

Valfrihet – internationell utblick

Gustaf Kastberg

KFi

KFi-rapport nr 113

Valfrihet – internationell utblick

Gustaf Kastberg

KFi-rapport nr 113

Förord

Valfrihet i olika former har blivit allt vanligare. Jag inledde mina studier av valfrihet för ett decennium sedan. Då hade valfrihet inom vissa sektorer som handikappsomsorg och skola blivit mer utbredd medan det inom andra sektorer som äldreomsorg var mindre vanligt. I princip fick man bege sig till Stockholmstrakten om valfrihet inom exempelvis hemtjänsten skulle studeras. Det gjorde jag också. Ett övergripande intryck då var att kundvalsmodeller som tillämpades präglades av att det var något nytt som prövades, men också att själva organiseringen av kundval spelade en stor roll för hur valfriheten gestaltade sig. Men sedan dess har mycket hänt.

I föreliggande rapport vänds blicken utåt, främst mot Europa. Hur ser det ut med valfrihet i andra länder och hur är valfriheten där organiserad? Den bild som förmedlas i denna rapport är att det skiljer sig åt mycket mellan olika sektorer och mellan olika länder. Valfrihet på ett övergripande plan verkar emellertid, precis som här hemma, vara något som det blir mer och mer av.

Rapporten möjliggjordes genom ett av Sveriges kommuner och landstings finansierat projekt.

November 2011
Gustaf Kastberg

ISBN: 978-91-979052-9-9

© KFi tillsammans med författaren
2011

KFi – Kommunforskning i Västsverige

Pilgatan 19A

411 22 Göteborg

Tel 031-786 59 00

E-post kfi@kfi.se

www.kfi.se

Innehåll

Introduktion	6
Några utgångspunkter	7
Valfrihet i tre olika sektorer	9
Hälso- och sjukvård	9
<i>Vad väljs inom hälso- och sjukvården</i>	<i>10</i>
<i>Exemplen Tyskland och England</i>	<i>11</i>
<i>Övergripande om valfrihet inom hälso- och sjukvård</i>	<i>12</i>
Omsorg – valfrihet i olika skepnader	13
<i>Personlig budget i England</i>	<i>14</i>
<i>Effekter inom omsorgen</i>	<i>15</i>
Valfrihet inom skolan	16
<i>Erfarenheter av valfrihet inom skolan</i>	<i>17</i>
<i>Övergripande om valfrihet i skolan</i>	<i>18</i>
Trender	19
Mot normalisering	19
Ändrade bevekelsegrunder	20
Mål eller medel	20
Val av vad?	21
Uppföljning och kontroll	22
Avslutande reflektion	24
Referenser	25

Introduktion

Vi har i Sverige under de två senaste decennierna sett en ökad grad av valfrihet inom olika samhällssektorer där det offentliga tidigare stod för både finansiering och tillhandahållandet av servicen. Även om det förts debatt kring valfrihetsfrågor och alternativa driftsformer under 80-talet var det först på 90-talet som det började hända saker. Någon revolution handlade det emellertid inte om, snarare en stegvis utveckling. Introduktion av valfrihet skedde ofta på lokala kommunala initiativ och från början främst i Stockholmstrakten. Några mer genomgripande reformer var dock förändrad lagstiftning gällande friskolor samt LSS lagstiftningen (SFS 1993:387) som gav brukarna större möjlighet att välja, men som också innebar att frågorna flyttades från den kommunala nivån. Under 2000-talet har vi sedan sett en fortsättning med mer valfrihet och förändrad lagstiftning som underlättar. Lagen om valfrihetssystem (SFS 2008:962) som kom 2008 underlättar inte bara för de kommuner som tillämpar kundvalsmodeller, utan var också tvingande inom primärvården.

Politiskt var från början frågan om valfrihet mycket laddad och det var en tydlig skillnad i ståndpunkt mellan de politiska blocken. Valfriheten har både i Sverige och internationellt varit ett liberalt projekt och nationalekonomen Milton Friedman, som varit en förgrundsgestalt, var intimt förknippad med liberalismen (Nordgren 2003; Kastberg 2005). Över tid har dock frågan om valfrihet tappat en del av den ideologiska laddningen och framförallt Socialdemokraterna har svängt i frågan (Skolverket 2003; Arnman et al. 2004). Att frågan inte helt förlorat sin politiska sprängkraft indikerar dock eftersvallningarna av rapporten ”Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?” (Hartman 2011) som väckte mycket debatt.

I föreliggande rapport är det emellertid inte utvecklingen i Sverige som står i förgrunden. Syftet är istället att peka på trender och tendenser gällande valfrihet internationellt samt peka på erfarenheter och olika lösningar gällande organisering. Rapporten avslutas med att några iakttagelser lyfts fram och diskuteras. I studien fokuseras främst områdena hälso- och sjukvård samt skola och omsorg då dessa verksamheter utgör kärnan i välfärdssamhället.

En övergripande slutsats som kan dras är att valfrihet, i olika former, är på frammarsch. Detta gäller samtliga områden, även om olika sektorer skiljer sig åt beträffande modeller, bevekelsegrunder och omfattning på valfriheten. Det går också att konstatera att länder kommit olika ”långt” i organiserandet av valfrihet.

Det är emellertid viktigt att iaktta försiktighet gällande generaliseringar mellan länder. I litteraturen lyfts en rad olika faktorer fram som påverkar: lagstiftning, tradition och historia, finansiella förutsättningar och relationer mellan olika nivåer som stat, region och kommun. Utöver skillnader mellan olika sektorer finns det därmed en rad andra faktorer som gör att jämförelser mellan olika länder måste göras med försiktighet.

Rapporten bygger på en genomgång av litteratur som beskriver system för valfrihet i olika länder och rapporterade erfarenheter från dessa. Sökningar har skett i olika databaser och inte minst i Google Scholar. Exempel på sökord som användes inledningsvis, på svenska och engelska, har varit valfrihet och länderkomparativa studier i kombination med olika sektorsbegrepp. Därefter har mer specifika begrepp som identifierats i litteraturen använts som exempelvis ”cash for care” och ”personalisation”. Ett problem som uppstår är att det finns en gigantisk mängd litteratur eftersom valfrihetsfrågorna skär in i de mer övergripande förvaltningsorganisatoriska området. I sammanfattandet av resultatet har därför en reduktion varit nödvändig och detta har skett genom att länder som illustrerar olika aspekter och dimensioner valts ut och lyfts fram mer ingående. Samma sak gäller vissa begrepp eller företeelser som är särskilt intressanta att peka ut. En bias finns också mot Europeiska länder samt vissa anglosaxiska länder. Skälet är att de har mer gemensamt med svenska förhållanden än många andra länder, vilket i varje fall till del underlättar jämförelser och förbättrar utgångspunkterna för ett lärande.

Några utgångspunkter

Granskas litteraturen kring valfrihet går det snabbt att konstatera att det finns en rad argument som brukar lyftas fram för mer valfrihet, men det går också att identifiera ett antal argument mot. Bland argumenten för valfrihet återfinns sådana som kan beskrivas som demokratirelaterade (Blomqvist och Rothstein 2000) och sådana som kan beskrivas som mer ekonomiskt orienterade (Besley och Ghatak 2003). Förespråkarna brukar hävda att demokratin stärks eftersom den enskildes inflytande över servicen som tillhanda-

hålls ökar samtidigt som inflytandet som offentliga tjänstemän har minskar (Blomqvist och Rothstein 2000; Premfors 2000). Inflytandet över den service man som medborgare skall ta del av betraktas därmed som ett uttryck för en stärkt demokrati, vilket ligger i linje med ett visst ideal om hur en demokrati skall fungera. Men många argument handlar också om ekonomi och effektivitet. Förespråkarna menar att valfrihet för med sig konkurrens och att det skall leda till att producenterna tvingas förbättra sig vässa sig. Bättre bemötande, högre tillgänglighet och kvalitetsutveckling skall fungera som vapen i konkurrensen. Snarare än att servicen skall bli billigare brukar det framhållas att mer skall erhållas för pengarna.

Ett av de vanligaste argumenten mot valfrihetsmodeller som skapar konkurrens mellan olika aktörer är att det skall leda till det som brukar benämnas omvänd selektion (Propper 1993). Vad som åsyftas är en situation där det inte är konsumenterna som väljer producent utan att det istället är producenterna som väljer konsumenter som det går att göra så stor vinst på som möjligt. Inom omsorgen skulle det handla om att ha så friska omsorgstagare som möjligt och inom skolan att locka till sig elever som har lätt för att lära sig. Risker med valfrihet är enligt resonemanget att incitament skapas som har oönskade effekter. Andra argument mot valfrihetsmodeller handlar om att den offentliga sektorn utgör en viktig del av förverkligande av demokratin och att det är viktigare att säkerställa dimensioner som rättvisa än att åstadkomma effektivitet (Hood 1991; Harrow 2002). Detta argument bottnar i en annan demokratisyn än den som sätter den enskildes inflytande i första rummet. Andra argument som lyfts fram emot är risken för ökad segregation och orimligheten att privata producenter skall få göra vinster i verksamheter som finansieras via offentliga medel (Gewirtz et al. 1995; Pettersson 2001). Det finns således flera argument för och emot som delvis bottnar i olika ideologiska förhållningsätt till demokrati och offentlig förvaltning.

Valfrihet i tre olika sektorer

Nedan sker en beskrivning av valfriheten indelat i tre sektorer. Först diskuteras hälso- och sjukvård, därefter omsorgen och sist skolan. I varje avsnitt fokuseras diskussionen kring övergripande iakttagelser som gjorts utifrån litteraturen. Det sker också mer specifika beskrivningar av enskilda länder som valts ut eftersom de utgör en god illustration av en företeelse inom ett specifikt område.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdens organisering skiljer sig åt mellan olika länder och även om det inte går att tala om motsatta trender gällande valfrihet går det att peka på olikheter. Utvecklingen måste dock betraktas mot bakgrund av utgångspunkten i respektive land. Vissa likheter finns dock mellan olika grupper av länder och två huvudgrupper brukar lyftas fram. Övergripande brukar hälso- och sjukvårdssystemen delas in i länder som antingen tillhör de så kallade "Beveridgeländerna" eller de så kallade "Bismarckländerna" (Bevan et al. 2010).

Förutom Sverige brukar England och de övriga nordiska länderna beskrivas som typiska Beveridgeländer. Beveridgeländerna som också kallas "*single payer*"-länder kännetecknas av att de haft en offentligfinansierad hälso- och sjukvård via skatter. Andra kännetecken är att det offentliga svarar för en relativt stor andel av produktionen av hälso- och sjukvård. I dessa länder har valfriheten av tradition varit relativt begränsad. Däremot har totalkostnadskontrollen varit stark och Beveridgeländerna återfinns bland de utvecklade länder med lägst andel av BNP som läggs på hälso- och sjukvård (van der Zee och Kroneman 2007; Bevan med flera 2010).

Till Bismarckländerna hör bland annat Tyskland (kanske föga överraskande) och Frankrike. Bismarckländerna kännetecknas av att det inte är staten som finansierar hälso- och sjukvården utan att det istället är sjuk/försäkringskassor som agerar finansiär. Bestämmandet av ersättningsnivåer sker utifrån en förhandling mellan å ena sidan försäkringskassorna och å andra

sidan sjukvårdsproducenterna. Finansieringen av kassorna sker enligt olika modeller men oftast genom att både arbetsgivare och arbetstagare skjuter till medel. I Bismarckländerna har av tradition graden av valfrihet varit hög och omfattat både val av allmänläkare och specialistsjukvård. I dessa länder har totalkostnads-kontrollen varit svagare vilket återspeglas i en högre andel av BNP som läggs på hälso- och sjukvård jämfört med Beveridgeländerna.

En fråga som forskarna har ägnat intresse åt är att försöka utröna vilket system som ger bäst resultat. Det är emellertid en svår övning eftersom dels är det alltid svårt att mäta kvaliteten inom hälso- och sjukvården, dels är det än svårare att ställa den svårsmäta kvaliteten mot ekonomiska värden. Beaktas måste också att det finns stora avvikelser för enskilda länder. En övergripande studie genomförd av van der Zee och Kroneman (2007) indikerar att Beveridgeländerna har sin styrka i låga kostnader, vilket också bekräftats in andra studier. Samma studie visar att Bismarckländerna över lag håller högre kvalitet och har nöjdare patienter samt högre tillgänglighet. Exempel på kvalitetsindikatorer som användes var spädbarnsdödlighet, förväntad livslängd och ekonomiska indikatorer som var relaterat till kostnad per invånare.

Vad väljs inom hälso- och sjukvården

En fråga gällande valfrihet inom hälso- och sjukvården är vad det är som väljs. Intuitivt för oss svenskar handlar frågan om valfrihet om vem det är som utför tjänsten. Valfrihet kan då också diskuteras utifrån olika nivåer som möjlighet att välja allmänläkare, specialistklinik eller specialistläkare/team. En granskning av system i olika länder visar emellertid att val inte bara handlar om producent (Thomson och Dixon 2006).

En utblick internationellt visar att valfrihet också kan handla om vem som skall finansiera tjänsten. En person kan då välja mellan exempelvis olika sjukkas-sor eller försäkringsbolag. Tanken är då att finansiären skall pressas till att hålla låga avgifter samtidigt som det skapas en press på finansiären att förhandla fram så bra sjukvårdslösningar som möjligt. I viss mån är detta exempelvis möjligt i Tyskland men också i Holland som utvecklats mer i den riktningen.

En annan dimension av valfriheten, som inte heller avspeglas i Sverige, är möjligheten att välja att tillhöra det offentligtfinansierade systemet eller att välja att stå utanför det (Flood och Haugan 2010). I Tyskland är det exempelvis inte ovanligt bland med välbeställda att ha helt privata sjukförsäkringar, på Irland är det något som uppmuntras medan i Canada har regleringen snarast syftat till att skärpa gränsen för att stärka den gemensamma hälso- och sjukvården. I det

senare fallet är sjukvårdsfrågorna delegerade till delstatsnivå men det är exempelvis vanligt att läkare inte både får uppbära ersättning från det offentliga systemet och parallellt utföra arbete och få ersättning från försäkringsbolag.

Ytterligare ett område för valfrihet som kanske framförallt diskuterats och testats i England är möjligheten att få välja behandling. Finns likvärdiga behandlingar skall patienten själv kunna få välja dem som passar bäst. Läkarens roll handlar då om att tillhandahålla information om alternativ och konsekvenser av olika val.

Exemplen Tyskland och England

Tyskland och England utgör goda exempel som dels påvisar skillnaden mellan Beveridge- och Bismarckländer, dels illustrerar olika aspekter av vad som kan väljas (Newman och Kuhlmann 2007; Bevan med flera 2010; Or et al. 2010). Beskrivningarna av respektive land som följer indikerar också att länderna skiljer sig åt gällande vad som utgjort det politiska ”huvudproblemet”.

I *Tyskland* finns det en lång tradition av sjukförsäkringar för arbetstagare som sträcker sig bak till 1800 talets slut. Det system som utvecklats bygger på två huvudpelare, sjukkassorna och läkarföreningen. Relaterat till det offentliga ligger sjukvårdsfrågorna på delstatsnivå. Sjukkassorna finansieras gemensamt genom arbetsgivareavgifter och den enskilde försäkringstagaren. Övrig befolkning som inte finansieras omfattas även av försäkringssystemet som också innehåller en del offentlig finansiering. Beslutsfattande rörande utbud och finansiering av hälso- och sjukvårdsverksamhet är decentraliserat till parterna sjukkassa och läkarförening som genom förhandlingar kommer fram till beställningar av sjukvård och prisnivåer.

Det tyska systemet har kännetecknats av en hög grad av valfrihet båda gällande specialist- och allmänläkare. Ett av problemen med systemet är att det varit kostnadsdrivande. Tyskland har relativt många andra länder (ex Sverige och England) en hög kostnad sett till andel av BNP som allokeras till hälso- och sjukvård. 2008 lades elva procent av BNP på hälso- och sjukvård. För att minska totalkostnaden har försök gjorts att begränsa valfriheten framförallt gällande specialistvård och skapa en starkare ”gate keeper”-roll för allmänläkarna (Newman och Kuhlmann 2007). Det har dock mest handlat om att skapa ekonomiska incitament där det blir billigare för den enskilde att gå via allmänläkaren. Något större genomslag på kostnaderna har dock inte försöken haft.

I *England* har sedan lång tid tillbaka ett statligt finansierat hälso- och sjukvårdssystem tillämpats där parollen ”*free at the point of use*” varit central. Det har och är således helt kostnadsfritt att besöka läkare i England. Historiskt har valfriheten varit begränsad för den som söker vård. På senare tid har emellertid valfriheten ökat och ambitionen förefaller vara att fortsätta den utvecklingen. Den uttalade ambitionen är att stärka valfriheten för den enskilde samtidigt som professionen får ett större inflytande. Politiken och den offentliga förvaltningen skall istället ta ett steg tillbaka. I argumentationen lyfts ofta vikten av att minska kostnaderna för byråkratin fram som ett sätt att stärka finansieringen.

För patienten handlar den ökade valfriheten om att både kunna välja allmänläkare (General Practitioner, GP) och att kunna välja specialistvård (Newman och Kuhlmann 2007). Allmänläkare skall också informera patienter om vilka olika alternativ som finns (Dixon et al. 2010). Sedan ett antal år finns ett system för valfrihet av specialistvård som går under benämningen ”choose and book”, det vill säga välj och boka. Patienten skall kunna välja specialistenhet och boka en tid som passar. Systemet har dock haft en lång startsträcka enligt utvärderingar som gjorts (Dixon med flera 2010). Det finns också planer på att vidareutveckla valfriheten på specialistnivå så att även behandlade läkare/team skall kunna väljas. Som beskrevs ovan finns det också möjlighet för patienterna att själva välja behandling i de fall det finns alternativ som är någorlunda likvärdiga.

Förutom kostnadsproblem, som i princip alla sjukvårdssystem brottas med, har England precis som Sverige brottats med tillgänglighetsproblem som yttrat sig i långa vårdköer. Mot den bakgrunden har valfrihet betraktats som ett sätt att skapa konkurrens och incitament för producenterna att ta till sig fler patienter.

Övergripande om valfrihet inom hälso- och sjukvård

Granskning av utvecklingen ger för handen att det finns en stark systemorientering inom hälso- och sjukvården (Propper 2010). De olika systemen som tillämpas i olika länder har vuxit fram under en lång tid och de reformer som initieras handlar ofta om att försöka komma till stånd med brister i de befintliga systemen. Valfrihet introduceras för att skapa konkurrens och framförallt för att minska vårdköer. I mindre utsträckning diskuteras valfrihet som något som har ett egenvärde.

Den övergripande bilden är emellertid att utvecklingen i Europa går mot mer valfrihet även om det i Bismarckländerna skett vissa försök att minska valfriheten. I Beveridgeländer verkar å andra sidan utvecklingen mot mer valfrihet ske i desto raskare takt.

Omsorg – valfrihet i olika skepnader

Inom omsorgsområdet finn det en tydlig trend mot mer valfrihet jämfört med hälso- och sjukvårdssektorn. I Sverige har många kommuner infört valfrihetsmodeller inom hemtjänsten medan det för funktionshindrade under 90-talet kom en lagstiftning som kraftigt stärkte valfriheten. Vi ser alltså samma utveckling i Europa, men systemen och bevekelsegrunderna skiljer sig åt (Theobald et al. 2007).

Inom omsorgen är en skillnad mellan olika valfrihetsmodeller i vilken utsträckning valfriheten handlar om val av producent eller val av service, eller både och (Da Roit et al. 2007). I vissa länder är det starkt reglerat vad de offentliga medlen som beviljas får gå till. I Frankrike sker dels en prövning av vem som har rätt till stöd, dels specifikt vad stödet skall gå till för sorts service. Sedan finns det en valfrihegällande utförare. I andra länder, som exempelvis Italien, är det fritt att själv bestämma hur stödet skall utformas. Skillnaderna blir begripliga när de sätts i relation till olika länders utgångspunkter och bevekelsegrunder.

I de Nordiska länderna och Holland har det skett en utveckling som påminner om den svenska (Da Roit och Le Bihan 2010). Tas Holland som exempel har där länge funnits en väl utbyggd äldreomsorg. Valfriheten har kommit att handla om att det offentliga ”monopolet” öppnats upp för större valfrihet. Framförallt vad gäller utförare. De skäl och argument som lyfts fram för att öka valfriheten går i mångt och mycket att knyta till en kritik av hur den offentliga serviceproduktionen tidigare utövades och handlade om att professionen fått för stort inflytande, ineffektivitet samt en förhoppning om större grad av individanpassning.

I flera andra länder talas det mer uttryckligen om kontantersättning (Da Roitmed flera 2007; Theobaldmed flera 2007; Da Roit och Le Bihan 2010). Olika system har under de senaste decennierna införts där kontantersättning utgår mer eller mindre som ett rent försörjningstillskott, men där tanken är att pengarna skall gå till att lösa situationen för den som är i behov av stöd. I både Italien och Österrike beskrivs introduktionen av kontantstöd till personer i behov av stöd och hjälp som ett sätt att utvidga det offentligas

roll. I båda länderna har den större delen av stödet tidigare utgått i form av insatser av anhöriga. Det har också funnits en lagstiftning som stärker kraven på anhörigas insatser. Kontantersättningen introducerades därmed inte som i det Holländska exemplet som en reaktion på den offentliga servicen, utan i relation till det privata omhändertagandet.

Tyskland är ett exempel på ett land som intar ett mellanläge så till vida att det både finns en utbyggd offentlig service och en möjlighet till kontantstöd. Den enskilde kan därmed välja att ta del av den offentliga serviceerbjudandet som finns, eller att ta emot ett kontantstöd. Den kontanta ersättningen är då lägre än kostnaden för att producera den offentliga servicen. Studier indikerar att många väljer kontantstödet framför den offentliga servicen (Da Roit och Le Bihan 2010).

Personlig budget i England

I England introducerades på prov i mindre skala det som kallas ”personlig budget” inom omsorgsområdet (Dickinson och Glasby 2010). Den personliga budgeten kan av den som erhåller den användas efter eget godtycke. Exempelvis kan vårdinsatser köpas in av företag eller den offentliga som erbjuder sådana tjänster eller så kan den enskilde själv välja att anställa en personlig assistent och därmed fungera som arbetsgivare.

Argumentationen och drivkraften bakom personlig budget som modell förefaller i mångt och mycket ha skett på samma sätt som den som föregick införandet av LSS-lagstiftningen i Sverige. ”Independet living”- och ”In control”-rörelserna har varit drivande i frågorna i England. Ett centralt begrepp är ”personalisation” som i det närmaste kan översättas som individanpassning. Vad det handlar om är att den hjälp och det stöd som den enskilde behöver i så stor utsträckning som möjligt skall utgå från den enskildes behov. Individanpassningen, för att den inte skall styras av andras hänsyn, måste enligt resonemanget börja hos individen och inte i ett definierande av ett antal tjänster och ett visst stöd som den offentliga tillhandahåller. Offentligt anställda handläggare skall i systemet inte definiera vad som behövs utan ha en funktion som stöd i att förverkliga det stöd som den enskilde vill ha.

Efter att ha testat systemet med personlig budget i mindre skala fram till 2008 infördes det fullt ut. Från att inledningsvis mestadels handlat om stöd till funktionshindrade har kretsen utvidgats till att även omfatta äldre. Preliminära resultat indikerar att bland dem som tar del av tjänsterna upplevs reformen som positiv (Dickinson och Glasby 2010). Det är också i linje med vad som kan förväntas utifrån andra studier av liknande reformer i andra länder.

Effekter inom omsorgen

Några iakttagelser som gjorts gällande effekter av de olika modellerna som tillämpas lyfts här fram. Det går att konstatera att bland dem som får större valfrihet och ett ökat inflytande över den service som de får ta del av upplever det som något positivt (Kastberg 2010). Det finns också flera studier som indikerar att brukarna upplever en ökad grad av inflytande. Det finns också studier som indikerar att det blir en ökad grad av kontinuitet i den service som levereras.

En annan effekt som iakttagits och som också delvis är i linje med argumentationen för individualisering och valfrihet är att det sker en avprofessionalisering (Eskelinen et al. 2006; Da Roitmed flera 2007). Ett av argumenten för valfrihet handlar ju om att det inte är professionella yrkesutövare inom offentlig sektor som skall definiera behovet utan i större utsträckning den enskilde. Men det handlar inte bara om handläggare, utan även om personerna som utför tjänsterna. Med lösningar som kontantersättning, checkar och personlig budget utförs en större andel av insatserna av personer med lägre utbildning för uppgiften än som brukar vara fallet när det offentliga står som utförare.

Avprofessionaliseringen är bara en av effekterna på arbetsmarknaden. En annan effekt som iakttagits i länder som tillämpar kontaktstöd är att det växer fram en ”grå” arbetsmarknad (Da Roitmed flera 2007). I både Italien och i Österrike har introduktionen av kontantstöd bland annat fört med sig en arbetskraftsinvandring. För Österrikes del handlar det främst om personer från forna Östeuropa. I debatten kring detta fenomen lyfts argument fram som att detta är positivt eftersom det innebär lägre kostnader för samhället (kontantstödet är ju lågt) samtidigt som det skapar arbetstillfällen för personerna som axlar arbetet. Men det förs också fram negativa argument som att detta leder till en arbetsmarknad där det saknas försäkringar och att arbetstagarna har en för svag ställning jämfört med andra sektorer.

Men det finns också tecken på att valfrihetssystemen skapar en arbetsmarknad eller skapar en alternativ arbetsmarknad jämfört med tidigare. I länder där omsorgs och servicesektorn gällande stöd i hemmet varit liten eller obefintlig växer en möjlighet fram för arbetstagare och företagare. I Frankrike har det exempelvis varit en uttalad ambition att stimulera arbetsmarknaden.

Sammantaget går det att konstatera att det finns en tydlig rörelse mot valfrihet, men ganska stora skillnader mellan länder gällande hur valfriheten

organiseras, vad som kan väljas samt målsättning. I vissa länder införs valfriheten som ett sätt att utmana det offentliga monopolet medan i andra länder innebär valfriheten ett utmanande av den familjbaserade omsorgen. De olika ländernas system bygger i olika utsträckning på specifikationer av den service som kan erhållas och om systemet infattar en möjlighet att välja kontantstöd eller ej. Men även om systemen skiljer sig åt är den gemensamma nämnaren att valfriheten har ökat.

Valfrihet inom skolan

Även inom skolan förefaller tendensen vara att utvecklingen går mot mer valfrihet. En lika snabb utveckling som i Sverige gällande valfrihet och etablerande av fler alternativ finns det emellertid få exempel på. Som de följande beskrivningarna visar beror det på att Sverige tidigare intog en internationellt sett en extrem position gällande avsaknad av alternativ och valfrihet.

I de flesta länder har det funnits ett visst mått av valfrihet, som exempelvis i England där det alltid har funnits alternativ om än i begränsad omfattning (Teelken 1999). De ordinarie offentliga skolorna styrs av "local education authorities" (LEA), lokala skolmyndigheter, men det finns också så kallade "voluntary schools". De senare är fristående men finansieras av LEA. Skolorna kan exempelvis drivas av kyrkan. Vid sidan om dessa finns också friskolor som till stor del finansieras privat men där det kan finnas olika offentliga stödformer för finansiering av duktiga elever som inte klarar av att på egen hand finansiera studierna. Under en period testades också ett system med så kallade "grant maintained schools" som var offentligfinansierade men som hade en friare status. Denna form avskaffades dock för ett antal år sedan. På senare tid sker det istället en satsning på skolor som profilerar sig pedagogiskt och som har en friare ställning. I England och vissa andra länder, såsom Tyskland har det därmed alltid funnits en viss valfrihet men utvecklingen mot att öka denna sker inte i någon snabbare takt.

I andra länder, som Holland och Belgien, har valfriheten alltid varit stor och systemen bygger på att aktiva val görs (Teelken et al. 2005). I de båda länderna går exempelvis en dryg majoritet i alternativa skolor. I Holland har det aldrig funnits någon geografiskt baserad skoltillhörighet, utan eleverna har alltid varit tvungna att välja skola. Vidare finns det en etableringsfrihet för skolor som också erhåller offentlig finansiering förutsatt att de uppfyller vissa krav. I Holland, i likhet med Tyskland, är rätten att starta friskolor grundlagsbefäst. I Tysklands fall skall den lagen ses mot bakgrund av tidig-

are dåliga erfarenheter av likriktningsprogram. Ofta avspeglar mångfalden i skolalternativen befolkningens sammansättning etniskt och religiöst, men i exempelvis Tyskland finns det en stor andel friskolor som baserar sig på en speciell pedagogik. Inte minst så kallade Waldorfskolor.

Granskas de europeiska länderna går det därmed att konstatera att det i regel funnit en viss eller en stor grad av valfrihet historiskt och att det i vissa länder också funnits långtgående rättigheter att starta friskolor (Teelken 1999; Hofman et al. 2008). Görs en utblick utanför Europa kan Chile och USA kontrasteras mot varandra. Chile introducerade redan i början av 80-talet en vouchermodell som gällde hela landet och alla elever (Hsieh och Urquiola 2006). Likheter finns därmed med den utveckling vi senare sett i Sverige. I USA däremot, som ofta kanske betraktas som ett valfrihetens land, har inte alls haft valfrihet inom skolan på ett liknande sätt. Tvärtom har valfriheten varit relativt begränsad bortsett från dem som betalar helt ur egen ficka. Anledningen till detta brukar anges som en federal lag som inte tillåter att offentliga medel kanaliseras till friskolor. Även i USA har det emellertid skett valfrihetsförsök. Det har då handlat om lokala reformer där endast vissa grupper, exempelvis låginkomsttagare, utrustats med en check och valfrihet (Ladd 2002; Hoxby 2007). Valfriheten har därför varit riktad. Det finns också exempel från vissa städer där alla elever som går i undermåliga skolor har erbjudits en möjlighet att välja en annan skola. Medan valfriheten i Chile har varit generell har den i USA alltså varit selektiv. I USA har det emellertid också introducerats vad som kan benämnas profilskolor, som är friare och inte styrs direkt av skolmyndigheten: så kallade ”charter schools” och ”magnet schools”.

Utblicken indikerar därmed att i de flesta länder har det av tradition funnits en valfrihet som jämfört med situationen i Sverige för drygt ett decennium sedan var stor. Vår nuvarande situation, där aktiebolag med vinstintresse får driva friskolor och har långtgående etableringsrätt, är dock unik i internationella jämförelser (Vlachos 2011).

Erfarenheter av valfrihet inom skolan

Det finns en hel del studier av valfrihet och konkurrensutsättning av skolor. Framst två aspekter har då stått i förgrunden: dels valfrihetens effekter på resultat, dels valfrihetens effekter på segregation (Kastberg 2010). Trots mängden studier är kunskapsläget dock inte helt klart. Detta beror inte minst på mätproblem. Det finns flera exempel på studier av resultat och studier av

segregation där olika forskargrupper grundat på samma material kommit till olika slutsatser. Saker som ställer till det är att den enskilde elevens resultat i stor utsträckning beror på föräldrarnas bakgrund och socioekonomiska ställning, de övriga kamraterna i skolan samt strukturella faktorer som storlek på skolan. Även lärarna spelar givetvis en roll.

Ofta visar studier att friskolor har elever med bättre betyg och nöjdare elever och föräldrar (Blomqvist och Rothstein 2000). Dessa resultat tenderar emellertid att bli mindre tydliga eller förlora relevans när andra faktorer som de ovan nämnda tas i beaktande: till friskolor söker sig elever med bättre förutsättningar, mer motiverade föräldrar och mer engagerade lärare.

Vad gäller resultat i form av elevprestationer finns det studier som pekar i olika riktning (Ladd 2002; Hoxby 2007). Flera studier visar emellertid att någon förbättring inte förefaller ske. Hade en stor positiv eller negativ inverkan skett som en effekt av valet hade det förmodligen noterats. Något som däremot noterats är att det finns en reell risk för betygsinflation.

Gällande segregation visar studier något mer entydigt att valfrihet ökar segregationen (Kastberg 2010). Duktiga elever tillhörande majoriteten i ett samhälle tenderar att samlas i vissa skolor medan mindre väl presterande elever och minoriteter samlas i andra skolor. Det har beskrivits som en heterogeniserings- och homogeniseringsprocess som sker. Skolorna blir mer olika medan sammansättningen inom skolorna blir mer likartad.

Gällande effekterna som iakttagits i studier internationellt finner de sin motsvarighet i flera studier som genomförts i Sverige (Kastberg 2010). Utvärderingar av valfrihet har i regel ett starkt fokus på resultat i form av betyg och nationella prov samt hur segregationen påverkas. I mindre utsträckning har mjuka värden som rätten att få välja beaktats.

Övergripande om valfrihet i skolan

Beskrivningarna ovan indikerar att vi går mot en situation i Sverige gällande valfrihet och utbud av friskolor som mer liknar den som existerar i resten av Europa. I de flesta länder har det alltid funnits ett visst mått av valfrihet.

Något som går att notera är att det i både England och USA pågår en introduktion av profilskolor som en del i utvecklandet av alternativ och möjliggörandet av en viss valfrihet. Här kan vissa paralleller dras till senare års utveckling i Sverige där vissa skolor ges en möjlighet att profilera sig exempelvis i ett visst ämne.

Trender

Ett syfte med rapporten är att peka på vilka reformer som pågår gällande valfrihet i olika länder. Ovan har ett antal observationer redovisats som i sig kan fungera som underlag för reflektioner relaterat till den svenska kontexten. Ett annat syfte med rapporten är emellertid att peka på möjliga trender. Vart är valfriheten på väg? Resonemanget blir med nödvändighet tentativt. Några övergripande teman diskuteras här.

Mot normalisering

Beskrivningarna som skett visar att det både i Sverige och i resten av världen förefaller ske en utveckling mot allt mer valfrihet. Det går emellertid också att konstatera att det skiljer sig åt mellan både länder och sektorer i vilken omfattning valfrihet introduceras. Om utvecklingen relateras till svenska förhållanden går det att konstatera att utgångspunkten för svensk del har varit ett omfattande välfärdssystem med en relativt låg grad av valfrihet. Inom exempelvis skolan var valfriheten och alternativen i stort sett obefintliga för två decennier sedan. Sedan dess har det skett en snabb utveckling mot mer valfrihet. Snabbare än i de flesta övriga länder. Även inom andra sektorer sker det en snabb utveckling även om den till skillnad från skola i regel sker på initiativ av primär- och sekundärkommuner.

Eftersom vi går från en jämförelsevis låg grad av valfrihet handlar utvecklingen hittills mest om att närma oss den situation som alltid rått i många andra länder. Med europeiska mått blir vi mer ”normala”. Det går emellertid att sätta in vår utveckling i ett historiskt perspektiv. Inom inte minst sjukvården har det tidigare funnits en högre grad av valfrihet. Så även ur ett svenskt perspektiv skulle utvecklingen mot mer valfrihet kunna karaktäriseras som en normalisering, och den låga graden av valfrihet som ett undantag.

Valfrihet har också under senare år tappat en del av sin politiska sprängkraft. Tidigare var valfrihet ett tydligt liberalt projekt med ett starkt motstånd från både Socialdemokrater och Vänsterpartiet. På senare år har emellertid framförallt socialdemokraterna svängt i frågan (Kastberg 2010). Frågan om valfrihet har därmed också blivit mindre politiskt kontroversiell.

Ändrade bevekelsegrunder

Att valfriheten blivit mindre kontroversiell kan möjligheten kopplas till att det går en skönja en skiftning i argumentationen kring valfrihet. När Hood (1991) lyfte fram olika förvaltningsmodellens för- och nackdelar handlade argumentationen kring så kallade NPM-reformer, dit valfriheten kan hänföras, till stor del om effektivitet. Genom att omvandla den offentliga sektorn skulle den bli mer effektiv och valfrihet var ett sätt att utsätta den offentliga sektorn för ett förändringstryck.

En vanligt förekommande referens i sammanhanget har varit Alfred Hirschmans (1970) resonemang om sorti, protest och lojalitet. I korthet går resonemanget ut på att den offentliga sektorn kommer att utsättas för ett omvandlingstryck om personerna som nyttjar tjänsterna ges en möjlighet att välja bort en producent, det vill säga göra sorti. Men samtidigt som ett vikande underlag av brukare skickar en signal blir möjligheten till sorti ett sätt att stärka möjligheterna för dem som fortsätter vara brukare att göra sin röst hörd. Det är lättare att protestera om man samtidigt kan hota med att lämna verksamheten.

Resonemanget handlar till stor del därmed om att den offentliga sektorn måste reformeras och valfriheten blir då en mekanism för att uppnå detta. Granskas inte minst utvecklingen i England, där begreppet ”personalisation” fått en central roll, går det att se en skiftning från idén om reformering av offentlig sektor till valfrihet som ett sätt att stödja en samhällsservice som utgår från den enskildes behov. Det närmaste vi kommer den diskussionen i Sverige är argumentationen som skedde för valfrihet som den kom att uttryckas i LSS. Men med nya begrepp, som ”personalisation”, kommer nya kopplingar. Argument som tidigare fördes fram mot valfrihet som en del i ett reformationsprojekt av offentlig service kommer med stor sannolikhet ta sig andra uttryck när argumentationen handlar om individanpassning.

Mål eller medel

Den förändrade argumentationen kring valfrihet speglar också skillnaden i att uppfatta valfrihet som ett mål eller som ett medel. Parallellt går att dra till teorier kring marknaden där samma distinktion gjorts (Brunsson och Hägg 1992). Vad som åsyftas är om valfriheten i sig tilldelas ett egenvärde eller om valfriheten betraktas som ett sätt att uppnå ett överordnat mål. Vilket perspektiv som anläggs kan få stora konsekvenser för värderingar av valfrihetsmodeller.

I diskussionen ovan framställdes valfrihet å ena sidan som en möjlig ”förändringsagent”. Genom att tillåta val mellan olika producenter tvingas de att förbättra sig. Men det behöver inte nödvändigtvis innebära att valfrihet i sig tilldelas ett egenvärde. Här förefaller det finnas en skillnad mellan olika sektorer och i viss mån mellan olika länder rörande i vilket utsträckning valfrihet tilldelas ett egenvärde.

Lite hårddraget kan hälso- och sjukvården beskrivas som en sektor där valfriheten i relativt liten utsträckning tilldelas ett egenvärde. Istället betraktas introduktionen av valfrihet som en åtgärd som skall bidra till att minska vissa systembrister. Inom hälso- och sjukvården handlar problematiken ofta om kostnader som inte hålls inom ram och om köer som skapas på grund av att tillgängligheten inte svarar upp mot den efterfrågan och det behov som finns. Genom konkurrens skall därmed verksamheterna tvingas till att förbättra sig. Om istället äldreomsorgen tas som utgångspunkt går det att skönja en argumentation som mer handlar om att valfriheten tilldelas ett egenvärde. Detta eftersom valfrihet knyts till bestämmanderätten över den service som omsorgstagaren måste ta del av.

Det går inte att peka på en entydig skiftning i valfrihetens status även om det går att identifiera tecken på att valfriheten i större utsträckning tilldelats ett egenvärde. Diskussionen kring valfrihet som mål eller medel torde emellertid ha betydelse för den som utvärderar och granskar dessa modeller. Om en modell inte introduceras i syfte att vara ett mål i sig, kan rimligen valfrihetens egenvärde värderas lågt, medan om det är ett explicit mål, bör värderingen vara högre.

Val av vad?

I Sverige och de övriga nordiska länderna har valfrihet i regel varit förknippat med val av producent. I mindre utsträckning har det handlat om val som gäller utformning på service eller tjänst. Inom hälso- och sjukvården samt inom hemtjänsten har det exempelvis nästan uteslutande handlat om att det är producent man väljer. Inom skolan å andra sidan har det funnits ett större inslag av variation i utbudet, vilket gör att det även går att tala om ett val som gäller utformningen av servicen. När frågan om vad som skall väljas adresseras och vi speglar oss mot andra länder framgår det att det finns alternativ gällande valfrihetens utformning men också att det skiljer sig åt mycket mellan olika länder och kontexter.

Ett område där val kan finnas rör val av finansiär. Istället för att välja producent väljs finansiär. Främst har detta varit aktuellt inom hälso- och sjukvården och i länder som har ett sjukkassasystem, det vill säga ett system där det finns flera producenter. I både Holland och Tyskland har val kunnat göras av vilken finansiär man vill tillhöra. I Tyskland var bevekelsegrunden att det var stor skillnad mellan de olika sjukkassorna gällande premier de tog ut. När val av sjukkassa möjliggjordes skapades ett tryck på att hålla premien i nivå med andra sjukkassor.

Men val kan också handla om man som medborgare vill ta del av det offentliga utbudet och finansieringen eller om man vill stå utanför. Både i Tyskland och på Irland finns en möjlighet att ställa sig vid sidan av de offentliga systemen inom hälso- och sjukvården. En annan variant är kontantersättningarna som blivit vanligare i Kontinentaleuropa och där den i vissa länder är ett alternativ till den offentliga service som erbjuds.

I den svenska debatten går det att konstatera att valfrihet relativt ensidigt har handlat om val av producent och innehåll. Det förefaller inte finnas något stöd för en diskussion kring finansieringssidan eller att vissa individer skall kunna välja att ställa sig vid sidan av. Här är förklaringen närliggande att det i stor utsträckning handlar om kultur och tradition.

Uppföljning och kontroll

En central fråga som denna studie inte ger några svar på handlar om de dolda kostnader i form av granskning och uppföljning som följer med valfrihetsmodeller. Inom nationalekonomin brukar dessa kostnader betecknas transaktionskostnader. När ett utbyte skall ske mellan olika parter skapas olika kostnader för att försäkra sig om att de varor eller tjänster som utbytes håller en rimlig kvalitet, levereras i tid etcetera. Även om transaktionskostnader ofta framhålls som en effekt som bör vägas in i bedömningen av valfrihetens effekter och funktionalitet finns det få substantiella studier som behandlar detta. I en länderkomparativ studie beskrivs det dock att transaktionskostnaderna inom omsorgen upplevdes som höga (Wilberforce et al. 2011).

Desto fler studier finns det som handlar om effekter av en utökad extern granskning. Tillkomsten av fristående granskningsmyndigheter har kopplats till förekomsten av marknadsutnyttjande och valfrihet. När en offentlig service inte längre produceras inom ramen för en byråkratiskt ordnad organisation skapas granskande organisationer som är fristående, inte minst för att

garantera att både det offentliga och det privata granskas utifrån likartade premisser.

Studier av granskning har emellertid visat att granskningsaktiviteterna riskerar att påverka den service som utförs negativt (Power 1997). Traditionellt professionsorienterade verksamheter riskerar att urholkas på både förtroende och kompetens. Studier har visat att granskare tenderar att skjuta in sig på de saker i verksamheten som relativt enkelt går att mäta och granska (Ek och Kastberg 2011). De ovan refererade iakttagelserna om användande av information inom hälso- och sjukvården i studier främst genomförda i USA och England bekräftar farhågorna. Positiva effekter i form av kvalitetssäkring tenderar att föra med sig andra negativa beteendeeffekter.

I debatten kring valfrihetsmodeller förefaller det saknas en kritisk diskussion kring dels hur en kvalitetssäkring skall ske i valfrihetsmodeller, dels vilka kostnader olika granskningsalternativ för med sig i form av rena transaktionskostnader och kostnader som en effekt av att verksamheterna påverkas negativt.

Avslutande reflektion

Det går på ett övergripande plan att peka på en utveckling mot allt mer valfrihet. Modellerna som tillämpas och bevekelsegrunderna skiljer sig dock åt mellan länderna. Utgångspunkter i form av exempelvis tradition, historia och organisering av den offentliga sektorn har stor betydelse för hur valfrihetslösningarna utformats. En av de större skillnaderna handlar inte om att få välja utan vad som väljs. I vissa länder finns det exempelvis alternativ till den gemensamma finansieringen inom hälso- och sjukvård, vilket inte alls varit aktuellt i Sverige. Inom omsorgen har i vissa länder kontantlösningar introducerats som ett alternativ till den offentliga servicen. Inte heller det har lyfts i den svenska debatten, än mindre i praktiken. Jämfört med många andra länder präglas den svenska valfriheten av en utveckling mot stor valfrihet gällande producent, men mindre valfrihet gällande inflytande på service och finansieringsform.

De beskrivningar som här skett visar att vi inte är ensamma i Sverige i utvecklingen mot mer valfrihet. På ett övergripande plan sker det även internationellt en utveckling i samma riktning även om olika länder och sektorer uppvisar stora skillnader. Valfrihetsutvecklingen torde därmed kunna förväntas fortsätta i samma riktning under de närmaste åren. Vi vet från tidigare studier att det går moden i sätt att organisera verksamheter på (Abrahamsson 1991; DiMaggio och Powell 1991).

Till skillnad från modeväxlingarna som sker i klädbranschen sker dock växlingar gällande moden i organisering inte lika frekvent och i regel som en konsekvens av att de dyker upp alternativ som utmanar de befintliga föreställningarna om vad som är rätt sätt att organisera verksamheter på (Jönsson och Lundin 1977). Några sådana förefaller inte finnas för tillfället. Tvärt om indikerar utvecklingen i England, att det kommer ske en ökad argumentation för valfrihet som mer tar sin utgångspunkt i individens förutsättningar och mindre som tidigare att det handlar om att utveckla och påverka den offentliga menyn av tjänster. Eftersom många av de organiseringsprinciper som nu dominerar offentlig sektor har sitt ursprung i den anglosaxiska världen är en rimlig prognos att vi med viss eftersläpning får se samma argument här.

Referenser

Abrahamsson, E. (1991). "Managerial fads and fashions: The diffusion and rejection of innovations." *The Academy of Management Review* 16(3): 10.

Arnman, G.med flera (2004). *Valfrihet – fiktion och verklighet?* Uppsala, STEP, Department of Education, Uppsala universitet.

Besley, T. och M. Ghatak (2003). "Incentives, choice and accountability in the provision of public services." *Oxford review of economic policy* 19(2): 15.

Bevan, G.med flera (2010). "Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost." *Health Economics, Policy and Law* 5(Special Issue 03): 251–267.

Blomqvist, P. och B. Rothstein (2000). *Välfärdsstatens nya ansikte: demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*. Stockholm, Agora.

Brunsson, N. och I. Hägg (1992). *Marknadens makt*. Stockholm, SNS förlag.

Da Roit, B. och B. Le Bihan (2010). "Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies." *Milbank Quarterly* 88(3): 286–309.

Da Roit, B.med flera (2007). "Long-term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-Care Schemes." *Social Policy & Administration* 41(6): 653–671.

Dickinson, H. och J. Glasby (2010). The personalization agenda: implications for the thirs sector. Working Paper University of Birmingham.

DiMaggio, P. J. och W. W. Powell (1991). *The Iron Cage Revisited: Institutionell Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*. The New Institutionalism in Organizational Analysis. W. W. Powell och P. J. DiMaggio. Chicago, The University of Chicago Press.

Dixon, A. med flera (2010). "The experience of implementing choice at the point of referral: comparison of the Netherlands and England." *Health Economics, Policy and Law* 5(2): 10.

Eskelinen med flera (2006). "Fra omsorg til service – nyorientering i hjemmeplejen via frit valg?" *Socialvetenskaplig tidskrift* 13(1).

Flood, C. och A. Haugan (2010). "Is Canada odd? A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care." *Health, Economics, Policy and Law* 5(5): 319.

Gewirtz, S. med flera (1995). *Markets, choice, and equity in education*. Buckingham, Open University Press.

Harrow, J. (2002). *New Public Management and social justice: just efficiency or equity as well?* New Public Management: current trends and future prospects. K. McLaughlin, S. Osborne och E. Ferlie. London, Routledge.

Hartman, L., Ed. (2011). *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* SNS Förlag.

Hirschman, A. O. (1970). *Exit, voice, and loyalty: responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge, Mass., Harvard Univ. Press.

Hofman, R. H. med flera (2008). "Comparing key dimensions of schooling: towards a typology of European school systems." *Comparative Education* 44(1): 93–111.

Hood, C. (1991). "A Public Management for all Seasons?" *Public Administration* 69(1): 3–19.

Hoxby, C. M. (2007). "Does competition among public schools benefit students and taxpayers? Reply." *The American Economic Review* 97(5).

Hsieh, C.-T. och M. Urquiola (2006). "The effects of generalized school

choice on achievement and stratification: Evidence from Chile's voucher program." *Journal of Public Economics* 90(8-9): 1477–1503.

Jönsson, S. och R. Lundin (1977). *Myths and wishful thinking as management tools*. Prescriptive Models of Organizations. P. C. Nyström och W. H. Starbuck. Amsterdam, North Holland.

Kastberg, G. (2005). *Kundvalsmodeller. En studie av marknadsskapare och skapade marknader i kommuner och landsting*. Göteborg, Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet.

Kastberg, G. (2010). *Vad vet vi om kundval? En kunskapsöversikt*. Stockholm, Sveriges kommuner och landsting.

Ladd, H. (2002). "School vouchers: a critical view." *The journal of economic perspectives* 16(4).

Newman, J. och E. Kuhlmann (2007). "Consumers enter the political stage? The modernization of health care in Britain and Germany." *Journal of European Social Policy* 17(2): 10.

Nordgren, L. (2003). *Från patient till kund: intäget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*. Lund, Lund Business Press.

Or, Z. med flera (2010). "Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems." *Health Economics, Policy and Law* 5(3): 269–293.

Pettersson, L.-O. (2001). *Från rivstart till stopplag: privatiseringsvägen i välfärden 1979–2001*. Stockholm, Agora.

Power, M. (1997). *The audit society: rituals of verification*. Oxford, Oxford University Press.

Premfors, R. (2000). *Den starka demokratin*. Stockholm, Atlas.

Propper, C. (1993). *Quasi market regulation*. Quasi markets and social policy. W. Bartlett och J. le Grand. Hong Kong, Macmillan.

Propper, C. (2010). *The operation of choice and competition in health care*. London, Public Service Trust.

SFS (1993:387). "Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)."

SFS (2008:962). Lag om valfrihetsystem.

Skolverket (2003). Valfrihet och dess effekter inom skolområdet. Stockholm, Skolverket.

Teelken, C. (1999). "Market Mechanisms in Education: School choice in The Netherlands, England and Scotland in a comparative perspective." *Comparative Education* 35(3): 283–302.

Teelken, C. med flera (2005). "Frictions between formal education policy and actual school choice." *International review of education* 51(31): 10.

Theobald, H. med flera (2007). Choice in home-based elder care in different European countries: Conflicts and outcomes in combining different logics. 5th ESPAnet conference. Vienna.

Thomson, S. och A. Dixon (2006). "Choices in health care: the European experience." *Journal of health service research policy* 11(3): 10.

van der Zee, J. och M. Kroneman (2007). "Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs." *BMC health service research* (7).

Wilberforce, M. med flera (2011). "Implementing consumer choice in long-term care: The impact of individual budgets on social care providers in England." *Social Policy and Administration forthcoming*.

Vlachos, J. (2011). *Friskolor i förändring*. Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? L. Hartman. Stockholm, SNS Förlag.

Kommunforskning i Västsverige, KFi, är en organisation som bedriver forskning inom området ekonomi och organisation i kommuner och landsting.

Verksamheten utgår ifrån ett samarbetsavtal mellan kommuner och landsting samt universitet och högskolor i Västsverige. Syftet med samarbetsavtalet är att initiera forskning inom det nämnda området och därmed bidra till att skapa en stark forskningsmiljö.



**KommunForskning
i Västsverige**

Pilgatan 19A
411 22 Göteborg
Tel 031-786 59 00
E-post kfi@kfi.se
www.kfi.se