

Vård på olika villkor:

Om privata vårdgivares dubbla avtal med regioner och försäkringsbolag

John Lapidus

John Lapidus, forskare, Institutionen för ekonomi och samhälle, Göteborgs universitet.

E-post: john.lapidus@econhist.gu.se

DOI: <https://doi.org/10.62607/smt.v103i1-2.64948>

Den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar, i dag tecknade av över 800 000 svenskar, skapar ett parallellt sjukvårdssystem som samtidigt är beroende av det offentliga på olika sätt. Försäkringstagare ges snabb tillgång till vård, ofta på samma kliniker där offentligt finansierade patienter väntar på sin tur i enlighet med den offentliga vårdgarantin. Denna artikel analyserar hur privata vårdgivares dubbla avtal med både regioner och försäkringsbolag påverkar hälso- och sjukvårdslagens princip om vård efter behov och vård på lika villkor. Genom fallstudier av olika privata vårdinrättningar visas hur offentligt finansierad vård och försäkringsvård flätas samman inom samma organisationer. Artikeln argumenterar för att detta inte är en marginell företeelse, utan en strukturförändring som urholkar behovsprincipen, förstärker ojämlikheten och riskerar att försvaga tilliten till gemensamma institutioner.

The rapid growth of private health insurance, now held by more than 800,000 Swedes, is creating a parallel healthcare system that also depends on the public sector in various ways. Policyholders are given rapid access, often at the same clinics where publicly funded patients wait their turn under the public healthcare guarantee. This article analyses how private providers' dual contracts with both regional authorities and insurance companies affect the principle in the Healthcare Act that care should be provided according to need and on equal terms. Drawing on case studies of private healthcare facilities, it shows how publicly funded and insurance-based care are intertwined within the same organisations. The article argues that this is a structural change that undermines need-based care, increases inequality, and may weaken trust in shared institutions.

Jämlikhetslöfte under press

Den svenska hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017) stadgar att vård ska ges efter behov och på lika villkor. Det är inte bara en organisatorisk regel, utan en grundläggande demokratisk idé om vad ett gemensamt sjukvårdssystem är till för. Men i dag växer en helt annan ordning fram. På allt fler håll i Sverige blandar privata vårdgivare offentligt finansierade patienter som kommer via avtal med regionerna, med patienter som kommer via försäkringsbolag med privata sjukvårdsförsäkringar. Därmed uppstår, runt om i landet, två olika ingångar och köer till samma kliniker. Den ena kön går i maklig takt genom den offentliga vårdens remisser och prioriteringsregler. Den andra går snabbt genom särskilda vårdnätverk och bokningssystem. Resultatet är inte bara vård på olika villkor, utan också att två olika logiker verkar inom samma vårdorganisation.

Enlig lagen ska tillgång till vård inte avgöras av inkomst, anställningsvillkor eller försäkringsstatus, utan av medicinska behov. För att undvika debatt om den uppenbara ojämlikhet som finns inbyggd i den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar, beskrivs utvecklingen ofta i neutrala termer: valfrihet, kompletterande finansiering eller avlastning. Men när samma mottagning, samma operationsresurser och samma specialistläkare står till förfogande för två olika patientströmmar, blir det omöjligt att hävda att vården organiseras efter behovsprincipen. Den som har försäkring, ofta via arbetsgivaren eller ett fackförbund, får snabbare tillgång till bedömning och behandling än den som går den offentliga vägen.

Den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar, som i dag tecknas av över 800 000 svenskar, kan därför sägas utgöra ett brott mot hälso- och sjukvårdslagens principer om vård på lika villkor. Som sådant hotar det tilliten till gemensamma institutioner. Ett samhälle där medborgare upplever att tillgången till god vård följer klass, arbetsmarknadsposition eller försäkringsstatus bidrar till ökad social fragmentering och en urholkning av demokratins legitimitet.

Men det är inte bara ett moraliskt, demokratiskt eller juridiskt problem. Ojämlikhet är också dyrt, bland annat då privatiserade vårdssystem ofta är mer kostsamma än offentliga – med USA som det oftast framhållna exemplet. Samtidigt blir ojämlikheten dyr också på ett annat sätt: när patienter med störst vårdbehov trängs undan ökar lidandet och de långsiktiga kostnaderna. Sjukdomar förvärras och framtida vårdinsatser blir mer omfattande. Ett vårdssystem som avviker från behovsprincipen riskerar därmed att vara dyrt både för att det organiseras ineffektivt och för att det behandlar de mest vårdbehövande för sent.

Utgångspunkten i denna artikel är motsättningen mellan lagens principer och vårdens faktiska organisering. Fokus ligger på privata vårdgivare som har dubbla avtal: dels med regioner för offentligt finansierade patienter, dels med försäk-

ringsbolag för privat försäkrade patienter. Frågan är vad som händer med en behovsstyrd och jämlik vårdmodell när en och samma vårdgivare verkar inom två olika logiker. Genom konkreta fallstudier – från större aktörer som Lundby sjukhus i Göteborg och Sophiahemmet i Stockholm till mindre specialistmottagningar och vårdcentraler – argumenterar jag för att detta inte handlar om undantag, utan om en strukturförändring som inte låter sig förenas med hälso- och sjukvårdslagens löfte om vård på lika villkor för hela befolkningen.

Dubbla avtal: två finansieringslogiker i samma verksamhet

Med dubbla avtal avses här privata vårdgivare som samtidigt verkar inom två olika finansieringssystem. Å ena sidan har de avtal med regioner och tar emot offentligt finansierade patienter inom ramen för den offentliga vårdgarantin: max tre dagar innan möte med allmänläkare på vårdcentral, max ytterligare 90 dagar innan möte med specialist, och max ytterligare 90 dagar innan påbörjad behandling. Å andra sidan har de privata vårdgivarna avtal med en rad olika försäkringsbolag, och tar därmed emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar. För dessa kunder gäller något helt annat än den offentliga vårdgarantin, nämligen 10 eller 12 eller 14 dagar (det varierar beroende på försäkringsbolag) för hela den vårdkedja som för de offentligt finansierade patienterna tar ungefär ett halvår.

Formellt kan detta framstå som två verksamhetsgrenar. I praktiken rör det sig emellertid om samma klinik, samma lokaler, samma utrustning och oftast samma personal. Två patienter med liknande behov kan alltså behandlas på samma ställe, men på grundval av två olika urvalsprinciper.

Här blir det relevant att tala om en tudelad välfärd (Hacker 2002; Lapidus 2019). Men det är inte en tudelning där två olika vårdsystem är helt separerade från varandra. Tvärtom: i dagens vårdlandskap löper de parallella vårdspåren samman i samma kliniker, men med två olika ingångar. Just därför kan tudelningen vara mindre synlig. Men samtidigt mer genomgripande, då den byggs in i vardagliga rutiner, patientflöden och organisatoriska lösningar.

Ibland framställs det som om försäkringspatienterna rör sig i ett eget spår, men när samma vårdgivare verkar i båda systemen är det svårt att upprätthålla en sådan uppdelning. Tid, operationskapacitet, mottagningsutrymme och administrativ uppmärksamhet är begränsade resurser. De olika patientgrupper har dessutom olika ekonomiskt värde för de privata vårdgivarna, då försäkringsbolagen betalar mer per patient än vad det offentliga gör (Lapidus 2025). Frågan gäller därför inte bara om vissa patienter får snabbare vård, utan också vilka incitament som byggs in i ett system där behovsprincip och försäkringslogik ska samsas inom samma organisation.

Dubbla avtal och lagens principer

Hälso- och sjukvårdslagen slår fast att vården ska ges på lika villkor för hela befolkningen, och att den som har störst behov av vård ska ges företräde. Dessa formuleringar uttrycker själva kärnan i den svenska sjukvårdsmodellen, och de är just därför som de dubbla avtalen är så principiellt laddade. Vad händer med lagens innehåll när vissa patienter får en snabbare väg till resurser som andra måste vänta längre på? Vad händer med lagens innehåll när två personer med likartade medicinska behov möter olika väntetider och olika tillgång till specialistbedömning, bara därför att den ena kommer via regionen och den andra via ett försäkringsbolag?

Det som händer är att hälso- och sjukvårdslagen försvagas, även om ingen paragraf har skrivits om. Här är teorier om gradvis institutionell förändring och begrepp som *layering*, *drift* och *conversion* (Streeck & Thelen 2005) användbara. Välfärdsinstitutioner omvandlas sällan enbart genom öppna systemskiften, utan förändringarna sker ofta stegvis. Nya regler och lagar läggs ovanpå de gamla (*layering*), vilket möjliggör att privata sjukvårdsförsäkringar växer fram inom ramen för det som fortfarande, formellt, är en oförändrad universell sjukvårdsmodell.

En sådan lag var Konkurrenslagen (1993). Den satte fart på utförsäljningen av vård till privata aktörer och bidrog indirekt till den framväxande försäkringsmarknaden. Offentligt drivna vårdinrättningar ger än i dag inte förtur åt försäkringskunder, så för att ha någonstans att skicka de 800 000 försäkringstagarna är försäkringsbolagen helt beroende av förekomsten av privata vårdaktörer i alla landsändar och på alla vårdnivåer (Lapidus 2019). Och, som vi redan varit inne på, så undergrävs de jämlikhetsideal som finns kvar i hälso- och sjukvårdslagen i takt med försäkringsmarknadens framväxt (*drift*). Detta är samtidigt en utveckling där vårdinrättningar börjar användas för delvis nya ändamål: de flesta privata kliniker har ett offentligt uppdrag, men integreras också i en försäkringsmarknad med andra prioriteringar (*conversion*).

Förmånen att få snabbare tillgång till vård via arbetsgivare eller fack framstår inte alltid som välfärdspolitik, utan snarare som en personalförmån, en försäkringsprodukt eller en praktisk servicelösning. Men dess sociala effekt är i högsta grad välfärdspolitisk, då vissa grupper får tillgång till sjukvård vid sidan av den gemensamma ordningen. Det är bland annat därför som denna utveckling är så politiskt svårfångad och ibland benämns den gömda välfärden (Howard 1999). Ojämlikheten uppträder inte som ett öppet brott mot systemet, utan som ett tillägg inuti det. Ingen behöver öppet säga att vården inte längre ska ges efter på lika villkor och efter behov, men likväl uppstår en prioriteringsordning som inte längre sammanfaller med den lagstadgade.

Fallstudier: två ingångar i praktiken

Problemet med dubbla avtal blir tydligast när man lämnar systemnivån och undersöker hur vården organiseras i enskilda verksamheter. Där blir den abstrakta frågan om jämlikhet konkret. Två olika finansieringsvägar till samma vårdgivare innebär kort sagt att sjukhus, specialistmottagningar och andra vårdenheter prioriterar försäkringstagare framför offentligt finansierade patienter.

Ett tydligt exempel är Capio Lundby sjukhus i Göteborg. På 1177 anges att "Verksamheten arbetar på uppdrag av Västra Götalandsregionen" (Capio 2026), men på hemsidan framgår att sjukhuset utöver sitt "stora offentliga uppdrag" även "erbjuder privat vård" och tar emot försäkringstagare: "Vi samarbetar med alla försäkringsbolag som erbjuder sjukvårdsförsäkringar i Sverige" (Capio 2026b). För att få en snabb tid till specialist uppmanas försäkringstagaren att kontakta sitt försäkringsbolag för rådgivning och tidsbokning. Det finns även en flik med information till försäkringssamordnare, vilka uppmanas att gå via bokningssidan Kuralink där privata vårdgivare och försäkringsbolag möts för att hitta snabba tider för försäkringstagare: "Våra lediga tider finns på Kuralink, men du är alltid välkommen att kontakta oss så hjälper vi till med att boka tid eller om du har andra frågor". Samtidigt har sjukhuset en egen "koordinator" för privatvård, som på vardagar kan kontaktas för "information, priser och bokning".

Exemplet Capio Lundby sjukhus visar att de olika patientvägarna inte är lika dolda som mycket annat i den gömda välfärden (affärssekretessen, den indirekta statliga sponsringen och finansieringen bland annat via skatteavdrag), utan tvärtom skrivs de fram av vårdgivarna själva. Å ena sidan presenteras Capio Lundby sjukhus som en del av regionens vårdstruktur, med remissvägar och patientavgifter enligt Västra Götalandsregionens regler. Å andra sidan marknadsför samma sjukhus en särskild ingång för patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Det handlar alltså inte bara om en koncern som verkar på två olika marknader, utan om att ett och samma sjukhus organiserar två olika sätt att komma till vård.

Några andra exempel är de icke vinstdrivna Ersta sjukhus, Sophiahemmet och Carlanderska, som alla arbetar på uppdrag av regioner men samtidigt tar emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar. Ersta sjukhus finns med på DKV Hälsas – ett försäkringsbolag specialiserat på privata sjukvårdsförsäkringar – lista över samarbetspartners (DKV 2026), och såväl Sophiahemmet som Carlanderska informerar på sina hemsidor om avtalen både med regioner och med försäkringsbolag. Carlanderska (2026) är föredömligt tydlig om detta brott mot hälso- och sjukvårdslagen:

Carlanderska erbjuder både privat och offentlig vård. Men att veta hur man blir patient på sjukhuset är inte alltid helt enkelt. Det finns ett antal olika vägar in.

På Carlanderskas hemsida redogörs vidare för alla ”avtalspartners” – Catio Partner, Certico, DKV Hälsa, DSS Hälsa, Euro Accident, Folksam, If, Länsförsäkringar, SEB, Skandia – och även för de regioner som Carlanderska samarbetar med: Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Den offentligt finansierade patienten får information om den offentliga vårdgarantin (”Du ska erbjudas en tid inom 90 dagar från att remissen skickats. Behöver du behandling, exempelvis en operation, ska den också starta inom 90 dagar från beslutsdatum”), medan försäkringstagaren ombeds kontakta sitt ”försäkringsbolag direkt för att få rådgivning och hjälp att boka tid hos oss på Carlanderska”.

Även Sophiahemmet (2026) redogör för hur olika patientgrupper blandas på olika sätt och på olika villkor. Här kan man både betala ur egen ficka och komma med privat sjukvårdsförsäkring: ”På Sophiahemmet finns ett antal vårdgivare som tar emot patienter som vill betala själv för sin vård eller komma via en privat sjukvårdsförsäkring.” Men Sophiahemmet tar även emot offentligt finansierade patienter, en vård som ”bedrivs genom olika typer av avtal med t ex Region Stockholm genom vårdval Stockholm eller andra avtal med regioner i Sverige” (Sophiahemmet 2006b).

Ersta sjukhus, Sophiahemmet och Carlanderska är intressanta inte bara empiriskt utan också symboliskt. Till skillnad från rent vinstdrivna aktörer som Catio Lundby sjukhus (sedan 2019 ägt av australiska, multinationella bolaget Ramsay Health Care), så är dessa tre i olika grad så kallade idéburna aktörer som drivs i stiftelse- eller annan icke vinstdrivande form. Dessa tre fall visar därför att frågan om dubbla ingångar inte kan reduceras till vinstdriven kommersialism i snäv mening, utan i hög utsträckning gäller även den privata men idéburna vården.

Om ovanstående exempel visar fenomenet dubbla ingångar på sjukhusnivå, blir det minst lika tydligt i mindre och mer specialiserade verksamheter. Ett exempel är Catio Gastro Center i Göteborg. På hemsidan står: ”Vi tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring, privatbetalande patienter och via avtal med regioner.” (Gastro Center 2026). Detta är belysande då de olika patientspårarna – försäkringspatienter, privatbetalande patienter och regionpatienter – nämns sida vid sida som delar av samma mottagning. Det gör det svårt att beskriva försäkringsvården som något som ligger utanför eller vid sidan av den ordinarie vården.

Ett annat exempel på specialistnivå är FotCenter Stockholm. På 1177 anges att ”verksamheten arbetar på uppdrag av Region Kalmar län, Region Värmland och Region Skåne” (FotCenter 2026). På samma sida finns en annan rubrik,

“Sjukvårdsförsäkring”, där det står: “Om du har sjukvårdsförsäkring via din arbetsgivare eller tecknat privat kan du söka vård hos oss. Kontakta ditt försäkringsbolag för vidare handläggning.”

Det som är särskilt uppseendeväckande i det här fallet är att de dubbla avtalen presenteras på 1177, som är regionernas och den offentligt finansierade vårdens hemsida. Allt som står på 1177 – information om lagar, kostnader, vårdformer etc. – kretsar kring offentlig vård, men ändå får de privata vårdgivarna skylta med sina erbjudanden för privatbetalande och försäkringskunder.

Gemensamt för samtliga här genomgångna fall är blandningen av offentlig och privat finansiering. I stället för två åtskilda system ser vi ett sammanflätat vårdlandskap där privata vårdgivare bedriver vård på olika snarare än på lika villkor, allt utifrån om patienten finansieras privat eller via det offentliga.

Hur växer denna ordning fram?

Allt fler privata vårdgivare verkar både på uppdrag av regionerna och försäkringsbolagen. Utvecklingen drivs av flera samverkande krafter: ekonomiska incitament hos vårdgivare och försäkringsbolag, arbetsgivares och fackförbunds efterfrågan, politiska beslut om vårdens organisering och en bredare ideologisk förskjutning i synen på välfärd i allmänhet och sjukvård i synnerhet.

För de privata vårdgivarna finns uppenbara skäl att vilja kombinera olika finansieringskällor. Genom att ta emot försäkringspatienter kan vårdgivaren sprida sina risker, bredda sina intäktsströmmar och minska sitt beroende av regionerna som enda finansiär. I en sektor där ersättningsnivåer och styrsignaler kan förändras är detta en rationell strategi. Dessutom, vilket vi tidigare nämnt, får de privata vårdgivarna mer betalt av försäkringsbolagen än av regionerna.

Försäkringsbolagen har samtidigt ett starkt intresse av att knyta allt fler privata vårdgivare till sina nätverk. En privat sjukvårdsförsäkring säljs med löftet om smidig koordinering och kortare väg till specialistvård. För att detta löfte ska kunna infrias krävs ett landsomfattande nät av kliniker och mottagningar som kan ta emot patienterna.

Arbetsgivarna och fackförbunden spelar också en viktig roll. I Sverige är privata sjukvårdsförsäkringar i stor utsträckning kopplade till arbetsmarknaden och tecknas ofta som en förmån för anställda eller som ett fackligt medlemserbjudande. För facken är den privata sjukvårdsförsäkringen ett sätt att rekrytera och behålla medlemmar, och samtidigt hävda sig i konkurrensen med andra fackförbund. För arbetsgivaren framstår försäkringen som ett sätt att minska sjukfrånvaro, korta väntetider och få snabbare återgång i arbete för vissa grupper av anställda.

Det som på fack- och arbetsgivarnivå tycks rationellt bidrar på systemnivå till att vissa grupper får en mer privilegierad tillgång till vård än andra. Men det

är den politiska nivån som har möjliggjort denna utveckling, detta genom att organisera vården på ett sätt som öppnat för vårdval, upphandlingar och konkurrensutsättning utan några tydliga regleringar mot att de privata vårdgivarna verkar på försäkringsmarknaden. Ingen enskild reform har haft som uttalat syfte att skapa två ingångar till samma klinik. Men sammantaget har reformerna gett privata vårdgivare möjlighet att frånga hälso- och sjukvårdslagens skrivningar om vård efter behov och vård på lika villkor.

Slutsats

Den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar, i dag tecknade av över 800 000 svenskar, skapar ett parallellt sjukvårdssystem som samtidigt är beroende av det offentliga på olika sätt. Försäkringstagare ges snabbare tillgång till vård, ofta på samma kliniker där offentligt finansierade patienter väntar på sin tur i enlighet med den offentliga vårdgarantin. Detta möjliggörs av att privata vårdgivare sluter dubbla avtal: dels med regioner för offentligt finansierade patienter, och dels med en rad försäkringsbolag för de försäkringstagare som ges förtur till vården.

Frågan om privata vårdgivares dubbla avtal handlar i grunden inte bara om organisationsformer eller tekniska finansieringslösningar. Den handlar om vilken princip som ska styra tillgången till vård i ett demokratiskt samhälle. När samma klinik tar emot patienter både via regionens offentliga uppdrag och via privata sjukvårdsförsäkringar uppstår två olika vägar in i samma vård. Därmed etableras också två olika logiker för tillgång, väntetider och prioritet.

Privata vårdgivare med dubbla avtal rimmar illa med hälso- och sjukvårdslagens idé om vård efter behov och vård på lika villkor. Lagen är alltjämt i kraft, men dess innebörd urholkas när försäkringsstatus ger vissa patienter en snabb väg till samma resurser som andra måste vänta på.

Fallstudierna visar att detta inte är en perifer företeelse. Från större verksamheter som Capio Lundby sjukhus till mindre specialistmottagningar och vårdcentraler växer en struktur fram där offentligt finansierad vård och försäkringsvård flätas samman inom samma organisationer. Därmed blir också gränsen mellan gemensam vård och marknadsstyrd tillgång allt suddigare. Det som utåter ut som ett sammanhållet system rymmer i praktiken en intern tudelning.

Denna tudelning har ett högt pris. För det första bidrar den till att urholka den offentliga vården, bland annat genom att det opinionsmässiga trycket på att åtgärda brister i den offentliga vården minskar när politikerna ger resursstarka grupper en ventil ut ur det offentliga sjukvårdssystemet. Samtidigt kan skatteviljan antas minska när allt fler medborgare tecknar privata sjukvårdsförsäkringar, och därmed upplever att de har ordnat sin vård på egen hand. För det andra uppstår

demokratiska kostnader när tilliten till gemensamma institutioner försvagas, och när medborgare börjar uppfatta att välfärdens löften inte längre gäller lika för alla.

Dubbla avtal bör inte behandlas som en marginell detalj i vårdpolitikens utkanter, utan som ett centralt sätt på vilket vården förändras inifrån. Frågan är inte bara om privata vårdgivare ska tillåtas i det offentliga systemet, utan under vilka villkor de verkar och vilka patientingångar de tillåts upprätthålla. Ett samhälle som menar allvar med principen om vård efter behov kan inte vara likgiltigt inför att samma klinik erbjuder olika vägar för olika grupper.

I slutänden handlar det om huruvida lagstiftningen på sjukvårdens område ska följas, men också om vilken sorts medborgargemenskap välfärdsstaten ska bära. Atingen är vården en institution där människor möts som jämlika medborgare med olika behov. Eller så blir den alltmer en plats där människor ges olika status beroende på finansieringsform. Dubbla avtal pekar i den senare riktningen.

Studien har genomförts med ekonomiskt stöd från Stiftelsen Anna Ahrenbergs fond och Bromanska stiftelsen för forskning och företagande.

Referenser

- Capio (2026). Capio Lundby Specialistsjukhus, Hisingen. <https://www.1177.se/hitta-varld/kontaktkort/Capio-Lundby-Specialistsjukhus-Hisingen>
- Capio (2026b). Capio Lundby Specialistsjukhus. <https://www.capio.se/hitta-mottagning/specialistvard/lundby-specialistsjukhus/#blipatient>
- Carlanderska (2026). Så blir du patient. <https://carlanderska.se/for-patienter/#bli-patient>
- DKV (2026). Vårdgivarnätverk. <https://www.dkvhalsa.se/vaardgivare/vaardgivarnaetverk/>
- Ersta (2026). Ersta sjukhus. <https://www.1177.se/hitta-varld/kontaktkort/Ersta-sjukhus>.
- Gastro Center (2026). Bli patient. <https://www.capio.se/hitta-mottagning/specialistvard/kirurgi/gastro-center-gbg/>
- FotCenter (2026). FotCenter Stockholm. <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/hitta-varld/kontaktkort/FotCenter-Stockholm>
- Hacker, J. S. (2002). *The divided welfare state: The battle over public and private social benefits in the United States*. Cambridge University Press.
- Howard, C. (1999). The hidden welfare state: Tax expenditures and social policy in the United States.
- HSL (2017). Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Socialdepartementet.
- Konkurrenslagen (1993). Konkurrenslag (1993:20). Näringsdepartementet.
- Lapidus, J. (2019). *The Quest for a Divided Welfare State: Sweden in the era of privatization*. London: Palgrave Macmillan.
- Lapidus, J. (2025). *Healthcare Privatization Through Neoliberal Newspeak: The Case of Sweden and Beyond*. London: Routledge.
- Sophiahemmet (2026). Vård du betalar själv. <https://sjukhus.sophiahemmet.se/sophiadirekt/>
- Sophiahemmet (2026b). För remitter. <https://sjukhus.sophiahemmet.se/for-remitter/>
- Streeck, W., & Thelen, K. (Eds.). (2005). *Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies*. Oxford University Press.