

Anne Boschini

HAR PRIVATISERINGEN GYNNAT

# KVINNOR I VÅRD- OCH OMSORGSYRKEN?

ANNE BOSCHINI

Har privatiseringen gynnat  
**kvinnor i vård-  
och omsorgsyrken?**

FORES



# Har privatiseringen gynnat kvinnor i vård- och omsorgsyrken?

Anne Boschini

Redaktör: Tove Hovemyr

Fores  
Sveavägen 59, 113 59 Stockholm  
info@fores.se · www.fores.se

1:a upplagan, 1:a tryckningen  
Grafisk form: Epique studio  
Tryck: Spektar Bulgaria 2023

ISBN: 978-91-87379-94-9

© **Fores, 2023**



# Innehållsförteckning

Förord	4
Inledning	6
<b>Vårdyrkena är kvinnodominerade</b>	<b>9</b>
<b>De omdiskuterade kvinnolönerna i vården</b>	<b>12</b>
<b>Arbetsvillkoren i vården</b>	<b>17</b>
<b>Möjliga anledningar till de låga (kvinno) lönerna i vården</b>	<b>22</b>
<b>Historisk överblick av ägarförhållandena</b>	<b>28</b>
<b>Teoretiska effekter av privatisering</b>	<b>33</b>
<b>Utvecklingen av löner för anställda i vården – vad har hänt?</b>	<b>36</b>
<b>Utveckling av privata vård- och omsorgsleverantörer</b>	<b>45</b>
<b>Vi behöver veta mer!</b>	<b>48</b>
Om Fores	51
Om författaren	52
Referenser	53

# Förord

För fjorton år sedan infördes en av vår tids viktigaste frihetsreformer i svensk välfärd, när den dåvarande Alliansregeringen införde Lagen om valfrihets-system (LOV) och Lagen om offentlig upphandling (LOU) år 2009. Dessa lagar förändrade radikalt den offentliga sektorn. Medborgare fick möjligheten att välja vem som skulle utföra välfärdstjänster. De kommunala eller regionala verksamheternas monopol på vård- och omsorgsverksamhet försvann. Det öppnade för att nya privata verksamheter kunde starta och erbjuda något annat än den likformiga offentligt organiserade vården.

Välfärdssektorn domineras av kvinnor. En halv miljon kvinnor i Sverige arbetar inom vården och kvinnor dominerar i stort sett alla vårdyrken. Det vanligaste yrket för befolkningen är undersköterska. Privatiseringar i vården har inte enbart påverkat patienter och brukares möjlighet att välja utförare, utan även yrkesverksamma inom vårdens valfrihet på arbetsmarknaden. Konkurrensutsättning av vård- och omsorgssektorn har påverkat många kvinnor, eftersom de nu kan välja mellan arbetsgivare eller starta och driva företag. Över 60 procent av Sveriges vård- och omsorgsföretag drivs av kvinnor.

Lönenivån i vård- och omsorgssektorn har varit föremål för debatt och diskussion under lång tid. Många menade att konkurrensutsättningen av sektorn skulle påverka lönerna och arbetsvillkoren positivt. Trots detta har valfrihetens faktiska påverkan på lönerna, arbetsvillkoren och företagandet sedan reformerna genomfördes inte ägnats någon uppmärksamhet. Arbetsinkomsten är helt avgörande för en persons livssituation och påverkar allt från föräldraledighet till pension. De låga lönerna i de kvinnodominerade yrkena inom vård- och omsorgssektorn har därför stor påverkan på jämställdheten.

Vad vi vet om vård- och omsorgssektorn är att det är en kvinnodominerad bransch med tuffa arbetsvillkor som dagsläget inte kompenseras av löneläget. Just nu kan vi bara gissa hur lönerna påverkats av konkurrensutsättningen i praktiken. Kunskap om valfrihetens påverkan på lönerna är avgörande för att veta vilken väg vi ska gå för att höja lönerna i vård- och omsorgssektorn och i slutändan för att uppnå ett jämställt samhälle. Vår rapport visar att det måste forskas mer på ämnet för att kunna ta fram rätt reformer för kvinnor som arbetar inom vård- och omsorg.

**Ulrica Schenström, vd Fores**

Stockholm, mars 2023

# Inledning

De anställda inom vård och omsorg tenderar att vara kvinnor.<sup>1</sup> Inte bara arbetar ungefär en fjärdedel av alla kvinnor i arbetskraften inom vård och omsorg utan kvinnor utgör också drygt 70 procent av utövarna i flertalet vårdyrken. Detta gör förstås att löner och arbetsvillkor inom vården har en stor inverkan på alla tänkbara mått på kvinnors situation på arbetsmarknaden. Mer generellt utgör hälso- och sjukvården en central del av den svenska välfärdsstaten som står inför utmaningar. Kontinuerliga medicinska framsteg gör det möjligt att framgångsrikt behandla fler åkommor samtidigt som befolkningen blir allt äldre, vilket tillsammans skapar en ökad efterfrågan på vård. Då resurserna till vården inte har ökat i samma utsträckning som efterfrågan har vårdens funktionalitet, tillgänglighet och kvalitet under en längre tid varit i centrum för den politiska debatten. Samtidigt har vissa yrkesgrupper inom vården, såsom sjuksköterskor, tidvis fört

---

1 I denna skrift avses genomgående hela näringsgrenen 'Vård och omsorg; sociala tjänster' enligt gällande svensk näringsgrensindelning. Denna näringsgren innefattar hälso- och sjukvård, vård och omsorg med boende samt öppna sociala tjänster.

hårda löneförhandlingar eftersom de anser att deras löneläge är för lågt.

Strax innan 2010 ändrades förutsättningarna radikalt för privata alternativ att konkurrera med offentligt tillhandahållen vård och omsorg i och med införandet av lagen om offentlig upphandling (LOU) och lagen om valfrihet (LOV). Redan vid införandet av dessa lagar fanns det privata inslag i vården, men lagändringarna öppnade upp för privata företag att fullt ut konkurrera på lika villkor som de som gällde för offentlig producerade varor och tjänster.

Emedan det har gjorts (och löpande görs) utredningar, skrivs böcker och rapporter om vårdens kvalitet, säkerhet, effektivitet, tillgänglighet och finansiering (se till exempel Dahlgren 2018; SOU 2016:2; SOU 2020:19 och Sundén m.fl. 2014) till följd av det större privata inslaget, har inte frågan *hur arbetsmarknaden för vårdsyrken påverkas av konkurrensutsättningen* ägnats lika mycket uppmärksamhet. Det är märkligt eftersom en vanlig förklaring till de relativt låga kvinnolönerna i vården har varit att det före lagändringarna, i princip, endast fanns en arbetsgivare, alltså att det rådde så kallad monopsoni. Resonemanget var att bristen på alternativa arbetsgivare ledde till bristande konkurrens om arbetstagarerna vilket, bland annat, medförde lägre löner än på en arbetsmarknad med många arbets-



givare. I och med det större privata inslaget borde denna lönepressande tendens ha minskat.

Syftet med denna skrift är att analysera om och hur det ökade privata inslaget har påverkat både lön och företagande i vård- och omsorgsyrken. Har lönerna ökat som en följd av tilltagande konkurrens? Kan det faktum att det har blivit möjligt för privata alternativ att konkurrera med offentligt tillhandahållen vård även ha lett till att antalet kvinnliga egenföretagare har blivit fler i sektorn?

Denna rapport är tänkt att vara en kunskapsöversikt över vad vi vet om hur den ökade konkurrensutsättningen av vården har påverkat löneutveckling för vårdanställda och om den även skapat fler privata företag. Fokus kommer att vara på kvinnorna både för att de utgör en klar majoritet av arbetstagarna i vården och då det finns tydliga indikationer på att lönesättningen haltar inom kvinnodominerade yrken.

# Vårdyrkena är kvinnodominerade

Som bransch betraktad har vård- och omsorgssektorn (inklusive sociala tjänster) flest anställda av alla branscher i Sverige med drygt 16 procent av alla sysselsatta år 2020.<sup>2</sup> Inte mindre än 79 procent av alla anställda i vården är kvinnor. Detta innebär att mer än en fjärdedel av alla sysselsatta kvinnor arbetar i vård- och omsorgssektorn (SCB, Rams 2022).

Eftersom Sverige, ur ett internationellt perspektiv, tidigt hade en hög andel kvinnor som förvärvsarbetade och sysselsättningsgraden bland kvinnor i Sverige idag är den högsta inom EU, innebär det att mer än en halv miljon kvinnor arbetar inom vården. Det vanligaste yrket för kvinnor är undersköterska inom hemtjänst, hemsjukvård och äldreboenden. 116 000 av de totalt 129 000 undersköterskorna inom hemtjänst, hemsjukvård och äldreboenden är kvinnor och detta var tillika det största yrket på den svenska arbetsmarknaden år 2020 (SCB, 2022).

---

2 Med sociala tjänster avses här verksamheter som utförs enligt socialtjänstlagen, enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt som utförs på olika typer av behandlingshem.

Vård- och omsorgssektorn innefattar en rad olika yrken med olika utbildningskrav. Bland dessa finns 22 så kallade legitimationsyrken som utgör ryggraden i branschen. Det största legitimationsyrket sett till antalet anställda (inom hälso- och sjukvård, vård och omsorg med boende samt öppna sociala insatser) är sjuksköterskor.<sup>3</sup> Antalet sjuksköterskor är i sin tur mer än dubbelt så stort som antalet läkare – se Tabell 1. Som framgår i Tabell 1 skiljer sig utvecklingen i termer av andelen kvinnor åt mellan legitimationsyrken. Yrken där mindre än hälften var kvinnor 2006 (såsom läkare, ortopedingenjör, sjukhusfysiker) har 15 år senare blivit könsbalanserade. I yrken som redan tidigt var i princip helt kvinnodominerade har däremot andelen män inte ökat nämnvärt.

De flesta (kvinnodominerade) vårdyrken var historiskt på olika sätt underordnade det tidigare mansdominerade läkaryrket vilket gör att vård och omsorg kan sägas ha en 'genusifierad historia' enligt Öhman (2009). Numera kräver samtliga 22 legitimationsyrken fördjupad högskolekompetens, men som vi ska se i nästa avsnitt släpar löner och chefskap fortfarande efter inom de kvinnodominerade yrkena.

---

<sup>3</sup> Evertsson (2000) beskriver väl akademiseringen av legitimationsyrken i vården och det motstånd processen har mött.

**Tabell 1.** Urval av legitimationsyrken inom vård- och omsorgssektorn

Grupp	2006	2009	2010	2020
Sjuksköterska	79 741 <b>90%</b>	82 458 <b>89%</b>	83 418 <b>89%</b>	87 845 <b>88%</b>
Läkare	29 561 <b>42%</b>	31 824 <b>44%</b>	32 541 <b>45%</b>	40 583 <b>51%</b>
Fysioterapeut	9 409 <b>80%</b>	9 469 <b>80%</b>	9 443 <b>79%</b>	10 635 <b>75%</b>
Tandläkare	7 521 <b>50%</b>	7 503 <b>52%</b>	7 588 <b>52%</b>	7 950 <b>59%</b>
Barnmorska	6 175 <b>100%</b>	6 437 <b>100%</b>	6 563 <b>100%</b>	7 362 <b>100%</b>
Röntgensjuksköterska	543 <b>84%</b>	873 <b>82%</b>	980 <b>83%</b>	2 482 <b>79%</b>
Naprapat	532 <b>43%</b>	613 <b>43%</b>	626 <b>44%</b>	904 <b>45%</b>
Sjukhusfysiker	234 <b>35%</b>	273 <b>39%</b>	292 <b>40%</b>	431 <b>48%</b>
Ortopedingenjör	36 <b>28%</b>	115 <b>33%</b>	178 <b>33%</b>	265 <b>51%</b>
<b>Alla // % kvinnor</b>				

**Källa:** Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal. Egna bearbetningar.

# De omdiskuterade kvinnolönerna i vården

Under det senaste decenniet har de ojämlika och låga lönerna i vården varit i fokus såväl vid de kollektiva löneförhandlingarna som politiskt och medialt. De ekonomiska könsgapen i vården är komplexa och därför är det extra viktigt att börja med att definiera begreppen 'lön' respektive 'arbetsinkomst'. Med lön avses oftast i de offentliga diskussionerna den tim- eller månadslön som en individ tjänar om hen arbetar heltid före skatt, det vill säga hens heltidsekvivalenta lön. Könslönegapet, såsom det vanligtvis uppmäts, är helt enkelt hur mycket kvinnors genomsnittliga heltidsekvivalenta lön uppgår till som andel av mäns dito. Könslönegapet anges ofta i procent och ligger på ca 90 procent för hela ekonomi, det vill säga kvinnor tjänar i genomsnitt 90 procent av mäns heltidsekvivalenta lön (Medlingsinstitutet, 2022).

Då alla inte arbetar heltid och individer är borta från arbetet på grund av sjukdom eller föräldraledig-

het och det dessutom finns systematiska mönster i skillnader mellan könen i exempelvis sjukfrånvaro, betyder det att könslönegapet som figurerar i debatten är en tämligen fiktiv enhet. För att mäta vad kvinnor och män de facto har i sina plånböcker, tack vare sitt arbete, är månadsinkomsten av arbete, det vill säga när lönen justeras för den faktiskt arbetade tiden ett bättre mått. Det så kallade könsgapet i arbetsinkomster speglar väl hur skilda ekonomiska förutsättningar män och kvinnor i genomsnitt har och mäts som hur stor andel kvinnors genomsnittliga arbetsinkomst – ofta mätt som årsinkomst från arbete före skatt – utgör av mäns genomsnittliga arbetsinkomst. Könsgapet i arbetsinkomster var 81 procent under 2021, det vill säga kvinnors arbetsinkomster är i genomsnitt 81 procent av männens (Medlingsinstitutet, 2022). Den ekonomiska skillnaden i arbetsinkomster mellan män och kvinnor är alltså mer än dubbelt så stor som det ojusterade könslönegapet.

Det finns också intressanta skillnader mellan sektorer i ekonomin. Enligt SCB:s Lathund om jämställdhet (2022) var år 2020 könslönegapet som störst i regional sektor<sup>4</sup> (82 procent) och som minst i kommunal sektor (98 procent). Privat sektor har ett könslönegap på 91 procent. Är skillnaderna i könslönegap mellan sektorer förvånande? Nej, egentligen inte av två anledningar. För det första

4 Genomgående kommer de som tidigare benämndes som 'landsting' betecknas som 'region'.

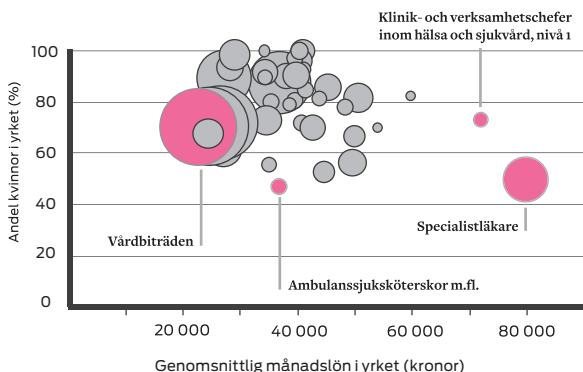
varierar lönespridningen inom sektorer väsentligen. Medan det finns stora skillnader i löner inom privat och regional sektor är skillnaderna små inom kommunal sektor. Detta innebär att det är osannolikt att det uppstår ett könslönegap inom kommunal sektor eftersom alla – oavsett kön – har ungefär lika mycket i lön. Den andra faktorn som spelar roll är hur stor andel kvinno- respektive mansdominerade yrken som det finns i sektorn. Speciellt inom regionerna förklaras de ekonomiska könsgapen av att kvinnor och män arbetar inom olika yrken. Förenklat, kvinnor tenderar att arbeta som sjuksköterskor och undersköterskor medan män tenderar att vara läkare. I någon mån förklaras skillnader i lön mellan dessa grupper av skillnader i utbildningslängd och ansvar, men mönstret att kvinnodominerade yrken är associerade med förhållandevis låga löner är välkänt (mer om detta i Avsnitt 5). Figur 1 visar hur relationen ser ut mellan genomsnittlig månadslön och andel kvinnor i yrket i vård- och omsorgssektorn, där varje 'bubbla' representerar ett yrke och där bubblans storlek speglar hur många förvärvsarbetsbetande som finns i yrket.

Figuren indikerar att det finns ett negativt samband mellan andelen kvinnor och yrkets genomsnittliga månadslön, så att ju mindre andel kvinnor som finns i ett yrke desto högre är den genomsnittliga lönen i yrket. Det faktum att det finns relativt få

yrken som är könsbalanserade är i linje med mönstret av så kallad horisontell segregering på arbetsmarknaden i stort. Horisontell segregering innebär helt enkelt att kvinnor och män tenderar att arbeta inom olika yrken, vilket resulterar i att det finns relativt få könsbalanserade yrken.

Justerar vi för att kvinnor och män tenderar att arbeta i olika yrken krymper könslönegapet på samhällsnivå till hälften, det vill säga att då tjänar kvinnor i genomsnitt 95 procent av männens heltidsekvivalenta löner (Medlingsinstitutet, 2022). Betyder det att könsskillnaderna i löner inte är problema-

**Figur 1.** Relationen mellan genomsnittlig grundlön och andel kvinnor i yrket i vård och omsorg, 2021



**Not:** Egna bearbetningar av SCB:s lönestrukturstatistik. Alla yrken i vård- och omsorgssektorn med mer än 1000 yrkesutövare är representerade. (Undersköterskor som har mer än 100 000 yrkesutövare har tagits bort för att inte skymma övriga andra bubblor givet sin storlek; deras genomsnittliga grundlön är 27 000 kronor. Yrkesgruppen undersköterskor utgörs till 88% av kvinnor.)



tiska? Det faktum att den genomsnittliga skillnaden i lön mellan kvinnor och män i stor utsträckning förklaras av att män och kvinnor arbetar inom olika yrken gör inte att de ekonomiska könsskillnaderna blir mindre. Det som är fördelen med att uppmäta det fiktiva könslönegapet och justera för alla faktorer som kan skilja sig åt mellan kvinnor och män (förutom yrke och arbetstid även ålder, utbildning, sektor, och så vidare) är att vi kan se hur mycket av det fiktiva könslönegapet som inte kan förklaras av mätbara faktorer. Det som är kvar av könslönegapet efter justeringar av mätbara skillnader mellan kvinnor och män tolkas ibland som ett mått på den diskriminering kvinnor upplever i arbetslivet. De senaste två decenniernas stadigt krympande justerade könslönegap har därför tagits som intäkt för att kvinnor i allt mindre utsträckning diskrimineras på arbetsmarknaden. Huruvida detta är fallet eller ej går dock inte att avgöra så enkelt. Trots att kvinnor och män fritt väljer utbildning, arbetad tid, et cetera finns det också potentiellt könsspecifika omständigheter som individen inte kan påverka. Kanske de mest omdiskuterade av dessa faktorer är vilken lön som associeras till olika yrken och normen att kvinnor bör vara huvudansvariga för barn och därmed ta ut en större del av föräldraförsäkringen.<sup>5</sup>

En annan förklaring till könsskillnader i löner är

---

<sup>5</sup> Se Duvander (2022).

**Tabell 2.** Heltidsekvivalenta månadslöner för fyra chefsgrupper inom vård och omsorg, 2021.

	Antal		Procent kvinnor	Genomsnittlig månadslön (kr)		Könslönegap
	kvinnor	män		kvinnor	män	
Klinik- och verksamhetschefer inom hälsa och sjukvård, nivå 1	2 200	800	<b>73%</b>	68 500	85 500	<b>80%</b>
Avdelnings- och enhetschefer inom hälsa och sjukvård, nivå 2	8 900	2 100	<b>80%</b>	49 600	58 000	<b>86%</b>
Avdelningschefer inom äldreomsorg, nivå 1	790	160	<b>83%</b>	59 900	59 600	<b>101%</b>
Enhetschefer inom äldreomsorg, nivå 2	7 300	1 200	<b>86%</b>	45 700	45 500	<b>101%</b>

**Not:** SCB:s lönestrukturst Statistik. De exakta SSYK-koderna för dessa yrken är 1511, 1512, 1531 och 1532.

att män snarare än kvinnor tenderar att bli chefer. Givet kvinnodominansen i vård- och omsorgsyrkena är det inte förvånande att majoriteten av alla chefer är kvinnor. Relaterar vi däremot andelen kvinnor på chefspositioner till andelen kvinnor som arbetar i sektorn, är relationen ungefär densamma mellan sektorerna.<sup>6</sup> Däremot återfinns även inom vård och omsorg tendensen att männen är överrepresenterade bland de allra högsta cheferna och att dessa män tjänar betydligt mycket mer än de kvinnor som har samma befattning.<sup>7</sup> Tabell 2 redovisar att antalet chefer uppdelade på kön samt deras genomsnittliga månadslön för några chefspositioner som är unika för vård och omsorg. Det handlar dels om klinik- och verksamhetschefer samt chefer inom äldreomsorgen. Båda dessa chefsyrken är uppdelade på två nivåer där cheferna på nivå 1 är funktionschefer eller har andra chefer under sig, medan cheferna på nivå 2 är mer verksamhetsnära chefer som är underställda mellanchefer alternativt högsta chef i ett företag utan andra chefer (SCB, 2012). Tabell 2 visar att kvinnor är något mindre representerade på positioner på nivå 1 i respektive yrke men att könslönegapet verkar vara förknippat med yrke snarare än nivå i dessa två fall.

6 Kvinnor är något mindre sannolika än sina manliga kollegor att bli chefer inom alla sektorer, men skillnaden är på några få procentenheter och har minskat över tid (Medlingsinstitutet, 2022).

7 Regnö (2013) undersöker det normerade chefskapet i vårdsektorn och hur dessa könsnormer skapas och återskapas.

# Arbetsvillkoren i vården

Innan vi går vidare till att analysera de möjliga teoretiska orsakerna till det relativt låga löneläget för (kvinnodominerade) yrken i vården, låt oss se om arbetsvillkoren i dessa yrken gör dem speciellt attraktiva. Enligt teorin om kompenserande löneskillnader ska arbetstagaren kompenseras med en högre lön om det råder svåra arbetsförhållanden i ett yrke (se Björklund m.fl., 2013). Ett klassiskt exempel är renhållningsarbetare vars löner är högre än lönerna i yrken med motsvarande kvalifikationskrav just för att arbetsmiljön är krävande. Vad gäller vården, är det stor variation i de olika yrkenas arbetsmiljö och arbetsförhållanden. Gemensamt för vårdyrkena, speciellt de som kräver eftergymnasial utbildning, är att de är förknippade med stort ansvarstagande där enskilda beslut kan ha betydande konsekvenser för enskilda patienter.

Som en följd av den demografiska förändring som har skett de senaste decennierna finns det allt fler

äldre i Sverige och vårdbehovet har ökat. Eftersom resurserna till vården inte har ökat i samma utsträckning som behoven har detta inneburit en omprioritering så att endast patienter i störst behov av vård får behandling (SKL, 2014). Det är personalen som måste verkställa tuffa prioriteringar och välja vilka patienter som ska få vård. Ur ett arbetsmiljöperspektiv skapar detta fysisk och psykisk stress och tenderar att leda till större personalomsättning (se vidare SOU 2016:2). Som vi sett i det tidigare avsnittet reflekterar varken lönenivån eller löneutvecklingen för vårdpersonal de senaste decennierna det ökade ansvar som följer med den demografiska utvecklingen och de relativt sett minskande resurserna till vården.

Vidare är det så att vissa delar av vården praktiserar så kallade 'delade turer'. Delade turer kan enkelt definieras som att arbetsdagen är uppdelad i flera arbetspass med minst två timmars obetalt arbete däremellan. I Sverige är delade turer vanliga inom äldreomsorgen och hemtjänsten i kommunerna, där mer än en tredjedel av de anställda arbetar delade turer varje vecka. Denna konstruktion är unik för Sverige (Szebehely m.fl., 2017). I våra nordiska grannländer är det mindre än 5 procent som arbetar delade turer per månad inom äldreomsorgen, vilket indikerar att det är möjligt att organisera vården

annorlunda (Szebehely m.fl., 2017).

Sammantaget är det svårt att tro att det skulle vara en exceptionellt bra arbetsmiljö och/eller arbetsvillkor som motiverar de relativt låga lönerna inom de kvinnodominerade yrkena i vård och omsorg.

# Möjliga anledningar till de låga (kvinno) lönerna i vården

Ett flertal olika faktorer samverkar i att bestämma vilken lön som ett yrke betingar. Utbudet och efterfrågan av arbetskraft i yrket, arbetstagarnas produktivitet samt graden av konkurrens på arbetsmarknaden är essentiella komponenter. Enkelt uttryckt, om arbetsmarknaden för vårddycken fungerar enligt en 'perfekt' marknadsmodell då skulle lönen variera med efterfrågan på yrket. När efterfrågan är stor skulle lönen öka och när efterfrågan på en viss yrkesgrupp avtar skulle lönen minska (allt annat lika). I praktiken bestäms ramarna för lönesättningen och de allmänna villkoren för en yrkesgrupp i Sverige genom återkommande partsförhandlingar (som mynnar ut i kollektivavtal) samt genom lagstiftning enligt den svenska lönebildningsmodellen.<sup>8</sup>

En av förutsättningarna för en väl fungerande arbetsmarknad är att det finns många arbetsgivare

---

<sup>8</sup> Se exempelvis Medlingsinstitutet (2023) samt Medlingsinstitutet (2003).

som konkurrerar om att anställa de yrkesverk-  
samma. Ju färre potentiella arbetsgivare, desto  
större lönesättande makt får de befintliga arbetsgi-  
varna. Något förenklat kan man säga att det i princip  
endast fanns en arbetsgivare inom vård och omsorg  
fram till slutet av 1980-talet, nämligen regionerna.  
En arbetsmarknad där det finns endast en arbetsgi-  
vare kallas monopsoni.<sup>9</sup> Naturligtvis kan man disku-  
tera huruvida regionerna ska anses vara en eller flera  
självständiga arbetsgivare, men för en arbetstagare  
på en lokal arbetsmarknad är den 'egna' regionen  
den enda arbetsgivaren och lönekonkurrensen mel-  
lan regioner begränsad.<sup>10</sup> Monopsonimarknader  
präglas generellt av lägre löner och färre anställda  
än när det råder perfekt konkurrens på motsvarande  
marknader. Anledningen är att arbetsgivaren helt  
enkelt tjänar på en mindre produktion med färre  
anställda jämfört med en större produktion med fler  
anställda.

Även om vård och omsorg tidigare utmärktes av  
monopsoni, innebär det inte att alla yrkesgrupper i  
vården inte hade alternativa arbetsgivare. Det finns  
en rad yrken inom vård och omsorg som också finns  
i andra näringsgrenar såsom administratörer och  
hantverkare. Om ett yrke i princip har flera olika

---

9 Marknadsformen definierades och analyserades först av Joan Robinson i hennes bok "The Economics of Imperfect Competition" från 1933.

10 Konsekvenserna av att ha ett oligopsoni, det vill säga ett fåtal arbetsgivare, är likartade. Ju fler arbetsgivare som finns på en arbetsmarknad, desto närmare perfekt konkurrenssituationen kommer vi.



arbetsmarknader, tenderar antalet möjliga arbetsgivare att vara stort och det finns möjlighet att höja sin lön genom att byta arbetsgivare. Möjligheterna att förhandla om lönen genom att byta arbetsgivare är däremot begränsade för sjuksköterskor, läkare och andra utpräglade vårddyrken.

Det finns mycket forskning på den potentiellt negativa effekten av monopsoni på löner. Resultaten varierar dock, men går ifrån att monopsoni har en klart negativ effekt på löner till ingen effekt alls (Link och Landons 1975; Manning 2011; Calmfors och Richardson 2004; Staiger, Spetz och Phibbs 2010). I princip skulle regionerna kunna konkurrera med varandra, men tendensen har varit att istället lönediskriminera mellan olika specialiteter inom ett vårddyrke och på så sätt hålla nere lönerna (Calmfors och Richardson, 2004). Arbetsdomstolen (AD) har även prövat om löneskillnaderna mellan likvärdiga arbeten hos samma arbetsgivare (kvinnlig intensivvårdssjuksköterska och en manlig medicinteknisk ingenjör) är sakliga. AD fann att löneskillnaden var saklig i detta fall. Argumentet var att det mer välbetalda mansdominerade yrket hade en alternativ arbetsmarknad inom privat sektor som dessutom betingade en högre lön.

Det finns i princip tre olika teoretiska resonemang som kan förklara att kvinnodominerade yrken tenderar att vara associerade med lägre löner än

mansdominerade yrken. En av de tidiga teorierna är *humankapitalteorin* som menar att kvinnor investerar i utbildning som inte kräver så mycket fortbildning eller helt enkelt inte utbildar sig lika mycket som män (Mincer och Polachek 1974; Becker 1991). Anledningen skulle vara att kvinnor vill kunna ta längre avbrott i sitt förvärvsarbete för att kunna vara hemma när barnen är små. På 1960-talet, när kvinnor nästan uteslutande studerade till lärare och sjuksköterskor, var denna teori i linje med empirin, men i och med att universiteten har fler unga kvinnor än unga män som studerar på universiteten har denna teori allt mindre stöd. En annan tidig teori, *ansamlingsteorin* av Bergmann (1974), är att kvinnor skulle 'ansamlas' i ett fåtal yrken eftersom det är endast dessa yrken som kvinnor är välkomna till. När könsstereotyperna i utbildningsval fortfarande var allmänt förekommande och det var ovanligt med, exempelvis kvinnliga läkare och jurister, var detta en rimlig teori. Numera är det förvisso så att det fortfarande finns en tydlig horisontell segregering på arbetsmarknaden, men mönstret är att både män och kvinnor 'ansamlas' i sina respektive yrken.<sup>11</sup> Slutligen framförs ibland att det finns *värdeiskriminering*, det vill säga att kvinnodominerade yrken är låglöneyrken därför att kvinnors arbete inte till-

---

11 Standard för svensk yrkesklassificering förstärker fortfarande bilden att det i huvudsak är kvinnor som 'ansamlas' då det finns färre koder för traditionellt kvinnodominerade yrken än vad det gör för traditionellt mansdominerade yrken.

skrivs lika stort ekonomiskt värde som mäns arbete (se exempelvis England m.fl. 2002 samt Boschini, 2017, för en översikt). Magnusson och Grönlund (2013) menar att vi behöver gå djupare för att förstå exakt vilken av dessa teoretiska resonemang som förklarar de låga kvinnolönerna.

Det är komplicerat att jämföra yrken för att härleda vilken lön de borde betinga utifrån utbildningskrav, ansvar, ansträngning och arbetsförhållande i yrket, det vill säga yrkenas likvärdighet. Principiellt är detta mycket viktigt och diskrimineringslagen ålägger arbetsgivare att kartlägga och åtgärda förekommande löneskillnader för likvärdigt arbete mellan könen. Vidare har Lönelotsarna tagit fram ett verktyg för arbetsvärdering och detta har använts för att ta fram en rad rapporter, där det framgår att exempelvis både undersköterskor och sjuksköterskor är underbetalda i förhållande till likvärdiga mansdominerade yrken med flera tusen kronor varje månad (Lönelotsarna, 2023).

I en uppmärksamrad rapport (Lönelotsarna, 2023) jämförs de genomsnittliga månadslönerna i likvärdiga bristyrken som skiljer sig åt i huruvida de är kvinno- eller mansdominerade. (Att fokusera på bristyrken har fördelen att det, per definition, finns ett efterfrågeöverskott vilket borde leda till ett tryck uppåt på lönerna.) Det visar sig att den genomsnittliga månadslönen för barnmorskor är 7 300 kronor

lägre än lönen för ett likvärdigt mansdominerat yrke, civilingenjörer inom elektronik.<sup>12</sup> Dessutom är lönespridningen bland civilingenjörstryken betydligt större än bland barnmorskor på grund av en tydligare koppling mellan lön och erfarenhet i yrket.

---

12. En något mindre löneskillnad (på 4 300 kronor) framkommer vid jämförelse av två andra likvärdiga bristryken, undersköterskor inom hemtjänst och äldreboende och elektrikerstryken.

# Historisk överblick av ägarförhållandena

Över tid har det varierat vilken aktör som haft ansvaret för olika typer av vård. Vården har varit i antingen privat eller offentlig regi (inom statens, regionernas eller kommunernas respektive ansvarsområde). Löner och arbetsvillkor har skiftat med huvudman och typ av vård. Den rådande strukturen i vård- och omsorgssektorn har växt fram som en följd av en rad olika politiska beslut under de senaste decennierna.

Regionerna har sedan länge haft ansvar för merparten av den slutna sjukhusvården. Under 1960-talet övertog regionerna även ansvaret för provinsialläkarna från staten och därmed fick de huvudmannaskapet för en majoritet av vården. I och med 1977 års kommunallag förblev staten endast huvudman för tandvård, ett fåtal undervisnings-sjukhus samt några ytterligare områden såsom rättsmedicinska och rättspsykiatriska institutioner. Kommunerna var vid den tidpunkten ansvariga för viss vård på äldreboende samt delar av skolhälsan och socialläkarvården. Med tiden blev det alltmer

otydligt vad som var kommunernas respektive regionernas ansvar i termer av hälso- och sjukvård för de äldre. 1992 års så kallade Ädelreform syftade till att förtydliga ansvarsfördelningen mellan kommuner och regioner och flyttade ansvaret för sjuk- och hälsovård för äldre samt för personer med funktionsnedsättningar från regionerna till kommunerna. Ädelreformen medförde att mer än 50 000 regionanställda övergick till att bli kommunalt anställda samt att en rad sjukhem och vårdplatser gick från regional till kommunal regi. En annan viktig reform som ägde rum 1994 bestod i införandet av husläkarsystemet (om än endast under några års tid). Husläkarsystemet innebar att regionerna blev skyldiga att erbjuda privata alternativ inom primärvården (husläkarmottagningar) med samma ersättningsprinciper, listning och så vidare som de offentliga alternativen.<sup>13</sup> Även om detta var en kortlivad reform, fanns det regioner som fortsatte att frivilligt erbjuda privata husläkarmottagningar samma villkor.

Redan under 1980-talet fanns ett gryende missnöje med vårdköer, byråkrati och bristande valfrihet inom den offentliga vården. Expansionen av vårdcentraler och sjukhus stagnerade och det blev successivt allt tydligare att produktiviteten inom offentlig sektor hade sjunkit (Blomh m.fl. 1986).

---

<sup>13</sup> Samtidigt infördes även fri etableringsrätt för läkare och sjukgymnaster med rätt till ersättning enligt en nationell taxa men den upphörde i och med sista december 1995 efter ett regeringsskifte.

Den djupa lågkonjunkturen under början av 1990-talet innebar ytterligare krav på effektivisering av offentlig verksamhet. Givet den internationella privatiseringstrenden som följde efter Östblockets sammanfall, kom förslag på att konkurrensutsätta den svenska vården. Redan 1983 hade ett privat akut-sjukhus, Cityakuten, öppnat i Stockholm och 1989 började Danderyd kommun lägga ut hemtjänsten på entreprenad. Kommunallagen 1991:900 bekräftade kommuners rättighet att anlita privata företag för att utföra kommunala uppdrag. Privatiseringen i form av att kommuner la ut produktionen och tillhandahållandet av kommunala tjänster på privata företag tog därmed fart.

När flera större sjukhus privatiserades, alternativt bolagiserades, runt år 2000, införde den socialdemokratiska regeringen två stopplagar i syfte att förhindra etableringen av ytterligare privata sjukhus (Prop. 2000/01:36, Prop. 2004/05:45). Dessa avskaffades i Prop. 2006/2007:52 av den då borgerliga majoriteten i riksdagen och återigen var det tillåtet att bedriva sjukhusvård med vinstsyfte.

Lagen om offentlig upphandling (LOU – SFS 2007:1091) infördes 2008 och innebar att alla inköp inom offentlig sektor ska upphandlas och att ingen åtskillnad ska göras mellan privata och offentliga leverantörer. Året efter, 2009, i och med lagen om valfrihetssystem 2008:962 (LOV), fick alla företag

och organisationer som levde upp till de à priori fastställda kraven rätt att leverera välfärdstjänster till förutbestämda priser. Medan lagen om valfrihet var tvingande för regioner, var implementeringen frivillig för kommuner. Idag är det fortfarande drygt 100 kommuner som inte har tillämpat lagen om valfrihet inom någon av sina domäner (SKR, 2022). En kommun är generellt mer sannolik att tillämpa lagen om valfrihetssystem ju större den är samt om den har ett borgerligt styre (Jordahl och Öhrvall, 2013). År 2017 stod privata företag för i genomsnitt 20–25 procent av hemtjänsten respektive äldrevården (Blix och Jordahl, 2021). I storstadsregionerna utgör de privata inslagen dock mer än hälften av all hemtjänst och äldrevård. Personlig assistans till personer med funktionsnedsättningar är den tjänst som över tid i störst utsträckning har övergått till att tillhandahållas av privata företag. 2017 utfördes 75 procent av personlig assistans av privata utförare, vilket är en fördubbling från 1999. Delar av denna ökning kan förklaras av tendensen att privata vårdgivare debiterar fler assistanstimmar (Blix och Jordahl, 2021, s. 89).

Från och med 2009 kunde alltså regioner och kommuner antingen bedriva vården och omsorgen i egen regi, genom upphandling sluta avtal med externa leverantörer med stöd i LOU eller genom lagen om valfrihet (LOV) öppna upp för alla intres-



serade aktörer. Det är viktigt att notera att det som har förändrats är möjligheten för privata företag att konkurrera med offentligt producerad vård och för privatpersoner att välja vårdgivare i primärvård. Däremot kvarstår oförändrat möjligheten för privatpersoner att, när tillgänglig, köpa vård från privata vårdgivare. Detta har inte förändrats, men helt privat finansierad vård är mycket dyr och därför är delmarknaden för helt egenfinansierad vård begränsad.

# Teoretiska effekter av privatisering

Vid en första anblick ter det sig som att ett ökat inslag av privata aktörer på vård- och omsorgsmarknaden skulle vara entydigt positivt för både kunder och arbetstagare. Kunders (eller brukares som de vanligen omnämns) valmöjligheter borde öka, kvaliteten på vården borde stiga och produktiva arbetstagare borde få större möjlighet att förhandla upp lönen. Vård- och omsorgsmarknaden är dock, även efter LOU- och LOV-reformerna, fortfarande inte en 'vanlig' marknad, eftersom dessa reformer förvisso stärkte de privata inslagen men på en vårdmarknad där efterfrågan varken bestämmer priset eller den utbudna mängden vård och omsorg. Denna typ av marknader, så kallade kvasimarknader, fungerar olika väl enligt Le Grand och Bartlett (1993) beroende på graden av effektivitet, kvalitet, fördelning, anpassningsförmåga och jämlikhet på den specifika marknaden. Marknadsformens komplexitet gör att graden av privatisering i sig kan och bör mätas i flera olika dimensioner såsom kostnadsandelen för

privatproducerade varor och tjänster i den totala vårbudgeten, andelen anställda hos privata arbetsgivare i vården samt andel brukare hos privata utförare (Jordahl och Öhrvall, 2013). I fallet med den svenska vård- och omsorgsmarknaden styrs nivån på utbudet helt av tilldelningen av offentliga medel till vården på statlig, regional respektive kommunal nivå. En utmärkande egenskap för vård är att dess kvalitet är svårsmätbar. Upphandlingar till följd av LOU är därför utmanande då avvägningen mellan pris och kvalitet kompliceras av svårigheten att kvantifiera vårdens kvalitet.

Hur väl den svenska vård- och omsorgsmarknaden, just givet dess egenskaper som kvasimarknad, fungerar sedan 2009 har utretts och varit i centrum för många av diskussionerna kring vården.<sup>14</sup> De teoretiska effekterna för arbetstagarna i vården av ökade privata inslag är dock inte lika väl utredda. Motstridiga mekanismer gör det svårt att förutse hur en ökning av antalet privata vårdgivare påverkar lönen för de förvärvsarbetande i vård och omsorg. Det som, å ena sidan, talar för högre löner med fler privata aktörer är främst att ett större utbud av arbetsgivare förväntas öka lönekonkurrensen på arbetsmarknaden. Till följd av tilltagande individuell lönesättning bör vi förvänta oss att se en

---

<sup>14</sup> Se gärna utmärkta genomgångar i Hartman m.fl. (2011), Jordahl och Öhrvall (2013) samt Jordahl och Blix (2021).

ökad lönespridning (främst inom bristyrken) i vården. De mest produktiva arbetstagarna förväntas kunna förhandla upp sina löner alternativt byta arbetsgivare för att öka sina löner. För de mindre produktiva bör löneutvecklingen stagnera, om än inte minska. Ytterligare en möjlighet är naturligtvis att en anställd inom vården startar ett eget företag istället och på så sätt kan utforma arbetsvillkor mer till sin förmån. Mekanismen som, å andra sidan, talar för att lönerna sjunker med fler privata aktörer är att vinstintresset hos de privata aktörerna sätter press nedåt på lönerna. För att privata vårdföretag, eller leverantörer av varor och tjänster till vården, ska vara attraktiva som vårdleverantörer behöver de kunna tillhandahålla varan till samma eller lägre pris än andra aktörer på kvasimarknaden.<sup>15</sup> Det finns flera möjligheter för de privata aktörerna att stärka sina konkurrensfördelar: bli mer effektiva än de andra aktörerna; anställa mer högproduktiv personal (genom att erbjuda bättre anställningsvillkor); eller att pressa lönerna för de anställda. Vinstintresset och de påföljande effektiviseringskraven på en marknad där produktivitet (och kvalitet) är svår att mäta kan också få negativa konsekvenser för de anställdas arbetsmiljö.

---

15 Här bortses genomgång från den helt privat finansierade vården. Den utgör en mycket liten andel av den total vård- och omsorgssektorn i Sverige och drivs av andra mekanismer än de som är i fokus i denna rapport.

# Utvecklingen av löner för anställda i vården – vad har hänt?

Att studera effekten på lönerna av att det finns fler privata aktörer på vård- och omsorgsmarknaden är komplicerat av flera anledningar. Först, många av de mindre specialiserade yrkesgrupperna i vården kan välja att arbeta inom den regionala eller inom den kommunala sektorn. Detta gör att det finns ett potentiellt flöde av arbetstagare mellan sektorer oavsett andelen privata inslag. Sedan finns det, i och med LOU och LOV, större möjligheter för privata företag att verka inom vården, vilket gör att även flödet mellan offentlig och privat regi både som arbetstagare och potentiell arbetsgivare (för de tidigare anställda som startar eget företag) behöver beaktas. Därutöver finns det en tydlig geografisk komponent i det att LOV (som är frivillig på kommunnivå) har införts i stor skala i storstadskommunerna men inte alls i hundratalet mindre kommuner. Slutligen, finns det tidstrender som är oberoende av LOU

och LOV, såsom den demografiska respektive den teknologiska utvecklingen som på olika vis påverkar efterfrågan och utbudet av olika yrkesgrupper i vården och omsorgen. Dessa faktorer sammantaget ställer stora krav på data och på analysen för att kunna utröna löneeffekterna av att det finns fler privata aktörer på vårdmarknaden.

Det finns ett fåtal studier som på olika sätt syftar till att fånga förändringen i lön för arbetstagarare i vården när det finns fler privata aktörer eller när en verksamhet övergår från offentlig till privat drift. Tyvärr finns det inga studier på data över de senaste tio åren, vilket gör det svårt att dra slutsatser om löneeffekterna av LOV och LOU. I en studie, Oreland (2010), analyseras hur lönen varierar för anställda på ett företag eller en arbetsplats som går från att vara i offentlig till privat drift mellan 1997 och 2007. Resultaten från studien indikerar att en övergång till privat drift är förknippad med en cirka sju procentenheter högre årsarbetsinkomst inom vården när hänsyn tas till arbetstagararens ålder, utbildning, kön och diverse andra socioekonomiska egenskaper. Då Oreland (2010) är en deskriptiv studie ger den tyvärr ingen vägledning om orsakssambandet mellan förändring av driftsform och arbetsinkomster. Hanspers och Hensvik (2011) analyserar istället relationen mellan andelen timmar privat producerad hemtjänst och månadslönen på kommunal nivå

(justerat för både individuella och kommunspecifika egenskaper). Till en början konstateras att fler privat producerade timmar i hemtjänsten i en kommun leder till fler sysselsatta och fler arbetade timmar. När det blir fler hemtjänsttimmar i privat regi stiger lönenivån något inom offentlig drift men förändras inte i privata hemtjänstföretag. Slutligen, har Olsson och Tåg (2021) ett upplägg som liknar Oreland (2010) där de studerar hur privatisering av offentliga bolag bland annat påverkar de anställdas löner. Det generella resultatet i Olsson och Tåg (2021) är att löneinkomsterna tenderar att minska på medelkort sikt i och med privatisering. Övergången till privat drift stimulerar också arbetstagare att bli entreprenörer och starta eget. Tyvärr sträcker sig data för studien endast till 2011 och blott en bråkdel av de anställda arbetar inom vården, vilket gör det svårt att applicera uppsatsens slutsatser på vård- och omsorgsmarknaden. Löneeffekterna av privatiseringar på kvasimarknader kvarstår tyvärr som ett underbeforskat område i Sverige och internationellt.<sup>16</sup> I Sverige kompliceras eventuella analyser på yrkesnivå av att den svenska yrkesklassificeringen gjordes om 2012.

I syfte att belysa de övergripande trenderna i

---

16 En gedigen inventering av litteraturen i Olsson och Tåg (2021) ger vid handen att det även internationellt saknas forskningsstudier på större datamängder av löneeffekterna av ökade privata inslag inom vården. De befintliga studierna fokuserar på andra branscher, som inte präglas av att vara kvasimarknader, och dessutom i andra typer av ekonomiska regimer.

termer av lönenivåer samt antal i yrket inom vården efter införandet av LOV och LOU, presenteras denna statistik i Tabell 3 för vissa vårdirken. Mer specifikt, för att studera om det finns någon uppenbar löneeffekt rapporteras den genomsnittliga grundlönen (den fasta månadslönen utan rörliga tillägg) för en rad olika vårdirken med olika utbildningslängd i offentlig respektive privat sektor för 2014 och 2021. I tabellen rapporteras även antalet personer i respektive yrke och sektor för att kunna studera om allokeringen mellan sektorer har förändrats över tid. (Notera att inte alla yrken finns representerade inom alla delar av offentlig sektor. Undersköterskor i hemtjänsten finns bara i kommunal sektor medan barnmorskor och röntgensjuksköterskor i huvudsak är anställda i regionerna.) Om monopsonitendensen på arbetsmarknaden för vårdpersonal höll tillbaka både löner och antalet anställda, är förväntningen att reformerna ska leda till högre löner både inom privat och offentlig sektor för vårdpersonal.

Tabell 3 indikerar att löneläget tenderar att vara högre inom privat sektor för flertalet yrken. Speciellt grundutbildade sjuksköterskor har en betydligt högre genomsnittslön i privat sektor än i offentlig sektor både 2014 och 2021. För läkare däremot har lönen i privat sektor inte utvecklats lika gynnsamt som i offentlig sektor, vilket leder till att



genomsnittslönen i offentlig sektor 2021 för läkare överstiger den i privat sektor. Förutom för undersköterskor i hemtjänsten är lönenivån något högre i privat sektor än i offentlig både 2014 och 2021. Detta skulle vara förenligt med att privat sektor har större möjlighet att konkurrera om de mest produktiva arbetstagarna genom att erbjuda en högre lön än den i offentlig sektor. Jämför vi hur dessa löneökningar över 2014–2021 med statistik över de genomsnittliga löneökningarna i ekonomin ser vi att grundutbildade sjuksköterskor, barnmorskor samt intensivvårdssjuksköterskor ligger över den genomsnittliga löneökningstakten.<sup>17</sup> För att studera om konkurrensen om de produktiva arbetstagarna har medfört en bättre löneutveckling inom vårdrуken behöver jämförelser göras med löneutvecklingen inom yrken där konkurrensförhållandena har varit stabila. Det finns tyvärr ingen anledning att förvänta sig att utvecklingen skulle ha varit mer gynnsam inom vård och omsorg, menar Lönelotsarna (2023). Detta behöver analyseras vidare.

Vad gäller antalet anställda i vården, skulle ett minskat inslag av monopsoni, allt annat lika, ha inneburit att det förväntade totala antalet anställda borde öka. Men mycket annat har hänt i vården och det går inte med denna enkla statistik att urskilja

---

<sup>17</sup> Enligt Lönestrukturstatistiken är var den genomsnittliga ökningstakten i grundlöner mellan 15–17 procentenheter beroende på sektor under perioden 2014 till 2021.

**Tabell 3.** Heltidsekvivalenta grundlöner inom offentlig respektive privat sektor för yrkesgrupper inom vård och omsorg, 2014 och 2021.

	Offentlig sektor		Privat sektor	
	2014	2021	2014	2021
Specialistläkare	<b>68 200</b>	<b>80 700</b>	<b>75 500</b>	<b>75 900</b>
	17 300	18 400	6 000	5 900
Grundutbildade sjuksköterskor	<b>28 100</b>	<b>34 200</b>	<b>33 000</b>	<b>44 300</b>
	32 100	36 100	11 500	13 100
Barnmorskor	<b>32 600</b>	<b>40 300</b>	<b>34 700</b>	<b>42 400</b>
	4 600	4 700	-	940
Intensivvårdssjuksköterska	<b>32 600</b>	<b>41 000</b>	<b>34 600</b>	<b>43 700</b>
	3 300	3 000	300	350
Röntgensjuksköterska	<b>29 600</b>	<b>34 700</b>	<b>31 200</b>	<b>38 000</b>
	2 500	2 500	430	330
Undersköterskor i hemtjänst, hemsjukvård och äldreboende	<b>23 000</b>	<b>27 300</b>	<b>21 900</b>	<b>25 700</b>
	108 700	105 500	22 800	21 500
Undersköterskor på vård- och specialavdelning	<b>23 100</b>	<b>26 900</b>	<b>23 600</b>	<b>27 800</b>
	27 700	32 400	4 500	5 600
	<b>Grundlön // Antal</b>			

Källa: SCB:s lönestrukturstatistik. Not: Med 'grundlön' avses månadslönen utan de rörliga tilläggen; för specialistläkare i privat sektor är den tidigaste uppgiften från 2015; för barnmorskor i privat sektor är den senaste uppgiften om antal i yrket från 2020; för röntgensjuksköterskor i privat sektor är den senaste uppgiften om antal i yrket från 2020.

förändringen i antalet anställda inom vården på grund av reformerna från effekten av andra vård-satsningar. Tabell 3 visar en tydlig ökning i antalet grundutbildade sjuksköterskor samt undersköterskor på vård- och specialavdelningar både i privat

och offentlig sektor. I övrigt har, om något, antalet anställda i privat sektor inom de andra vårdyrkena i Tabell 3 minskat något över tid. För dessa yrken verkar det som att expansionen av privat sektor – sett till yrkena som finns representerade i Tabell 3 – kan sägas ha avstannat efter 2014 och det verkar som att ett jämviktsläge har uppnåtts i termer av den privata sektorns andel av arbetstagarna inom respektive yrke.

Eftersom implementeringen av valfrihetssystem varierar mellan kommuner och det finns kommuner som inte har några valfrihetssystem alls, är det möjligt att de genomsnittliga lönerna på nationell nivå som rapporteras i Tabell 3 döljer stora regionala skillnader. Storstadsregionerna har exempelvis en större andel privata inslag inom vård och omsorg jämfört med många mindre kommuner. Om det allmänt höga löneläget i storstadsregionerna sammanfaller med att det i storstadsregionerna finns en stor andel av yrkesutövarna i privat sektor, kan detta i sig förklara de högre genomsnittslönerna i privat sektor för vårdyrken. För att utröna om detta är fallet presenterar Tabell 4 lönestatistik för yrkena i Stockholm separat.

Som framgår av Tabell 4 finns det en stor koncentration av yrkesutövarna i Stockholmsområdet, med mer än hälften av alla i privat sektor inom vissa vårdyrken som förvärvsarbetar i Stockholm. Det

**Tabell 4.** Heltidsekvivalenta grundlöner inom offentlig respektive privat sektor för yrkesgrupper inom vård och omsorg för region Stockholm, 2014 och 2021.

	STOCKHOLM			
	Offentlig sektor		Privat sektor	
	2014	2021	2014	2021
Specialistläkare	<b>67 700</b>	<b>80 200</b>	<b>67 600</b>	<b>79 200</b>
	2600	2500	3600	3500
Grundutbildade sjuksköterskor	<b>29 600</b>	<b>36 700</b>	<b>33 000</b>	<b>42 100</b>
	4 300	4 300	7 500	8 000
Barnmorskor	<b>34 300</b>	<b>40 600</b>	<b>35 300</b>	<b>41 900</b>
	610	600	880	630
Undersköterskor hemtjänst	<b>23 400</b>	<b>27 300</b>	<b>22 000</b>	<b>26 000</b>
	6 900	9 300	11 700	9 800
Undersköterskor vårdavd	<b>23 700</b>	<b>27 100</b>	<b>23 500</b>	<b>28 000</b>
	3 200	3 700	3 800	4 800

Grundlön // Antal

**Källa:** SCB:s lönestrukturstatistik. Not: Med 'grundlön' avses månadslönen utan de rörliga tilläggen; för barnmorskor i privat sektor i riket och i offentlig sektor i Stockholm är den senaste uppgiften om antal i yrket från 2020, i region Stockholm i privat sektor är uppgifterna för antalet i yrket från 2015 respektive 2019; för undersköterskor i offentlig sektor i Stockholm är den senaste uppgiften om lön och antal i yrket från 2019.

framgår även att löneläget onekligen är högt i Stockholmsområdet, då i princip samtliga löner (förutom läkarnas 2021) är högre i Stockholmsområdet än i riket i stort. Däremot kvarstår samma tendens, som vi såg i Tabell 3, av viss stabilitet över tid och ser vi till de genomsnittliga löneökningarna är dessa överlag inte högre i Stockholmsregionen.

Sammanlagt framstår det som att lönerna gene-

rellt tenderar att vara lite högre i privat än i offentlig sektor, men med stora regionala variationer i lönenivåer och i storleken av det privata inslaget. Mellan 2014 och 2021 noteras överlag mindre förändringar i skillnaderna mellan privat och offentlig sektor både vad gäller antalet arbetstagare i de olika vårddyrkena och deras löner, vilket kan tyda på att den eventuella effekten av LOU och LOV redan hade skett 2014 alternativt inte var så betydande från början.

# Utveckling av privata vård- och omsorgsleverantörer

Inom vård och omsorg uppgick 2020 andelen privata utförare till cirka 20 procent med en stor regional variation (SCB, 2022).<sup>18</sup> Under 2019 stod de 10 största företagen för drygt en tredjedel av de privata leverantörernas totala omsättning (Vårdföretagarna, 2022). Av alla företag inom den privata vård och omsorgen hade endast 92 stycken mer än 250 anställda under 2021 medan 89 procent av företagen hade färre än 10 anställda. Kvinnor är mer sannolika att vara egna företagare inom vård- och omsorg relativt alla andra branscher (SCB, 2022, s. 75 i Lat-hund).<sup>19</sup>

Enligt Olsson och Tåg (2021) finns det generellt sett två anledningar till att privatiseringar stimule-

---

18 För en utmärkt översikt av hur kvaliteten i vården och nöjdheten bland brukar varierar med privat och offentlig drift, se Jordahl och Blix (2021), kap. 5.

19 Brodin och Peterson (2017; 2018) belyser hur det är att starta företag inom hemtjänsten i Stockholm. Författarna diskuterar utmaningar och problem med styrsystemet och inte minst hur svårt det är att agera som företagare på en marknad där man själv varit anställd och är bekant med utmaningarna. Ett mer normkritiskt tänkande från kommunernas sida efterlyses av Brodin och Peterson (2017; 2018) i syfte att underlätta för underrepresenterade grupper att agera som företagare inom hemtjänsten.

rar entreprenörskap. Å ena sidan kan arbetstagare som blivit övertaliga efter privatiseringen betrakta startandet av ett eget företag som en lösning på sin sysselsättningssituation. Å andra sidan kan kunniga arbetstagare i branschen betrakta detta som en möjlighet att starta och utveckla ett nytt företag utifrån sin unika kompetens och erfarenhet. Bara den senare kategorin förväntas långsiktigt påverka vårdmarknaden eftersom de är sannolika att överleva på några års sikt.

Tabell 5 visar hur utvecklingen har sett vad gäller antalet egna företagare inom vård och omsorg från 2009 fram till 2018 uppdelade på kön och bolagsform. Vad gäller egna företagare som inte har ett aktiebolag har dessa blivit något färre under tiden. Speciellt har antalet män minskat. Däremot har

**Tabell 5.** Egna företagare inom vård och omsorg, 2009–2018, uppdelade på kön och bolagsform.

	2009	2012	2015	2018
Egna företagare (ej AB)	2437	2512	2402	2012
	<b>6203</b>	<b>6968</b>	<b>6876</b>	<b>6136</b>
Företagare i eget AB	3860	4167	4560	4776
	<b>3203</b>	<b>3729</b>	<b>4357</b>	<b>4978</b>

män // kvinnor

**Källa:** SCB, RAMSdatabasen. Not: 2019 förändras statistiken vilket gör att de senaste årens statistik inte är jämförbar med dessa år.

antalet företagare i eget aktiebolag konsekvent ökat från 2009 och de kvinnliga företagarna var 2018 fler än de manliga. Mer statistik om storleken, omsättningen och vinstmarginalen samt förstås kvaliteten på den levererade varan/tjänsten på företagsnivå skulle vara mycket informativ i bedömningen av hur framgångsrika dessa egna företagare är. Med individdata för företagarna skulle det då gå att studera varför de har startat sitt företag: Har företagarna en gång varit anställda i vården och sedan tagit steget för att driva eget frivilligt eller var det just initialt en respons på arbetslöshet?



# Vi behöver veta mer!

Det finns överraskande lite forskning om löneeffekten av ett ökat privat inslag på världens kvasimarknad eller för den delen hur många nya företag som startas (och av vem) till följd av LOV och LOU. Denna inventering av kunskapsläget ger vid handen att det på ett teoretiskt plan, i huvudsak, finns två mekanismer som motverkar varandra. Å ena sidan minskar monopsonistinslaget på arbetsmarknaden för vårdyrken i och med ett ökat privat inslag och därmed motverkas teoretiskt de lägre lönerna associerade med bristande konkurrens. Å andra sidan har privata aktörer oftast ett tydligt vinstintresse, vilket ger ett större incitament att pressa lönerna. Ett sätt vore att öka andelen privata inslag som inte har vinstmotiv inom välfärdssektorn – såsom föreslås av den så kallade Välfärdsutredningen, SOU 2016:78 – skulle därför kunna gynna lönerna i vården. Därutöver varierar graden av konkurrensutsättning mellan yrken på ett icke-trivialt sätt. Vissa yrken finns i privat sektor sedan tidigare, andra yrken finns i både regional och kommunal sektor medan ytterligare

yrken finns endast i endera sektorn. Analyser behöver beakta denna variation då förutsättningarna för lönekonkurrens varierar mellan yrken. Utöver detta finns stor variation mellan kommuner i förutsättningar och vilja att implementera valfrihetssystem, vilket gör det essentiellt att beakta lokal variation i privatisering när löneeffekterna studeras.

Befintliga studier och tillgänglig statistik är inte tillräckligt utförliga, detaljerade och fokuserade på vården, för att det ska gå att dra några slutsatser om hur det ökade privata inslaget inom vissa delar av vården har påverkat löneläget. Vad gäller egna företagare följer av införandet av LOU och LOV att det finns nya förbättrade förutsättningar att etablera och bedriva företag inom vård och omsorg. Men även här saknas adekvata analyser.

Givet hur central lönefrågan är för möjligheten att attrahera personal till vården både nu och i en framtid med ytterligare ökat vårdbehov och vårdmöjligheter samt att det finns en politisk ambition att öka den ekonomiska jämställdheten, framstår området som överraskande underbeforskat. Här finns det stort utrymme för forskningsråden att göra riktade utlysningar och för kvantitativa forskare att bidra med insikter om hur vård och omsorg kan utvecklas.

Slutligen kvarstår att de fortsatt låga lönerna inom vården för de många kvinnodominerade yrken

i någon mån är resultatet av politiska prioriteringar. Det faktum att vården är en kvasimarknad gör att om tilldelningen av resurser är otillräcklig samtidigt som funktionaliteten är av stor samhällsvikt, prioriteras upprätthållandet av vårdkvaliteten framför satsningar på löneflyft. Det är svårt att se att de låga kvinnolönerna kan lösas på annat vis än genom en ordentlig politisk omprioritering.

## Om Fores

På den gröna och liberala tankesmedjan Fores arbetar vi varje dag för att söka de lösningar och reformer som Sverige behöver, för att försvara den liberala demokratin så som vi känner den. Vi står med den ena foten i akademien och forskningen och med den andra i samhällsdebatten. Genom våra temagrupper Tillväxt, Trygghet och Tillit söker vi forskningsbaserade, framtidsoptimistiska reformförslag. Vi publicerar studier, böcker och rapporter samt arrangerar och medverkar i seminarier, samtal, debatter och projekt. Fores är hubben för den liberala demokratin:s vänner och driver därför bland annat Foresakademien och Reformpuben för nätverkande och idéutveckling. Besök gärna [www.fores.se](http://www.fores.se) för mer information.

## Om författaren

Anne Boschini är professor i nationalekonomi vid Institutet för social forskning (SOFI). Hennes forskning fokuserar på genusspecifika skillnader i beteende, utbildning samt arbetsmarknadsutfall.

# Referenser

- Andrén, T.** 2018. "Löneskillnader mellan yrken och den könsuppdelade arbetsmarknaden". Saco Underlagsrapport.
- Becker, G. S.** 1991. *A Treatise on the Family*. (Enlarged ed.). Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Björklund, A. Edin, P-E, Fredriksson, P., Holmlund, B. och E. Wadensjö.** 2013. *Arbetsmarknaden*. Studentlitteratur: Lund.
- Blohm, M., Murray, R. och I. Olsson.** 1986. "Offentliga tjänster – sökarljus mot produktivitet och användare". Ds 1986:13.
- Brodin, H. och E. Peterson.** 2017. "Sjuksköterskan som hemtjänstföretagare: om genus, etnicitet och nya professionella positioner i spåren av äldreomsorgens omvandling". I Strömberg, H. och H. Eriksson (red.). *"Genusperspektiv på vård och omvårdnad"*. Lund: Studentlitteratur.
- Brodin, H. och E. Peterson.** 2018. "Omsorgsföretag i med- eller motvind? Genusperspektiv på småföretagande i hemtjänsten i Stockholm". I Jönson H. och M. Szebehely (red.). *Äldreomsorger i Sverige: lokala variationer och generella trender*. Malmö: Gleerups.
- Boschini, A.** 2017. "Olika kön, olika lön. En ESO-rapport om diskriminering på arbetsmarknaden". ESO-rapport 2017:5.

- Dahlgren, G.** 2018. *När sjukvården blev en marknad – effekter och alternativ*. Premiss Förlag.
- Calmfors, L. och K. Richardson.** 2004. ”Marknadskrafterna och lönebildning i landsting och regioner.” IFAU Rapport 2004:9.
- Duvander, Ann-Zofie,** 2022. ”Är föräldraförsäkringen jämställd och jämlik?”. Fores rapportserie om jämställdhet.
- England, P., Budig, M. och N. Folbre.** 2002. ”Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work”. *Social Problems* 49(4): 455-473.
- Evertsson, L.** 2000. ”The Swedish welfare state and the emergence of female welfare state occupations”. *Gender, Work and Organisation* 2000(7): 230–41.
- Ferdman, C. och S. Nilsson.** 2006. ”Löneskillnader mellan offentlig och privat sektor”. Rapport IAM 2006:1, Statistiska centralbyrån, Stockholm.
- Grand, J. L. och W. Bartlett.** 1993. *Quasi-Markets and Social Policy*. Palgrave Macmillan: London.
- Grönlund, A. och C. Magnusson.** 2013. ”Devaluation, crowding or skill specificity? Exploring the mechanisms behind the lower wages in female professions”. *Social Science Research* 42: 1006–1017.
- Hanspers, K. och L. Hensvik.** 2011. ”Konkurrens och sysselsättning – en empirisk studie av fem marknader”. IFAU Rapport 2011:12.
- Hartman, L. (red.)** 2011. *Konkurrensens konsekvenser: vad händer med svensk välfärd*. 2. uppl. Stockholm: SNS förlag.
- Jordahl, H. och R. Öhrvall.** 2013. ”Nationella reformer och lokala initiativ” i Henrik Jordahl (red.). *Välfärdstjänster i privat regi: framväxt och drivkrafter*. SNS Förlag, Stockholm.

- Jordahl, H. och M. Blix.** 2021. *Privatizing Welfare Services: Lessons from the Swedish Experiment*. Oxford: Oxford Academic Press.
- Link, C och J. Landon.** 1975, Monopsony and Union Power in the Market for Nurses, *Southern Economic Journal* 4.
- Lönelotsarna.** 2020. ”Strukturella löneskillnader 2019. På hela arbetsmarknaden och i välfärdens bristyrken”.
- Lönelotsarna.** 2023. ”Strukturella löneskillnader. Högt värderad – låg lön”.
- Manning, A.** 2011. ”Imperfect Competition in the Labor Market”. I Ashenfelter, O. och D. Card (red.). *Handbook of Labor Economics* vol. 4b. Amsterdam: Elsevier.
- Medlingsinstitutet.** 2023. ”Kollektivavtal – Vilka tecknar avtalen och hur är löneavtalen konstruerade?”.
- Medlingsinstitutet.** 2022. ”Löneskillnaden mellan kvinnor och män 2021”.
- Medlingsinstitutet.** 2003. ”Tretton perspektiv på lönebildningen – ANTOLOGI”.
- Mincer, J. och S. Polacheck.** 1974. ”Family Investments in Human Capital: Earnings of Women”. *Journal of Political Economy* 82(2): 76–110.
- Olsson, M. och J. Tåg.** 2021. ”What is the Cost of Privatization for Workers?”. IFN Working Paper 1201.
- Oreland, C.** 2010. ”Övergång till privat drift inom offentlig sektor – Högre lön för den anställde”. *Ekonomisk Debatt* 38(5): 61–74.
- Regnö, K.** 2013. *Det osynliggjorda ledarskapet: Kvinnliga chefer i majoritet*. Stockholm: KTH Royal Institute of Technology.
- Robinson, J.** 1933. *The economics of imperfect competition*. London: St. Martin’s.



- SCB.** 2012. "Standard för svensk yrkesklassificering 2012". Meddelanden i samordningsfrågor för Sveriges officiella statistik (MIS) 2012:1.
- SKL.** 2014. *Välfärdstjänsternas utveckling 1980–2012*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SOU 2016:2.** *Effektiv vård. Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Elanders Sverige AB: Stockholm.
- SOU 2016:78.** *Ordning och reda i välfärden*. Elanders Sverige AB: Stockholm.
- SOU 2019:29.** *God och nära vård. Vård i samverkan*. Elanders Sverige AB: Stockholm.
- SOU 2020:19.** *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Elanders Sverige AB: Stockholm.
- Staiger, D. Spetz, J. och C. Phibbs.** 2010. "Is There Monopsony in the Labour Market? Evidence From a Natural Experiment". *Journal of Labor Economics* 2.
- Sundén, A., Andersen, T. M. och J. Roine.** 2014. *Konjunkturrådets rapport 2014: Hur får vi råd med välfärden?.* SNS Förlag: Stockholm.
- Szebehely, M., Stranz, A. och R. Strandell.** 2017. "Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg". Arbetsrapport/ Institutionen för socialt arbete, 2017:1.
- Vårdföretagarna.** 2022. *Privat Vårdfakta 2022*.
- Williamson, O.** 1975. *Markets and hierarchies: Analysis and antitrust implications*. New York: The Free Press.
- Öhman, A.** 2009. *Genusperspektiv på vårdvetenskap*. Höskoleverket: Huskvarna.

ANNE BOSCHINI

## HAR PRIVATISERINGEN GYNNAT KVINNOR I VÅRD- OCH OMSORGSYRKEN?

En av vår tids viktigaste frihetsreformer i svensk välfärd var när Alliansregeringen införde Lagen om valfrihetssystem (LOV) och Lagen om offentlig upphandling (LOU). Eftersom vård- och omsorgssektorn domineras av kvinnor gav valfrihetsreformen många kvinnor möjlighet att välja – eller välja bort – arbetsgivare eller starta företag. Lönenivån i sektorn har varit föremål för debatt under lång tid. Många menade att konkurrensutsättningen av vård- och omsorgssektorn skulle påverka lönerna och arbetsvillkoren positivt. Men har kvinnors löner och företagande gynnats av privatiseringen?

I rapporten ger professor Anne Boschini en översikt av kunskapsläget om konkurrensutsättningen har påverkat lönerna och företagandet i vård- och omsorgssektorn. Svaren kring lönerna är tvetydiga. Viljan att hålla nere kostnaderna i privat verksamhet står mot att ökad konkurrens vanligen driver upp lönerna. Trots frågans angelägenhet är området överraskande underbeforskat. För att veta hur privatiseringen har gynnats kvinnor i vård- och omsorgsyren och vilka reformer som behövs krävs mer kunskap.

Rapporten är den tredje i den gröna och liberala tankesmedjan Fores rapportserie om jämställdhet.

