

NPM i välfärdsstaten: hotas universalismen?

Paula Blomqvist

Abstract

The impact of NPM within the social services has come to be manifested chiefly through ideas about marketization, or the creation of market-like arrangements within their provision. The introduction of market mechanisms into systems of service provision has been promoted by reforms like purchaser/provider splits or contracting and choice, which implies that public and private providers compete for public funding by appealing to welfare service users. By linking the distribution of funds within the system to provider performance of various kinds, new economic incentives have been introduced into service provision in areas like primary education, pre-schooling and health- and elder care. In this paper, I pose the question how such reforms have affected the universal character of such services in Sweden. I analyze the developments in this regard through four dimensions of the concept of universalism: inclusion, financing, provision and benefits. The results indicate that the introduction of NPM reforms in Swedish welfare services have weakened their universalistic character.

Inledning

När idéerna om marknadsstyrning, eller New Public Management (NPM), nådde den svenska debatten fick de snabbt genomslag inom välfärdsområden som vård, skola och omsorg. Just detta kan tyckas förvånande, eftersom dessa sektorer tidigare setts som extra viktiga att skydda från marknadskrafter och privat företagande. Samtidigt fanns vid mitten av 1980-talet en utbredd kritik mot det sätt på vilket de offentliga välfärdstjänsterna tillhandahölls, både från höger och vänster (Gustafsson 1994, Mellbourn 1986). Välfärdstjänsterna beskrevs som byråkratiska, inflexibla och utan respekt för den enskilda brukarens önskemål. Maktutredningen, initierad av den socialdemokratiska regeringen 1985, tycktes bekräfta bilden av en upplevd maktlöshet bland medborgarna i mötet med välfärdens serviceproducenter. Samtidigt påtalades i regeringens egna rapporter en brist på produktivitet och effektivitet inom den offentliga välfärdstjänstsektorn (Antman 1994, Hugemark 1994, ESO 1986:3,13). NPM föreföll erbjuda en attraktiv lösning både på problemen med bristande effektivitet och svagt medborgarinflytande, en lösning som gjorde att man inte behövde överge idén

Paula Blomqvist är verksam vid Statsvetenskapliga institutionen, Uppsala universitet.
E-post: paula.blomqvist@statsvet.uu.se

om ett gemensamt välfärdssystem utan istället kunde modernisera det så att det bättre fyllde sin uppgift (Hood 1995, Blomqvist & Rothstein 2000, kap. 2).

Till attraktionskraften i NPM hörde också att idéernas konkreta innehåll var skiftande och emellanåt otydligt, vilket gjorde det möjligt för förespråkarna att presentera reformer som tilltalade aktörer med skilda intressen. Ekonomer tog fasta på föreställningen om konkurrens som ett medel för ökad effektivitet, medan politiker gärna fokuserade på den förbättrade styrning och kontroll som utlovades. Brukargrupper av olika slag attraherades av tanken på ökat medbestämmande genom valfrihet, och företrädare för kommuner och landsting såg möjligheterna till kostnadsbesparingar och lokal innovation. Till detta kom att socialdemokraterna och de borgerliga partierna hade ganska olika tolkningar av innehållet i NPM (Millares 2015, Blomqvist 2013, 2002). Vad som verkade vara en samstämmighet kring behovet av konkurrens, mångfald och valfrihet dolde i själva verket ideologiska skillnader i synen på exempelvis privata aktörer, en oenighet som kom att prägla den välfärdspolitiska debatten under lång tid framöver.

Idag har det gått över två decennier sedan NPM först började praktiseras inom den svenska välfärden. Skolan, förskolan, sjukvården och den sociala omsorgen har genomgått omfattande reformer. I omvärlden har uttryckts viss förvåning över den politiska kursändring som tycks ha skett, inte minst med avseende på inslagen av vinst och marknadsbaserad konkurrens inom de sociala tjänsterna. Många har undrat vad som händer med den svenska välfärdsstatens grundläggande värden som solidaritet och jämlikhet när marknadsmekanismer blir styrande i verksamheten. Kan dessa, som förespråkarna hävdar, bevaras oförändrade, eller innebär de reformer som införts att nya, marknadliberala värden vinner mark och att jämlikheten undergrävs?

I föreliggande artikel närmar jag mig denna diskussion genom att undersöka inverkan av marknadsreformer inom välfärdens område i förhållande till ett av de värden som oftast förknippats med den svenska välfärdsmodellen: principen om *universalism*. Med universalism brukar avses sociala skyddssystem eller program som omfattar alla medborgare i ett land, inte endast vissa grupper, och som strävar efter att fördelningen av resurser skall ske på lika villkor (Esping-Andersen 1990, Béland m.fl. 2014). Frågan som ställs är om den svenska välfärdsstaten blivit mindre universell till följd av de senaste decenniernas NPM-reformer? Jag vill hävda att det är en fråga som har aktualitet även utanför Sveriges gränser. Diskussioner om universalismens natur och hur den bevaras under trycket av reformer med marknadliberal orientering förs i många välfärdsstater idag både i väst och den övriga världen. Sverige kan också ses som ett bra fall för att pröva om NPM är förenligt med en universell välfärdsmodell. Målsättningen att bevara universalismen har hela tiden varit uttalad, även av borgerliga regeringar. Till detta kommer att Sverige är ett av de länder som varit först med att tillämpa NPM inom välfärdens område, och de reformer som införts har

i vissa avseenden varit långtgående. Detta innebär att Sverige kan ses som ett så kallat kritiskt fall (*critical case*), vilket innebär att om det inte går att förena en universell välfärdsmodell med NPM här, är frågan om det går någonstans. Samtidigt bör man vara försiktig med att generalisera när det gäller NPM eftersom tolkningen av idéernas innehåll sett olika ut från land till land och de reformer som införts undantagslöst skilt sig åt (Pollitt & Bouckear 2011).

För att besvara frågan om NPM-reformernas inverkan på universalismen i den svenska välfärdstjänstesektorn undersöker jag hur införandet av dessa under åren 1990–2015 har påverkat organiseringen och fördelningen av resurser inom fyra välfärdssektorer: grundskola, förskola, sjukvård och äldreomsorg. Materialet som ligger till grund för undersökningen är tidigare forskning och offentliga rapporter och utvärderingar. Jag diskuterar även frågan vad universalism inom socialpolitiken egentligen innebär och hur begreppet skall definieras. En grannliga uppgift är att försöka bestämma vilka av alla reformer och förändringar inom skolan, förskolan, vården och äldreomsorgen under de senaste 25 åren som kan ses som sprungna ur NPM-doktrinen. Här torde knappast råda någon konsensus. Det förekommer både i debatt och i forskning att förändringar inom välfärdspolitiken som jag menar inte kan ses som ett resultat av NPM, utan beror på andra omständigheter, som direkta besparingsåtgärder, ändrade politiska prioriteringar, eller andra reformsträvanden, som att anpassa vårdstrukturen till ny medicinsk teknologi eller att verka för ökat hemmaboende bland äldre, hänförs till denna tankeriktning. Ett syfte med artikeln är att försöka bidra till ökad klarhet i begreppsanvändningen, både när det gäller NPM och universalism. Endast då kan vi på ett meningsfullt sätt börja tala om orsakssamband och de egentliga effekterna av NPM inom den svenska välfärdsstaten.

Resultatet av analysen i artikeln pekar mot att universalismen i den svenska välfärdstjänstesektorn har försvagats. Det märks framförallt i två avseenden; tjänsternas innehåll är inte längre enhetligt och deras förmåga att tillgodose medborgarnas behov har avtagit, vilket märks genom en framväxande privat social tjänstesektor vid sidan av de offentliga systemen. I andra avseenden, som inkluderingen av alla medborgare i rätten till tjänsterna samt deras finansiering, framstår universalismen som relativt opåverkad. Detta innebär att det som skulle kunna betraktas som kärnan i universalismen, att välfärdstjänsterna finansieras gemensamt och är tillgängliga för alla medborgare, kan anses bevarad inom det svenska välfärdsystemet. Vad som har försvagats är främst de universella särdrag som tidigare utmärkt Sverige som välfärdsstat, som att tjänsternas utformning har varit enhetlig genom det i det närmaste offentliga monopol på produktionen som funnits och att det inte funnits några utvecklade privata marknader utanför systemet för de som kunnat betala ut egen ficka. I detta avseende innebär utvecklingen att den svenska välfärdsmodellen blivit mindre särpräglad i internationell jämförelse och i någon mån mindre jämlik.

NPM i välfärdspolitiken

Tillämpandet av NPM-doktrinen inom välfärdens område i länder som Storbritannien, USA, Nya Zeeland, Australien, Nederländerna, Sverige, Danmark och Finland har gett upphov till en omfattande forskning om reformer med denna inriktning. Forskningen är emellertid av flera skäl svåröverskådlig; dels för att de reformer som införts undantagslöst skiljer sig från varandra på olika sätt; dels för att forskningen ofta är sektorsspecifik och främst behandlar utmaningar och problem inom ett policyområde. Generellt kan man säga att tillämpningen av NPM inom det sociala området till stor del kommit att handla marknadsisering, främst i form av införandet av konkurrens och olika former av prestationsbaserad ersättning för att stimulera ökad produktivitet och effektivitet. Privatisering genom att öka antalet privata utförare, utkontraktering som ett sätt att styra privata utförare och valfrihet för brukarna som ett sätt att åstadkomma konkurrens har varit andra återkommande inslag i NPM-reformer på det sociala området (Pollitt & Bouckeart 2011, Le Grand & Bartlett 1993, Gilbert 2002). NPM har också tillämpats i länder där det sedan tidigare funnits en stor mängd privata utförare, som exempelvis i Tyskland och Nederländerna (Brown & Amelung 1999, Helderma m.fl. 2005). Reformernas inriktning har då ofta varit att skapa marknadsmässig konkurrens mellan dessa, exempelvis genom nya ersättningsmodeller eller att utöka brukarnas valfrihet. I vissa fall, som i äldre- och sjukvården i Storbritannien och Frankrike, har konkurrens och valfrihet åstadkommit genom att ge brukarna en egen "budget", som de sedan själva kan bestämma hur de vill spendera genom att köpa tjänster av konkurrerande utförare (Glendenning m.fl. 2000, Morel 2006). Förutom marknadsisering har NPM-doktrinen även kommit till uttryck inom den sociala tjänstesektorn i form av en förstärkt granskning av resultat och nya försök att mäta och kvantifiera olika typer av prestationer (Levy och Waks 2006). Mer specifika typer av NPM-reformer som införts inkluderar valfrihet mellan konkurrerande skolor (skolpeng); valfrihet för patienter mellan sjukhus eller husläkare/vårdcentraler, införande av kontraktbaserade relationer mellan sjukhus och försäkringskassor (i länder med försäkringsbaserade sjukvårdssystem), upphandling i konkurrens av sociala tjänster som äldre- och handikappomsorg, införande av peng- eller valfrihetssystem inom äldre- och handikapp- och barnomsorg, bolagisering av och införande av olika typer av prestationsersättning för sjukhus (exempelvis på basis av diagnoser hos patienterna) samt införande av marknadsbaserade styrmetoder inom sjukvårdens verksamhet.

I de allra flesta fall handlar dessa reformer om förändrad styrning av verksamheten och skapandet av nya produktionsformer. *Finansieringen* är vanligen fortsatt offentlig och statens åtagande att se till att välfärdstjänster tillhandahålls till medborgarna i grunden oförändrat eller till och med utökad: NPM-reformer har inte sällan kombinerats med utökade sociala rättigheter, exempelvis genom

en utbyggd allmän sjukförsäkring. Målsättningarna bakom införandet av NPM-reformer inom välfärden har varit i stort sett desamma i olika länder: effektivare resursanvändning genom starkare ekonomiska incitament, förbättrad kvalitet och ökat brukarinflytande (Peters & Savoie 2000). Till detta kommer också mindre tydligt uttalade mål som ökad politisk kontroll av hur resurserna i verksamheten används, bättre villkor för privat företagande och försök att motverka en alltför stark professionell dominans (Exworthy & Halford 1998, Clarke & Newman 1997). I detta avseende kan införandet av NPM reformer inom välfärden också ses som ett sätt för politiker att återerövra makt över välfärdsstaten från professionerna.

SKOLAN

Den forskning som bedrivits om NPM inom den sociala tjänstesektorn har oftast handlat om att försöka utvärdera effekterna av de reformer som införts. Inom skolans område finns en stor diskurs om olika former av skolpengsarrangemang, där resurser tilldelas konkurrerande skolor på basis av elevernas val. De centrala frågorna inom denna har varit hur eleverna (eller deras föräldrar) väljer och vilka effekter valen får på kvaliteten inom skolsystemet. En stor mängd empiriska studier från framförallt USA, Storbritannien, Australien pekar mot att elevernas sociala och etniska bakgrund påverkar skolvalet på ett sätt som gör att skolväsendets stratifiering ökar: elever med socioekonomiskt starkare bakgrund är mer benägna att utnyttja valfriheten och väljer oftare högpresterande skolor (Orfield & Frankenberg 2012, Denessen m.fl. 2005, Ball 2003, Blomqvist & Rothstein 2000, kap. 3, Reay 2004, Reay & Ball 1998). Andra studier av effekterna av skolval visar samtidigt att införande av skolval kan leda till nyetableringar och ökad mångfald i skolsektorn och att föräldrar som utnyttjat rätten att välja en skola tenderar att vara mer nöjda (Vlachos 2011, Teske & Schneider 2001, Blomqvist och Rothstein 2000, kap. 3).

SJUKVÅRDEN

Inom sjukvårdens område har NPM-reformer till större del än inom skolan handlat om kostnader och ekonomisk effektivitet. Detta speglar sjukvårdens inneboende karaktär, där behoven är oändliga och den medicinsk-teknologiska utvecklingen ständigt skapar nya möjligheter att bota, lindra och förbättra människors livskvalitet. Detta leder till att även de medicinska professionerna genom sina yrkessträvanden tenderar att bidra till ett expanderande vårdutbud och växande kostnader. Initialt knöts förhoppningar om att vårdens inneboende tendens till kostnadsexpansion skulle kunna dämpas genom NPM-reformer som privatisering av vårdgivare, konkurrens om kontrakt, ersättning på basis av diagnos snarare än kostnader för faktiskt utförd vård (som ofta varit fallet i tidigare budgetsystem) och decentralisering av budgetansvar till mer självstyrande enheter inom exempelvis sjukhus. Idag pekar den mesta av den

empiriska forskningen mot att dessa förhoppningar inte infriats. NPM-inspirerande styrmodeller har av allt att döma bidragit till viss produktivitetsökning inom vården genom att stimulera till ökat utbud (exempelvis fler patientbesök per läkare) och ett större kostnads- och kvalitetsmedvetande hos både finansierare och utförare av vårdtjänster. Samtidigt visar erfarenheterna att etablering av nya privata vårdaktörer inom ramen för offentliga system tenderat att generera ökade, snarare än minskade kostnader genom den ökade tillgängligheten till vård samt de drivkrafter till ökat utbud som då uppstår, samtidigt som tydliga effekter på kvalitet har varit svåra att belägga (Riksrevisionen 2014, Anell 2011, Allen 2009, Simonet 2000). Parallellt med diskussionerna om vårdens kostnader och effektivitet har också utvecklats en diskurs som handlar om patientrollen och effekterna av valfrihet. Generellt sett har här uppmärksammats samma tendenser som inom skolans område; att patienter med högre utbildning är mer benägna att utnyttja valfriheten, skaffa den kunskap som krävs för att göra informerade val och kräva sina rättigheter i mötet med vårdgivarna (Winblad & Andersson 2011, Dixon m.fl. 2010).

ÄLDREOMSORGEN

När det gäller NPM-reformer inom äldreomsorgen har den vanligaste formen varit utkontraktering, vilket innebär att lokala myndigheter delegerar ansvaret att tillhandahålla omsorgstjänster till äldre och andra hjälpbehövande till privata företag och organisationer i utbyte mot ekonomisk ersättning, exempelvis i form av en viss summa per dygn och brukare. Utkontraktering (*contracting*) har ibland kombinerats med valfrihet för brukarna, som då erbjudits ett fritt val mellan utförare som auktoriserats eller godkänts av myndigheterna. Målsättningen bakom denna typ av reformer har varit att minska kostnaderna genom att konkurrensen om kontrakt med myndigheterna sker på basis av pris, att få till stånd en kvalitetsutveckling i verksamheten och att öka hjälp-tagarnas inflytande. De frågor som ställts inom forskningen har främst handlat om huruvida kostnadsbesparingar kommit till stånd, vilka effekterna på kvalitetsutvecklingen inom sektorn har varit, och i vilken utsträckning friheten att välja utförare verkligen leder till ökad brukarmakt. Resultaten varierar, men sammanfattningsvis kan man konstatera det inte finns något tydligt stöd för övergripande kostnadsbesparingar till följd av utkontraktering, samtidigt som risken att priskonkurrens leder en press nedåt på kvaliteten synes överhängande eftersom den är notoriskt svår att mäta inom området och brukarnas ställning är fortsatt svag (Moberg m.fl. kommande, Blomqvist & Winblad 2013, Roosgaard 2006, Johnston & Romzek 2008, Glendenning m.fl. 2000, Boyne 1998). Detta gäller särskilt vinstsyftande verksamhet som i flera amerikanska och kanadensiska studier visat sig ha lägre kvalitetsnivåer än offentliga och icke-vinstsyftande (Harrington m.fl. 2012, Amirkhanyan 2008, Hillmer m.fl.

2005). Svenska studier visar små kvalitetsskillnader mellan offentliga och privata aktörer (där den stora majoriteten är vinstsyftande) men visar på samma tendens som internationella, det vill säga att de privata företagen har lägre bemanningsnivåer, lägre andel fast anställd personal och något lägre utbildningsnivå hos personalen. Samtidigt finns tecken som tyder på att brukarnas medbestämmande genom aktivt medverkande i vårdplanering och variationen i kost är större hos de privata utförarna (Stolt m.fl. 2011, Socialstyrelsen 2012a).

NPM I VÄLFÄRDSSTATSLITTERATUREN

När det gäller NPM som bredare företeelse, som alltså lett till omfattande reformer inom socialpolitiken i många länder, har forskningen dominerats av två huvudspår. Det ena handlar om att utifrån marknads- och kontraktinspirerade teorier försöka bestämma under vilka förhållanden olika former av marknadsstyrning kan fungera inom välfärdens område (se exempelvis Le Grand & Bartlett 1993, Brown & Potoski 2008 Amirkhanya m fl 2007). Den andra huvudinriktningen tar fasta på NPM som en del av en större postmodern omvandling av det västerländska samhället, där värden som individualism, mångfald, kommersialism, fragmentering och marknader ses som dominerande inslag vilka underminerar funktionen hos de tidigare byråkratiskt orienterade välfärdssystemen (Giddens 1994, Harvey 1989). Inom denna litteratur ställs frågor som handlar om effekterna av den mer fragmentiserade styrningen av välfärdens område, uppkomsten av nya upplevda sociala risker när trygghetssystem förändras och blir mer otillräckliga samt hur nya gränser dras mellan det offentliga och det privata (Beck 1992, Bauman 1998, Higgs 1998, Clarke & Newman 1997, Newman 2005). Den traditionella välfärdsstatlitteraturen, som i huvudsak varit upptagen med frågor om välfärdsstaternas storlek, tillväxt och enligt vilka principer inkomstomfördelning sker inom dem, har hittills i begränsad utsträckning intresserat sig för NPM, dels för att denna trend främst berört tjänstesektorn snarare än de sociala transfereringssystemen, dels för att den handlar om välfärdens produktionsformer snarare än dess omfattning eller finansiering. Under senare år har dock utvecklingen inom tjänstesektorn rönt ett ökat intresse inom välfärdsstatsforskningen. En anledning till det är de demografiska och sociala förändringar som skapat ett ökat behov av omsorgstjänster för barn och äldre i många länder. Detta har också medfört att diskussioner om socialpolitiska värden som universalism allt oftare kommit att omfatta även välfärdstjänsterna.

Universalism inom välfärdspolitiken

Universalism har länge varit ett centralt begrepp inom den socialpolitiska forskningen. Det används för att karaktärisera välfärdsprogram som riktar sig

till hela befolkningen inom ett land i stället för specifika grupper, exempelvis med avseende på inkomst, yrkesstatus eller etnisk tillhörighet. De nordiska välfärdsmodellerna, som enligt Esping-Andersens kända klassificering benämns *social-demokratiska*, beskrivs ofta som universella till sin karaktär. Denna egenskap anses då skilja dem från liberala välfärdsstater, med lägre ersättningsnivåer i socialförsäkringarna och ett större inslag av privata lösningar och konservativa välfärdsstater, där sociala försäkringar och tjänster oftare finns tillgängliga för alla, men där yrkesbakgrund och inkomst tenderar att spela en viktigare roll för vilken typ av försäkring eller tjänst man får tillgång till (Esping-Andersen 1990, 1996). Universell välfärdsolitik syftar, till skillnad från sociala program som i praktiken upprätthåller inkomst- och statuskillnader mellan olika medborgargrupper, till ökad jämlikhet i livsvillkor inom befolkningen samt *social integration*, det vill säga att alla medborgare skall känna sig delaktiga i samhället. Universalism som begrepp kan därmed anses bygga på föreställningen att det finns gemensamma värderingar inom befolkningen och en önskan om tillhörighet till en gemenskap som omfattar alla grupper och individer (Anttonen m.fl. 2012, Thompson & Hogett 1996). Under senare år har begreppet universalism fått ökad aktualitet genom utvecklingen utanför västvärlden, där allt fler länder strävat efter att införa universella sociala program. Denna utveckling har drivits på av FN och andra internationella biståndsorganisationer (UNRISD 2001, 2005, Deacon 2005). Detta har lett till ett ökat intresse för innehållet i begreppet universalism, samtidigt som det blivit uppenbart att det i dag används inom litteraturen på flera olika sätt (Anttonen m.fl. 2012; Goul Andersen 2012).

En källa till begreppsförvirring när det gäller universalism är att begreppet tidigare främst använts till att beteckna konstruktionen hos sociala försäkringar som pension, sjukförsäkring, och arbetslöshetsförsäkring (Esping-Andersen 1990, Korpi och Palme 1998, Kunhle & Kildal 2004) men under senare decennier kommit att appliceras även på de sociala tjänsterna. På grund av sin delvis annorlunda karaktär, exempelvis med avseende på de stora kvalitetsskillnader som kan förekomma även om en tjänst formellt erbjuds alla och att många sociala tjänster är behovsprövade, snarare än rättighetsbaserade, fungerar detta ofta inte särskilt väl. Detta har påtalats inte minst av den finska välfärdsforskaren Anneli Anttonen som i flera publikationer argumenterat för att ett universalismbegrepp som är relevant för de sociala tjänsterna förutom formell inkludering (vem som har rätt till en social förmån) och finansiering (vem som betalar) måste inbegripa tjänsternas faktiska utformning, vem som tillhandhåller dem samt hur stor del av medborgarna som faktiskt utnyttjar dem (Anttonen m.fl. 2012, Anttonen 2002, Kröger m.fl. 2003). Ett försök att skapa en definition som kan tillämpas på både sociala försäkringar och tjänster har gjorts av Jörgen Goul Andersen, som identifierar fem olika dimensioner i universalismbegreppet: att sociala förmåner är formulerade som formella rättigheter och inte

görs beroende av någons bedömningar; att alla medborgare är inkluderade på samma villkor, eller enligt samma regelsystem; att sociala förmåner finansieras genom generella skatter, inte avgifter; att förmånerna som erhålls är i stort sett lika för alla, åtminstone att ingen inkomstprövning sker; och slutligen att förmånerna är tillräckliga, vilket exemplifieras med att de ger tillräckligt ekonomiskt skydd vid exempelvis inkomstbortfall för att användas av större delen av befolkningen (Goul Andersen 2012).

Det kan emellertid hävdas att även Goul Andersens definition av universalism fungerar bättre i förhållande till socialförsäkringarna än de sociala tjänsterna. Den första dimensionen, att tillgången till förmåner skall vara rättighetsbaserad och inte beroende av bedömningar, blir problematisk i förhållande till tjänster som sjukvård och social omsorg, där tillgången styrs av professionella behovsbedömningar och där formella rättigheter därför blir ganska meningslösa. Man kan förstås ha rätt att få sina behov bedömda, men det garanterar i sig inte tillgång till tjänsten i fråga. Just behovsbedömning, eller principen att förmåner fördelas uteslutande på basis av *behov*, snarare än betalningsförmåga, typ av försäkring eller någon annan egenskap, är dessutom ofta särskilt framträdande för gemensamt finansierade vård- och omsorgssystem, eftersom sådana bygger på solidarisk finansiering genom inkomstskatt och att prioriteringar görs mellan olika vårdbehov för att resurserna skall räcka till. Den fjärde dimensionen, lika förmåner, kommer när det gäller tjänster främst att handla om kvalitet, vilket är betydligt svårare att bedöma än lika ekonomiska förmåner. Denna dimension pekar också mot frågan vem som *producerar*, eller tillhandahåller, förmånerna; en omständighet som är av betydligt större vikt inom välfärdstjänsterna än när det gäller rutinmässiga utbetalningar eftersom det kan antas påverka kvaliteten mer. Den sista av Goul Andersens dimensioner, tillräcklighet, får också en vidare och mer komplex innebörd när den tillämpas på den sociala tjänstesektorn. Medan man med avseende på socialförsäkringar kan tala om ersättningsnivåernas storlek och huruvida en skälig levnadsnivå kan upprätthållas, kommer frågan när det gäller tjänsterna snarare att bli: tillräckliga *enligt vem*? Brukarna själva, staten eller de professioner som har till sin uppgift att bedöma människors behov av exempelvis sjukvård eller undervisningsresurser? Vad som är "tillräckligt" i detta avseende kan vara betydligt svårare att fastställa än när det gäller ekonomisk ersättning, särskilt som "tillräckliga" förmåner i tjänstesammanhang även måste betyda att dessa anses vara av tillräckligt bra kvalitet.

En alternativ definition till Goul Andersens har presenterats av Blomqvist och Palme (2015). Den bygger på fyra dimensioner; *inkludering*, *finansiering*, *produktion* och *förmåner*. För att en social försäkring eller tjänst skall ses som fullt universell bör enligt denna definition 1) alla medborgare få del av den eller inkluderas på samma villkor; 2) finansieringen vara offentlig; 3) produktionen organiseras offentligt så att tjänsternas innehåll och kvalitet blir enhetlig; det

vill säga lika för alla; och 4) förmånerna vara tillräckligt generösa och av så pass god kvalitet så att systemet skall vara attraktivt för (i stort sett) alla medborgare. Att även produktionen av sociala förmåner görs till en dimension av universalism motiveras av den roll som den offentliga sektorn under efterkrigstiden kom att tillmätas i den svenska och andra nordiska välfärdsstater som garant för att alla medborgare behandlas lika och får tillgång till sociala förmåner av samma kvalitet (Antonnen 2002). När det gäller förmånernas tillräcklighet, vilket kan förstås som att de ses som relevanta och faktiskt utnyttjas av alla grupper av medborgare, kan detta bedömas på olika sätt, exempelvis medborgarnas attityder, men även i vilken utsträckning det förekommer andra, kompletterande system parallellt med det offentliga för att tillgodose medborgarnas behov. Framväxt av privata marknader för exempelvis vård eller omsorg ses i detta avseende alltså som en försvagning av universalismen. (Béland m.fl. 2014). Liksom Goul Andersen menar Blomqvist och Palme att universalism skall ses som en skala, snarare än en dikotomi. Vad som blir relevant att bedöma blir då om universalismen inom ett välfärdssystem har *förstärkts eller försvagats* över tid och i så fall enligt vilka dimensioner av begreppet (Blomqvist & Palme 2015, Kröger m.fl. 2003). Blomqvist och Palmes modell illustreras i figur 1.

Tabell 1. Dimensioner av universalism i välfärdspolitiken

Inkludering	Finansiering	Produktion	Förmåner
Vem omfattas och på vilka villkor?	Hur sker finansieringen, med offentliga eller privata medel?	Vem tillhandahåller sociala förmåner; offentliga eller privata aktörer? Är deras innehåll lika för alla?	Är förmånerna tillräckliga med avseende på storlek och kvalitet?

I det nedanstående används Blomqvist och Palmes modell för att bedöma om införandet av NPM-reformer inom välfärdstjänsteområdet i Sverige efter 1990 kan sägas ha påverkat universalismen i denna del av välfärdssystemet.

NPM reformer inom den sociala tjänstesektorn i Sverige 1990–2015

NPM började vinna insteg i den svenska välfärdsdebatten under 1980-talet. De borgerliga partierna gjorde då bristen på valfrihet inom välfärdssektorn till en politisk stridsfråga, samtidigt som man på lokal nivå försökte verka för ett ökat inslag av privata aktörer. Inom socialdemokratien skedde samtidigt en gradvis omorientering i synen på den offentliga sektorn, där partiet alltmer aktivt börjat söka efter nya lösningar för att göra verksamheten mer lyhörd för medborgarnas behov. Detta arbete, som på nationell nivå kom att koncentreras till det nyinstiftade Civildepartementet, men som också skedde inom kommunerna,

kom mot slutet av decenniet att präglas alltmer av NPM-idéer, framförallt möjligheten att genom konkurrens mellan olika producenter åstadkomma ökad ekonomisk effektivitet (Gustafsson 1994, Mellbourn 1986). Samtidigt fanns vid denna tidpunkt fortfarande ett starkt motstånd inom den socialdemokratiska rörelsen mot privatisering, eller att låta privata aktörer få en utökad roll inom välfärdens områden. Den NPM-reform som därför främst socialdemokraterna kom att förespråkas av partiet under 1980-talet var *interna marknader*, en organisationsmodell genom vilken produktionen av tjänster skildes från deras planering och finansiering. Genom att dela upp producenterna – exempelvis skolor och sjukhuskliniker – i självstyrande enheter och låta politiker och tjänstemän agera beställare av de tjänster som ansågs behövas kunde de politiska kraven tydliggöras, konkurrens skapas mellan producenterna och finansieringen på ett tydligare sätt kopplas till utförda uppdrag i stället för att som tidigare fördelas genom budgetar (Blomqvist 2002). Denna typ av konkurrens, som alltså begränsas endast till *offentliga* tjänsteproducenter, förespråkades bland annat i Socialdemokraternas 90-talsprogram (Socialdemokraterna 1989) och i 1989 och 1990 års budgetpropositioner. Reformen med inriktning mot interna marknader hade då redan börjat initieras i många kommuner och landsting. Ofta anfördes också att konkurrens mellan olika välfärdstjänsteenheter kunde stimuleras genom att brukarna gavs frihet att välja mellan olika alternativ (von Otter & Saltman 1990, Landstingsförbundet 1991, Antman 1994).

Vid tidpunkten för den borgerliga valsegern 1991 var alltså arbetet med att implementera NPM-reformer inom välfärdssektorn redan i gång i många kommuner (Forsell 1994, Montin 1997). Under den borgerliga regeringsperioden 1991–1994 fick emellertid reformerna ny riktning; dels genom att de nu kom att utformas på nationell nivå och i vissa fall bli tvingande för kommunerna och landstingen, dels genom att privatisering blev ett dominerande inslag. 1992 infördes den så kallade Friskolereformen, som innebar att privata aktörer, inklusive vinst-syftande företag, tilläts starta skolor efter godkännande från Skolverket, och sedan fick rätt till en ekonomisk ersättning på basis av det antal elever som valde skolan. Eftersom reformen innebar att samma villkor gällde för offentliga skolor (med något högre ersättningsnivå eftersom dessa måste tillhandahålla viss service som friskolor befrias från) skapades konkurrens om eleverna mellan skolorna inom ett område. Friskolereformen, som också beskrivits som införande av ”skolpeng”, var inspirerad av liknande reformer i Storbritannien och USA och syftade till att åstadkomma kvalitetsutveckling, förbättra förutsättningarna för privata aktörer och öka inflytandet för elever och föräldrar (prop. 1991/92:195). Samma år antog riksdagen en lag som gav kommunerna rätt att delegera uppdraget att tillhandahålla äldre- och barnomsorg till privata aktörer, inklusive företag som drivs i vinstsyfte (prop. 1992/93:43); detta hade tidigare inte funnits tydligt lagrum för. 1993 infördes den så kallade Husläkarlagen, som innebär att det blev obligatoriskt för alla landsting

att tillåta fri etablering av privatpraktiserande läkare inom primärvården och att patienterna själva kunde välja att lista sig hos vilken vårdcentral eller privat husläkarmottagning som helst. Dessa erhöll därefter ekonomisk ersättning på grundval av antalet listade patienter. Därigenom infördes konkurrens och valfrihet även inom primärvården, samtidigt som villkoren för privatpraktiserande läkare förbättrades. Året därpå infördes en liknande reform för privatpraktiserande specialistläkare och sjukgymnaster (Blomqvist 1996, von Otter & Saltman 1995, Anell 1995).

Den borgerliga regeringens tydliga ambition att inte bara öka inslaget av konkurrens och valfrihet inom den offentliga sektorn utan verka för att en ökad andel av tjänsterna utförs i *privat regi* väcker stark kritik hos den socialdemokratiska oppositionen. Man var också starkt kritisk mot att reformerna gjordes nationellt bindande genom lagstiftning; ett tillvägagångssätt som ansågs undergräva det lokala bestämmandet och möjligheten hos lokalpolitiker att styra resursfördelningen så att grupper med störst behov kan ges försteg (Blomqvist 2013). Det är mot denna bakgrund intressant att det när Socialdemokraterna återvänder till makten 1994 i praktiken inte blir någon tydlig återställarpolitik. Husläkarlagen och lagen om fri etablering av privata specialister upphävs visserligen formellt 1995 men bara så tillvida att rätten om att besluta om privat etablering av läkare återförs till landstingen själva (Blomqvist 1996). Friskolereformen modereras genom att friskolornas möjlighet att ta ut elevavgifter tas bort och kommunerna ges tydligare rätt att yttra sig till Skolverket innan beslut om tillstånd fattas, men består i allt väsentligt. Även kommunernas möjlighet att lägga ut produktionen av barn- och äldreomsorg på privata aktörer behålls. Som följd av detta fortsätter andelen privata aktörer, som sakta ökat i antal från internationellt sett mycket låga nivåer på ca 1–2 procent under 1990-talets början att växa under perioden 1994–2006 för att mot slutet uppnå mellan 7–8 procent (skolan) och drygt 30 procent (primärvården) av den totala andelen utförda tjänster.¹ Samtidigt märks i den socialdemokratiska retoriken en tydlig omsvängning i synen på de privata aktörernas roll. De accepteras nu som ett inslag i välfärdstjänstesektorn, även om det betonas att sektorn även i fortsättningen bör styras och regleras offentligt och att offentlig verksamhet även fortsättningsvis bör vara grunden i välfärdsåtgärdandet (Millares 2015, Blomqvist 2013).

2000-talet blir också det decennium där marknadsreformer inom äldreomsorgen börjar införas i stor skala inom kommunerna, främst i form av utkontraktering genom entreprenadupphandlingar. Efter att den nya lagen om offentlig upphandling (LOU) trätt ikraft 1994 finns tydliga regler för hur privata aktörer skall kunna ges i uppdrag att utföra hemtjänst och institutionsbaserad

1 Mätt som andelen barn i fristående skolor/förskolor och andelen besök i hos vårdgivare i privat regi primärvården. Se exempelvis Skolverket 2006 och Socialstyrelsen 2013:30.

omsorg. Upphandlingen måste ske i öppen konkurrens och det blir i praktiken svårt för kommunerna att inte välja den aktör som erbjuder lägsta pris, efter att de grundläggande kvalitetskraven anses uppfyllda. Resultatet blir en stark pris-konkurrens inom sektorn och en tilltagande marknadsdominans av de största företagen, som har stordriftsfördelar och tillgång till kapital och därmed ofta kan sätta lägre priser än sina mindre konkurrenter (Blomqvist m.fl. 2014, Szebehely 2011, Stolt & Jansson 2006).

Den borgerliga regeringsperioden 2006–2014 innebar återigen en skärpning av marknadsreformerna inom välfärdstjänstesektorn. Liksom under den borgerliga regeringsperioden 1991–1994 gjordes valfriheten till en huvudfråga. Under dess banér lanserade regeringen Reinfeldt två nya reformer som syftar till utökad valfrihet och bättre villkor för privata aktörer: Lagen om valfrihetssystem (SFS 2008/09:29) och Lagen om vårdval i primärvården (SFS 2008/09:74). Genom dessa lagar, som bygger på samma grundidé, så kallade *valfrihetssystem*, ställs åter principerna om kundval och fri etableringsrätt för företag i centrum. Medan föregående period dominerats av NPM-reformer – med undantag av skolan – där marknadsstyrningen främst tagit sig uttryck genom upphandlingar i konkurrens och olika typer enskilda kontrakt med privata aktörer, bygger idén om valfrihetssystem på en logik där priset är fast och lika för alla aktörer medan konkurrensen i stället uteslutande sker på basis av *kvalitet* och riktar sig direkt mot brukarna. Ett valfrihetssystem innebär också att alla aktörer som uppfyller vissa grundläggande kriterier fritt får etablera sig inom en kommun eller ett landsting och ges rätt till offentlig ersättning på basis av hur många brukare (hemtjänsttagare, patienter, etc.) de attraherar. Ersättningens storlek får liksom inom skolan fastställas av kommunerna och landstingen själva; det centrala är att principen är att konkurrensneutralitet skall råda.

Lagen om valfrihetssystem (LOV) omfattar alla typer av hälso- och sjukvårdstjänster och sociala tjänster, inklusive äldreomsorg (hemtjänst och institutionsboende) samt missbruksvård, institutionsvård för barn och familjerådgivning. LOV görs inte bindande för kommunerna och kommer därmed i praktiken att utgöra ett valfritt alternativ till upphandling enligt LOU för kommuner och landsting som önskar köpa tjänster av privata utförare. Lagen om vårdval, som trädde i kraft ett år senare (2010), innebar däremot att det blev obligatoriskt för landstingen att införa vårdvalssystem inom primärvården. Den borgerliga regeringens utfästelse om att LOV skulle göras obligatorisk även i äldreomsorgen så småningom bidrog emellertid till att en stor andel av kommunerna implementerade lagen genom att införa valfrihetssystem även inom omsorgen: 2015 hade detta skett i över hälften av alla kommuner (Socialstyrelsen 2015). I förskolan valfrihetssystem infördes obligatoriskt redan 2006. En annan lagändring som kom att påverka hur LOV fungerar i praktiken var den borgerliga regeringens införande av skatteavdrag på hushållsnära tjänster 2007

(RUT). Eftersom RUT kom att omfatta även omsorgstjänster utvecklade många av de privata äldreomsorgsföretagen ett slags dubbelt ersättningsssystem, där de äldre, genom att betala en extra kostnad, kan erhålla ytterligare tjänster utöver de som beviljats av kommunen (Szebehely 2011).

Utöver de nationella reformer som infördes inom välfärdstjänsterna under perioden 1990–2015 pågick inom kommuner och landsting ett omfattande arbete med att förnya styrsystemen i enlighet med NPM-doktrinen för att skapa starkare incitament för effektiv resursanvändning och kvalitetsutveckling. Ökat självstyre, decentraliserat budget- och personalansvar, köp/sälj-system, nya ersättningsformer med inriktning på prestation, nya ledarskapsmodeller och styrsystem (ofta hämtade från den privata sektorn, som exempelvis Lean, som fått genomslag på många sjukhus) samt ökade krav på uppföljning och inrapportering av olika kvalitetsmått har varit vanliga inslag i detta arbete (Hasselbladh m.fl 2008, Kastberg & Siverbo 2007, Siverbo 2007). Kvalitetsuppföljningen har också stärkts på nationell nivå genom nya register och inrapporteringssystem hos Socialstyrelsen och Skolverket samt en förstärkt tillsynsverksamhet genom Skolinspektionen (etablerad 2008) och Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO, etablerad 2015).

Sammantaget kan man konstatera att införandet av NPM-inspirerade reformer inom den svenska välfärden under åren 1990–2015 kommit att präglas av strävan efter att skapa konkurrens mellan utförare och valfrihet för brukarna och att detta ganska snart kom att ses –även av socialdemokraterna – som synonymt med en större andel privata aktörer och mer marknadsmässiga villkor i produktionen. Utöver detta har också funnits en trend, särskilt under det senaste decenniet, mot förstärkt statlig kvalitetskontroll och granskning av verksamheten. Sammantaget innebär de reformer som införts en betydande omorientering i synen på social tjänsteproduktion i förhållande till efterkrigstidens politik, då en professionsstyrd offentlig sektor ansågs som det bästa sättet att producera högkvalitativa sociala tjänster som svarade mot medborgarnas behov (Esping-Andersen & Korpi 1987, Rothstein 1994).

Har införandet av NPM-reformer inom den svenska välfärdstjänstesektorn underminerat systemets universalism?

Debatten om marknadsorienteringen av välfärdstjänstesektorn genom de reformer som beskrivits ovan har varit intensiv. Förespråkare har hävdats att systemet genom införandet av konkurrens och valfrihet blivit mer kostnads-effektivt, transparent och brukarorienterat. Kritiker har pekat både på utblivna positiva effekter, exempelvis med avseende på kostnadsbesparingar och mätbara kvalitetsförbättringar och negativa bieffekter som segregation och ökad ojämlikhet. Frågan om hur universalismen inom välfärdssystemet har

påverkats har likaledes lett till skiftande slutsatser. Medan vissa forskare pekat på avtagande universalism (Ulmanen & Szebehely 2015, Szebehely & Trydegård 2012, Rauch 2007, Bergmark m.fl. 2000, Sunesson m.fl. 1998, Clayton & Pontusson 1998, Johansson 2001) har andra hävdad att universalismen bevarats inom det svenska välfärdssystemet trots de marknadsreformer som införts (Béland m.fl. 2014, Cox 2004, Stephens 2002, Kuhnle 2000). Skillnaderna kan till viss del hänföras till att man studerat olika tidsperioder och områden, men också till att förståelsen av själva *begreppet* universalism skiljer sig åt. I följande avsnitt undersöks med hjälp av befintliga studier och utvärderingar om NPM-reformerna kan anses ha påverkat systemets universella karaktär. Analysen tar sin utgångspunkt i den definition av universalism som presenterades ovan, som bygger på fyra dimensioner: inkludering, finansiering, produktion och förmåner.

INKLUDERING

Inkluderingsdimensionen syftar som vi såg ovan på vilka grupper i samhället som formellt omfattas av välfärdsförmåner. För att ett system skall ses som helt universellt bör det vara öppet för alla medborgare, oberoende av inkomst eller andra särskiljande drag, och tillgången till förmånen regleras på samma villkor för alla. I detta avseende kan man konstatera att ingen av de NPM-reformer som initierats inom välfärdstjänstesektorn i Sverige sedan 1990 har handlat om vilka som skall ges tillträde till tjänsten eller förändrat principen att tjänsterna skall vara tillgängliga för alla som anses ha behov av dem. Till skillnad från exempelvis Danmark och Finland (Goul Andersen 2012, Kuivalainen & Niemelä 2010) har heller ingen debatt förts i Sverige om att införa ett ökat inslag av selektering eller att vissa förmåner bara bör förbehållas vissa utsatta grupper. Inom barnomsorgen har inslaget av universalism med avseende på inkludering ökat under perioden genom att rätten till barnomsorg utökats till arbetslösa och föräldralediga (dock med vissa begränsningar i tid). Även inom sjukvården kan inkluderingsdimensionen anses ha stärkts genom en gradvis utvidgning och formalisering av patienternas rättigheter. Detta manifesterades bland annat genom 2105 års Patientlag, som reglerar bland annat rätten till information, valfrihet, medbestämmande och så kallad *second opinion*, en ytterligare medicinsk bedömning (Masterton m.fl. 2015).² Patientlagen kan åtminstone till del ses som inspirerad av NPM genom sin betoning på brukarrättigheter och då särskilt kundorienterade rättigheter som valfrihet i. Inom skola och äldreomsorg skedde ingen förändring på inkludering. När det gäller dimensionen inkludering framstår det universella draget hos de svenska välfärdstjänsterna alltså inte som försvagat.

2 Ingen av rättigheterna är emellertid utkrävbar i domstol, varför de kan anses "mjuka" och normbildande, snarare än formella.

FINANSIERING

Finansieringsdimensionen i universalismbegreppet syftar på andelen offentlig finansiering av de gemensamma välfärdstjänsterna. Inte heller i detta avseende märks några stora förändringar under perioden, även om det finns vissa tecken på en uppluckring av principen om gemensam finansiering inom sjukvården och äldreomsorgen. Skolpengssystemet finansieras helt offentligt och inga privata avgifter tillåts inom friskolesektorn, en princip som sedan 1995 tycks ha brett politiskt stöd. Inom sjukvården har den offentliga finansieringsgraden varit fortsatt mycket hög (Blomqvist och Winblad 2013). En höjning av patientavgifterna skedde i många landsting under 1990-talet, men har därefter inte höjts annat än måttligt och avgifterna är fortfarande relativt låga i internationell jämförelse (ibid). Samtidigt märks inom vården en viss tendens till sammanblandning av privat och offentlig finansiering genom att många privata vårdgivare i praktiken tar emot ersättning både från landstingen och privata försäkringsgivare. Ett annat exempel på privat finansiering inom ramen för det offentliga systemet är att det idag förekommer är att landsting erbjuder patienter att själva bidra till finansieringen av hjälpmedel med högre kvalitet (exempelvis hörselapparater) medan man själv endast bekostar en enklare modell (Statens råd för medicinsk etik 2015). Även om sådana exempel är ovanliga kan de ses som en utmaning mot universalismen på rent principiella grunder.

Inom förskolan har andelen offentlig finansiering ökat under perioden genom införandet av maxtaxa 2002 och beslutet att göra förskolan avgiftsfri under 525 timmar för 3- och 5-åringar. Privata avgifter är inte tillåtna för förskolor som erhåller offentlig finansiering. Även inom äldreomsorgen infördes maxtaxa (i praktiken ett tak för avgiften) 2001. Införandet av maxtaxor kan ses som stärkande för universalismen i systemet genom att den offentliga finansieringsgraden ökar. Sammantaget kan NPM-reformerna knappast sägas ha underminerat principen om gemensam finansiering av välfärdstjänsterna i Sverige, även om den tendens till ökad förekomst av privata finansieringskällor som märkts inom sjukvården och äldreomsorgen utgör en viss försvagning av universalismen inom dessa områden.

PRODUKTION

Om effekterna av NPM inte kunde anses har påverkat de två universalismdimensionerna inkludering och finansiering i särskilt stor utsträckning råder det motsatta förhållandet när det gäller dimensionen "produktion". Inom alla områden har under perioden skett en övergång från en till helt övervägande del offentlig produktion av tjänster till produktionssystem som utmärks av en blandning av privata och offentliga aktörer. Andelen privata utförare har ökat från en mycket låg andel på några få procent vid 1990-talets början till nivåer som 32–33 procent i primärvården och 25 procent inom äldreomsorgen

(Andersson m.fl. 2014, Socialstyrelsen 2014). Samtidigt är variationen i landet mycket stor när det gäller de privata aktörernas utbredning. Det finns kommuner där andelen privata aktörer inom exempelvis äldreomsorgen uppgår till 70 procent och samtidigt en stor mängd kommuner (ca en tredjedel) där det inte finns någon privat utförare överhuvudtaget. Generellt är de privata aktörernas andel högre i storstäderna; det finns också en tendens att borgerligt styrda kommuner har en högre andel (Winblad och Isaksson 2014, Hartman 2011). Klart är att det för de flesta medborgare finns en ny mångfald i utbudet av tjänster idag och att valfrihetens införande skapat möjligt att i större utsträckning *själv* påverka vilken typ av tjänst man får. Detta är särskilt tydligt inom skolan och förskolan, där inte bara ägarformen utan även tjänsternas inriktning präglas av variation, exempelvis vad gäller pedagogik och ämnesinriktning. När det gäller vårdtjänster handlar den egna individens val kanske främst om att aktivt söka en tillgänglig vårdgivare och hävda sina behov i ett system som i allt högre utsträckning styrs av ekonomiska incitament, både vad gäller behandlingsval, väntetider och patientbesökens längd (Riksrevisionen 2014, Winblad & Anderson 2011, Dahlgren 2010). Principen att tjänsternas innehåll skall vara lika, eller enhetligt, som tidigare präglade den svenska välfärdspolitiken kan sägas ha fått minskad betydelse. Den ”högkvalitativa standardlösning” som Bo Rothstein benämnde som den svenska tjänstesektorns politiska logik (1994) finns knappast längre: i stället för standardlösningar har under 1990- och 2000-talet mångfald kommit att hyllas som ett ideal. Frågan som kan ställas är om det går att säkerställa att tjänsterna ändå har lika *kvalitet*, vilket kvarstår som ett uttalat politiskt mål. Detta mål, som i den politiska diskussionen brukar benämnas likvärdighet, värnas idag främst genom en utökad myndighetsroll i form av nationella riktlinjer, mer frekventa inspektioner och ökad systematik i kvalitetsuppföljningen (Montin 2015, Levay & Waks 2006). Samtidigt visar utvärdering och forskning att det finns tecken som tyder på att kvalitetsskillnaderna mellan olika utförare inom välfärdsområdet har ökat under de senaste decennierna, särskilt inom skolan (Skolverket 2009, 2006a, Öst m.fl. 2013). Även inom barnomsorgen kan man konstatera att privatiseringen lett till större variation med avseende på exempelvis barngruppernas storlek (Hanspers & Mörk 2011). Även om de flesta av de studier av kvalitetsskillnader mellan exempelvis privata och offentliga alternativ pekar mot att dessa är relativt små i Sverige om de alls går att mäta (Blomqvist 2013, Hartman 2011) förefaller systemets ökade mångfald har gjort det svårare att säkerställa lika kvalitet på välfärdstjänsterna. I detta avseende kan universalismen inom systemet sägas ha försvagats.

FÖRMÅNER

Den fjärde dimensionen av universalism handlade om förmånernas nivå. Kan de tjänster som erbjuds inom välfärdssystemet anses tillräckliga? Tillgodoses

medborgarnas behov i samma utsträckning som tidigare? Detta är givetvis svåra frågor att svara på. I termer av volym, eller utbudet av tjänster, är det svårt att se att någon väsentlig minskning har skett under perioden. I samtliga sektorer har skett en expansion med avseende på utgiftsnivåer, även om en åtstramning skedde inom sjukvården och äldreomsorgen under 1990-talets början (SOU 2000:38). Samtidigt har omprioriteringar inom sektorerna skett. Inom sjukvården finns i dag färre sängplatser vilket lett till kortare vårdtider inom slutenvården, trots att den totala mängden besök och behandlade patienter ökat. Denna utveckling bör ses mot bakgrund av den medicinskteknologiska utveckling som inneburit kortare vårdtider, men också de kostnadsincitament för tidig utskrivning som skapades genom den så kallade så kallade Ädelreformen 1992, som flyttade över ansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter till kommunerna. Inom äldreomsorgen har skett en förskjutning mot hemmaboende, delvis av ekonomiska skäl och delvis till följd av den kritik mot institutionsboende som uttalades på 1980-talet. När det gäller äldreomsorgen har forskare också påtalat att tillgången på resurser inte hållit jämna steg med det ökade antalet äldre, vilket lett till att färre beviljats omsorgsinsatser och att resurserna koncentrerats till de mest hjälpbehövande (Ulmanen och Szebehely 2015, Szehebely 2011, Thorslund 2007). Inom skolan har resurserna generellt ökat under perioden, även i förhållande till antalet elever. Förskolan, slutligen, expanderade kraftigt under perioden och kunde mot 2000-talets slut för första gången möta efterfrågan från föräldrarnas sida (SCB 2010). De NPM-reformer i form av valfrihet, upphandling och nyetablering av privata aktörer som införts under perioden kan alltså inte sägas ha reducerat volymen på tjänster, snarare tvärtom. I den mån resurserna inte hållit jämna steg med behovet, förefaller detta främst handla om politiska prioriteringar snarare än ekonomiska styrmodeller. I vissa fall, som primärvården, kan en närmast motsatt effekt skönjas eftersom ett ökat antal utförare i kombination med ekonomisk stimulans för ökad produktivitet förefaller ha lett till ett ökat utbud av tjänster (Anell 2011, Andersson m.fl. 2014). Samtidigt är det otvetydigt så att vissa grupper har känt av ekonomiska åtstramningar under perioden, exempelvis barn i allt större förskolegrupper och de skröpliga äldre som idag har svårare beviljas insatser från den kommunala omsorgen. Genom NPM-reformerna, som ofta inneburit en mer "automatisk" fördelningslogik, har möjligheterna att direkt styra resursfördelningen i enlighet med politiska prioriteringar minskat. Kanske kan man också hävda att det inom den sociala tjänstesektorn idag, givet att resurserna är fortsatt begränsade samtidigt som behoven i många avseende ökat, är ännu viktigare än tidigare för enskilda individer att välja "rätt" för att komma i åtnjutande av de resurser som finns.

När det gäller *kvaliteten* på tjänsterna är bedömningen ännu mer komplicerad. De flesta indikatorer måste nog sägas peka mot att den ökat inom de flesta sektorer under perioden. Ett möjligt undantag är skolan där elevernas

prestationer sjunkit i internationella mätningar mellan åren 1990 och 2015. Som påpekats så är det emellertid endast en del av elevernas kunskaper och förmågor som mäts i denna typ av undersökningar (Jakobsson 2013). Vilken effekt friskolereformen haft på skolans kvalitet är en omstridd fråga, där en del av forskningen å ena sidan pekar mot något bättre resultat i friskolesektorn (Vlachos 2011) samtidigt som andra studier pekar mot en ökad stratifiering och större skillnader i elevprestationer mellan skolor (Holmlund m.fl. 2014, Öst m.fl. 2013, Skolverket 2009). Inom sjukvården finns inga tecken på generellt försämrad medicinsk kvalitet eller markanta kvalitetskillnader mellan olika typer av utförare; tvärtom pekar internationella jämförelser på att kvaliteten ökat inom svensk sjukvård med avseende på flera vanliga diagnoser (Blomqvist & Winblad 2013). Samtidigt utmärks svensk sjukvård av väntetider till många behandlingar och ganska låga siffror jämfört med andra västländer när det gäller kvalitetsaspekter som bemötande och delaktighet (ibid, Masterton m.fl. 2013). Inom äldreomsorgen har under perioden skett en professionalisering genom ett ökat antal anställda med (minst) undersköterskeutbildning, samtidigt som forskningen om vård och omsorg av multisjuka äldre har fått en mer framträdande plats på universitet och högskolor. Mot denna bild kan ställas det markant högre kostnadstryck som kommit till stånd inom sektorn till följd av både NPM-reformer som konkurrensutsättning, ekonomiska nedskärningar och en sjukare brukargrupp. Detta har kommit till uttryck inte minst genom en allt hårdare press på personalen, vars arbetssituation kommit att präglas av lägre bemanningsnivåer, ökad tidspress och en ständig strävan efter effektivisering (Målvist m.fl. 2011, Arbetsmiljöverket 2014). Inom förskolan har otvetydigt en positiv kvalitetsutveckling skett under perioden genom flera olika faktorer, inklusive en ökad andel förskollärare, förstärkning av förskolläraryrket samt en ny läroplan för förskolan som tydligare orienterat verksamhetens inriktning mot utbildning och pedagogik (Kärrby 2000, Rehnblad & Brodin 2012). Samtidigt ökade barngruppernas storlek ökat från i genomsnitt 13,3 1990 till 16,3 vid slutet av 2000-talet medan personatätheten sjönk (SCB 2010). På de flesta områden tycks alltså finnas alltså motstridiga kvalitetsutvecklingstendenser under perioden, även om det mesta tyder på att en övergripande kvalitetsutveckling ändå skett, framförallt när det gäller personalens utbildning och tillämpningen av kunskap inom verksamheten. Huruvida införandet av NPM-reformer som privatisering, valfrihet och konkurrens bidragit till denna utveckling är svårt att säga mot bakgrund av det nuvarande kunskapsläget, men det finns å andra sidan inga tydliga tecken på att de har motverkat den. Den mest rimliga slutsatsen är att vi fortfarande inte vet tillräckligt för dra säkra slutsatser om effekterna av NPM-reformer på välfärdstjänsternas kvalitet. När det gäller det ökade fokus på uppföljning av kvalitet och prestationer som NPM bidragit till, har detta sannolikt haft en viss positiv effekt på kvalitetsutvecklingen, även om priset har varit en ökad administrativ börda för personalen (se exempelvis Forssell och Ivarsson 2014, Bejerot 2009).

Huruvida den professionalisering som skett av förskolan och till viss del även äldreomsorgen samt de ökade resurser som tillförts skola, sjukvård och förskola under perioden bidragit att till tillfredsställa medborgarnas *behov* är en annan fråga. De upplevda behoven tenderar att ständigt öka i ekonomiskt utvecklade samhällen, en tendens som förstärks av högre utbildningsnivåer, tilltagande individualism och en konsumtionsinriktad kultur (Bauman 2005, Giddens 1994). Detta gäller inte minst efterfrågan på välfärdstjänster, som svarar mot grundläggande mänskliga behov som trygghet, hälsa och autonomi. En indikator på om det offentliga välfärdstjänsterna förmår möta medborgarnas behov kan sägas vara i vilken utsträckning de söker sig utanför dessa system till den privata marknaden. Förekomsten av kompletterande privata marknader inom exempelvis vård eller omsorg kan således ses som ett uttryck för otillfredsställda behov, men speglar samtidigt också ett ökat utbud av tjänster, aktiva marknadsföring från privata aktörer och en växande grupp välbeställda medborgare. När det gäller privata marknader utanför de offentliga systemen kan man konstatera att det under perioden 1990–2015 har vuxit fram sådana inom sjukvården och äldreomsorgen i Sverige. Den privatfinansierade vårdsektorn växte under perioden genom ökad förekomst av privata sjukförsäkringar. År 2013 hade 600 000 svenskar eller 10 procent av den yrkesarbetande befolkningen en privat sjukförsäkring, oftast förmedlad via arbetsgivare och fackförningar (Lapidus 2015). Den privata sjukvårdsmarknaden drivs av arbetsgivares och arbetstagares efterfrågan på snabbare tillgång till vård. Även inom äldreomsorgen har det under 2000-talet växt fram en privat marknad som främst omfattar hushållstjänster med även omsorgstjänster (Szebehely 2011). Framväxandet av fullt privata marknader för vård- och omsorgstjänster har sannolikt stimulerats av de offentliga systemens marknadsorientering och den ökade etableringen av kommersiellt inriktade utförare. Även förändringar inom skattesystemet som gett möjlighet till avdrag för privata omsorgstjänster har påverkat utvecklingen. Sammantaget visar denna att för medborgargrupper som har ekonomiska möjligheter har privata marknader i ökad uträkning blivit ett sätt att komplettera vad som upplevs som otillräckliga offentliga välfärdstjänster. Utifrån det perspektivet kan en försvagning av universalismen skönjas även inom den dimension som handlar om tjänsternas tillräcklighet

Slutsatser: mot en svagare form av universalism?

I den här artikeln har jag sökt svara på frågan om de svenska välfärdstjänsterna blivit mindre universella genom införandet av NPM-reformer. Resultatet tyder på att så är fallet. Som analysen ovan visar kan universalismen i det svenska välfärdssystemet sägas ha försvagats åtminstone i två av fyra dimensioner av universalism; produktion och förmåner. Produktionen har blivit mindre enhetlig och mycket tyder på att även kvalitetsskillnaderna mellan olika

tjänster ökat, särskilt inom skolans område. Samtidigt märks en tendens att vissa grupper i ökad utsträckning söker sig utanför det offentliga systemet för att tillgodose sina behov av sociala tjänster, exempelvis när det gäller specialistvård eller omsorgstjänster för äldre. Detta är en utveckling som ännu är marginell, jämfört med de flesta andra länder, men som av allt att döma drivits på av NPM-reformer som privatisering och skapandet av marknader inom välfärdstjänsteområdet. Å andra sidan kan man konstatera att när det gäller de två första dimensionerna av universalism, inkludering och finansiering, framstår de universella värdena som relativt opåverkade. Principen att alla grupper skall inkluderas i de offentliga välfärdstjänsterna, inte endast de svagaste, har fortsatt mycket starkt stöd i Sverige, liksom den finansieringskonstruktion som bygger på att tjänsterna bekostas gemensamt av hela befolkningen genom inkomstskatt. Därmed kan man konstatera att vad som kanske kan ses som de mest fundamentala elementen i en universell välfärdsmodell, inkluderingen av alla medborgare oavsett ekonomisk status och offentlig finansiering, i huvudsak har bevarats inom den sociala tjänstesektorn i Sverige trots de NPM-reformer som genomförts under de senaste decennierna. Den försvagning som skett av universalismen handlar till stor del om särdrag som varit utpräglade i det svenska (och i viss mån nordiska) välfärdssystemet, såsom viljan att skapa enhetliga sociala tjänster för att värna jämlikhet och social integration, och en skepsis inför alla former av privata alternativ inom välfärdens område.

Den gradvisa uppluckring av dessa föreställningar som vi sett under perioden genom acceptansen av privata utförare och en ökad mångfald har lett till att tjänsteutbudet blivit mer varierat men sannolikt också att individens egna resurser blivit mer styrande för vilken typ av välfärdstjänster som erhålls inom systemet. I den bemärkelsen kan man tala både om en individualisering av välfärdssystemet men också vad som ibland kallats en privatisering av sociala risker, det vill säga att individerna själva genom sina val i högre utsträckning blir ansvariga för sin välfärd och förmåga att tillförsäkra sig sina rättigheter. Medan efterkrigstidens välfärdspolitik utmärktes av föreställningen att det var *staten* som genom utbyggda sociala skyddsnät och förmåner skulle garantera medborgarnas ekonomiska trygghet, hälsa och möjlighet till förverkligande av sin potential har de senaste decennierna omorientering i ökad utsträckning kommit att betona individernas *eget* ansvar att tillgodose dessa behov genom val inom ramen för välfärdssystemet (Beck 1992, Johansson & Hvinden 2005). Detta innebär att risken att göra "fel" val, med de långtgående konsekvenser detta kan få för hälsa och livsvillkor blir mer påtaglig, vilket kan leda till nya former av stress och oro bland människor (Higgs 1998).

När det gäller den framtida utvecklingen av universalismen i den svenska välfärdsmodellen framstår växande privata marknader inom välfärdstjänstekonsumtion som en av de största utmaningarna. Idag har som vi sett 10 procent av den arbetsföra befolkningen privata sjukförsäkringar; fortsätter andelen att

öka samtidigt som den privatfinansierade vårdmarknaden expanderar riskerar även Sverige att utveckla ett så kallat två-nivå (*two-tier*) system där de ekonomiskt starkare grupperna (eller de med rätt anställning) köper sig mer förmånliga vårdtjänster medan övriga hänvisas till det (sämre) offentliga systemet. Då har universalismen definitivt urholkats, även med avseende på principen om solidarisk finansiering. Liknande utvecklingstendenser finns inom äldreomsorgen. Utvecklingen är emellertid inte oundviklig, den påverkas av framtida politiska val exempelvis med avseende på skattesystemets konstruktion (rätten till avdrag) och resurstillförseln till de offentliga systemen. En annan utmaning mot universalismen inför framtiden förefaller vara utvecklingen inom skolan, där tendenserna pekar mot en ökad variation med avseende på utbildningens innehåll och kvalitet. Även om forskningen på området inte ger några entydliga svar om samband pekar det mesta mot att valfrihetsreformerna vid sidan av boendesegregationen bidragit till den ökande segregationen inom skolan med avseende på elevernas bakgrund och att detta i sin tur negativt påverkat förutsättningarna för att tillhandahålla en likvärdig utbildning. Klart är att skolsystemet åtminstone kommit att uppfattas som alltmer stratifierat och att skolornas varierande status har blivit en del av det nya välfärdslandskap inom vilket föräldrar har att försöka navigera. Att bibehålla föreställningen om en *gemensam* skola, som ger en likvärdig grund att stå på inför högre studier och yrkesliv framstår i detta ljus som ytterligare en angelägen uppgift om universalismen i välfärdssystemet skall bevaras.

Referenser

- Allen, Pauline, 2009. "Restructuring the NHS again: supply-side reform in recent English health care policy", *Financial Accountability & Management*, 25, s. 373–389.
- Amirkhanyan, Anna, Kim, Hyun Joon, & Lambright, Kristina. T., 2007. "Putting the pieces together: A comprehensive framework for understanding the decision to contract out and contractor performance", *International Journal of Public Administration*, 30(6–7), s. 699–725.
- Andersson, Fredrik, Janlöv, Nils, & Rehnberg, Claes, 2014. *Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi*. Stockholm: Finansdepartementet.
- Anell, Anders, 1995. "Implementing planned markets in health services: the Swedish case", i Saltman, Richard & Otter von, Casten (red.), *Implementing Planned Markets in Health Care*. Buckingham: Open University Press.
- Anell, Anders, 2011. "Hälso- och sjukvårdstjänster i privat regi", i Hartmann, Laura (red.), *Konkurrensens konsekvenser – vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag
- Antman, Peter. 1994. "Vägen till systemskiftet – den offentliga sektorn i politiken 1970–1992", i Gustafsson, Rolf (red.), *Köp och sälj, var god svälj?* Stockholm: Arbetsmiljöfonden 1994.

- Anttonen, Anneli, 2002. "Universalism and social policy: a Nordic-feminist revaluation", *NORA: Nordic Journal of Women's Studies*, 10(2), 71–80.
- Anttonen, Anneli, Häikiö, Liisa & Stefansson, Kolbeinn, 2012. "Universalism and the challenge of diversity", i Anttonen, Anneli, Häikiö, Liisa & Stefansson, Kolbeinn (red.), *Welfare state, universalism and diversity*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Arbetsmiljöverket, 2014. *Projektrapport – Inspektioner av kvinno- och mansdominerad kommunal verksamhet, hemtjänst och teknisk förvaltning*. Rapport 2014:3. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Ball, Stephen, 2003. *Class Strategies and the Education Market: The Middle Classes and Social Advantage*. London: Routledge.
- Bauman, Zygmunt, 2005. *Work, Consumerism And The New Poor*. Berkshire: Open University Press.
- Bauman, Zygmunt, 1998. *Theory, Culture & Society*, London: Sage.
- Beck, Ulrich 1992. *Risk society*. London: Sage.
- Bejerot, Susanne, 2009. "Kvalitetsregister – hot mot vårdkvalitet, arbetsmiljö och klinisk forskning", *Läkartidningen*, 106, s. 986.
- Béland, Daniel, Blomqvist, Paula, Goul Andersen, Jorgen, Palme, Joakim & Waddan, Alex, 2014. "The Universal Decline of Universality? Social Policy Change in Canada, Denmark, Sweden and the UK", *Social Policy & Administration* 48, s. 739–756.
- Bergmark, Åke, Thorslund, Mats & Lindberg, Elisabeth, 2000. "Beyond benevolence-solidarity and welfare state transition in Sweden", *International Journal of Social Welfare*, 9(4), s. 238–249.
- Blomqvist, Paula, 1996. "Valfrihet, konkurrens och offentlig välfärdspolitik: går ekvationen ihop", i Anell, Anders & Rosén, Per (red.), *Valfrihet och jämlikhet i vården*. Stockholm: SNS Förlag.
- Blomqvist, Paula, 2002. *Ideas and Policy Convergence: Health Care Reforms in the Netherlands and Sweden in the 1990s*. New York: Columbia University Doctoral Dissertations
- Blomqvist, Paula, 2004. "The Choice Revolution. Privatization of Swedish Welfare Services in the 1990s", *Social Policy & Administration* 38 (2), s. 139–155.
- Blomqvist, Paula, 2013. "The politics of choice. The Swedish case". Paper, Annual Conference of ISA Research Committee 19 (RC19), Budapest, Ungern.
- Blomqvist, Paula, 2013. "Citizenship, choice and social equality in welfare Services", i Svedberg Helgesson, Karin & Mörth, Ulrika (red.), *The political role of corporate citizens. An interdisciplinary approach*. London: Palgrave Macmillian.
- Blomqvist, Paula & Rothstein, Bo, 2000. *Välfärdsstatens nya ansikte*. Stockholm: Agora.
- Blomqvist, Paula & Winblad, Ulrika, 2013. "Sweden: Continued Marketization within a Universalist System", i Pavolini, Emmanuele & Guillén Ana M. (red.), *Health Care Systems in Europe under Austerity*. London: Palgrave Macmillan.
- Blomqvist, Paula & Winblad, Ulrika, 2013. "Kundvalsmodeller i äldreomsorgen – kan de äldre välja?", s. 57–75 i Rönnberg, Linda, Strandberg, Urban, Wihlborg, Elin & Winblad, Ulrika (red.), *När förvaltning blir business: marknadiseringens utmaningar för demokratin och välfärdsstaten*. Linköping: Linköping University Electronic Press.
- Blomqvist, Paula & Palme, Joakim, 2014. "Universalism in Swedish welfare policy 1990–2014", paper, Statsvetenskapliga förbundet, arbetsgruppen välfärdsforskning, Göteborg.

- Brown, Lawrence D. & Amelung, Volker E., 1999. "Manacled Competition': Market Reforms in German Health Care", *Health Affairs*, vol. 18, no. 3, s. 76–91.
- Brown, Thomas L., & Potoski, Matthew, 2004. "Contract-management capacity in municipal and county governments", *Public Administration Review*, 63(2), s. 153–164.
- Boyne, George, 1998. "Bureaucratic Theory Meets Reality: Public Choice and Service Contracting in U. S. Local Government", *Public Administration Review* 58 (6), s. 474–84.
- Bunar, Nihad, 2010. "Choosing for quality or inequality: current perspectives on the implementation of school choice policy in Sweden", *Journal of education policy* 25(1), 1–18.
- Clarke, John & Newman, Janet, 1997. *The managerial state: Power, politics and ideology in the remaking of social welfare*. London: Sage.
- Clayton, Richard & Pontusson, Jonas, 1998. "Welfare-state retrenchment revisited: entitlement cuts, public sector restructuring, and inegalitarian trends in advanced capitalist societies", *World Politics*, 51(1), s. 67–98.
- Cox, Robert, 2004. "The path-dependency of an idea: why Scandinavian welfare states remain distinct", *Social Policy & Administration*, 38(2), s. 204–219.
- Dahlgren, Göran, 2010. "Vård på lika villkor-drivkrafter och motkrafter", *Socialmedicinsk tidskrift* 87(1), s. 5–48.
- Deacon, Bob, 2005. "From 'Safety Nets' Back to 'Universal Social Provision' Is the Global Tide Turning?", *Global Social Policy* 5(1), s. 19–28.
- Denessen, Eddie, Driessena, Geert & Slegers, Peter, 2005. "Segregation by choice? A study of group-specific reasons for school choice", *Journal of education policy* 20(3), s. 347–368.
- Dixon, Anna, Robertson, Ruth, Appelby, John, Burge, Peter, Devlin, Nancy, Magee, Helen, 2010. *Patient Choice – How do patients choose and how do providers respond?* Report. London: The King's Fund.
- Esping-Andersen, Gösta, 1990. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, Gösta, 1996. *Welfare states in transition: national adaptations in global economies*. London: Sage.
- Esping-Andersen, Gösta, & Korpi, Walter, 1986. "From poor relief to institutional welfare states: the development of Scandinavian social policy", *International journal of sociology*, s. 39–74.
- Exworthy, Mark & Halford, Susan, 1998. *Professionals and the new managerialism*. London: McGraw-Hill Education.
- Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). *Effektivare sjukvård genom bättre ekonomistyrning*. Stockholm: ESO-rapport 1986:3.
- Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). *Offentliga tjänster- sökarljus mot produktivitet och användare*. ESO-rapport Ds 1986:13.
- Forssell, Anders & Ivarsson Westerberg, Anders, 2014. *Administrationssamhället*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Forssell, Anders, 1994. "Företagisering av kommuner", i Jacobsson, B. (red.), *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Giddens, Anthony, 1994. *Beyond Left and Right*. Cambridge: Polity Press.

- Gilbert, Neil, 2002. *The transformation of the welfare state: The Silent Surrender of Public Responsibility*. Oxford: Oxford University Press.
- Glendinning, Caroline, Halliwell, Shirley, Jacobs, Sally, Rummery, Kirsten & Tyrer, Jane, 2000. "New kinds of care, new kinds of relationships: how purchasing services affects relationships in giving and receiving personal assistance", i *Health & Social Care in the Community*, 8 (3), s. 201–211.
- Goul Andersen, Jorgen, 2012. *The concept of universalism and its operationalization in a mixed economy of welfare*. Paper presented at CCWS seminar, Aalborg University, October 31, 2012. CCWS working paper nr. 2012-81.
- Gustafsson, Rolf, 1994. "'Traditionernas ok' inom arbetsmiljöpreventionen", i Carlsson, Gösta. & Arvidsson, Ola. (red.), *Kampen för folkhälsan: prevention i historia och nutid*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hanspers, Kajsa, & Mörk, Eva, 2011. "Förskola", i Hartman Laura (red.), *Konkurrensens konsekvenser: Vad händer med svensk välfärd*. Stockholm: SNS Förlag.
- Harrington, Charlene, Olney, Brian, Carrillo, Helene, & Kang, Taewoon, 2012. "Nurse Staffing and Deficiencies in the Largest For-Profit Nursing Home Chains and Chains Owned by Private Equity Companies", *Health services research*, 47(1pt1), s. 106–128.
- Hartman, Laura, 2011. *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag.
- Harvey, David, 1989. *The condition of postmodernity*. Oxford: Blackwell.
- Hasselblad, Hans, Bejerot, Eva, Gustafsson, Rolf, 2008. *Bortom New public management. Institutionell transformation av svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta.
- Helderman, Jan-Kees, Schut Frederik T., van der Grinten, Tom E. D. & van de Ven, 2005. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (1–2), 189–210.
- Higgs, Paul, 1998. "Risk, governmentality and the reconceptualization of citizenship", i Scambler, G. & Higgs, Paul (red.), *Modernity, Medicine and Health*. London: Routledge.
- Hillmer, Michael P, Wodchis, Walter P., Gill, Sudeep S., Anderson, Geoffrey M. & Rochon, Paula A., 2005. "Nursing home profit status and quality of care: is there any evidence of an association?", *Medical Care Research and Review*, 62 (2), 139–166.
- Holmlund, Helena, Häggblom, Josefin., Lindahl, Erica., Martinson, Sara., Sjögren, Anna, Vikman, Ulrika, & Öckert, Björn, 2014. *Decentralisering, skolval och fristående skolor: resultat och likvärdighet i svensk skola*. Rapport 2014: 25. Uppsala: IFAU.
- Hood, Christopher, 1995. "The 'new public management' in the 1980s: Variations on a theme", *Accounting, Organizations and Society*, 20(2), s. 93–109.
- Hugemark, Agneta, 1994. *Den fängslande marknaden. Ekonomiska experter om välfärden*. Lund: Arkiv.
- Jakobsson, Anders, 2013. "Att undersöka kunskapstrender med hjälp av PISA: likvärdighet, förståelse och kunskapssyn", *Utbildning & Demokrati* 2013, 2 (3), s. 13–36
- Johansson, Håkan, 2001. "Activation Policies in the Nordic Countries: Social Democratic Universalism under Pressure", *Journal of European Area Studies* 9 (1).
- Johnston, Jocelyn & Romzek, Barbara, 2008. "Social welfare contracts as network", *Administration & Society* 40 (2), s. 115–146.

- Kastberg, Gustav & Siverbo, Sven, 2007. "Activity-based financing of health care – experiences from Sweden", *The International journal of health planning and management*, 22(1), s. 25–44.
- Kildal, Nanna & Kuhnle, Stein, 2004. "The principle of universalism: tracing a key idea in the Scandinavian welfare model", i Standing, Guy (red.), *Promoting Income Security as a Right: Europe and North America*. London: Anthem Press.
- Kuhnle, Stein, 2000. "The Scandinavian welfare state in the 1990s: Challenged but viable", *West European Politics* 23 (2), s. 209–228
- Korpi, Walter & Palme, Joakim, 1998. "The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare state institutions, inequality, and poverty in the Western countries", *American sociological review*, 63(5), s. 661–687.
- Kuivalainen, Susan & Niemelä, Mikko, 2010. "From universalism to selectivism: the ideational turn of the anti-poverty policies in Finland", *Journal of European Social Policy*, 20(3), s. 263–276.
- Kröger, Teppo, Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma, 2003. "Social Care in Finland. Stronger and weaker forms of universalism", i Anttonen, Anneli, Baldock, Johan & Sipilä, Jorma (red.), *The Young, the Old, and the State: Social Care Systems in Five Industrial Nations*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Kärrby, Gunni, 2000. *Skolan möter förskolan och fritidshemmet*. Lund: Studentlitteratur.
- Landstingsförbundet, 1991. *Vägval – Hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Lapidus, John, 2015. *Social Democracy and the Swedish welfare model. Ideational analyses of attitudes towards competition, individualization, privatization*. Avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet, Handelshögskolan.
- Le Grand, Julian and Bartlett, Will, 1993. *Quasi-markets and Social Policy*. Basingstoke: MacMillian Press.
- Levay, Charlotta & Waks, Caroline, 2006. *Strävan efter transparens. Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. Stockholm: SNS Förlag
- Masterton, Malin, Boström, Linn & Winblad, Ulrika, 2015. *Patientcentrerade vårdmöten – förutsättningar och begränsningar i svensk hälso- och sjukvård*. Stockholm: Forum för Health Policy.
- Meagher, Gabrielle, & Szebehely, Marta, 2012. "Equality in the social service state: Nordic childcare models in comparative perspective", i Kvist, Jon, Fritzell, Johan, Hvinden, Björn & Kangas Olli (red.), *Changing social equality: The Nordic welfare model in the 21*, 89–117.
- Mellbourn, Anders, 1986. *Bortom det starka samhället: socialdemokratisk förvaltningspolitik 1982–1985*. Stockholm: Carlsson.
- Millares, Matilde, 2015. *Att välja välfärd: Politiska berättelser om valfrihet*. Avhandling. Stockholm: Statsvetenskapliga institutionen, Stockholms universitet.
- Moberg, Linda, Blomqvist, Paula, Winblad, Ulrika, kommande. "User choice in Swedish eldercare – conditions for informed choice and enhanced service quality", *European Journal of Social Policy*.
- Montin, Stig, 2015. "Från tilltro baserad till misstro baserad styrning – Relationen mellan stat och kommun och styrning av äldreomsorg", *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, nr 1–2.
- Morel, Nathalie, 2007. "From subsidiarity to 'free choice': Child- and elder-care policy reforms in France, Belgium, Germany and the Netherlands", *Social Policy & Administration* 41(6), s. 618–637.

- Montin, Stig, 1992. "Privatiseringsprocesser i kommunerna", *Statsvetenskaplig tidskrift*, 95 (1), s. 31–57.
- Motion 2008/09:So5. *Motion med anledning av prop. 2008/09:29 Lag om valfrihetssystem*
- Målvist, Ingela, Åborg, Carl, & Forsman, Mikael, 2011. *Styrformer och arbetsförhållanden inom vård och omsorg – en kunskapssammanställning om New Public Management*. Stockholm: Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet.
- Newman, Janet, 2005. *Remaking governance: peoples, politics and the public sphere*. Bristol: Policy Press.
- Orfield, Gary, & Frankenberg, Erica, 2012. *Educational delusions? Why choice can deepen inequality and how to make schools fair*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
- Otter, von Casten & Saltman, Richard, 1990. *Valfrihet som styrmedel*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Peters, B. Guy & Savoie, Donald, 2000. *Governance in the twenty-first century: Revitalizing the public service*. Toronto: McGill-Queen Press.
- Pollitt, Christopher, & Bouckaert, Geert, 2011. *Public Management Reform: A comparative analysis – new public management, governance, and the Neo-Weberian state*. Oxford: Oxford University Press.
- Proposition 1989/90:100. *Budgetproposition*.
- Proposition 1990/91:100. *Budgetproposition*.
- Proposition 1992/93:56. *Ny konkurrenslagstiftning*.
- Proposition 2000/01:36. *Sjukhus med vinstsyfte*.
- Proposition 2008/09:74. *Vårdval i primärvården*.
- Rauch, Dietmar, 2007. "Is there really a Scandinavian social service model? A comparison of childcare and eldercare in six European countries", *Acta Sociologica*, 50(3), s. 249–269.
- Reay, David, 2004. "Exclusivity, exclusion and social class in urban education markets in the United Kingdom", *Urban Education*, vol. 39, no. 5, s. 237–560.
- Reay, David & Ball, Stephen, 1998. "'Making their Minds Up': family dynamics of school choice", *British Educational Research Journal* 24, s. 431–448.
- Riksrevisionen, 2014. *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?*, Rapport RIR 2014:22.
- Rostgaard, Tine, 2006. "Constructing the care consumer: free choice of home care for the elderly in Denmark", *European Societies*, 8(3), s. 443–463.
- Rothstein, Bo, 1994. *Vad bör staten göra?* Stockholm: SNS Förlag
- Saltman, Richard & von Otter, Casten, 1995. *Implementing Planned Markets in Health Care* Buckingham: Open University Press.
- Simonet, Daniel, 2008. "The New Public Management theory and European health-care reforms", *Canadian Public Administration*, 51: 617–635.
- Siverbo, Sven, 2007. "Drivkraften bakom nya organisationsmodeller inom sjukvården", i Blomqvist, Paula (red.), *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.
- Skolverket, 2009. *Vad påverkar resultaten i svensk skola? En kunskapsöversikt om betydelsen av olika faktorer*. Rapport. Stockholm: Skolverket.

- Skolverket, 2006a. *Barn, elever, personal och utbildningsresultat – kommunal nivå, Jämförelsetal del 1, 2006*. Rapport. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket, 2006. *Vad händer med likvärdigheten i svensk skola?* Skolverkets rapport nr 275. Stockholm: Skolverket.
- Statens medicinsk-etiska råd, 2015. "Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter". *SMER-rapport 2014:1*. Stockholm: Fritzes.
- Statistiska Centralbyrån (SCB). "Fler barn men inte fler vuxna", *Välfärd*, nr 2010:4, s. 3-5.
- Socialdemokraterna, 1989. *90-talsprogrammet*. Stockholm: Tiden.
- Socialstyrelsen, 2012. *Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll? – en jämförelse av kvalitet i vård och omsorg om äldre*. Rapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 2013. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 2014. *Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform 2013*.
- Socialstyrelsen, 2015. *Stimulansbidrag LOV- Slutrapport 2011-2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2000:38. *Välfärd, vård och omsorg*. Stockholm: Fritzes.
- Stephens, John. D., 2002. "European welfare state regimes: configurations, outcomes, transformations", i Huber, Evelyne (red.), *Models of Capitalism – lessons for Latin America*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Stolt, Ragnar & Jansson, Patrik, 2006. *Den privata äldreomsorgsmarknaden: etablering, utveckling, konkurrens*. Kandidatuppsats, Företagsekonomiska institutionen, Stockholms universitet.
- Stolt, Ragnar, Blomqvist, Paula, & Winblad, Ulrika, 2011. "Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care", *Social Science & Medicine*, 72(4), s. 560-567.
- Sunesson, Sune, Blomberg, Staffan., Edebalk, Per Gunnar, Harrysson, Lars, Magnusson, Jan, Meeuwisse, Anna, Peterson, Jan & Salonen, Tapio, 1998. "The flight from universalism", i *European Journal of Social Work*, 1(1), s. 19-29.
- Szebehely, Marta, 2011. "Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi". i Hartman, Laura (red.), *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd*. Stockholm: SNS Förlag.
- Szebehely, Marta & Trydegård, Gun-Britt, 2012. "Home care for older people in Sweden: a universal model in transition", *Health & Social Care in the Community* 20, s. 300-309
- Teske, Paul., & Schneider, Mark, 2001. "What research can tell policymakers about school choice", *Journal of Policy Analysis and Management*, 20(4), 609-631.
- Thompson, Simon & Hogett, Paul, 1996. "Universalism, selectivism and particularism. Towards a postmodern social policy", *Critical Social Policy* 16 (46), s. 21-42.
- Thorslund, Mats, 2007. "Det nygamla gränssnittet", i Blomqvist, Paula (red.), *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.
- Ulmanen, Petra & Szebehely, Marta, 2015. "From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden", *International Journal of Social Welfare* 24, s. 81-92.

- United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), 2001. *Social policy in a development context* (Vol. 25). Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.
- United Nations Research Institute for Social Development (UNTISD), 2005. *Targeting and universalism in poverty reduction*. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.
- Vlachos, Jonas, 2011. "Friskolor i förändring", i Hartmann, Laura (red.), *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag.
- Winblad, Ulrika & Andersson, Caroline, 2011. *Vilken information behöver patienter och medborgare för att välja vårdgivare och behandling? Patienters och medborgares behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information*. Rapport. Uppsala: Uppsala universitet.
- Winblad, Ulrika & Isaksson, David, 2014. "Geografisk närhet som en förklaring till privatisering", i Jordahl, Henrik (red.), *Välfärdstjänster i privat regi: framväxt och drivkrafter*. Stockholm: SNS Förlag.
- Östh, John, Andersson, Eva & Malmberg, Bo, 2013. "School choice and increasing performance difference: A counterfactual approach", *Urban Studies*, 50(2), s. 407-425.