

# Valfrihetsreformen och vårdgarantin – vilken roll har läkarna för att förverkliga dessa reformer?

## Ulrika Winblad

Docent vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet. Hon har i sin forskning främst inriktat sig på frågor om vårdens styrning och organisation samt patientens ställning i vården. E-post: [ulrika.winblad@pubcare.uu.se](mailto:ulrika.winblad@pubcare.uu.se).

I artikeln granskas implementeringen av två reformer som stärkt patienternas rättigheter i hälso- och sjukvården – valfrihetsreformen och vårdgarantin. Fokus har legat på hur läkare agerat i samband med genomförandet av dessa reformer. Trots att det skiljer sju år mellan studierna och att de riktat sig till delvis olika specialiteter ser vi vissa likheter i resultaten. Information om rätten att välja är exempelvis fortfarande inget som ingår i läkarens standardbemötande utan något som patienten själv måste föra på tal. En möjlig förklaring till de bristande informationsinsatserna kan vara att läkarna i bägge studier uppvisar dåliga detaljkunskaper om reformernas innehåll och vad man som läkare förväntas göra för att uppfylla dem. Detta kan i sin tur förklaras av att landets kliniker hittills har lagt liten vikt vid att informera sin personal om valfriheten och vilket regelverk som gäller.

The article reviews the implementation of two reforms that have enhanced patients' rights in health care – the Patient Choice reform and the Waiting-time guarantee. Focus has been on how doctors implemented these reforms. Although it differs seven years between the studies and that they included partly different specialties, we see some similarities in the results. Information about the right to choose, for example, is still not part of physicians' standard response, but something that patients need to activate themselves. One possible explanation for the lack of communication efforts may be that doctors in both studies show poor detail knowledge of the content of reforms and what they are expected to do. This in turn can be explained by the fact that hospitals so far have added little weight to inform their staff about the patient choice reforms and what rules will apply to these.

Sedan 1990-talets början har det funnits en tydlig politisk vilja att utöka patienternas valmöjligheter i vården. En rad politiska reformer har initierats som på olika sätt underlättar för patienterna att välja vårdgivare inom och utanför landstingsgränserna. Genom reformerna ges patienterna rätt att själv välja husläkare, vårdcentral och sjukhus. Poängen är att valet av vårdgivare ska vara patientens eget, och att patienten från att ha betraktats som ett ”objekt” i vården ska bli ett ”subjekt” med möjlighet att påverka vårdprocessen. Satsningen på utökade valmöjligheter kan ses som en reaktion på den kritik som riktats mot den svenska välfärdsstaten på 1980-talet som medborgarna upplevde som byråkratisk och inflexibel och där många vittnade om att de saknade inflytande (Peterson et al 1989, von Otter & Saltman 1990).

Konkret har en rad reformer lanserats under de senaste decennierna som formellt utvidgat valmöjligheterna i vården. Redan år 1991 rekommenderade dåvarande Landstingsförbundet sina medlemmar, dvs. landstingen, att införa utökade valmöjligheter. Detta innebar i praktiken att patienter kunde välja vårdgivare i hemlandstinget och vårdcentral och slutna vård i hela landet. Reformen uppdaterades år 2001 och kom att gälla även val av öppen specialistvård i hela landet. Den första valfrihetsreformen var inte lagfäst utan utgjordes av en s.k. rekommendation som var frivillig för landstingen att införa.

Vårdgarantin, en annan reform som introducerades 2005, hade som främ-

sta syfte att korta vårdens köer. Många landsting har under perioder haft problem med långa väntetider. Tanken bakom garantin var att patienterna skulle erbjudas vård hos annan vårdgivare om den egna kliniken inte kunde erbjuda vård inom en viss tidsgräns. Även vårdgarantin innehåller ett tydligt ”valfrihetsmoment”. Om patienten får vänta längre än den utsatta tidsgränsen (90 dagar till mottagningsbesök och 90 dagar till behandling inom specialistsjukvården) har patienten rätt att välja en alternativ vårdgivare. Den ursprungliga vårdgarantin från 2005 var en överenskommelse mellan den dåvarande socialdemokratiska regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting och inte en lag i regelrätt mening. Under den senaste mandatperioden har den borgerliga alliansregeringen på ett tydligare sätt än tidigare regeringar betonad vikten av lagstadgade rättigheter för patienten och valt att lagstifta om både vårdgarantin och valfriheten i primärvården. Just nu pågår även politiska diskussioner om att lagstifta om valfriheten inom specialistsjukvården.

Gemensamt för de två beskrivna reformerna är att de på olika sätt skapar redskap för patienterna att påverka sin ställning i vården, exempelvis genom att välja bort en vårdgivare som man är missnöjd med, välja en vårdgivare med kortare väntetider eller välja vårdgivare närmare anhöriga. Bevekelsegrunden för valet är patientens eget och inget som ska efterfrågas i vårdkontakten.

När det gäller valfrihetsreformen från 2001 visar flera studier att patienter inte känner till denna rättighet och att

få patienter valt att utnyttja sina valmöjligheter i praktiken. En ny studie som avser samtliga kataraktpatienter i landet sedan 2005 visar exempelvis att endast en procent av patienterna väljer vård i annat landsting (Hanning et al 2010). Detta resultat ligger i linje med en tidigare studie från Socialstyrelsen som visar att patientströmmarna mellan landstingen är ytterst begränsade (Socialstyrelsen 2005).

Vårdgarantin har däremot fått större effekter. I många landsting har reformen lett till minskade väntetider. Enligt en avstämning från Sveriges Kommuner och Landsting i början av september 2010 framgår det dock att mer än en femtedel av patienterna fortfarande väntar mer än tre månader på behandling. Dessutom finns stora regionala variationer i landet.

Att dessa två reformer – som på olika sätt inkluderar ett valmoment för patienten – bara delvis nått upp till sina politiska intentioner har naturligtvis flera förklaringar. Tidigare studier har identifierat hinder på både statlig och landstingskommunal nivå, exempelvis otydligheter i den nationella styrningen och ett motstånd på landstingskommunal nivå på grund av att reformen leder till att administrationen tappar kostnads- och planeringskontrollen när patienter väljer vård i andra landsting. I den här artikeln fokuseras dock hindren på den kliniska nivån. Närmare bestämt belyses hur läkarkårens beteende vid genomförandet av valfrihets- och vårdgarantireformerna spelat roll för utfallet av reformerna. Jag och kollegor har i ett antal studier (Winblad 2003,

2007, Winblad & Andersson 2010) fört fram tesen att man från politiskt håll främst riktat dessa reformer mot patientgruppen men att man bortsett från att vårdpersonalen, och då särskilt läkarna, på ett aktivt sätt bör involveras för att reformerna ska kunna verkställas så som tänkt. Om man bortser från valet av läkare inom primärvården – som patienten väljer direkt – så kräver de flesta andra val i vården läkarens assistans. Det är framförallt i remitteringsituationen, det vill säga när läkaren beviljar att patienten ska få vård någon annanstans, som valfriheten ställs på sin spets. Om en patient vill utnyttja vårdgarantin eller det fria vårdvalet är det läkaren som formellt beviljar valet genom att signera en s.k. vårdgaranti- eller valfrihetsremiss som utgör en betalningsförbindelse mellan landstingen.

Läkaren är också patientens primära källa när det gäller den information som ligger till grund för val av vårdgivare, till exempel om väntetider och kvalitetsskillnader mellan olika vårdgivare. Dessutom behöver patienten hjälp att tolka den medicinska informationen som valet av vårdgivare baseras på. Det faller sig mest naturligt att patientens frågor om när, var och hur en eventuell behandling ska ske uppstår i mötet mellan läkare och patient i den situation då läkaren fattat det medicinska beslutet om att sätta upp patienten på väntelista, dvs. beslutar om medicinsk åtgärd.

Den intressanta frågan är naturligtvis om läkarna intar den roll som stipuleras ovan. I en studie tillfrågades närmare tusen läkare inom specialistsjukvår-

den (ortopedi, kirurgi, internmedicin) och primärvården i Stockholms läns landsting om hur de ser på patientens valfrihet och hur de agerat i olika valfrihetssituationer (svarsfrekvens 71 procent) (Winblad Spångberg 2003). Denna studie följdes delvis upp sju år senare när vi vände oss till landets samtliga ortopedier. I en enkät tillfrågas landets ortopedier (svarsfrekvens 58 procent) vad de anser om vårdgarantin och hur de agerat för att genomföra reformen (Winblad & Andersson 2010). I det följande redogörs för resultaten från dessa studier.

## Vad tycker läkarna om reformerna?

Tydligt i bägge studierna är att läkarna i princip är positivt inställda till reformerna och anser att det är viktigt att patienterna får välja vårdgivare. Över fyra femtedelar av de svarande läkarna i studien från 2003 hävdade exempelvis att valfriheten har ett värde för den enskilda patienten. Intressant att notera är att sjukhusläkarna var mer positiva till valfrihetsreformen än primärvårds-läkarna. Bland dem som såg valfriheten som ett positivt värde för sjukvården menade de flesta att valfriheten inneburit att effektiviteten och kvaliteten i sjukvården förbättrats genom att inslag av konkurrens införts. Den främsta fördelen med valfriheten var att patienternas känsla av delaktighet ökade när de fick välja sin egen doktor. Bland det fåtal läkare som inte såg något värde av valfriheten handlade kommentarerna mest om att patienten varken kan eller vill välja i dagens läge (Winblad Spångberg 2003). Frågorna var något annor-

lunda ställda i studien från 2010, men en majoritet av de svarande läkarna anser ändå att vårdgarantin medfört vissa eller stora förbättringar avseende väntetiderna för patienterna. Bland annat tycker respondenterna att reformen medfört att organisationen tvingats ta itu med väntetiderna och att garantin satt press på organisationen. Drygt en femtedel ser dock små eller inga positiva effekter av reformen.

Att många av de tillfrågade läkarna – om än inte alla – är positivt inställda till reformerna och anser att de stärker patienterna och kortar väntetiderna, behöver inte betyda att de själv är involverade i reformernas praktiska genomförande. Läkarna kan på ett teoretiskt plan vara positiva till reformernas principer, men samtidigt, i praktiken, betrakta reformerna som något som exempelvis andra personalgrupper får sköta. Med anledning av detta ställdes i bägge studierna några frågor som berörde huruvida läkarna ansåg att de hade en roll och ett ansvar för att uppfylla valfrihets- respektive vårdgaranti-reformen.

Kring synen på den egna rollen finns en intressant principiell skillnad i svaren. I studien som rör valfrihetsreformen uttryckte en stor andel av läkarna att de har en viktig roll för att förverkliga patienternas val. Två tredjedelar av de svarande läkarna ansåg att patienterna behöver deras hjälp för att kunna utnyttja valmöjligheterna. Den allra vanligaste kommentaren till denna fråga var att patienterna behöver hjälp att värdera kvaliteten på olika vårdalternativ och få kunskap om väntetider.

I studien från 2010 där vårdgarantin undersöktes, har de svarande läkarna en delvis annan inställning. Hela 42 procent anser att ”de inte alls eller i mycket låg utsträckning” har ett ansvar för att vårdgarantin uppfylls. Endast 17 procent menar att man som läkare i ”hög eller mycket hög grad” har ett ansvar för att vårdgarantin uppfylls. Läkarna i studien menar att andra faktorer utanför deras kontroll avgör om vårdgarantin uppfylls, exempelvis tillgången till operationsutrymme. Flera lyfter även fram att andra personalgrupper, såsom administratörer och så kallade koordinatörer har tagit över ansvaret för vårdgarantin. Andra menar att detta ytterst är en fråga för politikerna och inget som den enskilde läkaren kan eller bör lägga sig i. Flera av dessa kommentarer vittnar om låg tilltro till den politiska styrningen av vården. Genomgående ser de på reformen som ett politikerjippo mer än som ett medel för att stärka patienternas rättigheter. Sammanfattningsvis tycks det alltså som om läkarna i den nyare studien i lägre utsträckning än i studien från 2003 anser att just de har ett ansvar för att uppfylla den avsedda patienträttigheten.

Ovan beskrevs hur läkarna såg på sin egen roll när det gäller att uppfylla valfrihets- respektive vårdgarantireformen. Intressantare är kanske att undersöka vad de svarande läkarna säger sig göra i praktiken för att uppfylla reformen. Centralt för att patienterna ska kunna utnyttja sina rättigheter är exempelvis att läkarna informerar patienterna om reformerna och på andra sätt hjälper patienterna. I detta avse-

ende visar studierna på liknande resultat. Andelen som uppgav att de alltid informerar om valfriheten var ganska låg (17 procent). Den största andelen, 40 procent, informerade först i de fall patienten själv bad om att få veta mer. Resten uppgav att de informerar i enstaka fall och om kliniken har långa väntetider. Drygt 13 procent uppgav att de aldrig informerar. Det tycks alltså inte som om information av denna typ ingår i de svarande läkarnas standardbemötande, utan främst ges när patienten själv väcker frågan. I studien från 2010 visar en något större andel, närmare en tredjedel av ortopederna, att de alltid informerar om vårdgarantin. De flesta läkare ”villkorar” dock på olika sätt sin information, exempelvis genom att bara informera när patienten själv väcker frågan eller när väntetiderna är långa.

När det gäller remitteringsmönster ombads läkarna att rangordna på vilka grunder de remitterade patienter. Medicinska kriterier, eller som det uttrycktes i frågan ”goda behandlingsresultat”, var den främsta grunden för remittering. Nästan hälften av de svarande läkarna angav detta som den viktigaste faktorn. Därefter, på delad andra plats, kom ”patientens önskemål” och att man ”känner läkarna” som man remitterar till (21 respektive 20 procent). Svaren pekar mot att det i verkliga remitteringssituationer inte främst är patientens önskemål utan andra faktorer, främst medicinska, som spelar roll. Synen att det är läkaren som ska styra remitteringssituationen tycks således leva kvar.

Sammanfattningsvis tycks det alltså som om de svarande läkarna på direkta frågor är positiva till och tydligt ser värdet av valfriheten. Även vårdgarantin uppfattas som en reform som haft goda effekter. Anmärkningsvärt är därför att resultaten från bägge studier visar att det inte ingår i läkarens standardbemötande att informera om reformerna eller olika remitteringsalternativ. Svaren visar dessutom att det är andra kriterier än patientens önskemål som styr i verkliga remitteringssituationer.

## Finns det organisatoriska möjligheter att uppfylla reformerna?

I studierna undersöktes vidare tre teoretiska förutsättningar ”kan”, ”förstår” och ”vill” som kan tänkas påverka läkarnas förutsättningar och möjligheter att genomföra reformerna. Förutsättningen ”kan” handlar om organisatoriska faktorer som antingen kan främja eller hindra läkarna från att genomföra reformerna såsom tänkt. Frågorna som ställdes i studierna berörde bland annat om läkarna ansåg att det förelåg resursbrister av något slag, om klinikledningarna informerat om reformerna eller om de på något sätt hindrat läkarna från att remittera patienter till andra vårdgivare på grund av ökade kostnader. När det gäller valfrihetsstudien fick denna förklaring inget direkt stöd. Av de läkare som besvarade enkäten uppfattade majoriteten att det inte fanns några direkta organisatoriska hinder för att de skulle kunna genomföra valfrihetsreformen. Svarsmönstret i den nyare studien visar

dock en annorlunda bild. Även om inte exakt samma frågor ställdes i studien från 2010 är det tydligt att de svarande läkarna sju år senare uppfattar tydliga organisatoriska hinder för att genomföra vårdgarantin. Exempelvis anser en övervägande majoritet av ortopederna i studien att bristen på operationsutrymme är ett centralt hinder för att uppfylla vårdgarantin. Dessutom utgör bristen på vårdplatser ett centralt problem. Däremot anser en majoritet av ortopederna att det inte finns några yttre hinder för att förverkliga vårdgarantin, exempelvis i form av begränsade möjligheter att remittera patienter till annan vårdgivare.

## Känner läkarna till regelverket kring reformerna?

För att kunna hjälpa patienterna att välja, exempelvis genom att informera om olika remitteringsalternativ, behöver läkarna känna till reformens intentioner och faktiska regelverk. I studierna undersöks därför om läkarna har tillräckligt god kunskap kring reformernas regelverk för att kunna förmedla information till patienterna och i övrigt verka för deras genomförande. I bägge studierna visade det sig att klinikledningarna sällan eller aldrig erbjudit informationstillfällen eller undervisning kring reformerna och dess innehåll. Endast ett fåtal procent av de svarande hade deltagit i insatser av denna typ på sina respektive kliniker. Olika kunskapsfrågor visade likaså att de svarande läkarna hade goda generella kunskaper om syftena bakom reformerna och hur regelverken såg ut. Däremot saknade man i hög grad

detaljerad kunskap, exempelvis kring vem som betalar för resekostnader när patienter väljer vård hos annan vårdgivare och om privata vårdgivare är inkluderade. Anmärkningsvärt är även att läkarna menade att de hade stora kunskapsluckor gällande väntetider vid andra kliniker än den egna. Denna typ av kunskap är särskilt central för att avgöra om patienten bör åberopa vårdgarantin och för att diskutera med patienten om vilka vårdgivare som kan vara aktuella att remittera till. Det är troligt att bristande kunskap försvårar diskussionen kring alternativa remitteringsalternativ och vilka andra vårdgivare som det är möjligt att få vård hos inom tidsgränsen.

## Vill läkarna genomföra reformerna?

Ett teoretiskt antagande i studien är att läkare är mindre villiga att genomföra reformer som tydligt påverkar deras arbetsförhållanden negativt och inskränker deras kliniska autonomi. När det gäller valfrihetsreformen visade enkäten att flertalet av de svarande läkarna inte kände sig särskilt hotade av reformen. Man uppfattade t.ex. inte att den kliniska friheten berörs i särskilt hög utsträckning av reformerna. Rädslan att bli bortvald, som fanns hos vissa läkare när reformen infördes, verkade också ha mattats av. Man upplevde inte heller reformerna som särskilt tidskrävande. I detta avseende visar resultaten i studien om vårdgarantin en något anorlunda bild. Merparten av ortopederna är överens om att vårdgarantin ökat det administrativa arbetet. Samtidigt råder delade meningar om hu-

ruvida vårdgarantin tar tid från andra arbetsuppgifter eller inte.

Mer intressant är kanske att resultaten indikerar att vårdgarantireformen inkräktat på läkarnas kliniska autonomi, t.ex. möjligheten att själv bestämma över när en patients behandling ska ske. Det kanske mest anmärkningsvärda är att så många av de läkare som svarat på enkäten anser att vårdgarantin innebär att de tvingas göra felaktiga prioriteringar. Framför allt menar de att yngre, välutbildade och mindre sjuka patienter prioriteras framför svårt sjuka äldre och kroniskt sjuka som ännu inte nått vårdgarantins tidsgräns. Detta, menar respondenterna, står i strid med hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om vård efter behov. Av resultaten att döma tycks det alltså som om läkarna uppfattar att reformen inkräktar på deras grundläggande uppdrag att avgöra vem som har störst medicinskt behov, vilket därmed också är att betrakta som ett tydligt ingrepp i den kliniska autonomi.

## Slutsatser och diskussion

I denna artikel har två reformer som bägge förstärker patientens rättigheter i vården – valfrihetsreformen och vårdgarantin – undersökts. Fokus har legat på hur läkarna agerat i samband med genomförandet av dessa reformer. Trots att det skiljer sju år mellan studierna och att de riktat sig till delvis olika läkargrupper ser vi vissa likheter i resultaten vilket stärker resultatens generaliserbarhet.

När det gäller det egna ansvaret för att förverkliga reformintentionerna är

det tydligt att de svarande läkarna i den nyare studien anser att detta är mindre än vad läkarna tyckte när valfrihetsreformen lanserades i början av 2000-talet. Studiernas upplägg gör det svårt att förklara vad detta beror på. En möjlig tolkning är att man från ledningshåll arbetat mer med att bygga upp stödjande funktioner kring vårdgarantin, exempelvis vårdgarantikanslier, som gör att läkarkåren inte känner samma ansvar för implementeringen av vårdgarantin. En alternativ förklaring är att det yttre trycket ökat i vården under senare år och att läkarna känner att de inte orkar med en ytterligare pålaga.

När det gäller hur läkarna i praktiken arbetar för att verkställa reformerna visar dock studierna på liknande resultat. Information om rättigheten att välja är exempelvis fortfarande inget som ingår i läkarens standardbemötande utan något som patienten själv måste föra på tal. Detta betyder i förlängningen att läkarnas medverkan kan ses som villkorad och att speciella omständigheter måste vara uppfyllda för att de ska spela den aktiva roll som lagstiftare och landsting tänkt sig. Här finns naturligtvis en risk att reformen får en segregande effekt då mindre resursstarka grupper, som inte ställer direkta frågor, i lägre utsträckning ges möjlighet att dra nytta av reformerna.

En möjlig förklaring till de bristande informationsinsatserna kan vara att läkarna som svarat i bägge studierna uppvisar dåliga detaljkunskaper om reformernas innehåll och vad man som läkare ska göra. Detta kan i sin tur förklaras av att landets kliniker hit-

tills har lagt liten vikt vid att informera sin personal om valfriheten och vilket regelverk som gäller. Om man från landstingshåll menar allvar med dessa reformer bör man diskutera om det inte bör avsättas resurser för att diskutera reformernas innebörd och betydelse och vad som förväntas av personalen för att de ska kunna förverkligas.

Det är intressant att notera att läkarna i den nyare studien i högre utsträckning ser strukturella hinder för att verkställa reformen, främst saknar man operationsutrymme och vårdplatser för att förverkliga reformen. Kanske hänger detta samman med den försämrade resurssituationen i vården och att antalet vårdplatser dragits ned väsentligt under senare år.

En ytterligare skillnad som är värd att lyfta fram är att läkarna i den första studien inte kände att den egna verksamheten påverkades negativt av reformen – kanske beroende på att så få patienter vid denna tidpunkt utnyttjade sina valmöjligheter. Vårdgarantin har på ett helt annat sätt påverkat den kliniska verksamheten. En majoritet av de svarande läkarna menar att de, på grund av reformen, tvingas att göra felaktiga prioriteringar – man menar att mindre sjuka, mer resursstarka patientgrupper får vård före mer behövande. Denna synpunkt är central och något som man från politiskt håll bör uppmärksamma i den fortsatta implementeringen av reformen. Synpunkten är viktig och visar att läkarna strävar efter att verka i enlighet med behovsprincipen som utgör hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf.



Sammanfattningsvis pekar studierna på läkarens centrala roll i genomförandet av valfriheten och vårdgarantin och att detta ansvar inte tas till fullo av de läkare som ingick i studien. En implikation är att sjukhusledningarna och klinikerna bör arbeta mer aktivt för att involvera läkarna i arbetet med reformerna. Det är centralt att läkarna förstår att de har en viktig roll för att stötta patienterna att utnyttja sina rättigheter i vården. Detta är särskilt angeläget eftersom en stor andel av patienterna i dag avstår från att utnyttja vårdgarantin genom att hellre vänta längre vid hemmakliniken än att välja vårdgivare med kortare väntetider. Att patienter inte rör sig mellan vårdgivare eller över landstingsgränserna innebär att de får vänta längre på vård, och att de samhällsekonomiska vinsterna delvis uteblir.

## Referenser

- Blomqvist, P. & Rothstein, B. (2000). Valfärdsstatens nya ansikte. Demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn. Stockholm: Agora.
- Hanning, M., Åhs, A., Winblad, U., Lundström, M. (2010). "Care without limits. A study of the patients' choice reform in Sweden", manus som presenteras vid 5th Nordic Conference on Health Organization and Management, Köpenhamn, januari 2011.
- Petersson, O., Westholm, A., Blomberg, G. (1989). Medborgarnas makt. Stockholm: Carlssons.
- Socialstyrelsen. (2005). Var vårdas patienten? Analys av patientströmmar i Sverige: Studie omfattande patientregistret 1998–2002.
- von Otter, C., Saltman, R. (1990). Valfrihet som styrmedel. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Winblad, U. (2007). "Valfriheten – en misslyckad sjukvårdsreform?" I: Paula Blomqvist (red) Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård. Stockholm: SNS-förlag.
- Winblad Spångberg, U. (2003). Från beslut till verklighet. Läkarnas roll vid implementeringen av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården. Avhandling. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Winblad, U., Andersson, C. (2010). Kåren och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård. En rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO), 2010:9.