningen.

– Jag blev till och med kallad ”den onda Linn” till skillnad från en namn i en näringslivsorganisation som kallades ”den goda Linn”. Jag har blivit utpekad som konspirationsteoretiker och vaccinmotståndare, bara för att jag levererat fakta om välfärden. Den som vill utmana vinstintresset i välfärden får alltså räkna med ett massivt motstånd!

Vilka är utredningens huvudsakliga resultat?

Vi har utrett tre olika modeller, en där samhället tar tillbaka alla verksamheter i egen regi, en där man behåller de ideella men fasar ut de kommersiella och en tredje modell där de kommersiella aktörerna finns kvar men blir mer reglerade.

Alla tre modellerna har beskrivits: barnomsorg, social heldygnsvård för barn och ungdomar (motsvarande svenska HVB-hem), skola, arbetsmarknadsåtgärder, asylmottagningar, äldreomsorg och sjukhus. Verksamheterna skiljer sig åt, både när det gäller grad av kommersialisering och hur de är reglerade i lagstiftningen.

Våra förslag innebär att politikerna får en handlingsplan för varje välfärdsområde: olika grader av avkommersialiseringar och vad som krävs för att genomföra dem, med detaljerade handlingsplaner.

Vårdhem för äldre är till exempel lätta att avkommersialisera eftersom de drivs med tidsbegränsade kommunala avtal. När det gäller barnomsorgen krävs en helt annan strukturell och politisk process.

Där är det fri etableringsrätt och förskolorna äger sina lokaler. Då måste kommunerna antingen köpa ut enheterna eller bygga egna.

Kan du välja ut några av de mer detaljerade förslagen?

För de mest sårbara brukarna avråder vi helt från att anlita privata företag. Det gäller främst de enheter för barn som motsvarar de svenska HVB-hemmen.

- » De privata enheterna bör vara egna fristående företag, juridiska subjekt, för att ge bättre insyn i ekonomin.
- » Man bör införa en digital kontroll av bemanningen och kompetenskraven. Alla stora skandaler, både i Sverige och i Norge, har med bemanningen att göra. Företagen bryter mot avtalen genom att inte ha tillräckligt med personal, eller personal med fel kompetens.
- » Se till att de anställdas villkor i privata företag inte försämras för att öka lönsamheten.
- » Besluta inte om fri etablering, inför förhandsgranskning av privata företag och ha bra register.

Vill utredningen förbjuda vinst för de privata välfärdsföretagen?

I början pratade vi om att förbjuda vinst. Norge har dock redan i princip ett vinstförbud men det fungerar inte i praktiken, det är väldigt svårt att reglera. Pengarna försvinner i överföringar inom stora koncerner. Därför förespråkar vi inte den modellen.

Hur har ni använt det svenska exemplet?

Vi har konstaterat att Sverige var tidigt ute med marknadsreformer och har kommit längre. Vi har speciellt studerat den svenska lagen om valfrihet i äldreomsorg och primärvård, liksom friskolereformen. Den norska barnomsorgen är formad som den svenska friskolereformen, efter massiv påverkan från välfärdsföretagen.

Välfärds kriminaliteten i Sverige är också en intressant effekt av systemet, som vi borde uppmärksamma mer i Norge.

Kan man säga att utredningen har ett antal huvudbudskap?

Ja, vi har sammanfattningsvis formulerat ett antal huvudbudskap:

- » Först och främst – avkommersialisering är möjlig även om det möter motstånd och kräver politisk vilja.

- » Det har betydelse för brukaren vem som levererar välfärdstjänsten.
- » Samhället bör ha en strategi för att prioritera ideella aktörer.
- » Vi behöver nyansera diskussionen om kvalitetsbegreppet, om vi tror att vi kan reglera kvalitet för en verksamhet så öppnar det för privata utförare.
- » Valfrihet för brukaren är inte alltid bra, det ökar ojämlikheten i systemet, vi vill inte ha vinnare och förlorare i välfärden.
- » Större regleringar begränsar de välfärdsanställdas handlingsfrihet.
- » Fortsätter kommersialiseringen att öka kan det innebära att vi får en tudelad, ojämlik välfärd.

LÄSTPS:

På For velferdsstatens hemsida finns mängder av rapporter och analyser.
<https://velferdsstaten.no/>

Den senaste rapporten är **Velferdsprofitørene 2025** (augusti 2025). <https://velferdsstaten.no/2025/08/08/notat-velferdsprofitorene-2025/>

Velferdsprofitørene Om penger, makt og propaganda i de norske velferdstjenestene
(Forlaget Manifest 2015)

Island:

Smygande privatisering av sjukvården

Islands tidigare hälsominister Ögmundur Jónasson, Vänsterpartiet de Gröna.

ISLAND

Invånarantal: 389 000

Beräknad medellivslängd: 82,6 år

Landets sjukvårdskostnad per person: 3 748 euro

Har Islands sjukvård privatiserats?

Ja, det har skett gradvis och inte alltid så synligt under de två senaste årtiondena eftersom vården fortfarande är skattefinansierad. Marknadsföringen av privat vård har ökat och patienterna har börjat ses som kunder. Synen på sjukvården har delvis förändrats från att vara en del av den allmänna välfärden till en vara som har ett pris.

I Reykjavíkområdet har vi fyra vårdcentraler som är privata, med offentlig finansiering. I avtalen med staten har ägarna inte rätt att ta ut vinst. Men i vissa fall har ägarna startat aktiebolag kring verksamheternas fastigheter och där kunnat slussa vinster till ägarna. Pengarna hittar alltid en väg.

I primärvården har vi inte kommit så långt som i Sverige. I den specialiserade sjukvården däremot, har privatiseringen gått längre än i de övriga nordiska länderna. Det är tillåtet för specialistläkare på sjukhusen att starta en egen, privat mottagning vid sidan av om de arbetar högst 80 procent, en möjlighet som många använder sig av.

Vilka problem medför privatiseringen?

Det blir en koncentration av privata enheter i huvudstadsområdet vilket leder till problem med tillgänglighet på landsbygden. Den privata vården kan också undvika att ta emot patienter med mer komplicerade diagnoser. Dessa mer olönsamma patienter får den offentliga sjukvården ta hand om. Behandlingar av vårdskador som uppstått i den privata vården hamnar också hos den offentliga vården.

De privata mottagningarna har heller ingen roll i utbildningssystemet, de erbjuder till exempel inte utbildning och praktik för läkarstudenter.

Ser du en möjlighet att vända utvecklingen?

Ja, i teorin kan den privata vården avvecklas. De privata vårdcentralerna styrs av tidsbegränsade avtal med staten. Specialistmottagningarnas ekonomi styrs av statsbudgeten, där den isländska försäkringskassan får ett anslag som sedan förhandlas med Läkarförbundet, när det gäller att fastställa antalet besök och avgifter i specialistvården.

Men om det är politiskt möjligt att förändra systemet är en annan sak. Det finns troligen inte en majoritet i det isländska Alltinget (*Alþingi*, Islands riksdag) för detta. Bland medborgarna är det dock tvärtom, en stor majoritet vill att sjukvården ska drivas i offentlig regi.

Har den norska avkommersialiseringsutredningen och erfarenheterna från Sverige påverkat Island?

Ja, delvis. Privatiseringarna i den svenska sjukvården har påverkat den hälsopolitiska debatten. Min generation har vuxit upp med att man kunde lita på Sveriges socialdemokrati. Först på senare år har vi upptäckt, alltför sent, att andan av samhällsansvar inte längre är densamma i det svenska folkhemmet. Nu låter man mammon styra i Sverige.

När jag var hälsominister i Island fick jag frågan om det inte borde vara någon sakkunnig, en sjukvårdsspecialist, på posten som hälsominister. Jo gärna en specialist, svarade jag, men då skulle det vara en patient, en fattig patient från landsbygden. Då skulle man få en minister som kunde systemet inifrån. Det perspektivet var grunden när det socialdemokratiska Sverige en gång skapades.

LÄSTIPS:

Lofsvert framtak ÖBÍ, BSRB og ASÍ. (12 september 2024)

<https://www.ogmundur.is/is/greinar/lofsvert-framtak-obi-bsrb-og-asi>

Danmark:

En nyfiken men också skeptisk åskådare

Finn Diderichsen, professor i folkhälsovetenskap, Köpenhamns universitet

DANMARK

Invånarantal: 6 miljoner

Beräknad medellivslängd: 81,9 år

Landets sjukvårdskostnad per person: 4 149 euro

Har Danmarks sjukvård privatiserats?

Det är viktigt att i danskt sammanhang skilja mellan kommersialisering och privatisering. Den danska primärvården är privatdriven. Primärvården drivs av praktiserande läkare som är egenföretagare. Ibland är det en grupp på tre–fyra läkare som driver ett företag tillsammans, men det är inte ett kommersiellt vinstdrivande företag som Capio. Capio driver flera privata sjukhus i Danmark.

Ett dotterbolag till Capio har verkat i primärvården en tid, men det har inte gått så bra. I media uppmärksammades hur bolaget skickade falska fakturor till regionen och beskrevs kvalitetsbrister. Bolaget har ändå drivit en del vårdcentraler, men regionerna har börjat säga upp avtalen nu. Så frågan om kommersialisering är en politisk ickefråga i Danmark.

Danmark var en nyfiken, men också något överraskad och skeptisk åskådare när Sverige och särskilt Stockholms läns landsting inledde sina marknadsreformer på 1990-talet. Jag var själv som dansk läkare men svensk socialmedicinare involverad i arbetet. Danmark kände inte, vare sig politiskt eller professionellt, samma behov av att drastiskt omstrukturera styrningen av sitt hälso- och sjukvårdssystem. Man hade ett ganska välfungerande primärvårdssystem, men också många mindre sjukhus, där den medicinska kvaliteten var bristfällig. Så i stället för marknadsreformer påbörjades en centralisering och specialisering av sjukhusen. Alla nya pengar gick till sjukhusen, medan primärvården fick vänta.

Hur har utvecklingen sett ut sedan 1990-talet?

Under de senaste 25 åren har antalet läkare på sjukhus ökat med 70 % medan antalet i primärvården och resten av hälso- och sjukvårdssystemet har ökat med knappt 20 %. Danmark spenderar för närvarande 47 % av sina sjukvårdsutgifter på sjukhus jämfört med 33 % i Norge och Sverige. Den gamla modellen med

oberoende allmänläkare som arbetar självständigt har problem med bemaningen. Det har blivit mindre attraktivt för yngre, nu ofta kvinnliga läkare. I vissa missgynnade områden har det blivit mycket svårt att rekrytera allmänläkare.

Danmark har inga glesbygdsområden som Sverige, men för unga danska läkare upplevs en flytt mer än 100 km från Köpenhamn som en allvarlig välfärdslust. Regionerna försökte lösa detta genom att låta bland andra Capiota över driften av obemannade mottagningar och hyra in läkare på korttidskontrakt. Det lyckades inte särskilt väl. Kritiska journalister påvisade snabbt stora brister, felaktiga och förfalskade faktureringar till regionerna, otydligt medicinskt ansvar etc. Flera regioner har nu sagt upp sina avtal med Capiota.

Vilka utmaningar står den danska sjukvården inför idag?

En gradvis äldre och mer multisjuk befolkning och dåligt fungerande samarbete med kommunernas äldreomsorg gör att det nu finns ett stort behov av reformer. Den växande geografiska ojämlikheten i tillgängligheten till primärvård är också ett allt mera påträngande politiskt problem.

Sveriges reformer och ökande kommersialisering har sällan diskuterats eller setts som en lösning. Den danska befolkningen har varit nöjda med sin privata (men alltså inte kommersiella) – men numera något förfallna primärvård. En kommersialisering där stora internationella företag tar över sjukvårdssystemet är inte lockande och ses bara som en nödlösning på de problem man brottades med.

Vilka sjukvårdsreformer är på gång?

I början av 2023 tillsatte regeringen den så kallade ”Sundhedsstrukturkommissionen”, som fick i uppdrag att utarbeta ett beslutsunderlag som ”fördomsfritt anger och belyser modeller för hälso- och sjukvårdens framtida organisation. Modellerna ska stödja en förebyggande och sammanhängande hälso- och sjukvård med mer jämlikhet och som är mer nära och hållbar”. De viktiga orden här är närhet och jämlikhet eftersom nedgången i den lokala hälso- och sjukvården har skapat stora geografiska ojämlikheter i primärvårdsutbudet. Men samtidigt finns det en tydlig brist på sammanhang och samarbete mellan primär- och sekundärhälsovården, inklusive mellan psykiatri och somatisk vård.

Det var ett direktiv som – intressant nog – nu 2,5 år senare till stor del verkar ha inspirerat de direktiv som den norska ”helsereformutvalg” fick i augusti 2025. Här finns samma uppdrag att granska och föreslå olika modeller för en framtida organisation, ledning och finansiering av en sammanhängande och integrerad hälso- och omsorgstjänst i Norge.

Den danska kommissionen publicerade en omfattande rapport redan sommaren 2024. Politiskt har en bred överenskommelse sedan nåtts i maj 2025 om en sjukvårdsreform som ska träda i kraft 2026. Denna överenskommelse omfattar alla större partier i den danska riksdagen och skedde utan större politiska strider.

Vilka likheter finns det med andra nordiska länder?

De utmaningar som kommissionen tar upp är inte mycket annorlunda än vad som diskuteras i Norge och Sverige:

I befolkningen handlar det om fler äldre, fler multisjuka, växande ojämlikhet och fler unga som diagnostiseras med psykisk ohälsa.

I systemet finns det brist på vissa viktiga personalkategorier såsom sjuksköterskor. Bristande närhet och sammanhang mellan vårdgrenar och nivåer. Ökad specialisering och centralisering som inte fungerar för multisjuka äldre. Relativt försvagad primärvård, icke-fungerande samarbete mellan allmänläkare, sjukhus och kommuner.

Kommissionen satte upp några helt icke-kontroversiella mål för hälso- och sjukvårdssystemet:

1. En sjukvård med hög kvalitet, professionell hållbarhet samt både geografisk och social jämlikhet för alla.
2. En sjukvård som är geografiskt och ekonomiskt tillgänglig, och med fritt val mellan vårdgivare.
3. Ett hälso- och sjukvårdssystem med stark integration och sammanhang i patienternas behandlingsförlopp.
4. En sjukvård som ger mest hälsa för pengarna.
5. En sjukvård med effektiv politisk styrning och demokratisk kontroll.

Fritt val för patienterna är således nämnt i en bisats. Fri etableringsrätt för läkare eller hälsoföretag är inte nämnt alls som ett mål. Kommissionens rapport innehåller ett kort omnämnande men ingen analys av utvecklingen i Finland, Norge eller Sverige. Den tilltagande kommersialiseringen och den roll som stora internationella företag spelar, inte minst i det svenska sjukvårdssystemet, nämns inte alls. Det vittnar kanske om en viss aningslöshet, men inget i kommissionens ganska omsorgsfulla analyser talar för att en kommersialisering erbjuder lösningar på de aktuella utmaningarna.

Hur är läget idag?

Den politiska överenskommelsen har nu omsatt kommissionens förslag till konkreta lagförslag. Här framgår det att några mindre men viktiga hälsouppgifter flyttas från kommunerna till regionerna. Det ska utbildas många fler allmänläkare och de förväntas arbeta som hittills, det vill säga för det mesta som privata egenföretagare som arbetar självständigt eller i grupp. Men en möjlighet till kliniker som ägs av regionen eller företag där läkarna är anställda hålls öppen. Det finns alltså fortfarande en möjlighet för vårdkoncerner att etablera sig, men det introduceras inga särskilda incitament för kommersiella hälsoproducenter. Man fasthåller den politiska kontrollen över vem som driver mottagningarna. Nya pengar till sjukvården ska primärt gå till primärvård i ytterområden där

sjuklighet och behov är stora idag, och där det samtidigt saknas resurser.

Allmänläkare har traditionellt varit ett fritt yrke (som i Norge och England), med stor frihet att styra sitt arbete. Ansvar och uppgifter har tidigare inte beslutats av Sundhedsstyrelsen (danska Socialstyrelsen) eller regionerna, utan beslutats i en förhandling mellan regionerna och Allmänläkarnas organisation (PLO). Etablering av nya läkarmottagningar sker också i förhandling med regionen. Om en läkare har 1 600 listade patienter, kan hon idag sätta stopp för att ta emot fler patienter, och det är idag situationen i många icke minst perifera områden. Det ställer regionen inför en utmaning att hjälpa sina invånare att hitta en annan läkare. En läkare kan sälja sin mottagning till en annan läkare med samma specialitet. I nödlägen med brist på läkare har en läkare kunnat köpa och vara medicinskt ansvarig för flera mottagningar, och då har ett företag som Capio ofta anlitats för att ta ansvar för den dagliga driften. Men det har politiskt uppfattats som en nödlösning, inte som en önskvärd framtidslösning.

Med den nya lagstiftningen införs en sorts behovsindex, så att läkare i områden med många äldre, multisjuka, lågutbildade och icke-sysselsatta kan sätta stopp vid färre än 1 600 listade patienter. Sundhedsstyrelsen kommer att få större inflytande på fördelningen, kraven och uppgifterna för allmänläkare. De första detaljerade lagförslagen om detta kom i juni i år och utlöste starka protester från läkarföreningen PLO. Det är styrningen och den mindre friheten, mer än specifika detaljer om arbetsuppgifterna, som har upprört PLO. Men kravet på nära samarbete med kommunerna är inte populärt. Många anser att det är rimligt att om allmänläkare ska ta ett mycket större ansvar inom hälso- och sjukvården, ska samhället (läs Sundhedsstyrelsen) också ha ett större inflytande över arbetsuppgifterna och kunna övervaka verksamheten. PLO menar tvärtom att det kräver större frihet i hur uppgifterna ska lösas lokalt. Det finns brist på allmänmedicinare i Danmark och de är en nödvändig förutsättning för att uppnå reformens mål att locka de flesta nyutbildade läkarna till primärvården. Det ger PLO en stark förhandlingsposition i dag.

I dagens Danmark finns det således knappast någon offentlig diskussion eller önskan att förändra ägarformerna inom sjukvården. Det finns ett påfallande litet intresse för erfarenheterna i Sverige. I stället är intresset större för den senaste reformen i Finland. Den danska strukturreformen håller fortsatt öppet för andra ägarformer än den traditionella självägande läkarpraktiken, men en aktuell undersökning visar att färre än tre procent av läkarna är intresserade av dessa ägarformer. Lagförslaget har initialt mött motstånd från en del – men långt ifrån alla – praktiserande läkare. Det finns ett motstånd mot central styrning av fördelningen och innehållet i läkarmottagningarna. Ministern sade häromdagen att hon är öppen för förhandlingar – så vi får se vad som sker de kommande veckorna.

LÄSTIPS:

"Professor: Dansk vård mer reglerad än svensk" i Dagens Nyheter 17 november 2022. <https://www.dn.se/sverige/professor-dansk-vard-mer-reglerad-an-svensk/>

"Ekspert: Ny, stor rapport viser med al tydelighed, at ulighed i sundhed skal bekæmpes på mange, forskellige fronter" i A4 Sundhed, 30 april 2025. <https://www.a4medier.dk/sundhed/artikel/ny-stor-rapport-om-ulighed-i-sundhed-en-udfordring-for-en-ny-folkesundhedslov>

Health Inequality in Denmark – 8 critical questions. (Tillsammans med Terese Sara Høj Jørgensen) April 2023. <https://researchprofiles.ku.dk/en/publications/health-inequality-in-denmark-8-critical-questions>

Sverige:

Ett avskräckande exempel

Marta Szebehely, professor emerita i socialt arbete, medlem i Avkommersialiseringsutredningen.

SVERIGE

Invånarantal: 10,6 miljoner

Beräknad medellivslängd: 83,4 år

Landets sjukvårdskostnad per person: 4 363 euro

Hur ser sjukvårdens historia och ideal ut i Norge och Sverige?

I grunden har vi haft samma jämlikhetsideal, alla gruppers lika rätt till offentligt finansierade välfärdstjänster av hög kvalitet. Fram till 1990 fanns i princip inga vinstdrivna utförare i någon av länderna. Sedan skiljer utvecklingen sig åt: I Sverige är idag 20 procent av all personal i välfärden anställda av vinstdrivande företag, vilket är en betydligt högre andel än i Norge.

I vilka delar av välfärden är de vinstdrivande inslagen störst?

Det är inte helt lätt att säga, statistiken skiljer oftast inte på vinstdrivande och icke-vinstdrivande privata leverantörer av offentliga tjänster.

Det som är slående, när man ser på den senaste statistiken, är att i de tre delar av välfärden där de mest sårbara människorna vårdas är också de privata inslagen störst. De tre med högst andel är HVB-hemmen (81 procent), personlig assistans (76 procent) och missbruksvård på institution (81 procent). Som en jämförelse är 20 procent av den specialiserade hälsovården privat.

Välfärdstjänster	Andel privata aktörer (vinstdrivande och icke-vinstdrivande)
Barnomsorg	20 %
Specialisthälsovård	20 %
Äldreomsorg	23 %
Gymnasieskolan	32 %
Primärvård	44 %
Missbruksvård	74 %
Personlig assistans	76 %
HVB	81 %

Källa: Meagher & Szebehely (2019) The politics of profit in Swedish welfare services, Critical Social Policy, 39 (3) 455–476.

Cirka 25 procent av hemtjänsten för äldre drevs 2022 i privat regi, medan andelen privata äldreboenden var cirka 20 procent. Socialstyrelsen har inte redovisat senare uppgifter och har uppgivit på min fråga att det beror på att ”efterfrågan inte varit så stor på den statistiken”, vilket jag tycker låter väldigt märkligt.

Vilka privata företag är störst inom äldreomsorgen?

Det är stora koncerner med miljardomsättning och tiotusentals medarbetare. Två företag är helt dominerande, Attendo och Ambea (tidigare Carema). Attendo är störst med en omsättning på 17 miljarder och 30 000 anställda i Sverige, Finland och Danmark. Aleris är näst störst med en omsättning på 13 miljarder och 31 000 anställda i Sverige, Norge och Danmark. Tillsammans har Attendo och Ambea mer än halva den privata äldreboendemarknaden.

Hur ser den privata marknaden ut i sjukvården?

Det finns ett liknande mönster. Störst är Capio som idag har ca 14 000 anställda i Sverige. Bolaget ägs sedan 2018 av Ramsay, en fransk/australisk koncern. Aleris har 5 500 anställda och ägs sedan 2019 av investmentbolaget Triton.

Det är svårt att få fram vilka vinster eller ens vilken omsättning de internationella företagen har i Sverige, det blir mindre insyn och kraven på vinst kommer längre bort från verksamheten.

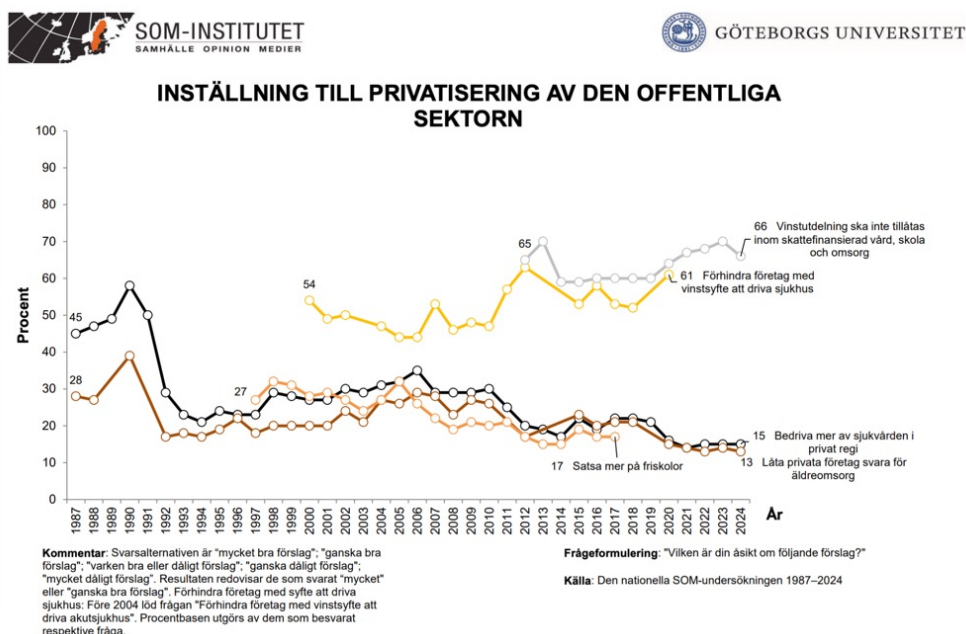
Vad drev privatiseringen av välfärden i Sverige?

Valfrihet har varit huvudargumentet från den politiska högern och näringslivets organisationer från slutet av 1970-talet, med en omfattande och stark lobbyverksamhet.

Borgerliga regeringar har drivit på. Socialdemokraterna har varit ambivalenta, det har funnits förhoppningar att "alternativ regi" skulle stimulera den offentliga sektorn att bli mer effektiv. Socialdemokraterna har inte velat eller inte förmått ändra besluten när de kommit till makten. Regeln har alltså varit att privatiseringar införts av borgerliga regeringar men inte reverserats under socialdemokratiskt styre.

De lagändringar som genomförts för fri etablering av kommersiella företag i offentlig sektor har genomförts utan närmare utredning eller uppföljning.

Samtidigt har det funnits ett starkt folkligt motstånd mot vinster i välfärden. 66 procent av befolkningen vill inte att vinstutdelning i skattefinansierad vård, skola och omsorg ska vara tillåten, enligt SOM-institutet. Det finns också en majoritet mot vinster i välfärden bland dem som röstar på borgerliga partier.



Källa: SOM-institutet (2025) Svenska trender.

Vilka är de viktigaste lagändringarna som styrt utvecklingen?

Friskolereformen kom först, redan 1992. Den gav fri etableringsrätt för kommersiella aktörer i skola och barnomsorg. 2009 kom sedan LOV, som möjliggjorde fri etableringsrätt i sjukvården och omsorgen. I primärvården är den bindande, där kan regionerna alltså inte längre styra var företagen etablerar sig eller reglera antalet utförare. I omsorgen är det frivilligt om kommuner och regioner vill använda sig av lagen.

Det fanns från början ingen tillståndsplikt, och när det gällde hemtjänsten

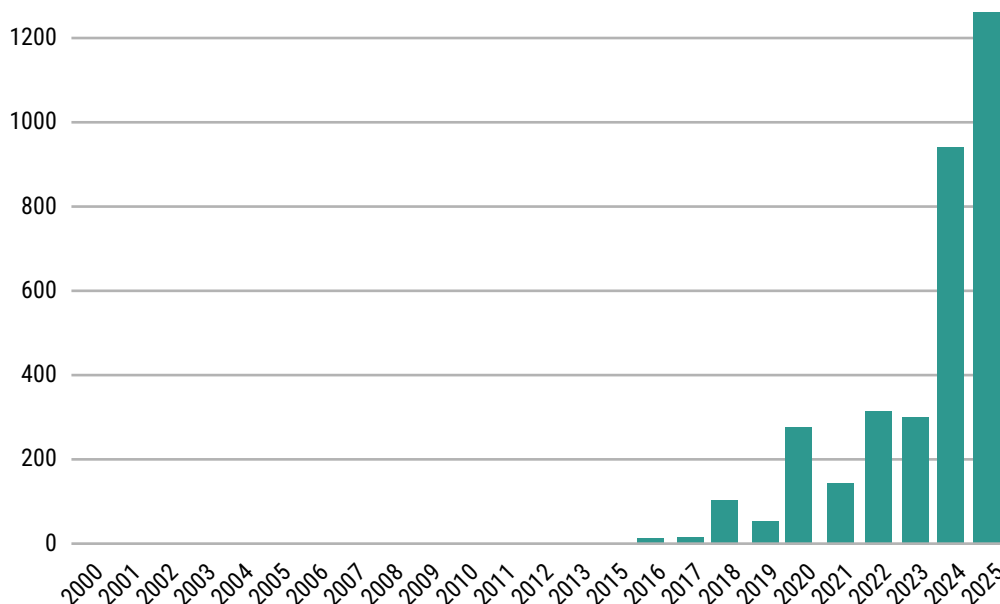
skulle man enligt LOV-utredningen ”inte ställa för höga krav, för att gynna konkurrensen mellan utförarna”.

Har lagarna fungerat som lagstiftarna tänkte?

Det har skett en stegvis skärpning av kraven. 2019, tio år efter LOV, infördes tillståndsplikt för hemtjänst och en utökad ägar- och ledningsprövning för skola och omsorg.

Det innebar en höjd tröskel, och 2024 avslogs hälften av alla ansökningar att starta hemtjänst, HVB-hem och skolor.

Det finns dock ännu ingen tillståndsprövning för sjukvård (utredning pågår, ska presenteras i oktober 2026) och det är fortfarande svårt för tillsynsmyndigheten att stoppa oseriösa och kriminella aktörer. Larmen om kriminalitet i välfärden har ökat kraftigt de senaste åren med många braskande rubriker. Är det ett nytt eller nyupptäckt fenomen? Troligtvis är det ändå mycket som inte upptäcks.



Artiklar i Mediearkivet: (välfärdsbrott* OR välfärds kriminalitet* AND (äldreomsorg* OR hemtjänst* OR vår* OR HVB*))

Baksidan av fokuset på välfärdsbrotten är att andra effekter av privatiseringarna kommer i skymundan, som risken för större ojämlikhet och att mer marknadsinslag i välfärden också innebär att regleringen måste öka.

Vilka är drivkrafterna som resulterar i en större ojämlikhet i vinstdriven sjukvård?

Den fria etableringen innebär en mer ojämlig tillgång till vård, företagen etablerar sig där det är mest lönsamt. I samspel med privata sjukförsäkringar ger det en ”gräddfil” till vården. I Sverige är det till skillnad från i Norge tillåtet för privata verksamheter i sjukvården som utför offentligt finansierad vård att också

ta emot privata försäkringspatienter.

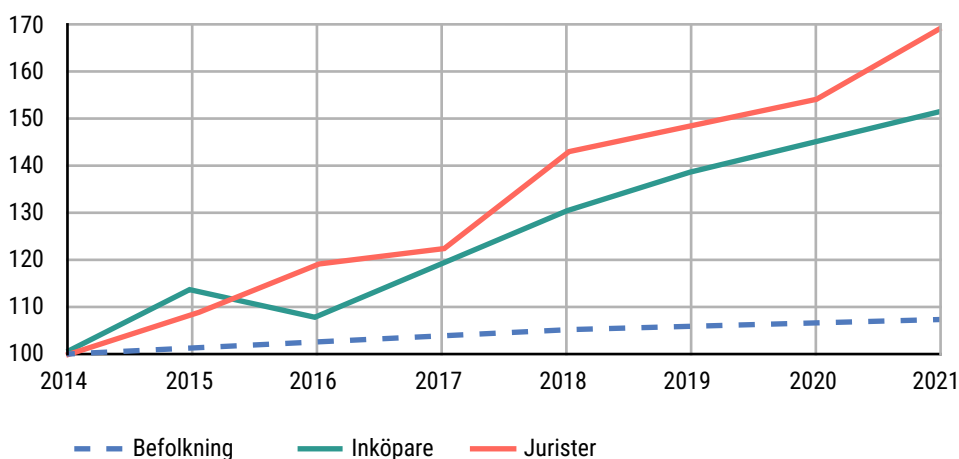
Det privata och det offentliga konkurrerar dessutom om samma begränsade mängd sjukvårdspersonal. Det stämmer alltså inte att de privata utförarna avlastar den offentliga sjukvården.

2015 kom den nya lagen som gav rätt att välja utförare av offentlig vård i hela landet. Det öppnade möjligheten för nätläkare att starta sin verksamhet, något som växt med allt fler företag de senaste åren. Utvecklingen har enligt Vårdanalys ”minskat primärvårdens omfördelande effekt ur ett behovsmässigt och socioekonomiskt perspektiv”. Efterfrågan styr vården mer än behov, vilket leder till en tudelad välfärd.

Vad innebär ”mer marknad – mer reglering”?

Kvalitet är svår att mäta och när man släpper in privata företag ökar behovet av kontroll. Vinstmotivet står i vägen för en tillitsbaserad styrning. Det blir mer detaljstyrning, större krav på dokumentation och ett ökat fokus på mätbara kvalitetsaspekter. Närvaron av vinstmotiv förändrar hela systemet – från tillitsstyrning till detaljstyrning.

Välfärdsbyråkratin har ökat kraftigt de senaste åren, antalet administratörer har vuxit betydligt snabbare än befolkningsökningen. Jurister i kommunerna har ökat med 70 procent och inköpare med 50 procent åren 2014–2021, tjänster som är direkt kopplade till att man öppnar upp för en marknad. De som ska köpa in tjänsterna och de som ska kontrollera att avtalen blir juridiskt korrekta, och hantera rättsliga processer.



Jurister och inköpare i kommuner. Index 100 = antal 2014

Källa: SCB, yrkesregistret

Källa: LO (2023) Välfärdsgapet, s. 41.

Hur beskrevs Sverige i den norska avkommersialiseringsutredningen?

Som på många sätt ett avskräckande exempel. Valfrihetsreformerna och den fria etableringsrätten har lett till ökad ojämlikhet, minskat inflytande för lokala politiker, konkurrens om en begränsad mängd personal och en mer efterfrågestyrd vård. Stora företags vinstkrav med starka röster förändrar hela välfärdssystemet, en förändring som också har öppnat för kriminalitet.

Vad är lärdomarna från Sverige och Norge?

Valfriheten används alltid som skäl för förändringarna, de kommer stegvis efter lobbykampanjer. Att vinstmotiv är skälet för förändringar nämns inte så tydligt, och de systempåverkande konsekvenserna av vinstsyftande aktörers närvaro nämns inte alls.

Förändringarna innebär att stora ekonomiska intressen skapas. Dessa är starka drivkrafter och mobiliserar ett intensivt motstånd mot avkommersialisering.

Sverige kan hämta inspiration från Norges motstånd.

Det är lättare att hindra etablering av privata aktörer än att reglera i efterhand, svårt att backa tillbaka men fullt möjligt om det finns en politisk vilja.

LÄSTIPS:

Avkommersialiseringsutredningen: Norska slutsatser om vinstdrivande aktörers roll i välfärden. (Arena Idé 2024). En översättning till svenska av delar av den norska utredningen. Rapporten innehåller bland annat Marta Szebehelys kapitel som beskriver erfarenheter av välfärdens kommersialisering i Sverige.

Ladda ner: <https://arenaide.se/rapporter/avkommersialiseringsutredningen-norska-slua-satser-om-vinstdrivande-aktors-roll-i-valfarden/>

Svenska trender, SOM-institutet 2025.

<https://www.gu.se/sites/default/files/2025-03/Svenska%20trender%201986-2024.pdf>

Välfärdsgapet, LO 2023.

<https://www.lo.se/lo-fakta/valfardsgapet-2023>

Sverige:

Den svenska sjukvårdens kommersialisering – drivkrafter och motkrafter

Göran Dahlgren

Min slutsats är följande: Utgår man från den hälso- och sjukvårdslag (HSL) som gäller i Sverige och de etiska principer som den svenska riksdagen har fastställt (proposition 1996/97:60) är dagens marknadsstyrning av vården både olaglig och oetisk.

- » **Människovärdesprincipen**, det vill säga alla människors lika värde, vilket är en central princip både i hälso- och sjukvårdslagen och i de etiska principerna, ersätts på en kommersiell vårdmarknad av olika gruppers olika marknadsvärde. Varje vårdföretag måste – som anges i aktiebolagslagen – ha optimal avkastning till ägarna som överordnat mål. Detta är inte ett utslag av girighet – det är ett lagstiftat krav. En självklar konsekvens av detta krav är att vårdföretagen drivs att prioritera lönsamma patientgrupper och insatser. Lika självklart försöker man undvika olönsamma patientgrupper. De enskilda individerna vet vanligen inte vilket värde de har på vårdmarknaden. Kanske tror de att det inte finns några ekonomiska hinder för god vård när vården är skattefinansierad. Ur vårdföretagens perspektiv är kunskap om olika gruppers marknadsvärde avgörande för deras verksamhet. Utan vinst ingen vård. Dagens marknadsstyrning av den skattefinansierade vården, där patienten blir en kund på en kommersiell vårdmarknad, strider därför mot människovärdesprincipen.
- » **Behovsprincipen** innebär att vårdens resurser ska fördelas efter behov. Samtidigt ska de med större vårdbehov ges företräde framför dem med mindre vårdbehov. Detta uttrycks tydligt i hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf (HSL 3 kap. §1). Detta är den självklara huvudprincipen – själva fundamentet – för all offentligt finansierad vård oberoende av om den drivs i offentlig eller privat regi. Marknadskrafterna – vinstintresset – styr inte mot behov utan mot lönsam efterfrågan. Ett vårdpolitiskt problem uppstår därför när vårdföretagen anser att olika patientgruppers vårdbehov inte är tillräckligt lönsamma. Det leder ofta till fler otillfredställda vårdbehov. Samtidigt är ett problem att vinstdrivna skattefinansierade vårdföretag prioriterar onödig men lönsam vård. Det är ett slöseri med vårdens resurser.

Vissa insatser görs för att ”vikta” ersättningen till vårdföretagen så att det blir lönsamt att ge vård efter behov. Dessa insatser är emellertid otillräckliga – mark-

nadskrafterna och vinstintressen har under de senaste 20 åren bidragit till en allt mer ojämlik vård. (1)

- » **Kostnadseffektivitetsprincipen** ska först kunna tillämpas sedan de två tidigare principerna är säkerställda. Trots detta har just högre kostnadseffektivitet ofta åberopats som argument för vårdpolitiska marknadsreformer och vinstdriven privatisering utan att människovärdes- eller behovsprinciperna är uppfyllda eller ens beaktade. Även helt fristående bedömningar av kostnadseffektiviteten är ofta utan verklighetsanknytning.

För det första visar all erfarenhet att kostnaderna ökar vid en vinstdriven marknadsorientering av vården. Skälet är kraftigt ökade kostnader för administration och kontroller samt det faktum att privata vinstdrivna företag önskar sälja så mycket vård som möjligt, så länge det är lönsamt. Företagens ökande intäkter innebär ökade kostnader för samhället/skattebetalarna.

Ett andra argument är att ökad vinstdriven vård är effektivare än offentligt driven vård. Utgår man från den av Socialstyrelsen angivna definitionen ser man att dessa reformer är ineffektiva. Effektiviteten av en verksamhet som skattefinansierad vård måste mätas i relation till fastställda vårdpolitiska mål. När de – som tidigare nämnts – inte uppfylls utan snarare motverkas av dagens marknadsstyrning är vården definitionsmässigt alltid ineffektiv. Denna ineffektivitet kan inte kompenseras med en hög produktivitet som inte bidrar till högre måluppfyllelse. Det innebär ju bara att man gör fel sak till lägre kostnad. Det är ett slöseri med begränsade resurser för god vård.

Resultat – ökad ojämlikhet

Det finns inga utvärderingar av dagens marknadsstyrning som visar att de sociala och geografiska skillnaderna i vårdens tillgänglighet och kvalitet minskat. Tvärtom visar nära nog alla utvärderingar på ett ökat gap mellan hög- och låginkomstområden, mellan stad och landsbygd samt mellan ekonomiskt resursstarka och socialt utsatta grupper. Samtidigt har marknadsreformerna gynnat patienter med små lönsamma vårdbehov snarare än dem med stora behov, som multisjuka och kroniskt sjuka. (2, 3, 4, 5).

Denna utveckling leder bort från de mål som fortfarande anges för svensk sjukvård, det vill säga en behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål blir ett rundningsmärke snarare än ett riktmärke.

Fortsatt låg medicinskt åtgärdbar dödlighet

Ett viktigt undantag är att den medicinskt åtgärdbara dödligheten, det vill säga att personer dör i sjukdomar som med adekvat vård inte är dödliga, är fortsatt mycket låg i Sverige jämfört med flertalet andra rika länder. Detta tas ofta som bevis för en generellt sett hög kvalitet inom svensk sjukvård. Tyvärr är detta

fel – den medicinskt åtgärdbara dödligheten täcker endast en begränsad del av vårdens medicinska kvalitet och inte exempelvis den patientupplevda kvaliteten i vardagssjukvården. Vid internationella jämförelser av till exempel kontinuitet/fast läkare, bemötande, vårdköer och samordning är svensk sjukvård sämre än flertalet andra jämförbara länder. (6) Andelen patienter som har fast läkar-kontakt är till exempel 33 procent i dagens svenska primärvård jämfört med ett OECD-snitt på över 80 procent. En allvarlig kvalitetsbrist är också att svenska patienter oftare än patienter i andra OECD-länder upplever att de inte blir tag-na på allvar eller har blivit orättvist behandlade. Kommersialiseringen av den svenska vården har – med något undantag – inte bidragit till någon förbättring när det gäller dessa vårdkvaliteter.

Minskad krisberedskap

Den skattefinansierade vården tudelas vid privat vinstdriven drift när det gäller möjligheter till mobilisering och omprioriteringar vid pandemier och krigs-tillstånd. Erfarenheterna från covid-19-pandemin visade med all tydlighet att ansvariga politiker endast kunde göra de nödvändiga omprioriteringarna inom den offentligt drivna vården. De skattefinansierade privata vårdgivarna hänvi-sade till sina avtal och fortsatte med några viktiga undantag att arbeta vidare som vanligt. Den offentligt drivna vården fick under stora uppoffringar i stort sett utan bidrag från de likaledes skattefinansierade privata vårdgivarna ta hela ansvaret för att klara detta krisläge.

I dagens osäkra utrikespolitiska läge och med svenskt medlemskap i Nato ökar kraven på en sjukvård som snabbt kan möta stora oförutsedda vårdbehov. Detta måste beaktas även av de politiker som välkomnar en fortsatt kommersialisering av den skattefinansierade vården.

En jämförelse mellan LOV och det norska fastlegesystemet

Många länder har infört en rad åtgärder för att reglera den privata vården utifrån olika vårdpolitiska mål. I Sverige har man i stället genom lagen om valfrihets-system (LOV) satt en ”turbomotor” på kommersialiseringen av den skattefinan-sierade vården. (7) Det sker genom att en stor del av makten över den skatte-finansierade vårdens styrning har övergått från demokratiskt valda politiker till kommersiella vårdföretags styrelserum och ägare. Samtidigt har politikerna kvar ansvaret gentemot väljarna för verksamhet som de inte kan styra.

En jämförelse mellan LOV som är en obligatorisk lag inom all primärvård och det norska fastlegesystemet illustrerar hur olika privat vinstdriven vård kan vara ur ett kommersiellt perspektiv.

- » **Etablering av nya skattefinansierade vårdcentraler** bestäms i Sverige av de privata vårdföretagens lönsamhetsbedömningar. De har dessutom förtur till offentlig finansiering av sin verksamhet. Köparen/regionerna kan inte

bestämma hur många vårdcentraler de ska köpa. En fullständigt otänkbar maktfördelning på en vanlig kommersiell marknad. Det innebär också att ansvariga politiker inte kan kontrollera kostnaderna för den vård de finansierar med skattemedel.

I det norska fastlegesystemet är det ansvariga politiker som utifrån behov och tillgängliga resurser beslutar om antalet fastleger/vårdcentraler.

- » **Lokaliseringen av nya skattefinansierade** vårdcentraler bestäms också av vårdföretagen som genom LOV med etableringsrätt kan placera skattefinansierade vårdcentraler där det är lönsammast utan hänsyn till befolkningens vårdbehov i olika områden.

I det norska fastlegesystemet är det ansvariga politiker som utifrån en behovsbedömning beslutar var de nya vårdcentralerna bäst behövs. Någon form av etableringskontroll finns i alla skattefinansierade vårdssystem i Västeuropa – utom i Sverige.

- » **Privata ägare av skattefinansierade vårdcentraler.** I Sverige kan stora internationella vårdbolag och riskkapitalbolag äga och driva skattefinansierade vårdcentraler. I Norge är det endast enskilda eller en grupp av läkare som får driva de små vårdenheter/centraler som ingår i fastlegesystemet.
- » **Försäljning av skattefinansierade vårdcentraler** sker i Sverige på en internationell kommersiell vårdmarknad. De stora pengarna finns just i dessa försäljningar som knappast kan påverkas av politiska beslut. Denna kommersiella vårdmarknad öppnar också för kriminella aktörer att ”tvätta” pengar genom att till exempel köpa en vårdcentral.

Inom det norska fastlegesystemet finns ingen försäljning av skattefinansierade vårdcentraler. De återgår till det offentliga när avtalet upphör med den privata ägaren.

Gemensamt för det svenska vårdvalssystemet och det norska fastlegesystemet är att driften av vårdcentralerna är vinstdriven och att patienterna kan välja vårdgivare. Skillnaden är att LOV är en lag för att kommersiella prioriteringar snarare än olika befolkningsgruppers vårdbehov i hög grad ska styra den skattefinansierade vården. Att lagen benämns valfrihetslag i stället för kommersiellt driven privatiseringslag är rent politiskt motiverat. Kommersiell vinstdriven styrning uppfattas av en stor majoritet av medborgarna som något negativt medan valfrihet är något positivt. Det är alltså ett Orwellskt nyspråk att kalla kommersiell styrning för ökad valfrihet. LOV påverkar dessutom inte rätten att fritt välja vårdgivare. Den rätten infördes långt innan LOV infördes 2010.

Hur hamnade vi här?

Den fråga många ställer sig idag är: Hur kunde kommersialiseringen av den skattefinansierade öppna vården gå längre i Sverige än i de andra nordiska länderna? Vilka var de viktigaste drivkrafterna? Fanns det några motkrafter? Här ett försök till svar:

Kommersialiseringen av sjukvården var – och är fortfarande – en del av en internationell och svensk nyliberal trend präglad av avreglering och privatisering. Förgrundsfigurer för denna ideologi är forskare som Milton Friedman och politiker som Ronald Reagan och Margaret Thatcher. Järnvägen, elnätet, skolan, äldreomsorgen, sjukvården och många andra offentliga verksamheter skulle konkurrensutsättas och privatiseras. Drivkrafterna bakom denna makroekonomiska och sociala omdaning av samhället har i ett svenskt perspektiv belysts bl.a. i Karin Petterssons bok *Förbannelsen – Hur Sverige fastnade i 90-talet och förlorade framtiden* (Albert Bonniers förlag 2025).

Inom ramen för detta makroekonomiska systemskifte skapades både förutsättningar och incitament för marknadsorienterade reformer och privatiseringar inom många offentligt finansierade verksamheter.

Denna artikel fokuserar på några viktiga sektorspecifika drivkrafter och motkrafter som präglade kommersialiseringen av den svenska skattefinansierade sjukvården.

Kommersiella intressen

Den dominerande drivkraften för vårdens kommersialisering var – och är fortfarande – olika kommersiella intressenter. Svenskt Näringsliv, Vårdföretagarna och Almega har tillsammans med de stora kommersiella vårdbolagen och privata försäkringsbolag sedan 1960-talet intensivt arbetat för att öppna den offentligt finansierade sjukvårdssektorn för privata vårdföretag. Detta är – ur ett kommersiellt perspektiv – självklart. Vårdmarknaden är mycket stor, betalningarna är säkra och den präglas av en hög icke-konjunkturkänslig efterfrågan. Dessutom har vårdgivarna stora möjligheter att själva påverka efterfrågan på sina tjänster.

Under 60-talet fanns en grupp initierad av dåvarande Svenska Arbetsgivarförbundet (SAF) av ledande kommersiella intressenter och politiker som diskuterade hur man kunde öppna den offentligt finansierade vården för privata vårdföretag. Förslag och strategier för hur detta skulle kunna förverkligas fortsatte att utvecklas under 1970- och 1980-talen. Den nordiska offentliga vårdmodellen med i huvudsak offentlig drift sågs dock fortfarande som självklar för flertalet ansvariga politiker.

Vårdföretagarna var – och är fortfarande – den mest aktiva organisationen för att beskriva alla fördelar med en ökad skattefinansiering av privat vinstdriven vård. De kom också senare att få en central roll när det gällde att förklara bort negativa effekter av vårdens kommersialisering. På många sätt tog de ofta över

ett politiskt ansvar när det gällde att motivera och försvara varför privata vård-företag borde överta driften av all lönsam offentligt finansierad vård.

Kommersiella intressenter spelade också en viktig roll när det gällde att ta fram underlag för olika marknadsorienterade reformer. Lobbyverksamheten blev under 1970- och 1980-talen allt intensivare, liksom samarbetet med ansvariga politiker.

När den stora internationella privatiserings- och avregleringsvågen kom till Sverige i slutet av 1980- och början av 1990-talet var man på den kommersiella sidan väl förberedd. Man insåg att införandet av så kallade beställar-utförar-system under 1990-talets första hälft var en nyckel för ökad privat driven offentligt finansierad vård.

Banden mellan i första hand borgerliga sjukvårdspolitiker blev allt starkare, liksom lobbyverksamheten. Flera ledande sjukvårdspolitiker som sjukvårdsministern Göran Hägglund (KD) och finanslandstingsrådet i Stockholm Filippa Reinfeldt (M) gick direkt från sina politiska uppdrag till ledande uppdrag i stora vårdbolag.

Stora internationella och svenska konsultbolag kom också att spela en avgörande roll för vårdens kommersialisering. Ett av dessa företag – Kreab – kom också att spela en helt avgörande roll för att säkerställa en politisk majoritet i riksdagen för privat vinstdriven skattefinansierad vård. Det skedde genom att Peje Emilsson från Kreab lyckades övertala ledande företrädare för Sverigedemokraterna att överge sin negativa inställning till vinster i välfärden och i stället aktivt stödja de borgerliga partiernas strävan att öppna den offentligt finansierade vården för privata vinstdrivna vårdgivare.

Den nyliberala tankesmedjan Timbro är också en viktig opinionsbildare för en ökad kommersialisering av den skattefinansierade vården. De tar också fram underlag och argument till borgerliga politiker. Timbros koppling till de nyliberala borgerliga partierna är också mycket stark, vilket bland annat märks genom att Timbrochefer blir ministrar i borgerliga regeringar och avgående ministrar går till Timbro.

Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS) är en klart borgerligt präglad men mer vetenskapligt förankrad kraft för en mer marknadsorienterad vård. De har över tid initierat ambitiösa forskningsprogram som ska visa på sjukvårdsmarknadens fördelar.

Några av deras rapporter har dock kommit att användas som bevis mot en utveckling av konkurrensutsatta vårdmarknader. Ett exempel är skriften *Svensk sjukvård – bäst i världen?* (Culyer et al. 1992) där ett antal ledande internationella hälsoekonomer avrådde från de svenska marknadsreformer inom vården som då planerades.

Den andra rapporten är *Konkurrensens konsekvenser – Vad händer med svensk välfärd?* (red. L. Hartman 2011) som visade att det inte fanns vetenskaplig evi-

dens för konkurrensutsättningens förmodade positiva effekter. Denna slutsats kunde företrädare för Svenskt Näringsliv och de borgerliga partierna inte acceptera. Forskningsledaren kritiserades och valde att avgå. Kraftig turbulens präglade därefter SNS ledning och styrelse.

En stödjande kraft för en mer marknadsorienterad vård var många hälsoekonomer med sin grundutbildning från handelshögskolor. Deras kunskaper om marknadskrafter och lönsamhetsbedömningar fick livsluft när vården kommersialiserades och även den offentliga vården skulle agera som om de var företag på en marknad. Samtidigt minskade det politiska intresset för de forskare som analyserade olika befolkningsgruppers hälsa och vårdbehov.

De kommersiella vårdgivarnas makt över den skattefinansierade vården ökar också i och med att vinstdrivna vårdföretag får en allt större andel av den skattefinansierade vårdmarknaden. Det saknas helt enkelt kapacitet att på kort sikt ta över verksamheten i offentlig regi. Vårdföretagen kan utnyttja detta genom att hota med omedelbar nedläggning av verksamheten om de inte får bättre betalt eller om förslag att reglera deras vinster inte skrinläggs. När den skattefinansierade kommersiella vården blir ”too big to fail” minskar därför möjligheterna att avveckla marknadsreformer och vidareutveckla den offentliga vården.

Privata icke vinstdrivna vårdgivare

Den ideella vården är relativt begränsad i Sverige jämfört med till exempel Nederländerna. Stora privata icke vinstdrivna vårdgivare är Sofiahemmet och Ersta diakoni. De har stöd från samtliga politiska partier men har hållit en låg profil i debatten om vinstdriven vård. Detta trots att deras profilfråga är att de inte är vinstdrivna. Sofiahemmet har snarare närmat sig den kommersiella vården genom ett nära samarbete med stora vårdbolag som Capio och Aleris. En expansion av den ideella vården ses av flertalet som önskvärd, men de ekonomiska förutsättningarna är mycket begränsade. Deras betydelse som drivkraft eller motkraft för dagens marknadsreformer är därför mycket begränsad. Ersta diakoni och andra ideella vårdgivare lyfts snarare fram av andra som exempel på att mycket god vård kan drivas i privat regi utan vinstintressen.

Politiska drivkrafter och motkrafter

- » **De borgerliga partierna (Moderaterna, Kristdemokraterna, Liberalerna och i stor utsträckning Centerpartiet) samt Sverigedemokraterna** är samtliga mycket positiva till marknadsorienterade reformer och ökad privat drift av skattefinansierad vård. Samtliga marknadsorienterade reformer och insatser för en ökad privat finansiering genom privata sjukvårdsförsäkringar har också initierats och beslutats av borgerliga partier, ofta i nära samarbete med kommersiella intressenter.

Det borgerliga försvaret för privatiseringslagen LOV är unisont och mycket starkt. Däremot är marknadsföringen för vinstdriven skattefinansierad vård vanligen dold i ett Orwellskt nyspråk. Ökad vinstdriven vård kallas ökad valfrihet. Det faktum att det fanns fritt val av vårdgivare långt före den borgerliga valfrihetsrevolutionen förtigs, liksom det faktum att valet av vårdgivare främst styrs av närhet och vänner tips men mycket sällan av driftsform. De kommersiella intressenterna och de borgerliga partierna har trots detta varit mycket skickliga på att få såväl allmänhet som ledande sjukvårdspolitiker att likställa ökad privat drift med ökad valfrihet.

Den sannolika orsaken till de borgerliga partiernas positiva syn på vinstdriven vård och marknadskrafter är att de erfarenhetsmässigt gynnar hög- och medelinkomsttagare, det vill säga de borgerliga partiernas kärnväljare. Genom marknadskrafternas ”osynliga hand” kan finansiella sjukvårdsresurser omfördelas från låg- till höginkomstområden och fler gräddfiler skapas för resursstarka grupper med privata sjukvårdsförsäkringar. I många fall hade det varit politiskt omöjligt att inom den öppna demokratiska beslutsprocessen göra denna omfördelning av offentliga resurser. Marknadens ”osynliga hand” kan däremot genomföra detta utan en besvärande politisk debatt.

Den helt avgörande drivkraften för dagens marknadsreformer är denna symbios mellan vårdföretagens strävan efter optimal vinst och de borgerliga partiernas strävan att främst gynna sina egna kärnväljare.

- » **Socialdemokraternas vårdpolitik** präglades under perioden 1960 till 1990 av en strävan att minska de sociala och geografiska skillnaderna i vårdens tillgänglighet och kvalitet. I början av 1970-talet infördes sjukvårdsreformen som lade grunden till dagens primärvård och låga patientavgifter. Motståndet mot denna reform var intensivt, framförallt från läkare som önskade behålla sina privata mottagningar samtidigt som de arbetade på offentliga sjukhus. 1982 antogs en hälso- och sjukvårdslag vars portalparagraf slog fast att det övergripande målet för sjukvården ska vara god hälsa och en behovsbaserad vård på lika villkor för hela befolkningen. Utredningen Hälso- och sjukvård inför 1990-talet (HS 90) belyste hur vården kunde styras mot dessa jämlikhetsmål (1984), samtidigt som privatläkarvården genom den så kallade Dagmarreformen (1985) reglerades för att bli en del av landstingens vårdplanering. Ökad jämlikhet och en relativt effektiv kostnadskontroll präglade den S-ledda utvecklingen fram till början av 1990-talet.

Införandet av så kallade beställar-utförarsystem, ofta kallade ”köp-säljssystem”, var inledningen på en ny marknadsorienterad vårdpolitik. Socialdemokraterna såg en möjlighet att genom en tydlig beställarfunktion stärka den demokratiska styrningen av vården. Många S-politiker ansåg att inflytelserika läkare inom vårdområden med hög professionell status hade alltför stor makt att styra för-

delningen av vårdens resurser. De borgerliga partierna välkomnade köp-sälj-systemen och deras krav på konkurrens som en dörröppnare för privat drift av offentligt finansierad vård. Båda de politiska blocken var således positiva till köp-säljreformerna men av olika skäl. Utvecklingen visade att de borgerliga förhoppningarna förverkligades medan den demokratiska styrningen försvagades vid en ökad marknadsorientering av vården.

1990-talet var ur ett socialdemokratiskt vårdpolitiskt perspektiv turbulent. En vänsterorienterad del av socialdemokratin var klart skeptisk till en ökad marknadsorientering och privatisering medan en mer högerorienterad del av partiet såg det som en väg framåt mot en kostnadseffektivare vård. Resultatet blev otydliga kompromisser när det gällde partiets politik och en påfallande passivitet både i opposition och i regering när det gällde vårdens kommersialisering.

Socialdemokraterna backade med viss tveksamhet in i en alltmer kommersialiserad vård. I den stora utredningen om sjukvården inför 2000-talet (HSU -2000) avvisade man förslag att tydliggöra konsekvenserna av en ökad vinstdriven privatisering och partiets strategi för att bromsa denna utveckling. Man ville undvika dessa frågor för att kunna lägga fram ett enigt slutbetänkande.

Denna brist på en socialdemokratisk politik när det gällde privatiseringar tydliggjordes när den borgerliga majoriteten i Stockholms län i slutet av 1990-talet sålde det offentligt drivna akutsjukhuset S:t Göran till Bure AB. Partiet saknade helt enkelt en tydlig politik för att möta denna oväntade privatisering av ett stort offentligt drivet akutsjukhus. En handlingskraftig socialminister, Lars Engqvist (S), drev då efter visst motstånd igenom en stopplag mot denna typ av försäljningar. Den ersattes när de borgerliga kom till makten 2006 av en startlag som gav grönt ljus till försäljning av alla typer av sjukhus.

Med en borgerlig/SD-majoritet i riksdagen och i många landsting/regioner var det givetvis omöjligt få genomslag för en alternativ S-politik. Den kritik som kan riktas mot partiet är snarare att man aldrig tydliggjort ett skarpt och tydligt alternativt hälso- och sjukvårdspolitiskt program. Denna brist på tydlighet kvarstår även idag (2025). Kongressbesluten signalerar snarare en rad övergripande progressiva målsättningar om att återta den demokratiska makten över vården. Samtidigt avvisas de skarpa motioner som föreslår hur detta kan förverkligas.

Den senaste socialdemokratiska partikongressen (maj 2025) tog dock två skarpa beslut som om de genomförs kommer att begränsa vårdens kommersialisering och ge ökade möjligheter att vidareutveckla den icke vinststyrda vården. Det ena beslutet är att LOV i sin nuvarande form ska avvecklas. Viss oklarhet finns dock om vad detta innebär i praktiken. Kommer man att införa en demokratiskt styrd etableringskontroll som kan säkerställa att all offentligt finansierad vård lokaliseras där den bäst behövs? Eller begränsas den demokratiska styrningen till att ansvariga politiker kan lägga in ett veto om de privata vårdföretagen väljer att lokalisera sin verksamhet i områden med ett redan mycket stort

vårdutbud?

Det andra beslutet är att ett villkor för offentlig finansiering av privata vårdgivares vård är att de inte med förtur samtidigt tar emot privatförsäkrade patienter.

Ett positivt tecken är också de insatser som görs av Mittenalliansen (S, MP, C) med aktivt stöd från (V) i Region Stockholm för att öka den demokratiska kontrollen av vården inklusive ambulansverksamheten och sjukvårdsrådgivningen 1177. I flertalet fall där vårdavtal avslutats eller inte förlängts med privata vårdgivare har skälet varit allvarliga brister i patientsäkerheten och/eller olika former av ekonomiska oegentligheter. Motståndet från vårdföretagen när deras vinstmöjligheter begränsas har varit anmärkningsvärt intensivt även när skälet att avsluta den offentliga finansieringen varit att skydda patienter från vårdskador och att skattepengar till vård hamnar i vårdföretagares privata fickor.

Vänsterpartiet har den tydligaste vårdpolitiken när det gäller avveckling av marknadskrafterna inom vården, reglering av privata vårdgivare och privata sjukvårdsförsäkringar. De har i vissa politiska lägen spelat en viktig roll för att driva på socialdemokrater i samma riktning. Ett exempel är när Vänsterpartiet pressade Socialdemokraterna att tillsätta en utredning (den s.k. Reepalu-utredningen) för att begränsa de privata vårdföretagens vinster. Den utredningen slutade tyvärr i en obegriplig diskussion om hur man skulle definiera företagens övervinster.

I andra lägen väljer Socialdemokraterna att lyssna mer på Centerpartiet och dess utpräglad borgerliga sjukvårdspolitik. I Region Stockholm krävde (C) för att ingå ett samarbete med (S) att inga åtgärder togs för att begränsa privatförsäkrades vård med förtur hos offentligt finansierade privata vårdgivare.

» **Miljöpartiet** har också en tydlig vårdpolitik som utgår från hälso- och sjukvårdslagens övergripande målsättning. Med sin prioritering av miljöfrågor har de dock kommit att spela en mindre drivande roll än Vänsterpartiet när det gäller att återta den demokratiska makten över den skattefinansierade vården.

Politiskt är således läget glasklart: vid en borgerlig /SD-majoritet i riksdagen efter de allmänna valen i september 2026 kommer kommersialiseringen av vården att fortsätta främjas samtidigt som vården blir alltmer ojämlik.

Vid en S-ledd majoritet är den framtida vårdpolitiken mer osäker. Skulle S, MP och V få egen majoritet och Socialdemokraterna väljer att bilda en ”vänsterregering” kan kravet att avveckla vinster i vården bli lika tydligt som det idag är när det gäller att avveckla vinstdrivna friskolor. Blir det däremot en mittenallians med Centerpartiet kommer troligen ”svansen” att vifta på hunden. Kanske blir det en mindre justering av LOV som ger regionerna vetorätt mot direkt olämpliga lokaliseringar, men privatförsäkrade får fortsatt förtur till vård hos offentligt

finansierade privata vårdgivare. Kommersialiseringsvågen i övrigt rullar vidare med ökande ojämlikhet och risker för ekonomisk brottslighet.

- » **Medborgarna.** De som både finansierar och använder den offentligt finansierade vården – medborgarna – förefaller ha minst inflytande över vårdens driftsformer.

Enligt alla opinionsundersökningar anser en stor över årtionden stabil majoritet av befolkningen att den skattefinansierade vården inte bör bedrivas i syfte att ge vinst till ägarna. Samtidigt har utvecklingen under årtionden gått i direkt motsatt riktning. Den stolta demokratiska deklarationen att ”all offentlig makt utgår från folket och riksdagen är folkets främsta företrädare” gäller uppenbarligen inte i detta fall. Riksdagsledamöterna tycks ha lyssnat på andra intressenter när de gjorde medborgarna till kunder på en vinstdriven vårdmarknad.

Göran Dahlgren

Tidigare chef för Socialdepartementets sjukvårdsenhet och gästprofessor vid University of Liverpool.

LÄSTIPS OCH REFERENSER:

1. Riksrevisionen (2014:22) Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?
2. Myndigheten för vård och omsorgsanalys: Rapport 2013:1 Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården.
3. Myndigheten för vård och omsorgsanalys: Rapport 2015:6 Vårdval och jämlik vård inom primärvården.
4. Myndigheten för vård och omsorgsanalys: Rapport 2015:9 Vården ur primärvårds-läkarnas perspektiv
5. SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.
6. PM 2016:5 Vården ur ett befolkningsperspektiv 2016. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder.
7. Lag (2008:962) om valfrihetssystem samt proposition 2008/09 om vårdval i primärvården.

Svenska LO:

Målet är en jämlik vård för en jämlik hälsa

Ulrika Lorentzi, välfärdsutredare LO

Hur arbetar LO med välfärdsfrågorna?

LO:s vision är ”ett rättvist Sverige där arbetare kan leva ett gott liv”. Det är en gemensam vision för de 1,4 miljoner medlemmarna i de tretton fackförbund som är anslutna till LO. Det kanske inte är självklart att LO ska arbeta med välfärdsfrågor, och det är inte heller alla som tycker det. Huvuduppgiften är förstås att tillvarata arbetstagarnas intressen på arbetsmarknaden.

I stadgarna står det dock att LO ska ”verka för en samhällsutveckling på grundval av politisk, social och ekonomisk demokrati präglad av jämlikhet och en feministisk grundsyn”. Där kommer välfärdsfrågorna in.

Både Socialdemokraterna och fackförbunden i Sverige har varit svajiga i frågan om privatiseringen av välfärden. Det har funnits förhoppningar om att privatiseringen med fler arbetsgivare skulle leda till större konkurrens om arbetskraften och därmed att privatiseringar skulle bidra till högre löner och bättre villkor. Men det har omvärderats.

Nu står LO för ett välfärdspolitiskt program med huvudbudskapen: Välfärd ska fördelas efter behov. En generell välfärd bidrar till sammanhållning, jämlikhet, ekonomisk utveckling och en fungerande arbetsmarknad. LO anser att välfärden behöver mer resurser och att marknadsstyrningen ska avskaffas.

Vad säger LO:s välfärdsprogram om vården?

Grunden är att skapa en jämlik vård för en jämlik hälsa. För att lyckas med det måste vården läggas om från konkurrens och marknadsstyrning till en jämlik och behovsbaserad vård. Vårdföretag ska inte ha fri etableringsrätt i offentligt finansierad vård, privata sjukförsäkringar ska stoppas och privat finansiering ska inte tillåtas i verksamheter som är offentligt finansierade.

När det gäller den sista punkten, om privata sjukvårdsförsäkringar, togs det fram ett förslag av den tidigare socialdemokratiskt ledda regeringen, det är bara att genomföra. Men med nuvarande högerregering kommer det inte att ske.

Hur ser LO på finansieringen av välfärden?

Det behövs en långsiktig och hållbar finansiering. Statsbidragen till kommuner

och regioner behöver indexeras så att de ökar i takt med priser, löner och befolkningsökningen samt förändrad åldersstruktur med allt fler äldre. Enligt regeringens nuvarande beslut kommer statsbidragen i stället att sänkas. Vi behöver också rulla tillbaka marknadslösningarna för att få mer välfärd för pengarna.

Har ni sett exempel på att man lokalt tar beslut att ta tillbaka verksamheter i egen regi?

Ja, vi samlade sådana exempel för en seminarieserie. I Nordanstigs kommun tog hemtjänsten tillbaka i egen regi, i Stockholms kommun tog man kontrollen över vuxenutbildningen, i Stockholmsregionen har den nya majoriteten avskaffat några vårdval och avbolagiserat de regionägda sjukhusen.

Vi identifierade några punkter för att lyckas med avmarknadisering:

- » Det måste finnas mandat från väljarna, vilket innebär att man måste gå till val i frågan, som Socialdemokraterna i Region Stockholm gjorde i förra valet.
- » Utgå från syftet med verksamheterna i argumentationen för reformerna. Marknadslösningarna behöver avvecklas för att vården, och andra välfärdstjänster, ska kunna bli bättre på att uppnå sitt syfte. Utbilda politiker för att de ska förstå hur marknadslösningar påverkar välfärden och att det går att förändra.
- » Ta kontroll över beslutsprocessen. Låt inte tjänstemännen styra i frågan själva.
- » Planera, förbered inför att avtal med utförare ska gå ut.
- » Prioritera vilka områden som är mest akuta. Det går inte att göra allt samtidigt, välfärden måste fungera.
- » Prata med fack och föreningsliv.

Vilka politiska förändringar är då möjliga att göra?

- » Starta eller ta tillbaka verksamhet i egen regi.
- » Ersätt LOV, lagen om valfritetssystem, med upphandling av ett begränsat antal utförare enligt lagen om offentlig upphandling, LOU. Det har flera borgerliga kommuner gjort för att förhindra kriminalitet.
- » Reservera upphandlingar för idéburna utförare.
- » Överväg idéburet offentligt partnerskap.
- » Ställ krav i upphandlingar, till exempel på arbetsvillkor, bemanning, insyn, att tillgången ska fördelas efter behov och att utförare inte får sälja tilläggstjänster som brukaren själv får betala.

Vilket motstånd kan väntas?

Avmarknadisering möter motstånd från välfärdsföretagen. Var beredd på bråk och att egenregin kan komma att behöva ta över verksamheter om företagen lämnar i förtid. Lagstiftning, som att LOV är tvingande i primärvård, ställer till

problem och måste ändras nationellt. Kompetens kan ha tappats när verksamheter har privatiserats. Var beredd på att nyrekrytering kan ta tid.

Hur argumenterar man bäst för avmarknadisering?

Välfärden ska fungera och bidra till utjämning, marknadsmodeller innebär motsatsen. Marknadslösningar är dyrare genom försvårad planering, mindre möjligheter till stordriftsfördelar och att de kräver en stor kontrollapparat. De har också öppnat välfärden för kriminella aktörer, vilket är systemhotande.

LÄSTIPS:

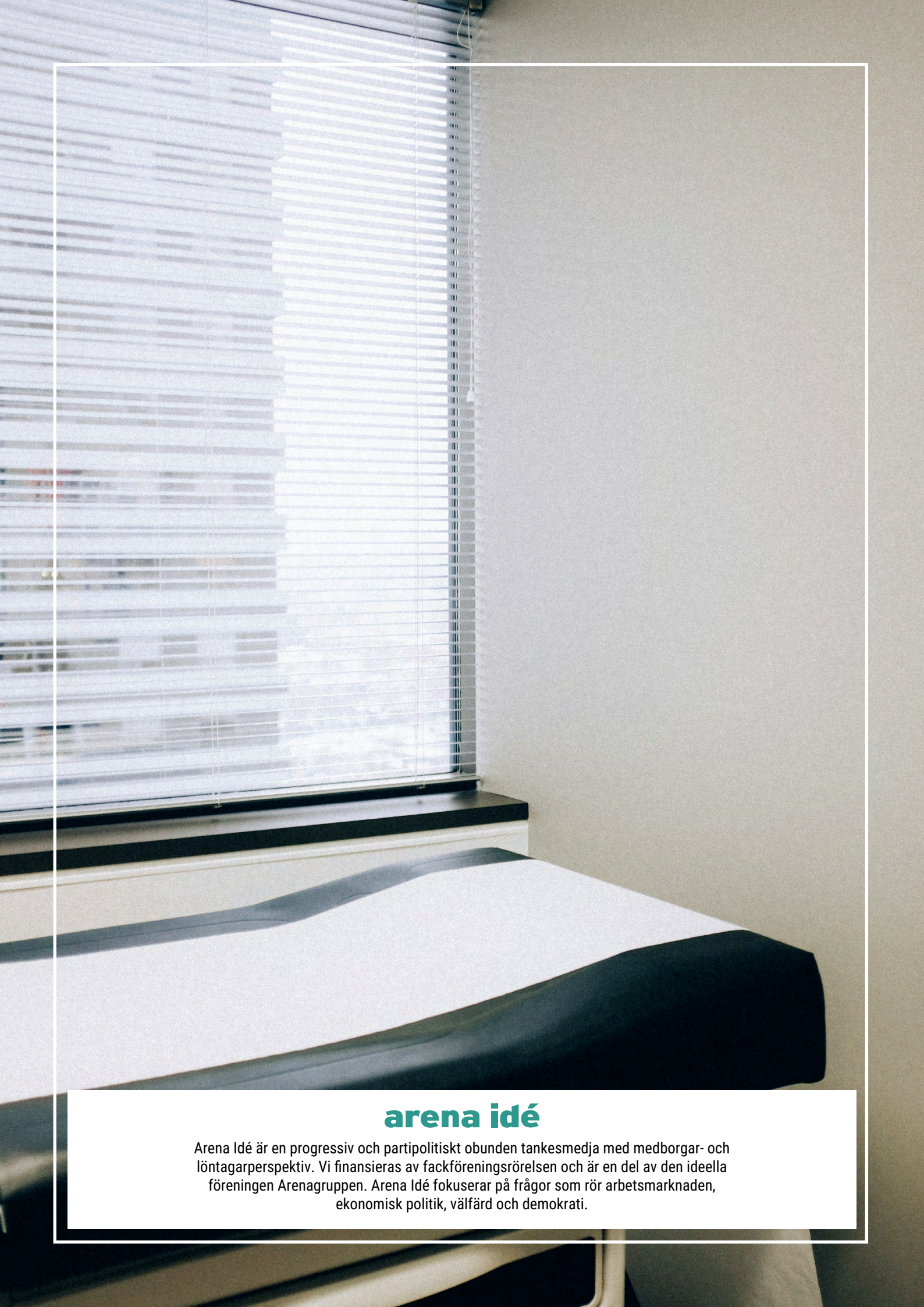
Välfärdsgapet 2024. Välfärdsgapet 2024 är den senaste upplagan av LO:s årligt återkommande rapport om resursbehoven i vård, skola och omsorg. Beräkningarna i denna rapport sträcker sig fram till 2028. Ladda ner här: <https://www.lo.se/lo-fakta/valfardsgapet-2024>

Trygga välfärden: LO:s program för en jämlik välfärd

Ladda ner här: <https://www.lo.se/lo-fakta/trygga-valfarden-los-program-for-en-jamlik-valfard>

Se LO:s seminarierie **Ta tillbaka den demokratiska kontrollen** på LO Play:

<https://www.lo.se/lo-play>



arena idé

Arena Idé är en progressiv och partipolitiskt obunden tankesmedja med medborgar- och löntagarperspektiv. Vi finansieras av fackföreningsrörelsen och är en del av den ideella föreningen Arenagruppen. Arena Idé fokuserar på frågor som rör arbetsmarknaden, ekonomisk politik, välfärd och demokrati.