



TIMBRO

HUR **SOCIALISERING** **SKADAR** VÅRDEN

NIMA SANANDAJI & GABRIEL HELLER SAHLGREN

MARS 2026

Timbro är Nordens främsta marknadsliberala tankesmedja. Sedan starten 1978 är uppdraget att långsiktigt bilda opinion för marknadsekonomi, fri företagsamhet, individuell frihet och ett öppet samhälle.

© Timbro

MARS 2026

www.timbro.se

info@timbro.se

Sättning: Mikael Eisen

Omslag: Mikael Eisen

VÅRDEN OCH SOCIALISERINGEN

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	7
INLEDNING	9
PRIVAT VÄLFÄRDSPRODUKTION SAMMANFALLER MED HÖGRE LIVSLÄNGD	15
FORSKNING OM PRIVATA VÅRDFÖRETAG: EFFEKTIVITET, KVALITET OCH TILLGÄNGLIGHET	17
RISKER MED EN SOCIALISERING AV VÅRDEN	23
METOD	27
MEKANISM 1: SAMVERKAN, LÄRANDE OCH KONKURRENS	29
MEKANISM 2: ETABLERADE VÄLFÄRDSFÖRETAG ÄR EN MOTKRAFT GENTEMOT VÄLFÄRDSBROTT	31
MEKANISM 3: OMSTÄLLNINGSFÖRMÅGA OCH INNOVATION UNDER PRESS	35
MEKANISM 4: HÖGRE PRODUKTIVITET OCH LÄGRE KOSTNADER	37
MEKANISM 5: KOMPETENSFÖRSÖRJNING GENOM EN BREDARE ARBETSMARKNAD	39
UTMANINGAR MED RESILIENS I SVERIGE	43
SLUTSATSER	45
REFERENSER	47

OMFÖREATTARNA

Nima Sanandaji är vd för tankesmedjan ECEPR, teknologie doktor från KTH, och har publicerat forskning inom bioteknik, fysikalisk kemi, polymerteknik, ekonomi och ekonomisk historia.

Gabriel Heller Sahlgren är forskare vid Institutet för Näringslivsforskning och disputerade i september 2019 vid London School of Economics med avhandlingen *Casual Inference in Social Policy: Evidence from Education, Health and Immigration*.



TIDIGARE PUBLIKATIONER

Scandinavian Unexceptionalism: Culture, Markets and the Failure of Third-Way Socialism (2015, IEA)

Debunking Utopia: Exposing the myth of Nordic Socialism (2016, WND Books)

The Birthplace of Capitalism - The Middle East (Timbro 2018)

The Henry Fords of Healthcare (2020, IEA)

The Welfare State Myth (2025 med Stefan Fölster, IEA)

Tack till Arvid Lindman-fonden som stöttat publiceringen av denna rapport.

SAMMANFATTNING

Sedan 1990-talet har upphandling och vårdval lett till en större roll för privata utförare, som idag en viktig del av den svenska välfärden. Dessa utförare kan leverera vård effektivt och bidrar till konkurrens som även påverkar offentliga vårdgivare. Mot den bakgrunden är den nya trenden mot socialisering högst oroande: det offentliga tar gradvis ”tillbaka kontrollen” över utförandet genom förändrade regler, ändrade ersättningsmodeller och beslut som gör privat drift svårare att bedriva. Detta är inte minst tydligt i Region Stockholm, där det rödgröna styret sedan valet 2022 har lagt om kursen i en sådan riktning.

Den här rapporten diskuterar riskerna med en sådan utveckling. I ett första steg jämförs europeiska länder, med fokus på hur stor del av de anställda i näringslivet som jobbar i företag inom vård och omsorg. Det visar sig att länder där en större andel av näringslivets anställda arbetar i privata företag inom vård och omsorg också tenderar att ha en högre förväntad livslängd. Sambandet ska inte övertolkas, men det understryker att privata vårdföretag är en återkommande och funktionell del av väl-

färdsleveransen i många av de europeiska länder som har bäst hälsoutfall.

I en genomgång av forskningen visar rapporten samtidigt att privata vårdföretag ofta bidrar till att höja effektiviteten och tillgängligheten. Dels handlar detta om att privata utförare i många fall uppvisar hög kostnadseffektivitet samtidigt som de levererar minst lika god kvalitet som offentliga alternativ. Flera studier finner också en dynamisk effekt: när fler utförare konkurrerar om patienter förbättras utfallen. Effekterna varierar med utformningen av systemen, men helhetsbilden är att en modell där privata vårdgivare får större utrymme att konkurrera med offentliga aktörer tenderar att ge bättre förutsättningar för både effektivitet och kvalitetsutveckling än system som grundas på enbart offentlig drift.

Mot detta ska vägas de risker som följer när utrymmet för privata utförare successivt trängs tillbaka. Ett mer socialiserat system är mindre robust: när driften koncentreras minskar förmågan att snabbt parera olika slags störningar. Erfarenheterna från Stockholms ambulanssjukvård visar exempelvis hur en övergång till mer monopoliserad drift kan göra systemet

känsligare, med snabbt uppkomna bemannings- och arbetsmiljöproblem samt behov av temporära nödlösningar. Slutsatsen är därför att en socialisering inte bara riskerar att dämpa effektiviteten i vården, utan också att den försämrar vårdsystemets resiliens vid olika slags kriser.

För att fördjupa förståelsen av resiliens presenterar rapporten även övergripande tematiska resultat från semi-strukturerade intervjuer med företrädare för privata vårdföretag. I kombination med forskningsgenomgången identifierar intervjuerna fem mekanismer genom vilka de privata välfärdsföretagen bidrar till en stabilare och mer robust välfärdsleverans.

Dessa fem mekanismer är följande:

- Privata vårdbolags arbetssätt och investeringar skapar samverkan, lärande och konkurrens som också stärker offentliga aktörer.
- Etablerade privata vårdföretag kan bidra till att motverka välfärds kriminalitet, bland annat genom systemkunskap, data och erfarenheter.
- Privata vårdföretag bidrar med flexibilitet och innovationsförmåga, något som blev särskilt tydligt under coronapandemin.

Privata aktörer möjliggjorde snabb och effektiv mobilisering.

- Privata vårdföretag utför ofta samma arbete till en lägre kostnad, vilket kan ge mer och bättre vård för pengarna.
- Privata vårdföretag breddar arbetsmarknaden och stärker kompetensförsörjningen: fler arbetsgivare skapar rörlighet, bättre matchning, högre attraktivitet och minskar risken för att ett offentligt monopol pressar ned villkor och löner.

Rapporten pekar därmed på omfattande risker med en socialiseringsprocess som minskar vårdföretagens roll i Sverige. Dels riskerar existerande problem med låg effektivitet och svag anpassningsförmåga att förvärras när offentlig sektor i mindre utsträckning kan lära av och jämföras med alternativa utförare.

Dessutom riskerar arbetet mot välfärdsbrott att försvagas om etablerade och laglydiga företag trängs undan. Välfärdsbrott kan härledas till svagheter i utbetalnings- och ersättningssystemen, snarare än på en viss associationsform bland leverantörerna. När åtgärder riktas snävt mot användandet av bolag kan brottsligheten förflyttas mot andra associationsformer, såsom stiftelser eller ideella fören-

ingar. Att möta problemet genom att motarbeta privata bolag skulle därför vara ett trubbigt instrument. Det vore också ineffektivt: systemkunskap och externa kontrollmekanismer som etablerade aktörer kan bidra med skulle försvinna.

Vidare kan innovations- och omställningsförmågan försvagas – särskilt i kriser – när vården blir mer centralplanerad och mindre dynamisk. En socialisering riskerar också att göra leveransen mindre jämn och mindre robust, eftersom kapacitetsproblem hos en dominerande aktör i högre grad blir systemomfattande. Slutligen riskerar kompetensförsörjningen att försämrats när arbetsmarknaden koncentreras, något som vore särskilt allvarligt i en tid med stora rekryteringsbehov.

Till sist sätts dessa risker in i ett bredare perspektiv. Sverige har redan ett växande problem med vårdbehov som inte tillfredsställs, där en ökande andel människor uppger att de inte får vård trots behov. En politik som går emot vidare socialisering riskerar att spä på denna utveckling genom att minska kapaciteten, försvaga tillgängligheten och göra systemet mer sårbart för både interna och externa störningar. Den övergripande slutsatsen är därför att en ökad, snarare än minskad, roll för privata företag behövs för att stärka effektiviteten, innovationer och resiliensen i den svenska vården – samtidigt som spelreglerna måste utformas så att kvalitet, uppföljning och ansvarsutkrävande blir skarpa och ändamålsenliga.

Den svenska vården har historiskt sett präglats av en kombination av offentlig finansiering och ansvar, men med ett betydande inslag av privata utförande. Det är lätt att i efterhand tolka 1970- och 1980-talens starka centralplanering som ett slags normalläge för svensk välfärd. Men i ett längre perspektiv är detta snarare en relativt kort period då det offentliga stegvis tog ett mer omfattande grepp om både organisering och produktion av vård. Privata vårdföretag – och privat yrkesutövning – är därför egentligen inte något nytt i Sverige.

I början av 1900-talet bestod majoriteten av läkarkåren av allmänpraktiserande privatläkare. I samband med att vårdcentraler lanserades i Sverige från 1968 och framåt skedde dock en expansion av den offentliga vården. År 1970 genomfördes sjukronorsreformen, som innebar att läkarna som tidigare hade haft en inkomst baserat på hur många patienter de tog emot i stället skulle ha en fast lön.¹ Tillsammans bidrog detta till att stärka centralstyrningen. I likhet med andra former av centralplanering uppkom

återkommande problem kopplade till produktivitet, incitament och anpassningsförmåga.

Det är mot denna bakgrund som reformer från början av 1990-talet och framåt bör förstås. Driften i offentlig regi kompletterades gradvis med privat utförande genom offentlig upphandling och vårdval. Upphandling innebär att den offentliga beställaren köper tjänster av privata aktörer utifrån specificerade villkor, medan vårdval innebär att patienten väljer bland olika offentligt finansierade utförare. Båda modellerna har motiverats av potentialen att öka effektiviteten och förbättra tillgängligheten, men också av att man vill skapa konkurrens och ett jämförelsetryck. Denna gör det möjligt för offentliga utförare att lära av alternativa arbetssätt och bättre identifiera förbättringspotential.² I ett system utan privata vårdgivare kan den offentliga sektorn inte lära av den privata, vilket i praktiken gör det svårare att avgöra vad som fungerar väl och vad som behöver förändras.

Sverige lägger i dag en relativt stor andel av ekonomin på hälso- och

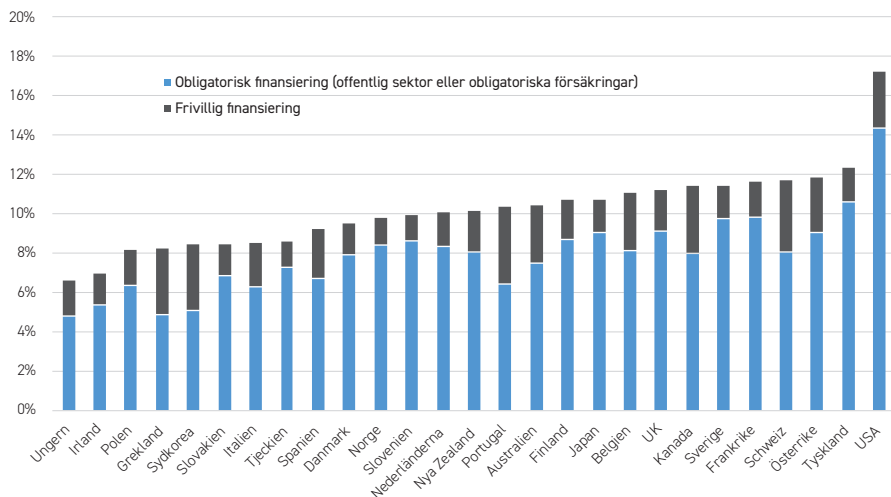
1. Läkartidningen (2006).

2. Andersson m.fl. (2014).

sjukvård. Den samlade finansieringen motsvarar cirka 11,3 procent av BNP. Huvuddelen utgörs av obligatorisk finansiering, medan en mindre andel är kompletterande privat finansiering. Detta följer ett internationellt mönster: den offentliga sektorn eller obligatoriska försäkringar står för merparten

av vårdens finansiering även i länder med större inslag av privat utförande. Den svenska modellen kombinerar alltså offentlig finansiering med en viss kompletterande privat finansiering. Denna blir särskilt synlig när det offentliga åtagandet präglas av långa ledtider eller kapacitetsbegränsningar.

Figur 1. Vårdfinansiering (% av BNP) runtom i världen



Källa: OECD health statistic databas och egna analyser, senaste data för 2024.

I en tid då allt fler lever längre – och där medicinsk teknik skapar nya möjligheter att förebygga, behandla och rehabilitera hälsoproblem – kommer efterfrågan på kompletterande privata lösningar sannolikt att öka. Det kan handla om allt från snabbare tillgång

till bedömning och rehabilitering till att människor investerar i förebyggande insatser och nya behandlingsformer, som ännu inte fullt ut ingår i offentliga prioriteringar. När vårdköer växer, eller när kapaciteten inte följer behovsutvecklingen, tenderar dess-

utom en del av efterfrågan att söka sig mot privata alternativ, ibland inom ramen för offentlig finansiering via upphandling eller vårdval och ibland genom privat finansiering.

”Privat utförande av vården har funnits länge i Sverige och är idag en viktig del av systemet. I detta sammanhang är trenden mot socialisering oroväckande.”

Sammantaget jobbade cirka 420 000 personer i privat driven välfärd under år 2023 och cirka 1,3 miljoner personer i offentligt driven välfärd. En fjärdedel av samtliga välfärds-

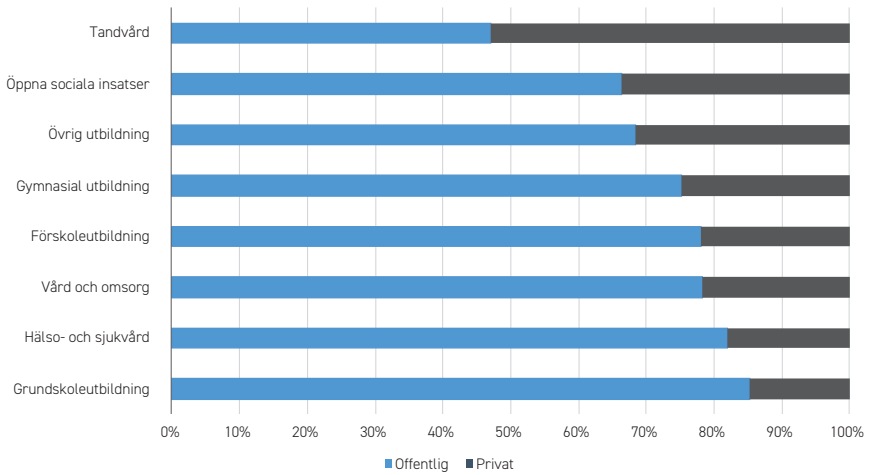
medarbetare i Sverige jobbar alltså i privata företag. I hälso- och sjukvård är det cirka en femtedel som jobbar i privata företag, medan andelen i tandvården är drygt 53 procent. Privat utförande utgör alltså en viktig del av systemet i dag.

Mot den bakgrunden är det oroande att en tydlig politisk trend går i riktning mot socialisering: det offentliga tar steg för steg ”tillbaka kontrollen” över utförandet och minskar utrymmet för privata vårdföretag. Det är denna utveckling – och vilka konsekvenser den riskerar att få – som rapporten analyserar.

Välfärdsbransch	Offentlig	Privat
Öppna sociala insatser	288 500	146 600
Vård och omsorg	299 850	82 900
Hälso- och sjukvård	263 150	57 900
Övrig utbildning	76 750	35 450
Grundskoleutbildning	197 550	34 050
Förskoleutbildning	109 550	30 950
Gymnasial utbildning	50 400	16 700
Tandvård	11 800	13 300
Summa	1 297 500	417 900

Källa: Ekonomifakta (2025), senaste data för år 2023.

Figur 2. Andel sysselsatta i privat respektive offentlig välfärd



Källa: Ekonomifakta (2025) och egna analyser. Baserat på fördelningen av antal anställda i privat respektive offentlig utförande, för varje del av välfärden.

PRIVAT VÄLFÄRDSPRODUKTION SAMMANFALLER MED HÖGRE LIVSLÄNGD

Det finns en seglivad föreställning om att länder med ett högt skattetryck och mer centralstyrda offentliga system har bättre välfärdsutfall. Men data-drivna jämförelser ger inte stöd för en sådan bild. När man jämför 23 rika OECD-länder med minst en miljon vuxna invånare framträder i stället ett mönster där länder med lägre skattetryck som andel av BNP ofta har bättre utfall i skolan och lägre arbetslöshet – särskilt bland lågutbildade – samtidigt som hälsoutfallen i genomsnitt inte är sämre än i högskatteländerna.³

Även utvecklingen av livslängd över tid illustrerar att det inte finns någon koppling mellan ett mer socialiserat, högskattefinansierat välfärds-system och bättre hälsa. År 1970 – efter en lång period av relativt låga skatter och hög tillväxt – hade Sverige högst livslängd av de 23 länderna. Efter fem årtionden med högre skatter har Sverige i stället fallit till plats åtta. Under samma period har länder som Japan, Sydkorea, Australien och Irland passerat Sverige i livslängd och Nya Zeeland har tagit sig in på topp-10. Det gemen-

samma för dessa länder är att de har ett lägre skattetryck än Sverige.⁴

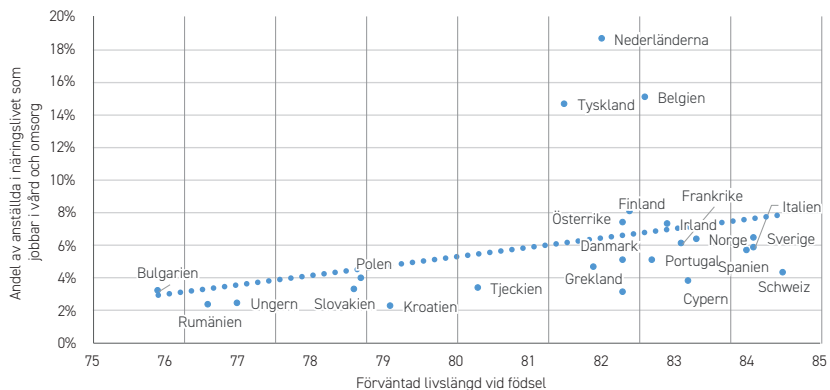
”Europeiska länder med en högre andel anställda i privata välfärds-företag tenderar att ha högre livslängd.”

Mot den bakgrunden är det särskilt intressant att studera hur olika länder organiserar själva välfärdsleveransen. Som figur 3 visar tenderar de europeiska länder där en större andel av näringslivets anställda arbetar i företag inom vård och omsorg också ha högre förväntad livslängd. Detta är ett samband på aggregerad nivå och ska inte övertolkas. Men mönstret är ändå svårt att förena med idén att offentliga monopol skulle vara nödvändiga för en fungerande välfärd. Snarare stärker det bilden av att privata välfärds- och vårdföretag i många länder utgör en integrerad del av den modell som tycks fungera bäst, även när man fokuserar på det mest grundläggande av alla välfärdsutfall: människors livslängd.

3. Sanandaji & Fölster (2025).

4. Ibid.

Figur 3. Europeiska länder med högre andel av de anställda i näringslivet som jobbar i företag inom vård och omsorg tenderar att ha högre förväntad livslängd vid födelse



Källa: Eurostat strukturell näringslivsdata, Eurostat hälsodata och egna analyser.

FORSKNING OM PRIVATA VÅRDFÖRETAG: EFFEKTIVITET, KVALITET OCH TILLGÄNGLIGHET

Det finns i dag en omfattande forskningslitteratur om effekterna av privata vårdföretag och ökad konkurrens på kvaliteten och resursutnyttjandet i skattefinansierade vårdssystem. En rimlig utgångspunkt är att skilja mellan två effekter som i praktiken hänger ihop: (1) hur vårdföretagen själva presterar relativt offentliga utförare och (2) hur deras närvaro påverkar systemet i sig genom att öka valfriheten och konkurrensen. Poängen är inte att privata aktörer per automatik är bättre i varje enskilt fall, utan att deras närvaro ofta stärker mekanismer som gör att systemet kan leverera mer vård, med bibehållen eller förbättrad kvalitet.

En tydlig lärdom från internationell forskning är att konkurrens över lag kan förbättra effektiviteten i offentligt finansierade system. Man finner exempelvis att mortaliteten efter hjärtinfarkter föll snabbare i engelska områden med större (potentiell) konkurrens, efter att man stärkt valfri-

heten inom vården under 2000-talet.⁵ Liknande slutsatser har dragits i andra närliggande engelska studier.⁶ Likaså har konkurrens från privata, vinstdrivande kliniker visat sig öka effektiviteten i offentligt drivna sjukhus vad gäller knä- och höftledsoperationer, utan att ha negativa effekter på kvaliteten.⁷ Samtidigt har man inte funnit generella skillnader mellan offentliga och privata sjukhus (vinstdrivande eller icke-vinstdrivande) vad gäller sannolikheten för inskrivningar på akutmottagningar efter elektiv vård.⁸ Likaså har privata aktörer visat sig vara viktiga för att stärka tillgängligheten i England: när man tillät privata sjukhus att ta emot offentligt finansierade patienter minskade vårdköerna markant.⁹ I system där väntetider och köer är ett återkommande problem är detta helt avgörande.

Likaså stödjer studier från vissa andra länder dessa övergripande slutsatser. I Tyskland har man exempel-

5. Cooper m.fl. (2011).

6. Gaynor m.fl. (2013).

7. Cooper m.fl. (2018).

8. Moscelli m.fl. (2018).

9. Kelly och Stoye (2020).

vis funnit att personer som tas in på privata sjukhus (både vinstdrivande och icke-vinstdrivande) har en högre överlevnad 30 dagar efter behandling av lunginflammation än offentliga sjukhus.¹⁰ Likaså finner man att privatiseringar av offentliga sjukhus ökade effektiviteten på permanent basis när de togs över av vinstdrivande aktörer.¹¹

Även i Sverige pekar ett flertal studier på att privata vårdgivare ofta levererar minst lika god kvalitet och i många fall högre produktivitet. Region Stockholms egen benchmarking av akutsjukhusens effektivitet är ett tydligt exempel. I en jämförelse mellan Capio S:t Görans sjukhus och två offentliga akutsjukhus fann man en tydlig fördel vad gäller effektiviteten till Capio S:t Göran; kostnadsskillnaden per DRG-poäng var cirka 2–6 procent bättre samtidigt som personalproduktiviteten var högre. Likaså finner man något högre kvalitet, enligt ett antal parametrar.¹² En annan studie visar att ersättningen som svenska regioner betalar till privata vårdgivare i flera fall ligger betydligt lägre – mellan 21 och 35 procent lägre för höftledsoperationer och mellan 21 och 63

procent lägre för operationer av grå starr – än regionernas egna kostnader för samma behandlingar.¹³ I en analys som justerar för patienternas vårdtyngd har privata vårdgivare över lag en fördel efter knä- och höftledsoperationer och framfallsoperationer enligt patientrapporterade utfallsmått.¹⁴

En viktig del av erfarenheterna från Sverige handlar dock om de totala effekterna av olika slags vårdval, som har gjort det möjligt för patienter att välja privata alternativ inom primär- och specialistvården. En äldre analys i Region Stockholm av fyra vårdval fann tecken på ökad tillgänglighet och kortare väntetider. Kvalitetseffekterna bedömdes mer osäkra, men resultaten tydde på oförändrade eller positiva effekter.¹⁵ I en annan studie fann man att vårdval inom ryggkirurgi i Region Stockholm ökade antalet opererade patienter med cirka 17 procent samtidigt som kostnaden per operation minskade. Därtill minskade antalet sjukskrivna patienter.¹⁶ Forskning som studerar reformen för höftproteskirurgi i Stockholm – som kombinerade valfrihet, fri etablering och förändrade ersättningsprinciper – finner att

10. Wübker och Wuckel (2019).

11. Tiemann och Schreyögg (2012).

12. SLL (2015).

13. Sirona (2021).

14. Heller-Sahlgren (2025).

15. SLL (2013).

16. Eriksson och Levin (2018).



Capio S:t Görans Sjukhus

antalet ”negativa händelser” minskade.¹⁷ En annan studie visar samtidigt att totalkostnaderna minskade med 3 procent trots att antalet operationer ökade med över 20 procent.¹⁸ Med andra ord ledde reformen till mer vård till en lägre totalkostnad.

Andra analyser finner att vårdvalet inom ögonsjukvård i Stockholm ökade tillgängligheten radikalt efter att man tillät patienter att välja privata aktörer. Då man inte justerade ersättningen för de privata aktörerna över tid – trots förändrade löner och kostnader – blev det samtidigt i reala termer mycket billigare per besök att låta privata aktörer ta över marknadsandelar över tid. Vårdköerna föll också i Region Stockholm i högre utsträckning än i andra regioner. Över lag är det därför tydligt att vårdvalet inom ögonsjukvård i Region Stockholm gav väldigt mycket vård för pengarna.¹⁹

Till sist är evidensen från svensk primärvård också i regel förenlig med att valfrihet och fler utförare stärker patienternas ställning och förbättrar upplevd kvalitet utan att den medicinska kvaliteten försämras.²⁰ Det är också viktigt att notera att frånvaron av starka kliniska effekter inte betyder

att privata vårdgivare skulle vara irrelevanta: bättre subjektiva upplevelser av vårdprocessen är också viktiga utfall, då sådana är relaterade till positiva utfall på lång sikt.²¹

Vårdföretagens roll är alltså i grunden positiv för effektiviteten och kvaliteten över lag. För det första bidrar de ofta med högre produktivitet. För det andra bidrar de till att öka valfriheten för patienter och därmed konkurrensen i systemet – som i internationell forskning har kopplats till förbättrad kvalitet i offentligt finansierade system. För det tredje kan de skala upp kapaciteten och minska vårdköerna.

Samtidigt är det viktigt att betona att resultaten ofta är kontextberoende. Privata utförare levererar inte automatiskt bättre utfall i alla kontexter och vissa reformer internationellt sett har utformats på ett sätt som gör att de positiva mekanismerna försvagas. När styrningen är svag eller när uppföljningen inte fångar de viktigaste kvalitetsdimensionerna kan privata aktörer (liksom offentliga) reagera på incitamenten på sätt som inte gynnar patienterna. Ett intressant exempel var den tidigare ”interna marknaden” i Englands vårdssystem under 1990-

17. Goude m.fl. (2022).

18. Wohlin m.fl. (2016).

19. Heller-Sahlgren och Jordahl (2025).

20. Dietrichson m.fl. (2020) och Heller-Sahlgren (2025).

21. Gilmore m.fl. (2023).

talet, som ledde till kortare väntetider men högre mortalitet. Under den tiden fokuserade man inte på eller publicerade riskjusterad mortalitet, på det sätt som man gjorde efter reformerna under 2000-talet (vilka alltså ledde till lägre mortalitet).²² Även den svenska ambulanssjukvården är ett belysande exempel i detta hänseende. Svensk forskning från Region Stockholm finner att privata ambulanser – under perioden innan regionen avskaffade de privata alternativen – hade kortare responstider samt lägre kostnader, men att patienter som tilldelades privata ambulanser hade högre mortalitet.²³ Det är en viktig signal om riskerna med att fokusera alltför mycket på vissa kvalitetsdimensioner (som responstid) men missa andra (som medicinska utfall) i utformningen av upphandlingskontrakt.

Samtidigt är det viktigt att inte dra alltför långtgående slutsatser från detta. Studien identifierar skillnader mellan privata och offentliga utförare givet ett system med flera aktörer, men analyserar inte de samlade systemeffekterna av att avskaffa privata alternativ (som i Stockholm stod för cirka 60 procent av marknaden). En sådan förändring kan påverka

bemanning, kompetensförsörjning, arbetssätt och incitament i hela organisationen – och därmed också resultaten i den offentliga verksamheten. Att det uppstod stora problem när man avskaffade de privata ambulanserna – som diskuteras i nästa avsnitt – är ett tecken på detta. Därför följer inte automatiskt att monopolisering skulle minska mortaliteten; den rimligare slutsatsen är att exemplet understryker betydelsen av utformning: uppföljningen bör om möjligt i högre grad knytas till medicinska utfall än enbart processutfall, såsom responstid.

En rimlig slutsats från forskningen totalt sett är alltså att vårdföretag och privata utförare ofta bidrar till ett bättre resursutnyttjande. I de fall när evidensen är svagare är det sällan ett bra argument för att stänga ute privata aktörer helt, utan snarare ett argument för att förbättra systemets spelregler: uppföljning, transparens och ersättningsprinciper. Om man i stället väljer att minska vårdföretagens utrymme – och därmed reducerar valfrihet och konkurrenstryck – riskerar man att försvaga de mekanismer som i både svensk och internationell evidens ofta är kopplade till bättre effektivitet, kvalitet och tillgänglighet.

22. Propper och Burgess (2008).

23. Knutsson och Tyrefors (2022).



Capio S:t Görans Sjukhus

Sammantaget talar både svensk och internationell forskning för att privata vårdföretag ofta stärker resursutnyttjande och tillgängligheten via valfrihet och konkurrens. I ljuset av detta är finns det naturligtvis en risk att dessa effekter skulle gå förlorade med en socialisering. Med "socialisering" avses här inte endast en fullständig återgång till offentlig drift, utan även en mer gradvis förskjutning där utrymmet för privata företag försämras genom politiska beslut, regelverk eller upphandlingar som i praktiken gör privat drift svårare, mindre attraktiv eller mer osäker. Resultatet blir ett mer centraliserat system där offentliga utförare dominerar och där variationen i ägandeformer minskar. En sådan utveckling kan framstå som tilltalande från en organisatorisk synvinkel – med en aktör finns det i teorin en starkare styrkedja – men den medför också tydliga risker vad gäller effektivitet, kvalitet och innovationskraft.

Men det finns även andra risker med en socialisering, vara kanske den viktigaste gäller vårdsystemets resiliens: systemets förmåga att stå emot och hantera störningar, såsom

plötsliga efterfrågeökningar, personalbrist, tekniska avbrott eller andra systemchocker. I detta hänseende är ett system med flera utförare och driftsformer ofta mindre sårbart. När en aktör får problem kan andra delvis absorbera efterfrågan – och när det uppstår problem i en aktörs verksamhet kan andra fungera som referenspunkter för detta. En socialisering minskar dessa säkerhetsventiler och ökar risken för att problem blir systemomfattande snarare än lokala.

Ett exempel på detta är avskaffandet av privata ambulanser i Region Stockholm. År 2023 beslutade den rödgröna majoriteten i regionen att först avskaffa upphandlingen av ambulanser – vilket innebar att det offentliga bolaget skulle få en monopolställning – och sedan med start i januari 2026 avbolagisera ambulansvården helt och hållet. I stället har man inrättat en ny ambulanssjukvårdsnämnd och ambulanssjukvårdsförvaltning som ska hantera driften. Idén var bland annat att minska samordningsproblem samt stärka flexibiliteten i systemet för att stärka krisberedskapen i regionen.²⁴

24. Lanryd (2024).

När regionen tog steget att avskaffa upphandlingen blev betydelsen av att ha olika aktörer för resiliensen dock synlig. Under sommaren 2025 rapporterades bemanningsproblem som bidrog till att det fanns färre ambulanser i drift och att det uppkom ett stort behov av temporära åtgärder. Detta gjorde att regionen också var tvungen att köpa in extra resurser från privata aktörer.²⁵ En av anledningarna till bemanningsproblematiken är sannolikt de stora arbetsmiljöproblem som uppstod i och med socialiseringen och som det rapporterades om tidigare under 2025. Huvudskyddsombudet för Vårdförbundet konstaterade då: ”Den politiska motiveringen [till socialiseringen] var ju en mer sammanhållen och robust ambulanssjukvård. Nu ser vi tyvärr motsatsen.”²⁶ Naturligtvis kan det uppstå liknande problem även hos privata aktörer. Poängen är att man med fler ägandeformer och aktörer sprider risken för att säkerställa att problemen inte blir alltför omfattande.

Mer generellt finns det en stor risk för oavsiktliga konsekvenser när man återtar stora delar av vårdkedjan i offentlig regi, som kan göra att patienter hamnar i kläm. Detta är också något som man har fått erfara under

de pågående förändringarna inom specialistvården i Region Stockholm. Mottagningar stänger, tillgängligheten faller och patientflöden lämpas över på andra delar av systemet. Man tappar kompetens på grund av att personalen helt enkelt inte vill jobba för regionen i stället för sina tidigare privata arbetsgivare. Systemet får därmed svårare att absorbera hög efterfrågan: köerna växer och resvägar blir längre. Patienter hänvisas i högre utsträckning till dyr akutvård eller till primärvården, som tar emot patienter som egentligen skulle behöva specialistvård. Resultatet blir att problemen inte försvinner utan förvärras och omfördelas. Bristen på alternativ gör att en störning i en del av vårdkedjan snabbt sprider sig i systemet. I vissa fall – som i ögonsjukvården i Region Stockholm – sker detta redan innan reformerna har genomförts, eftersom vårdföretagen tar hänsyn till stundande förändringar i sina beslut om framtida vårdproduktion. Återigen visar allt det på riskerna med en socialisering utifrån ett resiliensperspektiv.²⁷

Det finns även internationella exempel som påvisar problemen med alltför centralstyrda vårdssystem i detta hänseende. I Storbritannien har

25. Region Stockholm (2025).

26. Andersson (2025).

27. Lanryd (2025)

de olika nationerna olika vårdssystem, varav England har haft mest valfrihet, konkurrens och privata inslag vad gäller vårdproduktionen. Wales och Skottland har haft en mer centraliserad modell där vården huvudsakligen bedrivs i offentlig regi. Det finns en mängd skillnader mellan länderna som gör det svårt att jämföra utfall rakt av, men det är högst relevant att jämföra den relativa utvecklingen sedan coronapandemin slog till. Pandemin var trots allt just en sådan extern kris som testar ett vårdsystems resiliens. Och intressant nog har Wales haft mycket större problem med vårdköer för elektiv vård jämfört England sedan pandemin. Likaså återhämtade sig England fortare och i högre utsträckning än Skottland i olika vad gäller vårdköer, jämfört med innan pandemin. När en extern kris slog till stod alltså den engelska vården pall i högre utsträckning än den walesiska och återhämtade sig snabbare än den skotska.²⁸ Även om

detta naturligtvis inte enbart beror på skillnader mellan nationerna vad gäller privat och offentlig drift är det tydligt att det mer marknadsbaserade systemet tycks ha haft större resiliens än de mindre marknadsbaserade systemen.

Med andra ord finns det stora risker med att avskaffa ett system med större privata inslag till förmån för ett system som domineras av ett offentligt monopol. I ett socialiserat system blir störningar i bemanning, arbetsmiljö och/eller ledning i högre utsträckning systemomfattande, eftersom det finns färre alternativa utförare som kan avlasta om något går snett. Den övergripande lärdomen är därför att en politik som avvecklar mångfalden vad gäller utförare riskerar att försvaga både effektivitet och krisberedskap. Detta inte för att privata aktörer alltid är bättre i varje dimension, utan för att ett system med flera utförare normalt är mer robust över lag.

28. ONS (2024), Warner (2024)



Ambulans Region Stockholm



Foto: Vårdförbundet

METOD

Inför denna rapport har sex semi-strukturerade intervjuer genomförts med personer i ledande roller inom svensk privat vård. Intervjuerna genomfördes under november–december 2025 och utgick från en gemensam intervjuguide, men med utrymme för följdfrågor och fördjupning. Respondenterna återges anonymt och inga enskilda personer identifieras eller citeras på ett sätt som möjliggör igenkänning. I stället analyseras materialet sammantaget genom en tematisk genomgång, där återkommande resonemang och konkreta exempel används för att ringa in centrala mekanismer som förklarar hur välfärdsföretagen bidrar med resiliens i vården.

Syftet med intervjuerna är inte att ersätta forskningsgenomgången, utan att komplettera den med praktiska insikter om hur resiliens skapas i vardagen: vilka organisationsprinciper, incitament och samverkansformer som gör skillnad när vården pressas av omställningar, bemanningsproblem eller kriser. Intervjuerna pekar på fem återkommande mekanismer genom vilka privata vårdföretag kan bidra till ett mer robust vårdsystem – och därmed också på vilka funktioner som riskerar att försvagas om systemet utvecklas i riktning mot socialisering och offentligt monopol. Där det är relevant relateras intervjuresultaten till slutsatser från forskningen.



Capio S:t Görans Sjukhus

MEKANISM 1: SAMVERKAN, LÄRANDE OCH KONKURRENS

Ett återkommande tema i intervjuerna är att resiliens i vården sällan skapas genom en enda aktör, utan genom fungerande samverkan mellan olika delar av systemet. Offentlig styrning kan vara nödvändig för att säkra grundläggande krav och samordning, men fler utförare ökar ofta handlingsutrymmet, breddar kompetensbasen och ger fler arbetssätt att jämföra med. Privata vårdgivare kan integreras i regionernas kris- och katastrofplanering och fungera som en kapacitetsresurs. Sveriges enda privatdrivna akutsjukhus – Capio S:t Görans Sjukhus – spelar exempelvis en integrerad roll i kris- och katastrofplanerna för huvudstadsregionen. Kris- och katastrofplaneringen följer en NATO-modell, där vården är i civil kontroll vid normalläge eller vid stabsläge när olyckor inträffar och övergår till att följa en militär planering om det blir gult läge eller katastrofläge.

”Den privata sektorns anpassningsförmåga har vuxit fram genom konkurrens och ständigt ökande krav. Den offentliga vården är mer rigid. Det är genom samverkan mellan offentliga och privata som vården kan uppnå ökad resiliens.”

Samtidigt betonas att privata vårdföretag ofta utvecklar sin omställningsförmåga under konkurrens och genom tydliga krav på leverans. Man kan sammanfatta det som att den privata sektorn i högre grad tvingas utveckla rutiner, processer och styrning som gör verksamheten anpassningsbar, medan offentliga leverantörer lättare blir trögrörliga när förändringstrycket är svagare. Därmed blir samverkan och konkurrens ett sätt att stärka även den offentliga vårdens förmåga att leverera. Utvecklingen av vårdvalet för knäoperationer i region Stockholm är ett tydligt exempel på hur privata vårdgivare kan leverera mer vård för pengarna och har större förmåga till omställning.

Perspektivet som framträder i intervjuerna finner även stöd i forskningslitteraturen. De privata vårdföretagen har en särskild styrka när det kommer till att samverka med andra företag och med offentliga organisationer. När offentliga vårdgivare runtom i världen behöver hämta inspiration är det från den privata vården som man typiskt lär av. Privata vårdgivare bidrar med

effektiviseringar och nya samarbeten.²⁹ Mycket av den utveckling som sker i vården i form av innovationer är genom olika former av samverkan mellan privata och offentliga aktörer.³⁰ Privata försäkringsbolag har också en viktig roll i utvecklingen av framtidens vård, särskilt vad gäller förebyggande och rehabiliterande vård som minskar försäkringskostnaderna.³¹

Risk med socialisering:

Om offentlig sektor inte längre kan lära av privata företag förvärras existerande problem med låg effektivitet och bristande anpassningsförmåga.

29. Lister m.fl. (2017).

30. Abdul m.fl. (2024).

31. Eisenberg & Price (2017).

MEKANISM 2: ETABLERADE VÄLFÄRDSFÖRETAG ÄR EN MOTKRAFT GENTEMOT VÄLFÄRDSBROTT

En relevant samhällsfråga som väcker ökat intresse är välfärds kriminalitet. Det existerar ett systematiskt fusk med välfärdsförmåner, som finansierar kriminella nätverk. Delar av detta sker inom vården.³² Välfärdsbrott utförs av företag som inte följer regelverken och ofta är länkade till kriminella organisationer. Det finns en påtaglig risk att välfärdsbrott används som argument för att begränsa de etablerade välfärdsföretagens roll, men dessa aktörer är i praktiken en viktig motkraft. Arbetet mot välfärdsbrott kan försvagas om etablerade och laglydiga företag trängs undan, samtidigt som kriminella aktörer kan utnyttja svag kontroll och bristande uppföljning.

En invändning är att välfärdsbrottsligheten borde minska om privata organisationer inte existerar. Men då krävs i praktiken att socialiseringen är total. Det räcker inte att man avskaffar privat och valfrihetsbaserad drift, utan krävs också att man samtidigt eliminerar underleverantörer, digitala tjänster, bemanningslösningar, och

inköp. Både från vinst- och icke-vinstdrivande organisationer. I verkligheten skulle detta vara extremt drakoniskt och knappast görbart. Välfärdsbrottslighet handlar om mer än bara leverantörsfusk; den kan exempelvis även begås av privatpersoner. Kärnfrågan är därför inte huruvida utföraren är offentlig eller privat, utan hur väl systemet är utformat för att förebygga utnyttjande.

Ett perspektiv som framkommer i intervjuerna är att de laglydiga och etablerade välfärdsföretagen har förutsättningar att bidra med kunskaper kring det växande fenomenet med välfärdsbrott i vården. Den offentliga sektorn har svårt att identifiera välfärdsbrottslighet i samma utsträckning när den agerar ensam och i praktiken fungerar som monopolist, jämfört med när den samverkar med etablerade vårdföretag och bygger in externa kontroll- och granskningsfunktioner i systemen.

Ett område där riskerna blir särskilt tydliga är kapitationsersättningen i primärvården. Modellen innebär att

32. Polisen m.fl. myndighetsgemensam rapport (2025).

vårdgivaren får en fast ersättning per listad patient, samtidigt som kostnader för patientens vårdkonsumtion hos andra vårdgivare – exempelvis besök hos andra mottagningar eller digitala vårdkontakter – i praktiken belastar “kapitationspotten” genom avdrag och omfördelningar mellan utförare.

I teorin ska detta skapa effektiva incitament och rimlig resursfördelning, men i praktiken kan konstruktionen öppna för missbruk om kontrollen brister. Regionerna gör ofta avdrag baserat på registrerade kontakter utan tillräcklig verifiering av att kontakten varit korrekt utförd, medicinskt motiverad eller ens genomförd av rätt personal. Eftersom kapitationsersättningens storlek dessutom påverkas av patientens ålder, diagnoser och socioekonomiska profil, finns både pengar och incitament kopplade till hur patienter klassificeras och vilka kontakter som registreras. När besök eller kontakter kan rapporteras in och automatiskt generera avräkningar – även i situationer där utföraren saknar rätt kompetens, formella förutsättningar eller där kontakten i praktiken varit mycket begränsad – skapas ett utrymme för kriminell verksamhet.

Samma problematik kan uppstå genom digitala kontakter och utomlän-

sersättning. Om en region ersätter digital vård utan att systematiskt granska innehåll, legitimitet och faktisk vårdnytta, kan stora belopp betalas på felaktig grund – exempelvis för kontakter som närmast motsvarar automatiserade interaktioner via AI-botar. Ett perspektiv som framträder i intervjuerna är att bristande uppföljning och svaga kontrollpunkter i avräkningssystemen riskerar att göra ersättningsmodellerna till en finansieringsmekanism för oseriösa aktörer, snarare än ett verktyg för att styra vård mot patientnytta.

Brottsförebyggande rådet har i detta sammanhang lyft fram så kallad crime proofing som ett centralt angreppssätt: att redan i utformningen av regelverk, avtal och utbetalningsflöden göra strukturerade riskanalyser för att identifiera sårbarheter som kan exploateras. En sådan ansats är särskilt relevant i vårdens ersättningssystem, där tekniska och administrativa rutiner annars lätt blir “självgående” – och där felaktiga registreringar kan få omedelbar ekonomisk effekt. För att minska utrymmet för missbruk krävs därför inte bara kontroll i efterhand, utan en systemdesign där kontrollpunkter, rimlighetsprövningar och tydlig ansvarsfördelning är inbyggda från början.³³

33. Brå (2025).

”Myndigheternas gemensamma lägesbild om organiserad brottslighet pekar på att när åtgärder riktas snävt mot användandet av bolag kan brottsligheten förflyttas mot andra associationsformer, såsom stiftelser eller ideella föreningar.”

Detta är också ett viktigt skäl till att en politik som fokuserar på att begränsa specifikt vinstdrivande bolag i välfärden riskerar att missa målet. Myndigheternas gemensamma lägesbild om organiserad brottslighet pekar på att när åtgärder riktas snävt mot användandet av bolag kan brottsligheten förflyttas mot andra associationsformer, såsom stiftelser eller ideella föreningar.³⁴ I praktiken kan det göra kontrolluppgiften svårare, eftersom icke-vinstdrivande organisationer generellt sett är mindre transparenta än aktiebolag. En bättre väg framåt är därför att höja trösklarna och skärpa uppföljningen oavsett utförarform – samt att använda etablerade, laglydiga vinstdrivande aktörer som en del av kontrollkedjan snarare än att tränga undan dem.

Här kan privata försäkringsbolag bidra på ett sätt som ofta underskattas i debatten. Privata vårdförsäkringar utgör visserligen en mindre del av vårdfinansieringen i Sverige, men försäkringsmarknaden utsätts återkommande för bedrägeriförsök och oegentligheter. Det skapar starka incitament att bygga upp kompetens och verktyg för att upptäcka avvikande mönster, analysera riskindikatorer och utveckla mer träffsäkra kontrollprocesser.³⁵ Den kunskap som utvecklas på försäkringssidan kan – om den tas till vara – komplettera offentliga kontrollstrukturer och bidra till en mer robust brottsförebyggande förmåga i vården som helhet.

Att samordna och sprida sådan kunskap är också en tydlig statlig ambition. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla och hålla samman ett nationellt forum för kunskapsspridning om välfärdsbrottslighet.³⁶ För att ett sådant arbete ska bli verkningsfullt behöver det omfatta hela ekosystemet: offentliga beställare, utförare, samt relevanta försäkrings- och granskningsfunktioner. I ett läge där offentliga system

34. Polisen m.fl. myndighetsgemensam rapport (2025).

35. Flynn (2016), Brooks & Stiernstedt (2022).

36. Socialdepartementet (2025).

redan kämpar med uppföljning är det svårt att se att en ensidig socialisering – där privata aktörer trängs undan – skulle stärka förmågan att upptäcka och motverka välfärdsbrott. Tvärtom riskerar den att minska informationen och försvaga externa kontrollmekanismer.

Risk med socialisering:

Om privata bolag inte längre bidrar med information finns mindre kunskap som kan användas för att förebygga och motverka välfärdsbrott.

MEKANISM 3: OMSTÄLLNINGSFÖRMÅGA OCH INNOVATION UNDER PRESS

Resiliens i vården handlar i praktiken om förmågan att ställa om snabbt när förutsättningarna förändras: när patientflöden skiftar, när personalbristen tilltar, eller när nya arbetssätt behöver skalas upp. I sådana lägen spelar organisationsförmåga och beslutsvägar stor roll. Privata vårdföretag verkar ofta med kortare beslutskedjor, tydligare ansvar för genomförande och starkare incitament att systematisera arbetet kring flöden, bemanning och produktionskapacitet. Det gör det lättare att snabbt pröva nya lösningar, skala upp fungerande arbetssätt och avveckla sådant som inte fungerar. De privata företagen har helt enkelt en förmåga till flexibilitet och anammande av nya innovationer som offentlig sektor inte kan matcha.

”Företagens innovationskraft illustreras av coronapandemin. Regionerna skulle ha haft betydligt svårare att hantera denna själva utan de privata företagen som en drivkraft för nya, flexibla lösningar.”

Coronapandemin illustrerar detta. När vårdsystemet utsattes för en akut chock krävdes snabb omställning av lokaler, logistik och personalplanering, parallellt med att stora delar av den ordinarie vården behövde hållas i gång. I sådana situationer blir ett system med olika slags aktörer en tillgång: fler utförare kan användas för att skala upp, omfördela och bygga alternativa flöden. I många fall planerade exempelvis regionerna initialt för att hantera vaccinationer inom ramen för premiärvården, men tog beslutet att upphandla dem då primärvården behövde frigöra kapacitet.³⁷ På samma sätt kan digitala arbetssätt – exempelvis triagering, uppföljning och standardiserade vårdkontakter – etableras snabbare när det finns aktörer som har tydliga incitament att investera i teknik, processer och utbildning.

Personalhantering är kanske en speciellt viktig strategisk fråga för de privata vårdföretagen.³⁸ Vården drivs inom olika specialistkompetenser och företagen har ett tydligt fokus på att engagera medarbetarna och stärka

37. Grant Thornton (2021).

38. Paşaoğlu & Tonus (2014).

deras produktivitet. När coronapandemin slog till kunde vårdföretagen därför effektivt sätta samman resurser i form av lokaler, utrustning, läkemedel och rätt personal. Om de privata företagen inte hade existerat och all vård hade levererats genom offentliga monopol skulle det helt enkelt ha varit betydligt svårare att hantera pandemin.

Risk med socialisering:

Utan vårdföretagen undermineras förutsättningarna för innovativ och flexibel välfärdsleverans.

Under coronapandemin var företagen avgörande för att skapa resiliens i vårdleveransen. att förebygga och motverka välfärdsbrott.

MEKANISM 4: HÖGRE PRODUKTIVITET OCH LÄGRE KOSTNADER

Ett perspektiv som framkommer i intervjuerna är att privata företag kan bidra med ökad resurseffektivitet liksom med investeringar i vården. Det är därför ofta en bättre affär för skattebetalarna att det finns privata vårdgivare. När privata aktörer etablerar eller expanderar verksamhet bär de ofta en större del av investeringsrisken själva, medan kostnader för etableringar, expansioner eller renoveringar i egen regi ytterst landar på skattebetalarna. I ett system med kapacitetsbrist kan detta vara viktigt: om investeringar och nyetableringar bromsas på grund av offentliga budgetprocesser blir det svårare att bygga upp buffertar som minskar köer.

Erfarenheter från verksamheter med höga krav på bemanningslogik och operativ drift – som ambulanssjukvård – visar betydelsen av detta. Respondenter påpekade här något som rapporten diskuterade i tidigare avsnitt: när Region Stockholm under 2025 socialiserade ambulansvården uppstod snabbt friktion i bemanning och arbetsmiljö, med färre enheter i drift och behov av temporära åtgärder. Det illustrerar en viktig poäng:

systemet blir känsligare för produktionsbortfall utan privata alternativ. I ett system med olika aktörer finns normalt fler möjligheter att stabilisera leveransen genom omfördelning och tillfälliga förstärkningar, utan att allt måste lösas inom samma organisation. I samband med monopolisering av ambulanstjänsten i egen regi pressade regionen dessutom kraftigt ned ingångslönen för ambulanssjuksköterskor, vilket försvårade bemanningen.

”Att avskaffa privata alternativ innebär en systemförändring som kan påverka bemanning, arbets sätt och incitament i hela organisationen”

Ett annat exempel är vad som hände i Västra Götaland. Där tog Sahlgrenska sjukhuset över ambulanssjukvården i egen drift år 2012. Respondenterna pekar på att övertagandet av driften i egen regi ledde till utbredda missförhållanden. Trots att de anställda jobbad övertid och utan rast stod ambulanser stilla. När de privata företagen tidigare skötte driften fick de viten

av regionen för att ambulanser stått stilla, men regionen lät själva ambulanser stå still 1 500 timmar under ett år utan viten.³⁹

Att avskaffa privata alternativ innebär en systemförändring som kan påverka bemanning, arbetssätt och incitament i hela organisationen, något som också alltså har skett i praktiken i flera fall. Respondenterna pekar på att även utvecklingen i Region

Skåne visar på att privata aktörer kan sköta ambulansvården bättre: en analys finner nämligen att det privata bolaget PreMedic uppfyllde regionens tillgänglighetsmål lika bra som det offentliga bolaget, men med mindre resurser⁴⁰ Detta reflekterar att välfärd i offentlig regi ofta har adderade kostnader i sin verksamhet i relation till de privata bolagen.

Risk med socialisering:

Välfärdens leverans blir mindre effektiv utan de privata företagen och resiliensen riskerar att försämrast.

39. SVT Nyheter (2015).

40. Seth (2025).

MEKANISM 5: KOMPETENSFÖRSÖRJNING GENOM EN BREDARE ARBETSMARKNAD

En av de stora utmaningarna i välfärden handlar om kompetensförsörjning. Mellan 2023 och 2033 förväntas man behöva anställa nästan 400 000 fler i kommuner och regioner, på grund av demografiska förändringar och för att ersätta den arbetsstyrka som går i pension.⁴¹ Om välfärden drivs inom ramen för offentliga monopoler blir det svårt att klara kompetensförsörjningen.

Vårdens mest långsiktiga flaskhals är nämligen kompetens: att kunna rekrytera, behålla och utveckla personal när behoven ökar och pensionsavgångarna är stora. Därför är arbetsmarknadens struktur en fråga om resiliens. Fler arbetsgivare innebär större rörlighet, fler karriärvägar och bättre matchning mellan individ och arbetsplats. Det gör sektorn mer attraktiv över tid och minskar sårbarheten när enskilda arbetsgivare får problem med arbetsmiljö, schemaläggning eller ledarskap.

En arbetsmarknad med flera aktörer kan också driva förbättringar genom konkurrens om kompetens.

När arbetsgivare måste attrahera och behålla personal blir arbetsmiljöarbete och kompetensutveckling centrala styrfrågor. Det kan i sin tur påverka sjukfrånvaro, personalomsättning och stabilitet i bemanningen – faktorer som direkt påverkar förmågan att leverera vård under press. Här är det viktigt att se bortom formella löner, även om de naturligtvis är viktiga: resiliens i praktiken formas ofta av schemaläggning, återhämtning, ledarskap, tydlighet i uppdrag och fungerande stödprocesser.

Respondenterna pekar på att privata arbetsgivare typiskt är bättre på personalhantering och lyckas hantera sjukskrivningar bättre än verksamheter i offentlig drift. Detta är inte bara en fråga om arbetsglädje. I en sektor där kompetensförsörjning och personalomsättning är avgörande flaskhalsar får arbetsmiljön direkta effekter på leveransförmågan. En arbetsplats där medarbetare är mer engagerade och där relationerna fungerar tenderar att vara mer produktiv över lag – men också mer robust när belastningen

41. SKR (2024).

ökar. Med andra ord handlar det om resiliens: om att ha personal som stan-
nar kvar, orkar mer och lättare kan
ställa om när verksamheten pressas av
sjukfrånvaro, bemanningsstörningar
eller kriser. I den meningen är vård-
företagens förmåga att attrahera och
behålla medarbetare en viktig del av
hur vården kan fungera bättre – både
i vardagen och när systemet utsätts för
påfrestningar.

Att privata aktörer typiskt är bättre
på personalhantering är något som
finner stöd i olika granskningar.⁴² Alla
privata arbetsgivare är självfallet inte
alltid bättre, men konkurrensen leder
till att privata företag anstränger sig
för att minska sjukskrivningar. I en
rapport från 2019 drogs följande slut-
sats om skillnaderna i sjukskrivningar
mellan välfärdsverksamhet i privat
respektive offentlig drift:

Det är tydligt att faktorer såsom
till exempel skillnader i könssam-
mansättning, ålder, utbildningsnivå
och utländsk bakgrund inte förklarar
hela skillnaden i sjukfrånvaro mel-
lan offentlig och privat välfärdsverk-
samhet. Våra resultat visar snarare på
att det finns en återstående skillnad

i sjukfrånvaro mellan sektorerna. En
del av denna återstående skillnad
beror sannolikt på att det finns andra
arbetsställespecifika faktorer som vi
inte har möjlighet att kontrollera för.
Faktorer som är betydligt mer tydligt
kopplade till arbetsgivarnas organise-
ring av arbetet och förekomst av insat-
ser för att förebygga ohälsa, snarare än
individspecifika egenskaper.⁴³

Välfärdsföretag tenderar att vara
attraktiva både för medarbetare och
för brukare. När regelverken ger
utrymme för etablering och expansion
växer de ofta, eftersom de erbjuder en
kombination av arbetsvillkor och ser-
vice som många efterfrågar.⁴⁴ I vården
är detta särskilt tydligt bland sjukskö-
terskor: privatanställda har i genom-
snitt högre löner än sina kollegor i
offentlig sektor.⁴⁵ Samtidigt pekar flera
mätningar på att medarbetarnöjdhe-
ten i genomsnitt är högre hos privata
än hos offentliga arbetsgivare inom
vård och omsorg. Privatanställda upp-
ger oftare att de trivs på arbetsplatsen,
att de ser fram emot att gå till arbetet
och att de upplever högre motivation
och bättre samarbete i vardagen.⁴⁶

42. Vårdföretagarna (2010), SvD (2016).

43. re:think (2019), s. 3.

44. Svenskt Näringsliv (2024).

45. Tidningen Näringslivet (2025b).

46. Vårdföretagarna (2024).

”Vårdföretagen attraherar kompetens. De växer för att de är populära, såvida politiken inte begränsar dem. Sjuksköterskor som är privatanställda har högre löner än sina kollegor i offentlig sektor.”

Risk med socialisering:

Arbetstagare är mer nöjda med privata arbetsgivare i vårdsektorn. En socialisering riskerar att underminera vårdens kompetensförsörjning.

UTMANINGAR MED RESILIENS I SVERIGE

En politik som syftar till att socialisera välfärden riskerar att öka ett redan växande problem i Sverige, inte minst i storstadsregionerna: att allt fler upplever att deras vårdbehov inte tillgodoses. I dag uppgår 3,9 procent av befolkningen att de haft ett vårdbehov som inte har blivit bemött, vilket är en ökning med 1,6 procentenheter sedan 2021. Problemet är dessutom tydligt geografiskt koncentrerat: i Sydsverige handlar det om 5,4 procent, i Västsverige 4,8 procent och i Stockholms län 4,0 procent.

Detta speglar en bredare utveckling där vårdsystemet pressas av både

demografiska och strukturella förändringar. Urbanisering, snabb befolkningsökning i vissa delar av landet och långvariga integrationsproblem innebär att efterfrågan på vård ofta växer snabbare än systemet klarar av att leverera. När fler människor samtidigt möter hinder i form av långa väntetider eller höga kostnader ökar andelen som inte får sina vårdbehov tillfredsställda. I ett sådant läge är det svårt att se hur en politik som gör det svårare för privata bolag skulle kunna vara en lösning. Risken är i stället att tillgängligheten försämras ytterligare och att fler lämnas utan vård trots behov.

Välfärdsbransch	2024	Trend sedan 2021
Sydsverige (Blekinge & Skåne län)	5,4%	+ 2,2%
Västsverige (Hallands & Västra Götalands län)	4,8%	+ 1,9%
Stockholm (Stockholms län)	4,0%	+ 1,8%
Hela Sverige	3,9%	+ 1,6%
Övre Norrland (Västerbottens & Norrbottens län)	3,3%	+ 0,5%
Östra Mellansverige (Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Örebro & Västmanlands län)	3,2%	+ 1,3%
Mellersta Norrland (Västernorrlands & Jämtlands län)	3,2%	+ 1,6%
Norra Mellansverige (Värmlands, Dalarnas & Gävleborgs län)	3,1%	+ 0,9%
Småland med öarna (Jönköpings, Kronobergs, Kalmar & Gotlands län)	1,2%	+ 0,3%

Källa: Eurostats databas hälsa och strukturella näringslivsdata, samt egna analyser.

Sverige behöver därför framöver en ökad – inte minskad – roll för privata företag inom vården och övriga delar av välfärden för att klara leveransen. Etablerade välfärdsföretag fungerar som en drivkraft för utveckling i vardagen, men också som en buffert när

systemet pressas. En socialisering som tränger undan denna kapacitet riskerar att leda till lägre effektivitet och större osäkerhet i leveransen, snarare än till en mer sammanhållen och robust välfärd.

SLUTSATSER

Den här rapporten har analyserat vad en tilltagande socialisering av vården riskerar att innebära för effektivitet, kvalitet, innovationsförmåga och resiliens. Genom en jämförelse av europeiska länder har rapporten visat att länder där en större andel av näringslivets anställda arbetar i vård- och omsorgsföretag ofta också har högre förväntad livslängd. Privata företag inom vård och omsorg har utgjort en viktig del av systemen i länder som lyckats bäst.

Rapporten gick därefter igenom forskningen, som pekar i en tydlig riktning: privata vårdföretag har i många fall bidragit till effektivare resursutnyttjande och minst lika god kvalitet som offentliga alternativ, särskilt när de verkat inom ramar där ersättning och uppföljning varit tydligt kopplade till relevanta mål. Effekterna är dock kontextberoende och utformning av systemen har spelat roll. Slutsatsen är inte att marknaden löser allt, utan att välfungerande spelregler – transparens, kvalitetsinformation, rigorösa ersättningssystem och fungerande system för ansvarsutkrävande – är viktiga för att privata aktörers positiva effekter ska maximeras.

Ett av de viktigaste perspektiven i rapporten är dock att privat drift och konkurrens inte enbart är viktiga för att stärka effektiviteten, utan även för att stärka resiliensen. Ett system med flera aktörer har gjort vården mindre känslig när kriser har slagit till. Omvänt riskerar socialisering och monopolisering att göra störningar mer systemomfattande: när en dominerande offentlig organisation får problem med bemanning, arbetsmiljö och/eller styrning finns det färre möjligheter att snabbt avlasta och stabilisera leveransen.

Rapporten har också identifierat risker med socialisering bortom själva vårdleveransen, exempelvis i form av välfärds kriminalitet: ersättningsmodeller i primärvård och digital vård kan innehålla kontrollsvagheter som utnyttjas när avräkningar sker utan tillräcklig verifiering. Att socialisera hela välfärdsproduktionen är inte en praktisk – eller träffsäker – lösning på problemet med välfärds kriminalitet. Om de etablerade välfärdsföretagens roll undermineras, kan systemet i stället bli mer sårbart för kriminella aktörer.

Vidare har rapporten noterat att kompetensförsörjningen utgör en viktig flaskhals inom välfärden och att arbetsmarknadens struktur därför har direkt betydelse för leveransförmågan. En bredare arbetsmarknad – med fler arbetsgivare och fler karriärvägar – skapar större rörlighet och bättre matchning, vilket i sin tur påverkar möjligheten att rekrytera och behålla personal. En socialisering koncentrerar arbetsmarknaden, minskar rörligheten och försvagar därmed vårdens resiliens i ett läge där bemanningsproblem är utbredda.

Till sist noterade rapporten att andelen svenskar vars vårdbehov inte tillgodoses har vuxit. Andelen som uppger att de inte fått vård trots behov har ökat under senare år, en trend som är särskilt tydlig i storstadsregionerna.

Detta har gjort frågan om kapacitet och tillgänglighet mer akut. Mot den bakgrunden kommer en politik som minskar kapaciteten och handlingsutrymmet – genom att tränga undan privata vårdföretag och socialisera utförandet – sannolikt förvärra snarare än minska problemen.

Slutsatsen är därför att Sverige behöver en ökad – inte minskad – roll för privata vårdföretag. Detta är inte ett argument för en oreglerad marknad, utan för en välfungerande blandmodell: privata aktörer som en integrerad del av systemet, kombinerat med skarpa och ändamålsenliga spelregler för att säkerställa hög kvalitet och ansvarsutkrävande. Den viktigaste reformambitionen borde vara att förbättra styrningen av vården – inte att begränsa privata utförare.

REFERENSER

- Abdul, S., E.P. Adeghe, B.O. Adegoke, A.A. Adegoke & E.H. Udedeh (2024). *Public-private partnerships in health sector innovation: Lessons from around the world*, Magna Scientia Advanced Biology and Pharmacy, 12;1:045-059.
- Andersson, M. (2025). *Ambulanspersonal åker hem i smutsiga arbetskläder: 'Det är ovärdigt'*, Vårdfokus, 18 februari 2025.
- Andersson, F., N. Janlöv & C. Rehnberg (2014). *Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi*, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi; Vol. 2014:5, Finansdepartementet, Regeringskansliet.
- Brooks, G., & P. Stiernstedt (2022). *The Private Healthcare Insurance sector: A victim of fraud*. *Journal of Criminology*, 55;1:125-139.
- Brottsförebyggande rådet (Brå) (2025). *Crime proofing*. Tillgänglig på: <https://bra.se/kunskapsstod/metodstod-och-verktyg/crime-proofing>
- Cooper, Z., S. Gibbons, B. Skellern & J. Sutton (2018). *The impact of competition from a private sector elective treatment centre on public sector performance: Evidence from the English NHS*, *Journal of Public Economics*, 166:63–80.
- Cooper, Z., S. Gibbons, S. Jones & A. McGuire (2011). *Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms*, *The Economic Journal*, 121;554:F228–F260.
- Dietrichson, J., L.M. Ellegård & G. Kjellsson (2020). *Patient choice, entry, and the quality of primary care: Evidence from Swedish reforms*, *Health Economics*, 29;6:716–730.
- Eisenberg, R.S. & W.N. Price (2017). *Promoting healthcare innovation on the demand side*, *Journal of Law and the Biosciences*, 4;1:3-49.
- Ekonomifakta (2025). *Sysselsatta i välfärdssektorn*. Ekonomifakta. Publicerad 22 maj 2025.
- Eriksson, H. & L.-Å. Levin (2018). *Utvärdering av Vårdval Ryggkirurgi i Stockholms län*. CMT Rapport 2018:1, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT), Linköpings universitet.
- Eurostat (u.å.). *Life expectancy at birth by sex*. Eurostat database.
- Eurostat (u.å.). *Self-reported unmet needs for medical examination and care by sex, age, main reason declared (cost, waiting list, distance or other) and income quintile*. Eurostat database.

- Eurostat (u.å.). *Enterprises by detailed NACE Rev. 2 activity and special aggregates*. Eurostat database.
- Flynn, K. (2016). *Financial fraud in the private health insurance market: an investigation from the industry*, Journal of Financial Crime, 23;1:143-158.
- Gaynor, M., R. Moreno-Serra & C. Propper (2013). *Death by market power: Reform, competition, and patient outcomes in the National Health Service*, American Economic Journal: Economic Policy, 5;4:134-166.
- Goude, F., M. Andersson, D. Borg & P. Malmström (2022). *The impact of a patient choice reform on quality and efficiency in hip replacement surgery*, BMJ Open, 12:e061077.
- Grant Thornton (2021). *Den privatdrivna sjukvårdens erfarenheter av pandemin*, december.
- Heller Sahlgren, G. (2025). *Utfallskvalitet inom offentlig och privat välfärd*. Stockholm: Svenskt Näringsliv.
- Heller Sahlgren, G. & H. Jordahl (2024). *Förhastade förändringar: En granskning av sjukvårdspolitiken nya inriktning i Region Stockholm*. Stockholm: Vårdföretagarna.
- Jamieson Gilmore, K., C.E. Kendall, K. Corazza, N. Coletta & S. Allin (2023). *Patient-reported experience measures (PREMs) in healthcare: A systematic narrative review of their uses*, Health Policy, 128:1-10.
- Kelly, E. & G. Stoye (2020). *The impacts of private hospital entry on the public market for elective care in England*, Journal of Health Economics, 73:102353.
- Knutsson, D. & B. Tyrefors (2020). *The Quality and Efficiency of Public and Private Firms: Evidence from Ambulance Services*, IFN Working Paper nr 1365.
- Knutsson, D. & B. Tyrefors (2022). *The Quality and Efficiency of Public and Private Firms: Evidence from Ambulance Services*, The Quarterly Journal of Economics, 137;4:2213-2262.
- Lanryd, L. (2024). *Socialiseringsvågen i Stockholm – så försvinner din vård och valfrihet*. Stockholm: Timbro. Publicerad 3 april 2024.
- Lanryd, L. (2025). *Socialiseringsvågen i Stockholm del II – kaos, köer och kostnader*. Stockholm: Timbro. Publicerad 21 augusti 2025.
- Läkartidningen (2006). *Den svenska allmänmedicinens historia, 2006-06-14*.
- Lister, C., H. Payne, C.L. Hanson, M.D. Barnes, S.F. Davis & T. Manwaring (2017). *Understanding public health resilience: A multiple case study analysis of public health strengths*, Frontiers in Public Health, 5:192.
- Moscelli, G., H. Gravelle, L. Siciliani & N. Gutacker (2018). *The effect of hospital ownership on quality of care: Evidence from England*, Journal of Economic Behavior & Organization, 153:322-344.

- OECD (2025). *Health expenditure and financing*. OECD Health Statistics database.
- Office for National Statistics (ONS) (2024). *NHS planned care waiting times across the UK*. Office for National Statistics. Publicerad 18 juni 2024.
- Paşaoğlu, D., & H.Z. Tonus (2014). *Strategic importance of healthcare in rising economic power of BRIC countries*, Procedia-Social and Behavioral Sciences, 150:394-403.
- Polisen, Arbetsförmedlingen, Ekobrottsmyndigheten, Försäkringskassan, IVO, Skatteverket & Sveriges Kommuner och Regioner (2025). *Myndighetsgemensam lägesbild om organiserad brottslighet och välfärdsbrottslighet inom vård och omsorg*, Myndighetsgemensam rapport, oktober.
- Propper, C. & S. Burgess (2008). *Competition and quality: Evidence from the NHS internal market 1991–1999*, The Economic Journal, 118;525:138–170.
- re:think (2019). *Sjukfrånvaro i offentlig och privat driven välfärd*.
- Region Stockholm (2025). *Läget i ambulanssjukvården*. Region Stockholm. Publicerad 7 augusti 2025.
- Sanandaji, N. & S. Fölster (2025). *The Welfare State Myth*. London: Institute of Economic Affairs.
- Seth, E. (2025). *Privat Ambulans till Assistans? En Nationalekonomisk Analys av Ambulanssjukvården i Region Stockholm*, kandidatuppsats, Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet.
- Sirona (2021). *Hur uppskjuten vård kan arbetas bort med stöd av privata vårdgivare*. Studie genomförd av analysföretaget Sirona på uppdrag av Vårdföretagarna.
- SKR (2024). *Välfärdens kompetensförsörjning - Personalprognos 2023–2033 och strategier för att klara kompetensförsörjningen*.
- Socialdepartementet (2025). *Nationellt forum ska stärka arbetet mot välfärdsbrottslighet*, 2025-03-12.
- Stockholms läns landsting (SLL) (2013). *Konsekvensutredning – Utskifte av vård från akutsjukhusen och införande av vårdval*. Dnr: HSN 1309-0966.
- Stockholms läns landsting (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.
- SvD (2016). *'Färre sjukskrivna när vården drivs privat'*, 2016-12-14.
- Svenskt Näringsliv (2024). *Allt fler väljer privata alternativ i välfärden*, 2024-08-19.
- SVT Nyheter (2015). *Regionen friar sig själv*, 2015-09-24.

Tidningen Näringslivet (2025a). *Därför kollapsade ambulanssjukvården i Stockholm – 'Systemhaveri', 2025-08-20.*

Tidningen Näringslivet (2025b). *Siffrorna slår håll på myten om privat vård – 'Tydligare kan det inte bli', 2025-10-15.*

Tiemann, O. & J. Schreyögg (2012). *Changes in hospital efficiency after privatization*, Health Care Management Science, 15:310–326.

Vårdföretagarna (2010). *Sjukfrånvaro i offentlig kontra privat sjukvård.*

Vårdföretagarna (2024). *Demoskopundersökning arbetsmiljö på 32 områden: Anställda inom vård- och omsorg är nöjdare med sin arbetssituation hos privata utförare på samtliga områden*, Vårdföretagarna. Publicerad 12 december 2024.

Warner, M. (2024). *NHS recovery in Scotland is lagging behind England's*, Institute for Fiscal Studies. Publicerad 27 november 2024.

Wohlin, J., H. Stalberg, O. Ström, O. Rolfson, C. Willers & M. Brommels (2017). *Effects of introducing bundled payment and patients' choice of provider for elective hip and knee replacements in Stockholm county*. Karolinska Institutet.

Wübker, A. & C. 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.

