



## Driftsformer för sjukhus

---

### Sammanfattning

I betänkandet behandlas regeringens proposition 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus och sex motioner som väckts med anledning av propositionen. Vidare behandlas tre motionsyrkanden från den allmänna motionstiden 2006.

För att bredda beslutsunderlaget har utskottet hållit en offentlig utfrågning. En utskrift från utfrågningen finns i *bilaga 4* och *bilder i bilaga 5*.

Utbildningsutskottet har avgett yttrande i ärendet (2006/07:UbU1y). Yttrandet finns i *bilaga 3*.

Socialutskottet tillstyrker regeringens förslag att upphäva inskränkningarna i landstingens möjligheter att överlämna driften av regionsjukhus, regionkliniker och övriga sjukhus till annan. Det innebär att landstingen ska kunna sluta avtal om driften av sjukhus utan krav på att avtalen innehåller villkor om att verksamheten ska drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent. Avtalen ska inte heller behöva innehålla villkor om att vården ska bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter. Vidare ska landstingen kunna överlämna driften av regionsjukhus och regionkliniker till någon annan. Utskottet ställer sig även bakom regeringens förslag att det nuvarande kravet på att bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus i offentlig regi upphävs.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2007.

I betänkandet finns en reservation.

# Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	1
Utskottets förslag till riksdagsbeslut .....	3
Redogörelse för ärendet .....	4
Ärendet och dess beredning .....	4
Bakgrund .....	4
Propositionens huvudsakliga innehåll .....	6
Utskottets överväganden .....	7
Driftsformer för sjukhus .....	7
Propositionen .....	7
Följdmotioner .....	10
Motioner från allmänna motionstiden .....	10
Utbildningsutskottets yttrande .....	11
Socialutskottets ställningstagande .....	12
Reservationer .....	15
Driftsformer för sjukhus (s, v, mp) .....	15
<i>Bilaga 1</i>	
Förteckning över behandlade förslag .....	18
Propositionen .....	18
Följdmotioner .....	18
Motioner från allmänna motionstiden hösten 2006 .....	18
<i>Bilaga 2</i>	
Regeringens lagförslag .....	20
<i>Bilaga 3</i>	
Utbildningsutskottets yttrande .....	22
<i>Bilaga 4</i>	
Socialutskottets offentliga utfrågning på temat mångfald i vården .....	28
<i>Bilaga 5</i>	
Bilder från utfrågningen .....	69

# Utskottets förslag till riksdagsbeslut

## **Driftsformer för sjukhus**

Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Därmed bifaller riksdagen proposition 2006/07:52, bifaller delvis motionerna 2006/07:So318 och 2006/07:So403 samt avslår motionerna 2006/07:So10, 2006/07:So11, 2006/07:So12, 2006/07:So13, 2006/07:So14, 2006/07:So15 och 2006/07:So483.

*Reservation (s, v, mp)*

Stockholm den 12 april 2007

På socialutskottets vägnar

*Kenneth Johansson*

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Kenneth Johansson (c), Ylva Johansson (s), Cecilia Widegren (m), Magdalena Andersson (m), Christer Engelhardt (s), Marianne Kierkemann (m), Lars U Granberg (s), Marina Pettersson (s), Jan R Andersson (m), Lennart Axelsson (s), Chatrine Pålsson Ahlgren (kd), Margareta B Kjellin (m), Elina Linna (v), Catharina Bråkenhielm (s), Lars-Ivar Ericson (c), Thomas Nihlén (mp) och Barbro Westerholm (fp).

# Redogörelse för ärendet

## Ärendet och dess beredning

Till grund för förslagen i propositionen ligger promemorian *Driftsformer för sjukhus* som har upprättats inom Socialdepartementet. Promemorian har remissbehandlats (S2006/9627/HS).

Socialutskottet har berett utbildningsutskottet tillfälle att yttra sig över propositionen och följdmotioner (prot. 2006/07:18). Utbildningsutskottet har avgett yttrande över propositionen och motioner som väckts med anledning av propositionen. Yttrandet, 2006/07:UbU1y, återfinns i *bilaga 3*.

Socialutskottet har med anledning av propositionen anordnat en offentlig utfrågning om mångfald i vården den 15 mars 2007. En utskrift av inläggen vid utfrågningen återfinns i *bilaga 4* och *bilder i bilaga 5*.

Den 20 mars genomförde utskottet ett studiebesök hos Famna och Ersta Diakoni. Där fick utskottet bl.a. information om idéburen vård och omsorg utan vinstintresse.

## Bakgrund

### *Utgångspunkter*

Huvuddelen av den offentligt och solidariskt finansierade hälso- och sjukvården utförs av landstingsägda och landstingsdrivna enheter. För att ytterligare öka tillgängligheten finns flera alternativ till vårdaktörer på uppdrag av landstingen. Oavsett om en verksamhet bedrivs av landstinget, kommunen eller en privat vårdgivare ska vården bedrivas så att den uppfyller hälso- och sjukvårdslagens (1982:763; HSL) krav på en god vård på lika villkor. Vidare ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Ledningen av hälso- och sjukvården ska dessutom vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och främjar kostnadseffektivitet.

### *Lagstiftning vid entreprenader inom hälso- och sjukvård*

Landstingen kan, med stöd av bestämmelserna i 3 och 18 §§ HSL, sluta avtal med någon annan att mot ersättning ombesörja driften av viss verksamhet som annars skulle ha utförts i landstingets regi. Uppgift som innefattar myndighetsutövning får inte överlämnas med stöd av 3 § HSL. Bestämmelserna infördes i HSL med verkan fr.o.m. år 1993 i syfte att främja konkurrensen.

När ett landsting överlämnar uppgiften att driva hälso- och sjukvård till en privat entreprenör ska överlämnandet i regel föregås av en offentlig upphandling i enlighet med lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU). Bestämmelser om upphandling av sjukvårdstjänster återfinns huvudsakligen i 6 kap. LOU.

Landstinget har, även om driften av en verksamhet överläts, kvar huvudmannaskapet och därigenom också det yttersta ansvaret för verksamheten och ska se till att den anlitate entreprenören uppfyller de bestämmelser som gäller för verksamheten. Av 3 kap. 19 § kommunallagen (1991:900) framgår att innan ett landsting lämnar över vården av en kommunal angelägenhet till någon annan än ett landstingsägt bolag ska fullmäktige se till att landstinget tillförsäkras en möjlighet att kontrollera och följa upp verksamheten. Lika viktigt är det att utreda och följa upp verksamhet i egen offentlig regi.

Socialstyrelsen utövar tillsyn över all hälso- och sjukvård oavsett driftsform eller ägande.

#### *Inskränkningar i landstingens möjligheter att överlämna verksamhet*

Landstingens möjligheter att låta privata vårdgivare utföra tjänster för landstingens räkning inskränktes år 2001 genom lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan. Lagen gällde åren 2001 och 2002 och innebar att uppgiften att ansvara för driften av akutsjukhus inte fick överlämnas till den som avsåg att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent.

Sedan den 1 januari 2006 finns åter bestämmelser som inskränker landstingens möjligheter att anlita privata vårdgivare för att utföra hälso- och sjukvård (prop. 2004/05:145 Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus, bet. 2004/05:SoU18, rskr. 2004/05:300). Av hälso- och sjukvårdslagen följer att hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte får överlämnas till någon annan. Vidare ska varje landsting driva minst ett sjukhus i det egna landstinget i egen regi. Överlämnar landstinget driften av hälso- och sjukvård vid övriga sjukhus till någon annan, ska avtalet innehålla villkor om att verksamheten ska drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent och att vården ska bedrivas uteslutande med offentlig finansiering.

#### *Bestämmelser om den kommunala självstyrelsen*

Bestämmelser om den kommunala självstyrelsen finns i 1 kap. 1 och 7 §§ regeringsformen (RF) och i kommunallagen (1991:900). Vid tillkomsten av 1974 års regeringsform ansågs det varken lämpligt eller möjligt att dra orubbliga eller preciserade gränser i grundlag kring en kommunal självstyrelsektor. Det betonades i stället att arbets- och befogenhetsfördelningen mellan stat och kommun i ganska vid omfattning måste kunna ändras i takt med samhällsutvecklingen. Enligt 8 kap. 5 § RF ska bl.a. grunderna

för kommunernas organisation och verksamhetsformer liksom föreskrifter om befogenheter i övrigt och om deras åligganden bestämmas i lag. Ramen för den kommunala självstyrelsen bestäms således ytterst av riksdagen. Lagregleringen av landstingens och kommunernas möjligheter att organisera hälso- och sjukvården finns i huvudsak i hälso- och sjukvårdslagen.

## Propositionens huvudsakliga innehåll

Regeringen föreslår i propositionen att inskränkningarna i landstingens möjligheter att överlämna driften av regionsjukhus, regionkliniker och övriga sjukhus till annan upphävs. Landstingen ska kunna sluta avtal om driften av sjukhus utan krav på att avtalen innehåller villkor om att verksamheten ska drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent. Avtalen ska inte heller behöva innehålla villkor om att vården ska bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter. Vidare ska landstingen kunna överlämna driften av regionsjukhus och regionkliniker till någon annan. I propositionen föreslås även att det nuvarande kravet på att bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus i offentlig regi upphävs.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2007.

# Utskottets överväganden

## Driftsformer för sjukhus

### Utskottets förslag i korthet

Utskottet tillstyrker regeringens förslag att upphäva inskränkningarna i landstingens möjligheter att överlämna driften av region-sjukhus, regionkliniker och övriga sjukhus till annan. Vidare tillstyrks förslaget att kravet på att bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus i offentlig regi ska upphävas.

Jämför reservation (s, v, mp).

### Propositionen

#### *Mångfald bidrar till en mer effektiv hälso- och sjukvård*

Landstingen ansvarar för hur hälso- och sjukvården organiseras och att besluten som fattas ger förutsättningar för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. Förtroendet för hälso- och sjukvården är avhängigt att vården lever upp till de krav som medborgarna har rätt att ställa. Om hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas och klara det framtida åtagandet måste förutsättningar för nytänkande och mångfald skapas inom hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Enligt regeringen kan en mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården stimulera utvecklingen av kostnadseffektiva lösningar, förbättrad tillgänglighet och valfrihet för medborgarna. Alternativa driftsformer kan vidare ge positiva effekter i form av tydligare organisation, mål och ledarskap, vilket behövs för att klara av att attrahera arbetskraft till hälso- och sjukvården i framtiden.

#### *Förbud mot vinstutdelande entreprenörer inskränker den kommunala självstyrelsen och näringsfriheten*

För att uppnå verklig mångfald inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården måste vårdgivare med olika associationsform och inriktning kunna verka på lika villkor. Det kan vara stiftelser, ideella föreningar, landstingsdrivna enheter, kooperativ eller vinstutdelande företag. Inom flera landsting verkar i dag privata vinstdrivande företag, framför allt inom primärvården men också vid ett antal sjukhus. Erfarenheterna från Socialstyrelsens tillsynsverksamhet visar att skillnader i vårdens medicinska kvalitet inte kan knytas till ägar- eller driftsform.

Den nu gällande ordningen som inskränker möjligheterna för landstingen att överlämna driften av sjukhus till vinstutdelande entreprenörer, får enligt regeringen anses vara en omotiverad inskränkning av den kom-

munala självstyrelsen. Bestämmelsen innebär även en obefogad inskränkning av näringsfriheten, eftersom objektiva skäl saknas för att motverka en kategori av vårdgivare.

#### *Vinsten som drivkraft ger långsiktig hållbarhet*

Enligt regeringen är vinst en av de drivkrafter som kan bidra till utveckling och effektivare vård. Ett överskott i verksamheten är dessutom helt nödvändigt för att en entreprenör ska kunna göra långsiktiga investeringar i såväl kompetens som utrustning samt skapa ekonomisk stabilitet. Vinstintresset som drivkraft kan, enligt regeringen, inte anses hota landstingens möjligheter att erbjuda medborgarna en god hälso- och sjukvård på lika villkor utan kan snarare vara en förutsättning för att privata vårdgivare ska kunna verka inom den offentligt finansierade vården.

#### *Utnyttjande av överkapacitet bör tillåtas*

När ett landsting överlämnar driften av ett sjukhus kan en situation uppstå där landstinget, tillfälligt eller permanent, inte väljer att upphandla all den vårdkapacitet som finns hos entreprenören. För den privata entreprenören finns det ett intresse av att utnyttja denna överkapacitet eftersom lokaler och utrustning därmed kan användas mer kostnadseffektivt. Förutsatt att den privata vårdgivaren uppfyller de krav landstinget ställt upp, bl.a. för prioriteringar, tillgänglighet och kvalitet, är det enligt regeringen rimligt att överkapacitet kan säljas exempelvis till företag som bedriver företagshälsövård, försäkringsbolag eller personer som själva väljer att betala hela vårdkostnaden. Nuvarande lagstiftning innebär begränsningar av sådana möjligheter när det gäller driften av sjukhus. För privata vårdgivare som driver primär- eller specialistvårdsmottagningar på entreprenad finns inte motsvarande inskränkningar. Det finns enligt regeringen inget skäl att särskilja villkoren för driften av ett sjukhus från driften av annan hälso- och sjukvård. Landstingen får anses ha förutsättningar att utforma avtalen med entreprenören på ett sådant sätt att en god vård med hög tillgänglighet även fortsättningsvis tillförsäkras medborgarna.

#### *Driften av regionsjukhus och regionkliniker ska kunna överlämnas till privata entreprenörer*

Vid regionsjukhusen och regionklinikerna bedrivs den mest högspecialiserade vården, där en region eller hela riket kan utgöra upptagningsområdet för vårdenheten. Den högspecialiserade vården utgör en central del av hälso- och sjukvården och den har en nära koppling till forskning och utveckling.



Driften av regionsjukhus och regionkliniker kan i dag inte överlämnas till någon annan, vilket enligt regeringen kan begränsa landstingens möjligheter att organisera hälso- och sjukvården på det sätt som är mest effektivt. Den begränsande bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen bör därför upphävas.

Valet av driftsform för regionsjukhus är enligt regeringen inte avgörande för att åstadkomma långsiktigt framgångsrik forskning. Av större vikt är att det finns goda samverkansformer mellan universitet och sjukvårdshuvudmän.

*Bestämmelsen om att minst ett sjukhus i varje landsting ska drivas i offentlig regi bör upphävas*

Landstingen är skyldiga att upprätthålla en långsiktig förmåga att tillhandahålla hälso- och sjukvård, vilket måste beaktas när avtal med entreprenörer upprättas. I vilken omfattning hälso- och sjukvårdens olika delar ska läggas ut på entreprenad, beställas i mer begränsad omfattning eller drivas i offentlig regi bör bestämmas utifrån de förutsättningar som råder i varje enskilt landsting. Det finns enligt regeringen därför inte anledning att begränsa den kommunala självstyrelsen på det sätt som nuvarande lagstiftning gör. Bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att varje landsting ska bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus i egen regi bör därför upphävas.

*Kvaliteten i vården avgörs av vårdavtalens utformning och möjligheten att följa upp vårdens resultat*

Bakom tillväxten av den privat drivna men offentligt finansierade vården ligger bl.a. en strävan efter att stärka patienternas ställning genom att erbjuda valfrihet och bättre tillgänglighet till en verksamhet av hög kvalitet.

För att landstingen ska kunna säkra kvaliteten på lång sikt i hälso- och sjukvården, krävs att kvalitetskraven är tydliga såväl i de interna beställningarna av vård som i förfrågningsunderlag och avtal med de privata vårdgivarna. Regeringen anser att det, vid överlämnandet av verksamhet på entreprenad, är av största vikt att säkra förutsättningarna för forskning och katastrofmedicinsk beredskap. Överlämnandet av verksamhet på entreprenad förutsätter även att landstingen säkrar tillgången på utbildningsplatser och förutsättningarna för klinisk forskning.

Regeringen anser även att det är viktigt att bygga in förutsättningar i avtalen för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet samt möjligheten till uppföljning och öppna jämförelser av vårdens resultat.

Regeringen har för avsikt att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvården med öppen och jämförbar redovisning av resultaten, dels i syfte att stimulera till förbättringar hos sjukvårdshuvudmännen, dels i syfte att ge medborgarna insyn och vägledning i valet av vårdgivare. Regeringen avser även att förbättra förutsättningarna för att kunna utveckla ersättningsyste-

men inom hälso- och sjukvården. Ersättningssystemen bör utvecklas i en sådan riktning att de ger incitament till god kvalitet, på såväl kort som lång sikt, med bibehållen kostnadskontroll.

### **Följdmotioner**

I samtliga sex följdmotioner begärs att riksdagen avslår regeringens proposition 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus.

I motion So11 av Ylva Johansson m.fl. (s) motsätter sig motionärerna att regeringen nu vill avskaffa de villkor för sjukhusens driftsformer som infördes av den tidigare regeringen. Dessa villkor ställdes för att säkerställa vissa, enligt motionärerna, viktiga principer för sjukvården – bl.a. att den ska vara solidariskt finansierad, att den enskildes vårdbehov ska vara grunden för prioriteringar inom vården samt att merparten av sjukvården även i framtiden ska bedrivas i offentlig regi. Enligt motionärerna kan avskaffandet av dessa regler öppna för en uppdelning av patienterna i ett A- och ett B-lag där de med privata sjukvårdsförsäkringar kan få snabbare vård än andra. Dessutom öppnas för en utförsäljning av universitetssjukhus till internationella börsbolag och riskkapitalister med oöverblickbara konsekvenser för vårt lands framtida möjligheter att säkerställa god vård till alla.

I motion So12 av Alf Eriksson m.fl. (s), motion So13 av Ann-Christin Ahlberg m.fl. (s) och motion So14 av Björn von Sydow m.fl. (s) anförs bl.a. att propositionen innebär ett hot mot en offentligt finansierad sjukvård på lika villkor och att den också hotar forskning och utveckling vid de stora universitetssjukhusen.

Enligt motionärerna i motion So10 av Elina Linna m.fl. (v) är det redan med dagens lagstiftning möjligt för ideella organisationer att driva sjukhus utan vinstintresse. Därmed kan mångfald i vården eftersträvas redan i dag. Motionärerna anför vidare att de medicinska behoven ska styra vården, inte vinstintresset. Dessutom kan regeringens förslag enligt motionärerna på sikt hota både forskning och utbildning inom hälso- och sjukvårdens område, då privata vårdgivare varken är intresserade av att ta emot studenter eller delta i forskningsprojekt.

Slutligen anförs i motion So15 av Thomas Nihlén m.fl. (mp) att regeringen med propositionen vill riva upp de regleringar som enligt motionärerna utgör den ram som behövs för att värna de viktigaste värdena i vården, t.ex. att all skattefinansierad vård ska vara tillgänglig för alla på samma villkor och allas rätt att ha tillgång till sjukhusvård på lika villkor.

### **Motioner från allmänna motionstiden**

I motion So483 av Christina Axelsson och Anders Ygeman (båda s) begärs ett tillkännagivande om att vidmakthålla den s.k. stopplagen för att förhindra utförsäljning av sjukhus.

I motion So318 av Göran Lindblad (m) begärs ett tillkännagivande om att främja ökad mångfald inom den svenska sjukvården. Ett likalydande yrkande framförs i motion So403 av samma motionär.

### **Utbildningsutskottets yttrande**

Samverkan mellan lärosäten och vårdgivare är av stor betydelse för forskning och högskoleutbildning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Betydelsen av samverkan inom dessa områden uttrycks även i lagstiftning och i avtal.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (26 b §) ska landstingen och kommunerna medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt och folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen och kommunerna ska i den omfattning som behövs samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor.

Även läkares rätt till allmän- och specialiseringstjänstgöring uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen (15 §). I landstingen ska finnas möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring i sådan omfattning att alla läkare som avlagt läkarexamen och läkare med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation som läkare. I landstingen ska det också finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

De övergripande formerna för samverkan mellan staten och vissa landsting (regioner) gällande grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling regleras i det s.k. ALF-avtal som gäller fr.o.m. 2004. I avtalet regleras landstingens ersättning från staten för åtagandena att medverka i läkarutbildning och kliniskt inriktad medicinsk forskning. Av ALF-avtalet framgår även att respektive landsting och universitet för samverkan och beredning ska bilda ett gemensamt ledningsorgan. I detta organ är landstingets och universitetets ledningsnivåer representerade och verkar på jämbördiga villkor. Ledningsorganet beslutar bl.a. om hur samarbetsorganisationen på underordnade nivåer ska utformas.

Det centrala ALF-avtalet kompletteras av regionala avtal mellan berörda landsting (regioner) och universitet. I dessa regleras bl.a. vilka enheter inom landstingets vårdorganisation som ska bedriva utbildning, forskning och utveckling. Även prioriteringar och fördelning av resurser avtalas regionalt.

Samverkan mellan staten och landstingen gällande utbildningar inom vårdområdet regleras i en principöverenskommelse som träffades mellan staten och Landstingsförbundet år 2001. Överenskommelsen godkändes av riksdagen (bet. 2000/01:UbU17). Enligt överenskommelsen ska landstingen erbjuda platser för klinisk praktik inom ramen för vissa högskoleutbild-

ningar. Parterna var också överens om betydelsen av samverkan mellan högskola och vårdgivare för utveckling av den kliniska praktiken inom vårdutbildningarna.

Angående klinisk forskning vill utskottet påpeka att regeringen nyligen beslutat att utse en utredare som fått i uppdrag att utreda den kliniska forskningens situation med beaktande av såväl hälso- och sjukvårdens som forskningens behov och villkor (dir. 2007:39). I utredarens uppdrag ingår att beskriva organisatoriska frågor, resurstilldelning samt forskningens kvalitet.

Utredaren ska även belysa företagens förutsättningar för att genomföra kliniska provningar i Sverige. Med utgångspunkt från dessa beskrivningar ska utredaren lämna förslag till åtgärder för att stärka den kliniska forskningen. Utredaren ska redovisa uppdraget slutligt senast den 31 mars 2009. Ett delbetänkande som omfattar åtgärdsplanen ska lämnas senast den 15 februari 2008. Regeringens målsättning är att den forskningspolitiska proposition som planeras till hösten 2008 ska innehålla åtgärdsförslag gällande den kliniska forskningen.

Regeringen har även beslutat att inrätta en särskild delegation som ska utgöra ett samtalsforum gällande klinisk forskning. Delegationen ska bestå av representanter för Sveriges Kommuner och Landsting, enskilda landsting, universiteten, Vetenskapsrådet, Vinnova samt näringslivet. Delegationen förfogar över 30 miljoner kronor under en treårsperiod för bl.a. samverkansprojekt och informationssatsningar.

Utbildningsutskottet anser det vara av stor betydelse att förutsättningarna för att bedriva högkvalitativ forskning och högskoleutbildning inom hälso- och sjukvården upprätthålls och utvecklas. Utbildningsutskottet delar inte motionärernas uppfattningar om att propositionens förslag kommer att inverka negativt på dessa verksamheter. Utskottet utgår från att förutsättningarna för forskning och utbildning beaktas om verksamhet överlämnas till privata företag. Liksom regeringen vill därför utskottet understyrka betydelsen av att landsting som överlämnar verksamhet till privata företag samråder med berört universitet angående villkoren för forskning och högskoleutbildning inom hälso- och sjukvården. Med hänvisning till vad som här anförts anser utbildningsutskottet att socialutskottet bör tillstyrka propositionen och avstyrka motionsyrkandena.

### **Socialutskottets ställningstagande**

För att bredda beslutsunderlaget inför beredningen av propositionen har utskottet anordnat en öppen utfrågning. En utskrift av utfrågningen finns i *bilaga 4* och *bilder i bilaga 5*. Vidare har utbildningsutskottet beretts tillfälle att avge yttrande. Yttrandet finns i *bilaga 3*.

En väl fungerande hälso- och sjukvård är av grundläggande betydelse för välfärden och människors trygghet. Den som behöver vård och omsorg ska kunna vara trygg i att den finns när man behöver den. Välfärden ska vara gemensamt finansierad och fördelas efter behov. Det är viktigt att patienternas valfrihet ökar och att personalens engagemang tas till vara.

Regeringens proposition innebär bl.a. att inskränkningarna i landstingens möjligheter att teckna avtal och överlåta driften av en viss verksamhet till någon annan tas bort. Utskottet välkomnar detta, då det möjliggör för större mångfald inom vården. En mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården kan stimulera utvecklingen av kostnadseffektiva lösningar, förbättrad tillgänglighet och valfrihet för medborgarna. Patienter får möjlighet att välja vårdgivare, personalen får fler arbetsgivare att välja emellan och konkurrensen stimulerar kvalitetsutveckling och nytänkande.

Utskottet ser även positivt på det slojade kravet att verksamheten ska drivas utan syfte att ge vinst. Vinst kan vara en av de drivkrafter som bidrar till utveckling och effektivitet, även inom vårdsektorn. Utskottet delar regeringens bedömning att vinstintresset som drivkraft inte kan hota landstingens möjligheter att erbjuda medborgarna en god hälso- och sjukvård på lika villkor.

När det gäller upphävandet av kravet att avtalen måste innehålla villkor om att vården uteslutande ska bedrivas med offentlig finansiering anser utskottet inte att det är motiverat att förbjuda privata eller ideella vårdgivare som arbetar med uppdrag från landsting att också ta emot patienter med privat sjukförsäkring. Utskottet välkomnar därför denna förändring.

Utskottet ställer sig även bakom avskaffandet av bestämmelsen att sjukvård som ges vid regionsjukhus eller en regionklinik inte får överlämnas till någon annan. Utskottet delar regeringens uppfattning att valet av driftsform för regionsjukhus inte är avgörande för att åstadkomma långsiktigt framgångsrik forskning. Viktigare är att det finns goda samverkansformer mellan universitet och sjukvårdshuvudmän.

Socialutskottet delar utbildningsutskottets ställningstagande att det är av stor betydelse att förutsättningarna för att bedriva högkvalitativ forskning och högskoleutbildning inom hälso- och sjukvården upprätthålls och utvecklas. Socialutskottet utgår från att förutsättningarna för forskning och utbildning beaktas om verksamhet överlämnas till privata företag. Socialutskottet vill även understryka betydelsen av att landsting som överlämnar verksamhet till privata företag samråder med berört universitet angående villkoren för forskning och högskoleutbildning inom hälso- och sjukvården.

Slutligen finns det enligt socialutskottet inte någon anledning att begränsa den kommunala självstyrelsen på det sätt som den nuvarande lagstiftningen gör, varför kravet att varje landsting ska bedriva verksamhet vid minst ett sjukhus bör avskaffas.

Utskottet delar regeringens bedömning att privata vårdgivare kan bidra till att minska vårdköerna, inte minst tack vare sin förmåga att organisera verksamheten effektivt. Landstingen ska säkerställa god vård med höga krav

på kvalitet och patientsäkerhet. För detta krävs tydliga förfrågningsunderlag och avtal med vårdgivaren. Det krävs också bättre förutsättningar för uppföljningar och kvalitetsjämförelser. Ersättningssystemen måste också utvecklas i sådan riktning att de ger incitament till god kvalitet på både kort och lång sikt.

Med det nu anförda tillstyrker utskottet förslaget till ändring i hälso- och sjukvårdslagen, och avstyrker motionerna So10 (v), So11 (s), So12 (s), So13 (s), So14 (s), So15 (mp) och So483 (s). Motionerna So318 (m) och So403 (m) får anses tillgodosedda.

## Reservationer

Utskottets förslag till riksdagsbeslut och ställningstaganden har föranlett följande reservationer. I rubriken anges vilken punkt i utskottets förslag till riksdagsbeslut som behandlas i avsnittet.

### **Driftsformer för sjukhus (s, v, mp)**

av Ylva Johansson (s), Christer Engelhardt (s), Lars U Granberg (s), Marina Pettersson (s), Lennart Axelsson (s), Elina Linna (v), Catharina Bråkenhielm (s) och Thomas Nihlén (mp).

#### *Förslag till riksdagsbeslut*

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut borde ha följande lydelse:

Riksdagen bifaller motionerna 2006/07:So10, 2006/07:So11, 2006/07:So12, 2006/07:So13, 2006/07:So14, 2006/07:So15 och 2006/07:So483 samt avslår proposition 2006/07:52 och motionerna 2006/07:So318 och 2006/07:So403.

#### *Ställningstagande*

Svensk sjukvård håller hög kvalitet och standard, den fördelas rättvist efter behov och till en jämförelsevis låg kostnad. Varje människa, oavsett bakgrund, kön eller inkomst, ska ha tillgång till de bästa behandlingsmetoderna. Det uppnås bäst om alla är med och betalar solidariskt för välfärden samtidigt som lagar och regler säkerställer rättvisa och patientsäkerhet. Sjukvården måste ha möjlighet inte bara att ge den bästa tillgängliga vården i dag utan även att genom forskning och utbildning kunna utveckla ny kunskap och nya behandlingsmetoder för att i framtiden kunna ge allt bättre och mer kvalificerad vård.

Vi anser att utvecklingen av sjukvården bör följa vissa viktiga principer:

- Sjukvården ska solidariskt finansieras via skattsedeln. Sjukvården ska ges tillräckliga resurser för att ingen ska behöva fundera på att skaffa sig en privat sjukvårdsförsäkring för att få vård av högsta kvalitet eller behandling inom rimlig tid.
- Den enskildes vårdbehov ska vara grunden för prioriteringar inom vården, inte betalningsförmågan. Endast de medicinska behoven ska styra prioriteringarna. Det ska därför inte vara möjligt att köpa sig före i den offentligt finansierade vården.
- Förutsättningar för forskning, utveckling och utbildning av högsta klass som kommer hela befolkningen till del ska säkerställas genom att universitetssjukhusen drivs i offentlig regi. Den mest högspecialiserade sjukvården och de stora investeringar som regionsjukvården repre-

senterar i form av kompetens, erfarenhet och utrustning kan inte upphandlas på någon marknad och ska inte överlåtas till något privat bolag. Utvecklingen av den högspecialiserade vården måste styras av vad som på lång sikt främjar det allmännas bästa.

- Entreprenörer finns i dag främst inom primärvården och de bidrar till att utveckla vården; någon systematisk kvalitetskillnad mellan privat driven eller landstingsdriven vård har inte kunnat påvisas. Det bör vara sjukvårdshuvudmannen som utifrån en kvalitetsbedömning avgör om och när det är lämpligt att lägga ut denna typ av vård på entreprenad.
- De ökade sjukvårdsbehoven och behandlingsmöjligheterna gör att alltmer av skattemedel bör satsas på sjukvården. Då är det viktigt att det finns regler som säkerställer en effektiv resursanvändning och säkerställer att skattemedel avsedda för sjukvård verkligen används till sjukvård.
- Merparten av sjukvården bör även i framtiden bedrivas i offentlig regi för att säkerställa viktiga principer för att de medicinska behoven ska styra prioriteringarna och för att säkerställa viktiga utvecklingsförutsättningar för sjukvården. Vi avvisar en sjukvård styrd av marknadens drivkrafter.

I syfte att säkerställa dessa principer införde den tidigare socialdemokratiska regeringen i samarbete med Vänsterpartiet och Miljöpartiet vissa nationella villkor för sjukhusens driftsformer. Dessa regler innebar följande:

- Det landsting som väljer att lägga ut ett eller flera sjukhus på entreprenad ska genom villkor med entreprenören säkerställa att personer med privata sjukvårdsförsäkringar eller privat betalning inte kan köpa sig bättre eller snabbare vård.
- Skattemedel avsedda för sjukvård ska användas till sjukvård. Ett sjukhus som drivs som entreprenad med offentlig finansiering ska återinvestera vinsten i verksamheten.
- Universitetssjukhusen har stor betydelse för hela landets högspecialiserade sjukvård och sjukvårdens forsknings- och utvecklingsmöjligheter. Regionsjukhus och regionkliniker får därför inte lämnas ut på entreprenad.
- För att säkerställa att alla medborgare ska ha tillgång till offentligt driven sjukhusvård måste varje landsting behålla minst ett sjukhus i egen regi.

I regeringens proposition föreslås att samtliga dessa regler avskaffas. Därmed öppnas för en uppdelning av patienterna i ett A- och ett B-lag, där de som har råd med en privat sjukvårdsförsäkring till sig själv eller sina barn får bättre eller snabbare vård medan andra svårt sjuka barn och vuxna får vänta längre. En sådan uppdelning är djupt orättvis och skadar tilltron till den offentliga sjukvården. Dessutom öppnas för en utförsäljning av univer-



sitetssjukhus till internationella börsbolag och riskkapitalister med oöverblickbara konsekvenser för vårt lands framtida möjligheter att säkerställa god vård till alla.

Vinstintresse i sjukhusvården kan enligt vår mening leda till att de mest lönsamma diagnoserna prioriteras och att man på olika sätt utnyttjar ersättningsystemet så att man maximerar sin vinst. Vinst eller överskott bör enligt vår mening användas för nya investeringar i och förbättringar av verksamheten. För oss handlar det om vad företaget gör med vinsten och vilken betydelse vinsten har i förhållande till annat. Det är de medicinska behoven som ska styra vården – inte vinstintresset. Annars riskerar den av riksdagen beslutade prioriteringsordningen att sättas ur spel och behovsstyrningen av vården att äventyras.

När det gäller utbildning och forskning anser vi, liksom bl.a. Karolinska Institutet, att det är oerhört viktigt med långsiktiga relationer mellan akademi och vårdgivare. Där är det helt andra tidsperspektiv än när man gör upp ett avtal för sjukvårdens bedrivande och när man gör upp olika kontrakt eller samverkansformer för utbildning och forskning. Vidare finns ett behov av en höggradig integrering av medicinsk utbildning, forskning och universitetssjukvård. Medicinsk forskning, en högkvalitativ utbildning och tillgången till läkare i hela landet är frågor som hör till det offentliga åtagande i ett nationellt perspektiv – dessa frågor kan inte enbart hanteras på landstings- och regionnivå.

Vi säger bestämt nej till regeringens förslag och föreslår att riksdagen avslår regeringens proposition 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus.

BILAGA 1

## Förteckning över behandlade förslag

### Propositionen

*Proposition 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus:*

Regeringen föreslår att riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

### Följdmotioner

*2006/07:So10 av Elina Linna m.fl. (v):*

Riksdagen avslår regeringens proposition 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus.

*2006/07:So11 av Ylva Johansson m.fl. (s):*

Riksdagen avslår regeringens proposition 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus.

*2006/07:So12 av Alf Eriksson m.fl. (s):*

Riksdagen avslår regeringens proposition 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus.

*2006/07:So13 av Ann-Christin Ahlberg m.fl. (s):*

Riksdagen avslår regeringens proposition 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus.

*2006/07:So14 av Björn von Sydow m.fl. (s):*

Riksdagen avslår proposition 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus.

*2006/07:So15 av Thomas Nihlén m.fl. (mp):*

Riksdagen avslår regeringens förslag enligt proposition 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus.

### Motioner från allmänna motionstiden hösten 2006

*2006/07:So318 av Göran Lindblad (m):*

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att främja ökad mångfald inom den svenska sjukvården.

*2006/07:So403 av Göran Lindblad (m):*

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att främja ökad mångfald inom den svenska sjukvården.

*2006/07:So483 av Christina Axelsson och Anders Ygeman (båda s):*

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att vidmakthålla den s.k. stopplagen för att förhindra utförsäljning av sjukhus.

BILAGA 2

## Regeringens lagförslag

## Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 3 och 5 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)<sup>1</sup> skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

3 §<sup>2</sup>

Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och skall därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

*Överlämnar landstinget enligt tredje stycket till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus, skall avtalet innehålla villkor om*

1. att verksamheten skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent, och
2. att vården skall bedrivas utslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter enligt 26 §.

*Uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett region-sjukhus eller en regionklinik får inte överlämnas till någon annan.*

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsat-

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2005:534.

ser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av Försäkringskassan eller länsarbetsnämnden. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

### 5 §<sup>3</sup>

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. *Varje landsting skall bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus utan att uppgift överlämnas enligt 3 § tredje och fjärde styckena.* Vård som ges under intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2007.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2005:534.

BILAGA 3

## Utbildningsutskottets yttrande 2006/07:UbU1y

### Driftsformer för sjukhus

---

#### Till socialutskottet

Socialutskottet har den 20 mars 2007 beslutat att bereda utbildningsutskottet tillfälle att avge yttrande över proposition 2006/07:52 *Driftsformer för sjukhus* jämte följdmotioner i de delar som berör utbildningsutskottets beredningsområde.

I yttrandet behandlas motionerna 2006/07:SoU10 (v), 2006/07:SoU11 (s), 2006/07:SoU12 (s), 2006/07:SoU13 (s), 2006/07:SoU14 (s) och 2006/07:SoU15 (mp). Utskottet avgränsar yttrandet till att avse regeringens lagförslag och dess inverkan på forskning och högre utbildning som bedrivs i anslutning till hälso- och sjukvården.

#### Forskning och utbildning inom hälso- och sjukvården

##### *Propositionen*

I propositionen lämnar regeringen förslag på lagändringar avseende driftsformer inom hälso- och sjukvården. Regeringen föreslår ett upphävande av bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om att landsting som överlämnar till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård vid ett sjukhus i avtalet ska ange villkor om att verksamheten ska drivas utan syfte att ge vinst och uteslutande bedrivs med offentlig finansiering och vårdavgifter. Vidare föreslås ett upphävande av bestämmelsen om att drift av hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte får överlämnas till någon annan. I propositionen föreslås också att bestämmelserna om att varje landsting ska bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus utan att uppgift överlämnas till någon annan ska avskaffas.

I propositionen framhåller regeringen att valet av driftsform för region-sjukhus inte är avgörande för en långsiktigt framgångsrik forskningsverksamhet inom hälso- och sjukvården. Mer betydelsefullt är goda samverkansformer mellan universitet och sjukvårdshuvudmän (propositionen s. 12). Regeringen anser vidare att det vid överlämnandet av verksamhet på entreprenad är av största vikt att förutsättningarna för forskning och utbildning

säkras. Det är därför angeläget att landstingen, i samband med överlämnandet av verksamhet vid sjukhus, under överenskomna former samråder med berört universitet (s. 13).

### *Motioner*

Socialdemokraterna menar i motion 2006/07:SoU11 att forskning och utbildning vid universitetssjukhusen bör säkerställas genom att verksamheten bedrivs i offentlig regi. Man menar också att den högspecialiserade vården är forskningsintensiv och bör styras av vad som på lång sikt främjar allmänintresset och inte vad som i ett kortare perspektiv framstår som ekonomiskt fördelaktigt.

Enligt motion 2006/07:SoU14 (s) finns det risk för att privata vårdgivare inte kommer att intressera sig för arbetsuppgifter som är kommersiellt ointressanta, bl.a. utbildning och forskning. Motionärerna menar vidare att de svenska universitetssjukhusen har en särställning när det gäller att utveckla nya behandlingsmetoder och läkemedel. De utgör den centrala delen i ett innovationssystem som kännetecknas av ett nära samarbete mellan sjukvård, forskning och industri som har mycket stor betydelse för svensk tillväxt och sysselsättning.

Vänsterpartiet skriver i motion 2006/07:SoU10 att propositionens förslag på sikt kan hota både forskning och utbildning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Man hänvisar till Karolinska Institutets remissvar som uttrycker tveksamhet till att privata vårdgivare kommer att intressera sig för forskning och utbildning.

Miljöpartiet menar i motion 2006/07:SoU15 att ett viktigt skäl till att inte tillåta att verksamhet vid regionsjukhus överlämnas till privata entreprenörer är deras koppling till forskning och utbildning. Regionsjukhusen har ett särskilt förhållande till staten genom att läkarnas grundutbildning sker i nära samverkan med universiteten och genom att en stor del av forskningen bedrivs där. Medicinsk forskning och utbildning samt tillgång till läkare i hela landet är dock nationella angelägenheter som inte bör hantearas enbart på landstings- eller regionnivå. Vidare befarar Miljöpartiet att propositionens förslag kan leda till att verksamheten vid regionsjukhusen splittras och drivs av ett flertal entreprenörer. Även detta skulle försvåra en långsiktig forsknings- och utbildningsverksamhet.

Motionerna 2006/07:SoU12 (s) och 2006/07:SoU13 (s) berör inte hur propositionens förslag kan påverka forskning och utbildning inom hälso- och sjukvårdsområdet.

### *Utbildningsutskottets bedömning*

Samverkan mellan lärosäten och vårdgivare är av stor betydelse för forskning och högskoleutbildning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Betydelsen av samverkan inom dessa områden uttrycks även i lagstiftning och i avtal.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (26 b §) ska landstingen och kommunerna medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt och folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen och kommunerna ska i den omfattning som behövs samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor.

Även läkares rätt till allmän- och specialiseringstjänstgöring uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen (15 §). I landstingen ska finnas möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring i sådan omfattning att alla läkare som avlagt läkarexamen och läkare med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation som läkare. I landstingen ska det också finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

De övergripande formerna för samverkan mellan staten och vissa landsting (regioner) gällande grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling regleras i det s.k. ALF-avtal som gäller fr.o.m. 2004. I avtalet regleras landstingens ersättning från staten för åtagandena att medverka i läkarutbildning och kliniskt inriktad medicinsk forskning. Av ALF-avtalet framgår även att respektive landsting och universitet för samverkan och beredning ska bilda ett gemensamt ledningsorgan. I detta organ är landstingets och universitetets ledningsnivåer representerade och verkar på jämbördiga villkor. Ledningsorganet beslutar bl.a. om hur samarbetsorganisationen på underordnade nivåer ska utformas.

Det centrala ALF-avtalet kompletteras av regionala avtal mellan berörda landsting (regioner) och universitet. I dessa regleras bl.a. vilka enheter inom landstingets vårdorganisation som ska bedriva utbildning, forskning och utveckling. Även prioriteringar och fördelning av resurser avtalas regionalt.

Samverkan mellan staten och landstingen gällande utbildningar inom vårdområdet regleras i en principöverenskommelse som träffades mellan staten och Landstingsförbundet år 2001. Överenskommelsen godkändes av riksdagen (bet. 2000/01:UbU17). Enligt överenskommelsen ska landstingen erbjuda platser för klinisk praktik inom ramen för vissa högskoleutbildningar. Parterna var också överens om betydelsen av samverkan mellan högskola och vårdgivare för utveckling av den kliniska praktiken inom vårdutbildningarna.

Angående klinisk forskning vill utskottet påpeka att regeringen nyligen beslutat att utse en utredare som fått i uppdrag att utreda den kliniska forskningens situation med beaktande av såväl hälso- och sjukvårdens som forskningens behov och villkor (dir. 2007:39). I utredarens uppdrag ingår att beskriva organisatoriska frågor, resurstilldelning samt forskningens kvalitet. Utredaren ska även belysa företagets förutsättningar att genomföra kliniska prövningar i Sverige. Med utgångspunkt från dessa beskrivningar ska utredaren lämna förslag till åtgärder för att stärka den kliniska forsk-



ningen. Utredaren ska redovisa uppdraget slutligt senast den 31 mars 2009. Ett delbetänkande som omfattar åtgärdsplanen ska lämnas senast den 15 februari 2008. Regeringens målsättning är att den forskningspolitiska proposition som planeras till hösten 2008 ska innehålla åtgärdsförslag gällande den kliniska forskningen.

Regeringen har även beslutat att inrätta en särskild delegation som ska utgöra ett samtalsforum gällande klinisk forskning. Delegationen ska bestå av representanter för Sveriges Kommuner och Landsting, enskilda landsting, universiteten, Vetenskapsrådet, Vinnova samt näringslivet. Delegationen förfogar över 30 miljoner kronor under en treårsperiod för bl.a. samverkansprojekt och informationsinsatser.

Utbildningsutskottet anser det vara att stor betydelse att förutsättningarna för att bedriva högkvalitativ forskning och högskoleutbildning inom hälso- och sjukvården upprätthålls och utvecklas. Utbildningsutskottet delar inte motionärernas uppfattningar om att propositionens förslag kommer att inverka negativt på dessa verksamheter. Utskottet utgår från att förutsättningarna för forskning och utbildning beaktas om verksamhet överlämnas till privata företag. Liksom regeringen vill därför utskottet understyrka betydelsen av att landsting som överlämnar verksamhet till privata företag samråder med berört universitet angående villkoren för forskning och högskoleutbildning inom hälso- och sjukvården.

Med hänvisning till vad som här anförts anser utbildningsutskottet att socialutskottet bör tillstyrka propositionen och avstyrka motionsyrkandena.

Stockholm den 27 mars 2007

På utbildningsutskottets vägnar

*Sofia Larsen*

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Sofia Larsen (c), Marie Granlund (s), Margareta Pålsson (m), Mats Gerdau (m), Mikael Damberg (s), Gustav Blix (m), Ulf Nilsson (fp), Louise Malmström (s), Betty Malmberg (m), Ibrahim Baylan (s), Gunilla Tjernberg (kd), Lars Hjalmered (m), Rossana Dinamarca (v), Peter Hultqvist (s), Ulrika Carlsson i Skövde (c), Mats Pertoft (mp) och Magdalena Streijffert (s).

## Avvikande mening

### **Forskning och högskoleutbildning inom hälso- och sjukvården (s, v, mp)**

Marie Granlund (s), Mikael Damberg (s), Louise Malmström (s), Ibrahim Baylan (s), Rossana Dinamarca (v), Peter Hultqvist (s), Mats Pertoft (mp) och Magdalena Strojffert (s) anför:

Socialdemokraterna, Miljöpartiet och Vänsterpartiet avvisar regeringens förslag om att öppna för privatisering av universitetssjukhusen. Förslaget innebär ett hot inte bara mot medborgarnas förutsättningar att få vård på lika villkor utan också ett hot mot den medicinska forskningen och utbildningen samt sjukvårdens långsiktiga utveckling i Sverige. Det är anmärkningsvärt att propositionen inte ens behandlar frågan om hur forskning och utbildning kan komma att påverkas.

Universitetssjukhusen har en betydelse långt bortom den primära uppgiften att bota och lindra sjukdom. De spelar en central roll i samarbete mellan sjukvård, forskning och industri. Forskningstraditionen i Sverige är stark och hävdar sig väl internationellt. Det har medfört att Sverige är bra på att snabbt få ut forskningsresultat i vården som kan leda till nya behandlingsmetoder och läkemedel. Den biomedicinska sektorn är en viktig del av svenskt näringsliv i dag och bidrar till sysselsättning och tillväxt. Sverige exporterar i dag läkemedel för 60 miljarder kronor per år. Det är en bransch som bedöms ha stor utvecklingspotential samtidigt som den globala konkurrensen ökar. Därför behöver Sverige utöka och förbättra möjligheterna för forskning. För att lyckas med utbildning och forskning måste relationerna mellan akademi och vårdgivare vara långsiktiga. Det handlar om helt andra tidsperspektiv än kontrakt eller samverkansformer för sjukvård. Genom att öppna för utförsäljningen av universitetssjukhusen försämrar förutsättningarna för att bedriva konkurrenskraftig medicinsk utbildning och forskning i vårt land.

I Karolinska Institutets yttrande över promemorian Driftsformer för sjukhus skriver man att en sammanhållen universitetssjukvård är nödvändig för att säkerställa en internationellt högklassig forskning, utbildning och en fortsatt utveckling av nya läkemedel och nya behandlingsmetoder. Karolinska Institutet är i detta sammanhang en mycket viktig remissinstans. Regeringen borde ta KI:s åsikter i beaktande innan den fattar ett kortsiktigt beslut som kan få stora konsekvenser.

Sveriges universitetssjukhus är fortsatt viktiga för att skapa goda förutsättningar för den medicinska forskningen och utbildningen eftersom verksamheten bygger på långsiktiga relationer mellan akademi och vårdgivare liksom en nära samverkan. Om delar av universitetssjukvården läggs ut på entreprenad försvinner den sammanhållna universitetssjukvården. Erfarenheterna från Stockholms läns landsting som har en stor del av sin sjukvård

ute på entreprenad är enligt Karolinska Institutet att de privata entreprenörerna varit ovilliga att ta emot studenter för klinisk utbildning. Svensk sjukvård är beroende av att studenter får ordentlig praktik och att forskningsprojekt kan samla in data och prover från patienter. Sverige behöver utvidga och utveckla läkarutbildningen, inte försämra den genom att riskera sämre praktik. Detsamma gäller blivande sjuksköterskor, psykologer, sjukgymnaster m.m. som alla behöver kvalificerad handledning och allsidig klinisk praktik.

Universitetssjukhusen ska inte styckas av och bli "vårdgallerior" med olika aktörer för varje specialitet. Förutsättningarna att bedriva konkurrenskraftig medicinsk utbildning och forskning är viktigare än en ideologiskt driven privatisering. Därför bör universitetssjukhusen även i fortsättningen bedrivas i offentlig regi och dagens lagstiftning vara kvar.

Mot bakgrund av ovanstående anser vi att socialutskottet bör tillstyrka motionerna 2006/07:So10 (v), 2006/07:So11 (s), 2006/07:So12 (s), 2006/07:So13 (s), 2006/07:So14 (s) och 2006/07:So15 (mp) samt avstyrka propositionen.

BILAGA 4

## Socialutskottets offentliga utfrågning på temat mångfald i vården

Torsdagen den 15 mars kl. 8.45–11.45.

### **Deltagande inbjudna:**

Johan Calltorp, professor (internationell utblick)

### **Socialstyrelsen**

Kjell Asplund, generaldirektör

### **Konkurrensverket**

Claes Norgren, generaldirektör

Kristian Viidas, konkurrensakkunnig

### **Statskontoret**

Magnus Svantesson, organisationsdirektör

### **Vårdföretagarna**

Gösta Jedberger, ordförande

Peter Seger, vice ordförande

### **Karolinska Institutet**

Anders Hamsten, professor

Bengt Norrving, administrativ direktör

Radmila Micic, FoU-handläggare

### **Sveriges Kommuner och Landsting**

Roger Molin, biträdande avdelningschef

### **PRO**

Lars Wettergren, ordförande

Anders Teljebäck, förbundssekreterare

Håkan Walander, sakkunnig

### **SPF**

Mats Bergström, t.f. ordförande

Gunnar Degerman, omvärldsanalytiker

### **Sveriges Läkarförbund**

Catarina Andersson Forsman, verkställande direktör

Kåre Jansson, utredningschef

Susann Asplund Johansson, utredare

### **Vårdförbundet**

Eva Lisa Krabbe, förbundssekreterare

Kristina Malm Janson, samordnare

### **Kommunal**

Rolf Andersson, utredningschef

### **Socialdepartementet**

Karin Johansson, statssekreterare

Ulrica Sundholm, politiskt sakkunnig

Mats Nilsson, ämnesråd

### **Från socialutskottet deltog:**

Kenneth Johansson (c), ordförande

Ylva Johansson (s), vice ordförande

Cecilia Widegren (m)

Magdalena Andersson (m)

Christer Engelhardt (s)

Marianne Kierkemann (m)

Lars U Granberg (s)

Marina Pettersson (s)

Jan R Andersson (m)

Lennart Axelsson (s)

Chatrine Pålsson Ahlgren (kd)

Margareta B Kjellin (m)

Elina Linna (v)

Catharina Bråkenhielm (s)

Lars-Ivar Ericson (c)

Thomas Nihlén (mp)

Finn Bengtsson (m)

Per Svedberg (s)

Lennart Levi (c)

Barbro Westerholm (fp)

Eva Olofsson (v)

Maria Lundqvist-Brömster (fp)

Utfrågningen ägde rum i Förstakammarsalen.

*Ordföranden:* Jag vill hälsa er hjärtligt välkomna till den öppna utfrågningen. Jag heter Kenneth Johansson och är ordförande i socialutskottet. Med mig i presidiet har jag vice ordförande i utskottet Ylva Johansson och kanslichef Monica Dohnhammar.

Vi har valt att inbjuda till utfrågningen på temat mångfald i vården. Det är ett aktuellt ämne med frågeställningar som engagerar där åsikter bryts och som också enligt min mening i vissa delar har ideologiska utgångspunkter.

Jag vill säga välkommen till er som bjudits in för att delge oss synpunkter och ge oss kunskaper, till socialutskottets ledamöter och personal, övriga i riksdagen och åhörare som ska delta i aktiviteten här i riksdagens förstakammarsal.

Jag vill också säga välkommen till er som följer utfrågningen via tv-sändning. Det är en tv-sändning som spelas in och kommer att sändas från kl. 13.00 i dag torsdag.

Jag är säker på att vi kommer att få en intressant och värdefull förmiddag som syftar till att bredda beslutsunderlaget inför utskottets beredning av regeringens proposition 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus.

Jag tror att de flesta i vårt land skriver under på att vi kan erbjuda en mycket bra hälso- och sjukvård med hög kompetens och stort engagemang bland personalen. Vi är nog också helt överens om att vi står inför ett antal utmaningar.

Hur ska vi klara växande anspråk på hälso- och sjukvård när till allas glädje nya möjligheter ges att hjälpa sjuka människor?

Hur ska vi förbättra tillgängligheten? Hur ska vi kunna erbjuda möjligheter för personal och andra som vill och kan vara med att utveckla vården och få en diskussion om hur vården ska se ut, där självfallet den enskilda patienten alltid ska vara i centrum?

Vad händer i vår omvärld i de här frågorna? Hur påverkas vi av utvecklingen i våra grannländer och i Europa?

Den tidigare riksdagsmajoriteten införde för några år sedan vissa begränsningar i landstingens möjligheter att lämna över driften av regionsjukhus, regionkliniker och övriga sjukhus. Alliansregeringen har nu föreslagit att upphäva begränsningarna i syfte att inom en solidariskt finansierad vård stimulera fler vårdgivare.

För framför allt de som tar del av utfrågningen via tv-sändningen vill jag citera den mycket korta sammanfattning som finns av den proposition som nu ligger på riksdagens bord: "Landstingen skall kunna sluta avtal om driften av sjukhus utan krav på att avtalen innehåller villkor om att verksamheten skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent. Avtalen skall inte heller behöva innehålla villkor om att vården skall bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter. Vidare skall landstingen kunna överlämna driften av regionsjukhus och

regionkliniker till någon annan. I propositionen föreslås även att det nuvarande kravet på att bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus i offentlig regi upphävs. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2007.”

Det är underlaget. Det vi har anledning att diskutera är vilka regleringar som kan behövas och hur de ska se ut. Även om vi sannolikt i riksdagsbehandlingen kanske inte kommer överens i alla delar är min övertygelse att vi är helt överens om att demokratiska beslut ska fattas på bästa tänkbara beslutsunderlag. Av den anledningen har vi bjudit in på bredden för att få ett stöd i det arbetet.

Med det är vi redo att börja med utfrågningen. Först ut är professor Johan Calltorp som har lovat att ge oss en internationell omvärldsbevakning. Varsågod.

*Johan Calltorp:* Jag ska göra ett nedslag bland internationella modeller som har betydelse för den fråga som diskuteras. Jag ska snabbt peka på några länder av intresse och sedan försöka dra några av de slutsatser som belyser den fråga som ligger på bordet. Det är mycket man kan ta upp. Jag kommer att hoppa över en del detaljer. Det finns i det utdelade materialet (*bild 1*).

När man ser på sjukvårdssystem och sättet att finansiera dem handlar det väsentligen om skatt och försäkring eller egenavgifter. Det handlar också om organisering, vem som är vårdgivare och hur vården ser ut ur patientens synpunkt. Det gäller kvalitet, resultat, tillgänglighet och rättvisa (*bild 2*).

Vårdsystemets olika utseende i olika länder beror på att vården är starkt präglad av kultur, tradition, sociala förhållanden och ekonomiskt system. Det är också väldigt viktigt med det som här kallas tredjepartsproblemet. Det är patienten som söker vården, men det är en tredje part som betalar via en skatt eller en försäkring.

Den parten vill och behöver ha kontroll över resultat, kvalitet, kostnader, vårdutnyttjande och resursfördelning. Varje sjukvårdssystem har en begränsad ram. Resursutnyttjande, vårdutnyttjande och resultat måste balanseras och optimeras.

Man brukar kalla det järntriangeln. Det är ofrånkomliga samband som ger gränser som sjukvårdssystemet måste hålla sig inom. De innehåller också det ofrånkomliga faktum att vården alltid ges inom en begränsad ram. Vi måste hela tiden hushålla med resurserna. Vi måste länka resursåtgång till resultat. Att öka vårdens resurser är aldrig ett självändamål. Rättvisa, lika tillgång och rimliga vårdresultat är frågor som följer. De är nära kopplade till frågorna om effektivitet och resursutnyttjande (*bild 3*).

Svensk sjukvård har utgjort något av en modell i ett internationellt perspektiv med en helt dominerande del med offentlig finansiering och utförande av vårdgivare. En del har kallat det en monolit i förhållande till sjukvården i USA som man kan beskriva som den andra extremen med de andra någonstans däremellan (*bild 4*).

De nordiska grannländerna liknar svensk sjukvård på grund av den grundläggande värde modellen i länderna. Jag går därför vidare till den mellaneuropeiska modellen, Bismarckmodellen, för finansiering. Det är obligatoriska försäkringsmodeller kontra Beveridge modellen med skattefinansierade system (*bild 5*).

Det är framför allt Storbritannien och de nordiska länderna som har system som kan kallas Beveridge system. Bismarckmodellen finns i Tyskland, Österrike, Holland, Belgien och Frankrike.

En viktig punkt som man ska peka på när det gäller mellaneuropeiska sjukvårdssystem är mångfalden av vårdgivare. Traditionellt är det lokalt förankrade ideella eller religiösa huvudmän för sjukhus och ett mindre antal vinstdrivande större vårdföretag, även om de är på frammarsch.

Nederländerna utgör ett intressant exempel på en sjukvård som ingår i en välfärdmodell med solidarisk finansiering med vård på lika villkor (*bild 6*). Det är välfärd som kan mätas i omfattning med de nordiska ländernas. Välfärdsarrangemangen är dock till stor del skapade på andra sätt än i den svenska modellen.

Systemet bygger på en uttalad solidarisk finansiering och vård på lika villkor. Inom en reglerad försäkringslösning får vinstgivande och inte vinstgivande försäkringsinstitutioner konkurrera om medborgarnas anslutning. Försäkringsbolagen låter i sin tur producenter konkurrera, och de kan vara både vinstdrivande och inte vinstdrivande.

Åtagandet, vad som ska ingå i försäkringen, definieras nationellt av regeringen i samarbete med försäkringsinstitutionerna. Även om det finns renodlade vinstdrivande vårdföretag i Holland präglas vården fortfarande av att vårdgivarna baseras på lokala intressen utifrån religiös och ideell grund.

Sjukvårdsmodellen utgör ett intressant exempel på ett försök att kombinera konkurrens och marknadstänkande med solidaritet och rättvisa och en heltäckande vård.

National Health Service i Storbritannien är ganska välkänt för oss och en ofta använd modell (*bild 7*). Det är ett enhetligt offentligt finansierat sjukvårdssystem. Det saknar valda politiska lokala företrädare och har inte heller lokal skattefinansiering som i Sverige.

Den interna marknadens mekanismer har under den senaste tioårsperioden använts för att öka mångfald och mycket kontraktsvård för till exempel kösatsningar. 15 procent av vårdvolymen är privat finansierad och utförd. Den privata vården täcker sådant som också ingår i NHS åtagande. Läkarna arbetar både i den offentliga och i den privata delen av vården.

Jag ska ta upp några aspekter på USA:s sjukvård (*bild 8*). 16 procent av BNP går till vården. Det beräknas bli 20 procent år 2018 med dagens ökningstakt. Det är trots att USA har en yngre – man ska inte skämta och säga tyngre – befolkning än Sverige. Men det är en oroande ekonomisk utveckling.



Vi vet alla att det inte finns någon mekanism i det landet som ger alla invånare tillgång till vården. Ungefär 48 miljoner amerikaner saknar försäkringsskydd. Det är oroande att en större andel yrkesarbetande personer förlorar det när de till exempel ska förnya sin sjukförsäkring. Även om de har ett jobb kan de ha en cancerdiagnos.

De integrerade vårdsystemen är fortfarande sällsynta. Det är ofta dem vi tittar på och det är dem vi kan lära oss av. Kaiser, Veterans Administration och Intermountain Healthcare känner många här till.

Det är fortfarande lågt genomslag för kvalitets-, effektivitets- och styrningsmetoder i USA:s sjukvård. Jag skulle vilja säga att det är ett laboratorium för att studera avgränsade innovationer och utveckling.

En speciell fråga om har tilldragit sig väldigt stort intresse är *for profit* och *not for profit* i USA:s sjukvård (bild 8–9). Det utgår från sättet som företagen skaffar sig kapital liksom att *not for profit*-företagen är skattebefriade när det gäller skatt på både sina tillgångar och sina intäkter. I gengäld ska de betala en service till det lokala samhället.

Det finns många studier av det. Jag går inte in i detaljerna. Det finns goda översikter och en hänvisning till forskaren Bradford Grey, som jag tycker har en balanserad syn på det hela. Vi kan lära en del av det. Men kom ihåg att det är företeelser som existerar just i den ram som USA-sjukvården utgör.

Det finns ytterligare några slutsatser utifrån USA:s sjukvård. Den visar att ekonomiska incitament är kraftfulla. Man kan säga att USA-vården visar dem i full effekt. En så pass långt gången marknadsstyrning av vården som USA har medför påtagliga problem socialt och etiskt. Vi ser kanske en kommersialisering av delar av den.

*For profit*-intressena är också påtagligt högröstade i debatten och *not for profit* börjar ifrågasättas. Vårdforskarna i USA sysslar framför allt med att se på vilken mix mellan *for profit* och *not for profit* som man ska kunna se.

Om man går över gränsen norrut och ser på den kanadensiska sjukvården är det en intressant kontrast till USA:s. Det är en marknadsekonomi på samma sätt men med ett utpräglat socialt tänkande och rättvisetänkande applicerat på vården på ett likartat sätt som i Sverige. Det är en kostnadsnivå på ungefär 10½ procent av BNP.

Vården är provinsbaserad med en stark självständighet. Det är skattefinansierad vård och också en uttalad politisk styrning av vården. Det finns ett betydande inslag av privata vårdgivare. Det är prestations- och avtalsbaserade ersättningssystem för flertalet läkare, som är egna yrkesutövare.

Vårdorganisationen liknar också väldigt mycket den svenska och har strukturomvandlats på senare tid ungefär som den svenska. Det är en blygsam närvaro av *for profit*-företag även om de nordamerikanska eller USA-baserade företagen naturligtvis gärna vill penetrera marknaden.

Provinserna är mycket självständiga inom ramen för det som kallas Canada Health Act (*bild 11–12*). Man har beskrivit vad den skattefinansierade vården i Kanada ska täcka. Det fungerar så att man beskriver det nödvändiga vårdutbudet. Det beskrivs i diagnos- och åtgärdstermer och definieras för varje provins. Det är en ram. Man får inte betala privat, vare sig genom försäkring eller privat till läkarna, för det nödvändiga vårdutbud som ges inom det offentliga systemet. En del är utanför. Det är läkemedel, hemsjukvård och gymnastik.

Det finns en stark debatt om detta. Men det är en uppslutning kring systemet. Läkarna måste välja att arbeta antingen i det offentliga eller helt utanför. Ytterst få väljer att arbeta helt utanför. Man skulle kunna uttrycka det som att gränslinjen mellan det offentligt finansierade vårdutbudet uttryckt i diagnostermer och vad som ligger utanför har gjorts väldigt tydlig.

Det finns några slutsatser för Sverige (*bild 13*). Finansiering, organisation, kvalitetskontroll och tillsyn är tre olika dimensioner av vårt sjukvårdssystem. De kan stå i relation till varandra på olika sätt, och ett lands system är präglad av kultur, tradition och så vidare.

I många länder förekommer en gemensam vårdfinansiering som är skatte- eller försäkringsbaserad kombinerat med en större mångfald av vårdgivare än vad vi har i Sverige för närvarande. En precisering av vårdutbudet kopplad till en bestämd finansiering anser många vara en förutsättning för kostnadskontroll, effektivitet och rättvisa (*bild 14–15*).

En framgångsrik styrning av vården kräver en stor bredd av kunskaper och färdigheter hos den funktion som har hand om finansiering, formulerar uppdrag och sluter avtal (*bild 16*). I Sverige har det kallats beställarkompetens. Den är endast delvis utvecklad och måste byggas ut påtagligt för att motsvara framtidens vårdkrav och ett nytt vårdssystem. Tack.

*Kjell Asplund, Socialstyrelsen:* För oss på Socialstyrelsen är det som står i centrum kvaliteten i vården och att patienterna inte ska fara illa och skadas i vården.

Vi utgår från konceptet ”God vård” där vi definierar kvaliteten mycket brett (*bild 17*). Det som görs inom hälso- och sjukvården ska för det första vara kunskapsbaserat och ändamålsenligt, för det andra vara säkert, för det tredje ges inom rimlig tid och för det fjärde vara rättvist fördelat.

Det ska vara patientfokuserat, och inte framför allt för huvudmännens bästa eller för professionernas bästa utan för patientens bästa. Det ska vara effektivt. Man ska utnyttja de begränsade resurser man har på ett optimalt sätt.

Det är vad vi utgår ifrån. Det är det centrala när vi uttalar oss om framtiden i sjukvården. Vi har tidigare i vårt remissvar på den lag som nu gäller och det nuvarande förslaget inte tagit ställning till vem som ska utföra vården. I stället har vi betonat dessa aspekter. Vare sig det är privat eller offentligt driven vård måste man tillgodose kvalitetskraven.

Vi försöker att inte se så mycket till synpunkter utan till fakta. Vi har väldigt lite att komma med när det gäller jämförelser inom Sverige. Vi har ett akutsjukhus, S:t Görans sjukhus.

Jag ska bara göra ett nedslag i akutvården (*bild 18*). Stroke står för de flesta vårddagarna på svenska sjukhus av somatiska sjukdomar. Man kan titta på några centrala utfallsmått.

Det viktigaste i kvalitetsregistret är den andel som är oberoende av andra för sitt dagliga liv tre månader efter insjuknandet. Där ligger S:t Görans sjukhus på plats 23 av de 80 som finns, det vill säga en mellanposition. När det gäller andelen som är nöjda med sjukhusvården ligger det på plats 64 av 80 där 1 är bäst och 80 sämst. Tittar man på andra saker som livskvalitet och sådant intar S:t Görans sjukhus också en mellanposition.

Vi har lite mer data när det gäller elektiva operationer, det vill säga operationer som inte utförs akut. Det här är ur ett av de största kvalitetsregistren som handlar om höftledsproteser (*bild 19*). Ett problem är att de flesta privata verksamheter har varit i gång så pass kort tid att man inte har kunnat göra riktiga långtidsuppföljningar.

Det finns i varje fall från sex privatsjukhus data från fem år efter att proteserna har satts in. Det vi har som kvalitetsmått är hur proteserna överlever, det vill säga att de inte har behövt ersättas.

Det man slås av är att det går väldigt bra för svenska patienter i allmänhet men att det finns rätt betydande variationer mellan sjukhusen där privatsjukhusen är fördelade precis som de andra sjukhusen över landet (*bild 20*). Det är så långt vi har om sjukhusvårdens kvalitet.

Nu finns det andra delar av sjukvården som drivs i privat regi i högre utsträckning. Det är primärvården där inemot hälften i Västmanland och Stockholm är lagd på privat entreprenad, en fjärdedel i Skåne, och sedan varierar det mellan 5 och 15 procent i de flesta andra landsting.

Det finns en del data om primärvårdens volym. Men det finns väldigt lite om kvaliteten i primärvården. Det är ännu väldigt få av våra kvalitetsregister som kan belysa kvalitetsskillnader. Det handlar om enstaka nedslag.

Det här är från en relativt färsk rapport om läkemedelskonsumtionen i landet. Vi gjorde fördjupade studier kring depressionsbehandlingen (*bild 21*).

Vi kartlade om man har tillgång till samtalsbehandling via kurator eller psykolog vid vårdcentralen. Det är precis samma mönster för de offentligt drivna som de privat drivna vårdcentralerna.

Det handlar sedan om patienternas helhetsintryck (*bild 22*). Tyvärr tillät inte data att vi kunde dela upp det på offentligt och privat drivna vårdcentraler. Här är det vårdcentraler sammantaget till vänster och privatläkare. Många av dem är specialister i psykiatri.

Det är ett mönster där fler patienter har ett positivt helhetsintryck om de har gått hos privatläkare än på vårdcentraler. Det är ett mönster som man allmänt ser mellan primärvård och specialistvård.

Vilka erfarenheter har vi från vår tillsyn (*bild 23*)? Jag har intervjuat en del på vår tillsynsavdelning. Det gemensamma mönstret är att det inte finns några systematiska skillnader mellan privat och offentligt driven sjukvård. Det finns problem på båda ställen.

Det finns några observandum som man kanske skulle kunna göra. Ett är när man byter utförare. Det stora ärendet vi har är Västmanland. Där bytte man mellan två privata utförare, Praktikertjänst och Carema. Där fanns en rad problem som uppstod därför att man inte hade planerat övergången tillräckligt omsorgsfullt.

Det finns enstaka problem vid nyetableringar. När det gäller verksamheten i Stockholm med utländska tandläkare fanns det problem i början med journaler och dokumentation. Det rättades snabbt till. Vi såg inga kvalitetsproblem i själva tandläkararbetet.

Det förekommer framför allt i storstäderna enstaka privatpraktiker med ensamföretag som har överföreskrivning av läkemedel. Det är ett välkänt problem sedan länge tillbaka.

Man ser framför allt i äldrevården och missbruksvården, nu talar vi om hälso- och sjukvårdsdelen av den, en stor spännvidd i de privata verksamheterna. Många har väldigt bra kvalitet. Men det finns också ett antal bottennapp.

Vi har gjort en fördjupad jämförelse när det gäller processen för sjukskrivningar, som är ett problem (*bild 24*). Vi har haft tillsyn av vårdcentraler, företagshälsovård och privatläkarmottagningar. Vi har framför allt tittat på allmänläkare, ortopedier och psykiatriker, som står för de flesta sjukskrivningarna. Där ser vi ingen skillnad mellan vårdcentraler och privatläkarmottagningar. Det finns samma ganska stora brister på båda håll.

Inom ett område fanns en skillnad. Det gäller sjukskrivning utan personligt besök, alltså via telefon eller brev. En tredjedel av vårdcentralerna sade att det förekom ofta. Det var en klart mindre andel på privatmottagningarna.

Däremot tycker vi att det är en fördel vid rehabilitering av långtidssjukskrivna att man har tillgång till team med sjukgymnaster, kuratorer och psykologer, det vill säga ett multidisciplinärt team. Där hade privatläkarna inte samma tillgång som vårdcentralerna.

Vad måste man utifrån vårt perspektiv värna om särskilt när man för över mellan olika utförare av hälso- och sjukvården (*bild 25*)? Det kan också gälla mellan privata utförare, som vi såg i exemplet med Västmanland. Där kritiserade vi landstinget mycket hårt.

Man gjorde en strikt upphandling enligt lagen om offentlig upphandling. Men det gick för fort. Det fanns inget riktigt utrymme för planering och för någon riskanalys i överföringen. Det blev en massa tjafs om vem som rådde om journalerna. Var det de som jobbade inom Praktikertjänst eller var det landstinget? En del tycker att det finns ett substansvärde i de här journalerna som man ska kunna sälja till den nye utföraren.

Undervisning och forskning måste man värna om. Jag vet att Anders Hamsten från KI kommer att ta upp det mer i detalj. Jag vet också vad som stod i Karolinska Institutets remissvar, och jag tror inte att vi har några särskiljande åsikter där.

Krisberedskap är ett annat område som vi pekar på. Det är inte lönsamt att ha saneringsutrustning för stora giftolyckor stående på akuten år ut och år in, men den måste finnas. Man måste värna om det också.

Smittskyddet är ett annat område som man inte direkt kan tjäna pengar på, utan man måste värna det i särskild ordning när man skriver avtal.

Slutligen måste man värna om att alla, vare sig det är offentliga eller privata vårdgivare, verkligen rapporterar till kvalitetsregistren så att man har en möjlighet att följa upp kvaliteten. Det är också en uppmaning till oss på Socialstyrelsen att vi, om det blir mer mångfald i vården, måste kunna följa upp kvaliteten hos de olika utövarna – allt för att säkra kvaliteten, allt för att patienter inte ska komma till skada.

*Claes Norgren, Konkurrensverket:* Tack för möjligheten att komma till den här utfrågningen. Jag tänkte lämna lite perspektiv på de här frågorna sett just till det som är vår uppgift, nämligen att se på hur marknader kan fungera väl och vad konkurrens som ett instrument kan bidra till i diskussionen. Jag kommer naturligtvis inte att gå in på de medicinska och andra övervägandena här.

Vi har från Konkurrensverket tidigare sagt att vi inte tyckte att det fanns anledning att ha restriktioner på att överlåta ansvaret för drift av hälso- och sjukvård som ges vid sjukhus till aktörer som driver verksamhet i vinstsyfte. Vår analys var att genom att minska valfriheten för sjukvårdshuvudmännen begränsar man konkurrensen, vilket har konsekvenser. De konsekvenserna har att göra med de allmänna ekonomiska effekterna av det hela, men inte minst för dem som konsumerar vårdtjänsterna.

Det var bakgrunden till att Konkurrensverket inte ställde sig bakom de tidigare ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen som innebar inskränkningar.

Jag tänkte bara för diskussionens skull peka på vad vi tyckte var centralt i de här frågorna. När vi tittade på det tidigare lagförslaget var det två saker som vi fastnade vid.

För det första tyckte vi att det behövdes en analys av de samhällsekonomiska effekterna och vi hade svårt att förstå varför just sjukvårdsentreprenader skulle ha särskilda regler om företagsvinster, jämfört med vårdtjänster som tillhandahålls i andra lokaler eller andra institutioner än just sjukhus.

För det andra tyckte vi att det var otydligt vilka aktörer som omfattades av förbudet och att det innebar problem. Vi tänkte då mer specifikt på vad som i lagen definieras som icke vinstsyftande företag och vad som utgör otillåten företagsvinst, att detta var oklart och att det kunde leda till snedvridningar.

En annan sak som i det sammanhanget var centralt var: Vad är ett sjukhus? Här såg vi att det i landsting och regionalt sker en utveckling över tiden där man finner olika former för att arrangera produktionen. Vi tyckte att restriktioner på det här området riskerade att ge upphov till samhälls-ekonomiska kostnader.

Tittar man generellt på vad konkurrens kan bidra med på en marknad vet vi, genom både empiri och teori, att konkurrens bidrar till en effektiv resursanvändning och att effekterna av att ha valmöjligheter gör att konsumenter i slutändan, ibland på ganska komplexa marknader, medverkar till en bättre sökprocess och innovation.

Nu talar vi inte om marknader i traditionell mening, utan det som är på agendan här är hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvård i Sverige är, som vi alla vet, finansierad med allmänna medel, som vi såg tidigare. Här skulle jag bara vilja skjuta in att även på det här området, om man ser på det enligt ekonomisk teori, kan man utnyttja konkurrensen som ett medel för att få en effektivare användning av skattekrona, eller omvänt att man vid en given kostnads- och utgiftsnivå kan uppnå högre kvalitet. Ur vårt perspektiv är det detta som den här analysramen kan bidra med. Tänk om man skulle kunna göra detta!

Vi har då tittat på en del mer praktiska slutsatser, kanske inte på samma sätt som Socialstyrelsen, men vi har fäst vikt vid de studier som har gjorts av S:t Görans sjukhus och Simrishamns sjukhus av SNS välfärdspolitiska råd, som pekade på att det var svårt att se att det fanns några gräddfiler och att man såg positiva effekter just på innovation och utveckling.

Även Ekonomistyrningsverket har gjort en rapport, förra året, där man har framhållit att det avgörande kanske inte är själva driftsformen i sig. Det kan likna den statistik vi såg från Socialstyrelsen. Siffror kanske kommer ut lika, men det faktum att det finns någonting att välja på sporrar olika leverantörer eller företag att effektivisera verksamheten. Det här tyckte jag var centralt i den analys som Ekonomistyrningsverket gjorde, och det var också viktigt i den här diskussionen.

Alternativet till drift av sjukhus i egen regi är att till exempel upphandla av en privat utförare. Då är naturligtvis upphandlingsfrågorna intressanta i det här sammanhanget. Antalet leverantörer på upphandlingsmarknader är som regel relativt litet, men det beror också på hur man strukturerar och förhåller sig till en upphandlingsmarknad. Här finns det, som vi ser det, goda skäl att försöka stärka landsting, kommuner och andra offentliga upphandlare att skapa mer valfrihet. Här spelar sådana saker som uppföljning, kvalitet och beställarkompetens en viktig roll.

Avslutningsvis skulle jag bara vilja peka på att vi tycker att ett instrument för landsting och kommuner att överväga är, för att skapa en bättre möjlighet att få mångfald bland olika producenter och leverantörer, att stärka upphandlings- och beställarkompetensen inom ramen för en plan för detta.

Till slut vill jag bara återkomma till huvudfrågan, nämligen att vi tror att handlingsfriheten för de lokala landstingshuvudmännen är ett viktigt inslag som skapar dynamik och kvalitetskonkurrens.

*Magnus Svantesson, Statskontoret:* Tack för inbjudan. Statskontoret är en myndighet under regeringen, och vi gör uppdrag åt regeringen när det gäller utredningar och utvärderingar. Statskontoret har på senare tid inte fått några uppdrag från regeringen att titta på vårdområdet, och vi har därför ingen specialistkunskap inom det området. Det jag nu säger baserar sig därför mer på förvaltningspolitiska principer, som vi har anledning att fundera över i många av våra utredningsuppdrag.

Vi har tillstyrkt de förslag som läggs fram i den här propositionen, med två undantag (*bild 26*). Det ena rör den högspecialiserade vården, som omfattar ungefär 1 procent av vården. Det andra rör forskningsnära verksamhet, där också universiteten har starka intressen i verksamheten.

Jag kan passa på att göra en rättelse i propositionen. Där står det att vi skulle vara negativa till att man lägger ut regionsjukhus och regionkliniker på entreprenad. Så är inte fallet – det har vi inte sagt. De undantag vi nämnt är mest kopplade till universitetssjukhusen.

Motiven för att vi har tillstyrkt huvuddelen av förslagen bygger egentligen på att det ska vara en grundläggande princip att statsmakterna och den lagstiftande makten ålägger myndigheter, kommuner och landsting uppgifter som man ska sköta – men att dessa ska ha stor frihet att avgöra *hur* man ska organisera verksamheten inom ramen för det ansvar som man får (*bild 27*). När det gäller kommuner och landsting finns också självstyrelseprincipen, som är inskriven i grundlagen, som man måste ta hänsyn till. Vi tycker att det ska finnas väldigt starka skäl för att man ska göra ingrepp i det kommunala självstyret. Sådana skäl kan vara att en viss fråga berör flera parter och att verksamhet behöver samordnas nationellt, men jag återkommer till den problematiken lite senare. Vi har inte tyckt att det har funnits sådana starka skäl att göra ingrepp i det kommunala självstyret.

De företag som kan komma i fråga för att driva den här typen av verksamhet, alltså sjukhus och större kliniker, är ofta internationella och bedriver verksamhet i flera länder. Vi tror att man säkert kan snappa upp en och annan idé i de här länderna om hur man kan utveckla och förnya vården. Erfarenheter har också visat att nya aktörer ger nya impulser till verksamheten.

Vi är inte en myndighet som är specialist på vården, men vi har läst ett antal utredningar om den här verksamheten. Vad jag har kunnat se har det inte framkommit i de utvärderingarna att patientsäkerheten blir sämre eller att vården blir sämre vid driftsentreprenader. Erfarenheterna pekar egentligen inte på att man från medborgarsynpunkt bör sätta upp en begränsning på det här området.

Vi har gjort två undantag från det som föreslås i propositionen, och vad är motiven för det (*bild 28*)? Det ena undantaget handlar om den högspecialiserade vården, där vi inte tycker att den ska ligga i en entreprenad. Grunden för det är att ersättningsmodellen för den högspecialiserade vården är svår att lägga in i avtal och det är svårt att upphandla denna verksamhet. Den högspecialiserade vården är egentligen inte heller en uppgift för ett enstaka landsting, utan det är ett samarbete mellan alla landsting. Då bör inte ett landsting ensamt ha beslutanderätt över hur man agerar på det här området, eftersom andra landsting med ansvar för sina patienter skickar patienterna till den högspecialiserade vården och också ska betala räkningar för den verksamheten.

Anledningen till att vi på det här området tycker att man ska göra ett undantag från självstyret är att det inte rör bara ett landsting utan att denna verksamhet rör alla landsting. Det kan bli svårt att hantera samarbetstekniken om man för in entreprenader i den högspecialiserade vården.

När det gäller forskning och utveckling är det i grunden ett statligt ansvar även om universiteten, som sköter det här, har ett stort självstyre. Det gör också att när det handlar om forskningsanknuten verksamhet på sjukhusen, med klinisk prövning av läkemedel och utveckling av nya tekniker och så vidare, så är det lite tveksamt om landstinget ensamt bör ha bestämmanderätt över de frågorna. Man måste ha med universitet i beslutsprocessen, och man måste ha med andra faktorer i bedömningen. En sådan faktor är forskningens oberoende. Det handlar till exempel om utprovning av läkemedel kliniskt, där ett företag – om verksamheten ligger på entreprenad – skulle pröva ett annat företags affärsmöjligheter. Det kan då väckas frågor om forskningens oberoende. Vi har sammanfattningsvis tyckt att den här verksamheten inte heller är lämplig att lägga ut i entreprenadform.

Vi har, som nämndes ovan, inte tittat så mycket på vårdproblematiken, men vi har ganska stor erfarenhet från annan verksamhet som bedrivs på entreprenad (*bild 29–30*). Man kan säga att den erfarenhet som vi har är att det ofta blir problem med driftsentreprenader i ett inledningsskede. Det är svårt att upphandla, svårt att skriva avtal och svårt att lära sig styra en entreprenör. Men med tiden går det här över. Det kan också finnas oseriösa leverantörer i början när man öppnar en ny marknad. Det kan vara ett känsligt problem. Det leder oss till rekommendationen att man ska gå ganska långsamt fram när det gäller att träda in på nya områden.

Den bild som jag har fått när jag har läst olika rapporter, och själv gjort en del rapporter på det här området, är att de största förhoppningarna på – och de värsta farhågorna för – entreprenader inte verkar besannas. Det finns både goda och dåliga exempel där man har nått bra eller dåliga resultat i några fall. Men den generella bilden stämmer med vad Socialstyrelsen redovisade här, att det är inte några dramatiska skillnader i förhållande till egenregiverksamhet. Men det kan ibland vara en möjlighet att använda entreprenad för att lösa en viss situation.



Ibland är det också lättare att styra en entreprenör än en egen verksamhet. Det finns många chefer här, tror jag, som säkert kan instämma i att lösningen på en komplicerad styrsituation, antingen det är politiskt eller ledarskapsmässigt, ibland kan vara att man väljer en entreprenadvariant. När man lägger ut ett nytt område på entreprenad, en ny verksamhet som tidigare inte har varit på entreprenad, får man ofta en engångseffekt genom att egenregiverksamheten också lyfter sig och effektiviserar sig. Det där har vi sett på ett antal områden, och jag tror att det också kan uppkomma även på det här området.

Slutligen skulle jag vilja säga att vi inte ser huvudmannaskapsfrågan som så oerhört dramatisk sett ur ett styrperspektiv eller ett effektivitetsperspektiv, utan det är huvudmannens ledningskompetens som är det viktiga. Det finns bra och dålig ledningskompetens. Vi har tittat på många verksamheter som bedrivs på många olika ställen i landet, och vi hittar ofta produktivitetsskillnader som är kanske ett till två, det vill säga att en enhet gör dubbelt så mycket för samma pengar som en annan enhet. Efter många studier är åtminstone min bild att den enda faktor som vi kan se hänger ihop med den här ganska stora spridningen är ledningens kompetens. Ibland kan det kanske vara så att man via en entreprenad kan skaffa sig en mer kompetent ledning, och då ska man utnyttja denna möjlighet.

Vår rekommendation från Statskontoret är inte att entreprenadformen ska bli det vanliga. I dag är det 10 procent av vården som ligger på entreprenad. Vi förutser inte att det blir några stora förändringar i den volymen, men det kanske finns utrymme för ytterligare några verksamheter som kan lämpa sig för den driftsformen.

*Gösta Jedberger, Vårdföretagarna:* Tack så mycket för att vi har fått komma hit. Jag representerar det ovanliga, kanske, att jag har en lång erfarenhet av operativt ledarskap i offentlig sektor och också i privat sektor. Jag skulle kunna hålla en lång föreläsning för er om de skillnader som finns, men det är inte uppdraget just nu. Vi ska presentera vår syn från Vårdföretagarna, och Peter och jag kommer att dela på detta.

Vad är då Vårdföretagarna, lite kort? Jo, det är en arbetsgivar- och intresseorganisation för 90 procent av de privatdrivna vård- och omsorgsföretagen i Sverige. När man pratar om hotbilden med oss brukar jag ibland säga att vi som är 10 procent av det hela är ett hot för de 90 procenten, det vill säga den offentligdrivna vården. Det är en ganska tråkig syn.

Vi har bland våra medlemmar många storföretag, fem sex stycken. Våldigt många av de 1 800 medlemsföretagen är småföretag. Många är organiserade i aktiebolagsform, av det skälet att det är en mycket praktisk form. Vi har också ideella företag, som till exempel Röda Korsets sjukhus.

Om man sedan ska gå vidare och titta lite grann på de här frågorna kan man säga att det är stopplagar och startlagar om vartannat. Det vi behöver, inte bara i den privatdrivna vården utan också i den offentligdrivna, är en

tydlighet och långsiktighet. Därför vill jag gärna instämma i mycket av det som Claes Norgren sade nyss i de frågorna. Det var också lite av det svar som vi gav när stopplagen infördes.

Man skulle vilja uppmana er på den politiska sidan att sluta slåss i de här frågorna. Vi lever i 2000-talet, det vill säga i någonting som vi ska jobba med framåt, där situationen kommer att förändras. Patienternas krav och patienternas möjligheter att ta till sig kommer att öka dramatiskt under de närmaste åren framöver. Vi ska betänka att de äldsta 40-talisterna i dag är 67 år, och de har knappt börjat sin sjukvårdsefterfrågan, kan man säga.

Vi har också en utveckling på medarbetarsidan där vi pratar om att frigöra kvinnorna. Kvinnorna är i dag mycket inlåsta i den offentliga sektorn. Här finns många entreprenörer, som vi har sett i våra led, som kan utföra härliga uppdrag i en annan form än i den offentligt bedrivna vården.

Politiker i de regionala delarna och även i kommunerna behöver också frigöra sig från det gamla trycket att vara produktionens fångar, till att vrida om sin verklighet och följa upp vårdens verkliga resultat, se till att vi använder skattepengar på ett bra sätt och att vi jobbar vidare med att utveckla kvaliteten och verksamhetens effektivitet.

Många gånger när vi är med i debatten blir det diskussion om vi verkligen står bakom en solidarisk finansiering och vård efter behov. Jag vill säga med kraft att vi verkligen gör det. Vi gör det till och med så mycket att vi vill försöka bidra till att undvika det som ni ibland kallar gräddfiler. Det är ingenting som är önskvärt från den privata vårdsektorns sida, utan vi menar att om man kan klara tillgänglighet och öppna för en större marknadsandel för entreprenader tror jag att vi kan bidra starkt till att undvika gräddfiler. Få människor vill betala dubbelt för sin hälso- och sjukvård, och det är en av de grundvalar som vi har.

När det gäller valfrihet handlar det väldigt mycket om den moderna människans möjligheter att skaffa sig egen kunskap, att ställa krav på ett helt annat sätt än våra föräldragenerationer gjorde. Det kommer också att bidra till att vi måste vara mer vaksamma på att ha en effektiv och tillmötesgående hälso- och sjukvård på ett annat sätt än vad vi kanske hade på 70-, 80- och 90-talen och som mycket av de beslut som finns bygger på. Utvecklingen på 2000-talet blir annorlunda i det fallet, och därför är jag övertygad om att vi på många sätt behöver skapa en ökad mångfald när det gäller hälso- och sjukvård.

*Peter Seger, Vårdföretagarna:* Mångfald är ett ord med många betydelser, och jag tror att det är viktigt att man ser det både ur ett utförar- och ur ett brukarperspektiv, så att det inte bara är en ensidig bit som man pratar om.

Mångfald innebär att det finns utrymme för såväl stora som små aktörer, vinstdrivande och icke vinstutdelande aktörer, kooperativ, stiftelser och företag, men också utrymme för både offentligt och privat bedrivna vårdföretag. Mångfald innebär kort och gott en fri konkurrens på lika villkor, till skillnad från monopol och inlåsnings.

Mångfald är också viktigt ur brukarperspektivet, medborgarnas och patienternas, och för andra som behöver vård. Möjligheten att välja sin vårdgivare utifrån sin egen bedömning av kriterierna borde vara en rättighet i ett välfärdssamhälle.

Mångfald ger också utrymme för nya idéer att förverkligas, att utnyttja den entreprenörskraft som finns hos många medarbetare i vården i dag men som är lite inlåst i de stora strukturer som drivs av helt andra motivationer. Här har vården en unik möjlighet att frigöra ledarskap, inte minst kvinnligt ledarskap, som vi så ofta letar efter i debatten.

Mångfald är även viktig för politikernas roll: att tydliggöra politikernas roll, rollen som medborgarnas företrädare, för att säkerställa utbudet av vård så att det motsvarar behovet och uppfyller kravet på tillgänglighet och kvalitet. Här finns en dynamik som jag inte tycker att vi utnyttjar i dag.

Mångfald kan vi uppnå på olika sätt. Ett sätt är upphandling. Men här krävs en utvecklad process jämfört med i dag. Det krävs skickliga upphandlare. Att upphandla vård är så mycket mer än att sätta upp en lista på minimikrav och sedan ta lägsta priset. Vi pratar om förmågan att ta med faktorer som kontinuitet och erfarenhet, tidigare förmåga att leverera de här tjänsterna.

Upphandlingar innebär inte att sälja ut, vilket man ofta hör i debatten kring sjukhus. Upphandlingar är många gånger entreprenadupphandlingar. Men vi måste ge upphandlingarna längre avtalstid som utgångspunkt, och det måste finnas en bättre möjlighet att förlänga avtalen när man uppfyller de krav som har ställts. Men man måste också ha bättre system för att avsluta entreprenader som inte uppfyller avtalskraven.

En annan väg är att införa kundvalssystem, med tydliga ramar, tydliga ersättningar, lika för alla, kompletterat med ackrediteringssystem som garanterar kvalitetsnivån, i kombination med öppna resultatredovisningar. Då kommer vi över tiden att urskilja bra och dåliga vårdgivare, men det är vi som brukare som kommer att avgöra vilka som är bra och dåliga, inte någon annan.

Ska då allt utsättas för konkurrens? Nej, det finns naturligtvis många områden som inte lämpar sig för det, myndighetsutövande och liknande. En hel del av vården utförs också väldigt högspecialiserat och väldigt sällan, och den ska snarare koncentreras på nationell nivå. Universitetssjukhusen, med sin speciella roll kring forskning och utveckling, är ett annat exempel. Men man måste också renodla den rollen, för inom ramen för dagens universitetssjukhus finns det många verksamheter som i sig mycket väl kan bedrivas av någon annan. Då måste man säkerställa att man har tillgång till fakta för forskningen och tillgång till utbildningsplatser för den biten. Men det är en avtalsfråga mellan parterna.

Så till sist den heta potatisen: vinst i vården. All sund verksamhet måste gå med överskott för att kunna utvecklas, för att ha råd att investera, för att kunna balansera goda år med dåliga år. Men vinsten är ett medel, inte ett mål. Det är direkt oförskämt mot oss vårdgivare att hävda att vi bedri-

ver egen verksamhet bara för att gå med vinst. Vinst är resultatet av en god affärsidé, en god hushållning med resurser, och i de flesta fall kombinerat med nytänkande, innovativa lösningar och framför allt hårt arbete.

*Gösta Jedberger, Vårdföretagarna:* Avslutningsvis ska jag säga lite om de långsiktiga frågorna. Jag kommer tillbaka till vad jag sade inledningsvis, nämligen att det gäller att se till att komma överens långsiktigt och hållbart. Vi har viktigare problem att möta, nämligen bristen på pengar framöver när vi får allt fler allt äldre som behöver hälso- och sjukvård. Vi kommer att ha bekymmer med att åstadkomma tillräckligt många medarbetare i vård- och omsorgsverksamhet i det längre perspektivet, och det tycker jag är oerhört viktiga frågor. Detta kombinerat med medborgarnas ökade krav kommer att ställa utomordentligt höga krav på de olika politiska nivåerna för att man ska kunna förverkliga en välfärdshälso- och sjukvårdspolitik.

Det viktigaste som jag tror att vi har att ägna tiden framöver åt, i stället för att slåss om huruvida vi ska vara entreprenörer eller drivas i offentlig regi, handlar om att åstadkomma mycket bättre uppföljning av verksamhetens verkliga resultat, det vill säga den kvalitet som vi levererar, den patientsäkerhet som vi levererar och med den effektivitet som vi levererar inom hälso- och sjukvården. Jag tror att det är viktigt att försöka stryka ett streck över det gamla och tala om vad det är vi behöver för 2000-talet.

Det handlar om globaliseringen. Det är en tjänsteexport, där vi bland annat har tittat på Capio, som kan exportera tjänster. Vi behöver förnuftiga och kunniga landstingspolitiker. Det kommer att bli svåra beslutsfrågor framöver i de delarna, och då vore det synd att ägna sig åt så triviala frågor som att brottas med privat eller offentlig regi, när vi kan hjälpas åt att bidra till en hälso- och sjukvård som är värd att finnas i ett välfärdsland.

*Anders Hamsten, Karolinska Institutet:* Karolinska Institutet är landets enda medicinska universitet och härbärgerar en av de totalt sex medicinska fakulteter som vi har i Sverige.

Jag kommer i min presentation att börja med att övergripande sammanfatta Karolinska Institutets synpunkter på den liggande propositionen. Jag kommer därefter att försöka lyfta fram de särskilda faktorer som ligger bakom Karolinska Institutets syn i dessa viktiga frågor. Jag avslutar sedan med att ånyo lyfta fram Karolinska Institutets specifika synpunkter (*bild 31*).

Jag börjar med en personlig deklARATION. Utöver att vara professor i hjärtsjukdomar vid Karolinska Institutet är jag också i vården verksam överläkare vid Karolinska universitetssjukhuset.

Karolinska Institutets grundsyn är att ökad mångfald av driftsformer inom sjukvården är positiv under förutsättning att det föreligger ett reglerat samråd, en reglerad samverkan, där de medicinska fakulteterna får medverka tillsammans med sjukvårdshuvudmannen vid bedömningen av både entreprenadavtal och enskilda entreprenörer (*bild 32*).

Vad är då bakgrunden till att Karolinska Institutet förespråkar en reglerad samverkan (*bild 33*)?

Vi ska vara stolta över svensk medicinsk forskning. Den är framgångsrik, och den har också unika fördelar vid internationella jämförelser. Dem ska vi värna om. Mycket av den kliniska behandlingsforskning och den kliniska epidemiologiska forskning som bedrivs i Sverige är internationellt ledande. Anledningen till detta är vårt, i dagsläget, unika sammanhållna sjukvårdssystem där vi drar nytta av våra personnummer och att vi är ett land med en relativt immobil befolkning. Vi drar också nytta av våra biobanker och en alltmer standardiserad och tekniskt fullödig hälsoinformatik.

En särskilt bidragande faktor till vår starka position är det faktum att vi har haft en långsiktig, nära och förtroendefull samverkan mellan de medicinska fakulteterna och sjukvårdshuvudmannen (*bild 34*).

Det är ingen tvekan om att alla delar av sjukvården, men på olika sätt, är av intresse för medicinsk utbildning och forskning. Men universitetssjukhusen utgör ändå basen för den medicinska forskningen. Det leder fram till att en organisatoriskt sammanhållen universitetssjukvård är en internationell norm. Varför är den det? Det är för att en organisatoriskt sammanhållen universitetssjukvård är en nödvändighet. Det krävs kritisk massa för tunga infrastrukturella satsningar, och den moderna medicinska forskningen och den moderna universitetssjukvården är tvärdisciplinell.

Med andra ord är det så att framgångsrik medicinsk utbildning och forskning kräver långsiktiga relationer mellan akademi och vårdgivare. Den kräver en nära samverkan och i vissa fall, och tilltagande i dagens läge, en gemensam ledning för akademi och universitetssjukvård. I Stockholm har vi kommit ganska långt där. Vi har gemensamma organisationer för resursprioritering när det gäller infrastrukturfrågor mellan akademi och sjukvårdsorganisation. Vi sjösätter snart en gemensam styrelse för utbildningsfrågor, och vi har planering i gemensamma strategiska samrådsorgan för sjukvårdsfrågor. En framgångsrik verksamhet kräver höggradig integrering på alla fält – utbildning, forskning och universitetssjukvård.

Ett exempel på detta är personer som jag själv – personer med förenade anställningar. Detta gäller många akademiska lärare som utöver att vara lektorer och professorer vid en medicinsk fakultet arbetar som läkare eller har andra vårdanställningar i universitetssjukvården.

Naturligtvis är vi alla medvetna om att tidsperspektiven är olika för vård och forskning. Vårdstrukturer kan ändras ganska snabbt, om det sker med omdöme och god planering; forskningen tar lång tid. Tiden från en basal, grundläggande forskningsupptäckt till implementering i klinisk sjukvård, särskilt om det gäller läkemedel eller högteknologi, är fortfarande 10–15 år.

Vilka är då Karolinska Institutets erfarenheter av upphandling och privata entreprenader (*bild 35*)?

Som Kjell Asplund påpekade har vi i Storstockholm lång erfarenhet av privat primärvård. Ungefär 45 procent av primärvården drivs i privat regi. Man kan dock konstatera att Karolinska Institutet hittills inte har deltagit i de vårdavtal som har träffats. Det är tyvärr vår erfarenhet att privata vårdgivare ofta är ovilliga att ta emot studenter för klinisk utbildning – detta inte minst när Karolinska Institutets behov av vårdplatser för grundläggande utbildning har ökat och vi har ställt frågan om man efter redan ingångna avtal, på frivillig bas, har varit beredda att ta emot grundutbildningsstudenter. Detta har varit svårt.

Vilka risker kan vi se (*bild 36*)?

Vi befarar att omfattande privata entreprenader kan ge brist på utbildningsplatser. Vi kan se att en fragmentering och kortsiktighet, särskilt i driften av universitetssjukhusen, påtagligt kan reducera potentialen för fortsatt framgångsrik klinisk forskning. Exempel på riskmoment kan vara olika vårdare för olika specialiteter inom ett enskilt universitetssjukhus eller täta byten av vårdgivare. Det är också viktigt att på ett högre nationellt plan ha en övergripande syn på universitetssjukvården och universiteten. Satsningar på biomedicin och bioteknik, som vi alla i Sverige uppfattar som goda nationella tillväxtmotorer, kan äventyras genom kortsiktiga engagemang av en mångfald privata entreprenörer.

Karolinska Institutets slutsatser är att en reglerad samverkan är nödvändig, där sjukvårdshuvudmannen är skyldig att låta de medicinska fakulteterna medverka som likvärdig part vid bedömningen av både entreprenadavtal och entreprenörer (*bild 37*).

Som det har påpekats tidigare krävs vidare en hög kompetens inom upphandling, inte bara av vård utan även när det gäller forskning och utbildning. Den kompetensen krävs hos både sjukvårdshuvudmannen och de privata entreprenörerna. Det är Karolinska Institutets uppfattning att i dagens läge finns inte den breda kompetensen.

Slutligen utgör organisatoriskt sammanhållna universitetssjukhus faktiskt en förutsättning för framgångsrik forskning och utbildning.

*Roger Molin, Sveriges Kommuner och Landsting:* Sveriges Kommuner och Landsting är en intresseorganisation för, precis som det låter, Sveriges kommuner och landsting. Organisationen finns faktiskt inte riktigt ännu, utan den bildas först om ca 14 dagar, då nuvarande Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet upplöses. I dag representerar jag egentligen Landstingsförbundet och dess styrelse. Det är Landstingsförbundets styrelse som har tagit ställning till den promemoria som föregick propositionen.

Precis om ordföranden inledde med är detta också en starkt ideologiskt präglad fråga. I vår styrelse finns precis samma motsättning som i övrigt i den frågan, nämligen att den hittillsvarande majoriteten som vi har i ytterligare 14 dagar vill ha kvar de begränsningsregler som föreslås avskaffas genom propositionen. Vår tillkommande majoritet, allianspartierna, tycker att det är en bra idé att avskaffa begränsningsreglerna. Med det sagt vill jag gå in på de delar där vår styrelse är enig.

Den första delen gäller prioriteringsprincipen. När nu privata entreprenörer som driver sjukhus får möjlighet att även ta emot privatbetalande patienter är det viktigt, och det bör också framgå av lagstiftningen, att det på intet sätt bryter den prioriteringsordning som finns fastlagd i 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Det finns det total enighet om i vår styrelse.

En andra del som det finns enighet kring – och nu ansluter jag mig till ganska många av de tidigare talarna, bland annat Kjell Asplund – är att varken privat eller offentligt driven vård är bra i sig. Landstingen behöver ha bättre styrnings- och uppföljningsmöjligheter. Det är också därför som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) förordar avtalsvägen. Det som bör vara vägledande framöver är att landstingen, som finansierar sjukvården, sluter avtal med de privata entreprenörer som man tycker bidrar till en väl fungerande helhet. Då kan man reglera inriktning och vilken uppföljning som är rimlig.

Däremot är SKL tveksamt till alla typer av vägar där man öppnar för etableringar utan att det finns styrnings- och uppföljningsmöjligheter från landstingens sida, det vill säga från dem som finansierar hälso- och sjukvården. I dag är det så, och det hade Kjell säkert kunnat bekräfta, att drygt tre miljoner läkarbesök äger rum hos privata läkare, där de flesta är etablerade enligt lag om läkarvårdsersättning utan att vi vet någonting om dessa besök. De rapporterar inte till Socialstyrelsens öppenvårdsregister, och vi har ingen aning om vare sig diagnos eller åtgärd.

När man nu öppnar för fler privata vårdgivare och friare etableringsregler, bl.a. genom ersättningsetableringar, tycker vi att det är viktigt att landstingen samtidigt får instrument att följa upp verksamheten. Det är också viktigt att landstingen har instrument att styra inriktningen på verksamheten med så att vi får en väl fungerande helhet, men också för att det ska vara lika självklart för en privat entreprenör att följa de riktlinjer för vård och behandling som Socialstyrelsen tar fram och de rekommendationer avseende läkemedel som läkemedelskommittéerna i landstingen ofta tar fram. Följandet av dessa är inte det bästa, vilket även Kjell var inne på.

När man öppnar för privata vårdgivare – och för att de privata vårdgivarna ska få hög legitimitet – är det strategiskt viktigt att det finns samma uppföljningskrav och samma uppföljningsmöjligheter för den delen av vården.

Avslutningsvis vill jag egentligen bara säga två saker som vår styrelse är enig om:

För det första får inte möjligheten att också ta emot privatbetalande patienter på något sätt styra de prioriteringsregler som finns fastlagda i hälso- och sjukvårdslagen.

För det andra är det viktigt att det är avtalsvägen som är huvudinriktningen. Den som finansierar vården måste oavsett driftsform ha möjlighet att styra och följa upp verksamheten.

*Lars Wettergren, Pensionärernas Riksorganisation (PRO):* Ordförande och utskottsledamöter! Jag vill först säga några ord om PRO. PRO är en organisation med 400 000 medlemmar över hela Sverige. Jag kan också nämna att av Sveriges 1,6 miljoner ålderspensionärer är 800 000 organiserade i någon form av pensionsorganisation. Det är imponerande och ganska unikt med så starka och breda organisationer i Europa.

En viktig fråga för PRO är den intressepolitiska bevakningen. Det är naturligt att hälso- och sjukvård är en viktig fråga för PRO eftersom äldre är stora konsumenter av hälso- och sjukvård.

Dagens offentliga utfrågning har temat mångfald i vården. Det är bra att den frågan blir belyst. Vi i PRO välkomnar en mångfald av aktörer inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Men jag blir förvånad när jag läser rubriken för dagens övning, Mångfald i vården. Samtidigt föreslår man att man tar bort den nuvarande ordningen, den som många kallar stopplagen. Den syftar till att skapa ett regelverk som öppnar för olika aktörers arbete inom sjukvården.

I PRO tycker vi att det är bra med en reglering av hur olika aktörer ska kunna bedriva sjukvård inom ramen för den offentligt finansierade vården. Vad händer om riksdagen är på väg att fatta beslut om att ta bort en reglering som hittills har fungerat bra? Är det regeringens avsikt att sjukhus ska drivas av eller till och med säljas ut till vårdföretag? Kan vi se att det växer fram en försäkringsfinansierad sjukvård som tränger ut den offentligt finansierade vården är vi långt ute. Med andra ord: Är vi på väg att få en gräddfil i vården?

Vilka aktörer kommer det att finnas som har förutsättningar att driva hela sjukhus? Det är knappast några lokala läkarkooperativ eller några lokala entreprenörer. Det är naivt att tro att någon förutom de stora internationella vårdkoncernerna i samarbete med försäkringsbolag kan vara intressenter i affärer som handlar om hundratals miljoner kronor per sjukhus.

Enligt vår uppfattning kommer det förslag som ligger på bordet om att slopa den hittillsvarande regleringen av driftsformer på sikt att förändra hela det svenska sjukvårdssystemet. Man går ifrån principen om vård på lika villkor, vård som är solidariskt finansierad och ges efter behov, och man går till en vård som innebär att det är plånboken som styr vilken vård man får.

En kontroversiell fråga som har berörts i dag är att man ska tillåta lands- ting att lägga ut hela eller delar av universitetssjukhusen på privata vårdföretagare. PRO är bestämd motståndare till det. Argumenten som har redovisats mot detta tidigare i dag har varit starka.

Sammanfattningsvis välkomnar PRO mångfald i vården, men vi säger nej till vård som bedrivs i vinstsyfte och till försäkringsfinansierad vård som ger förtur till vården. Vi slår vakt om sjukvård som ges efter behov och som är solidariskt finansierad över skattsedeln.



Jag vill avslutningsvis, ordförande, citera Göran Rosenberg som i en väl-skriven och relevant artikel i Dagens Nyheter skrev: "En sjukvård som ska ges efter behov kan inte samtidigt vara en sjukvård som ska ges efter betal-förmåga." Jag tycker att det är tänkvärda ord.

*Mats Bergström, Sveriges Pensionärsförbund (SPF):* Ordförande! Jag vill tacka för inbjudan. Som Lars sade är pensionärerna den ojämförligt största gruppen av brukare av sjukvård i det här landet. Vi är glada att vi får vara med och ha synpunkter. Vi ser fram emot flera sådana här offentliga utfrågningar i framtiden.

SPF är i princip positivt till entreprenader. Vi ser ingen motsättning i detta. Vi tror att det kan vara positivt och att det kan innebära kvalitetshöjningar. I och med en konkurrensutsättning får man i regel en kvalitetshöjning och en ökad effektivitet, vilket i sin tur ofta innebär större arbetsglädje.

Jag kommer från Värmland. Där har vi mångårig god erfarenhet av entreprenader, framför allt i primärvården. Det har bara varit av positiv natur. Sedan två år tillbaka har vi också två så kallade närsjukhus som drivs i privat regi, i Kristinehamn och Säffle. De har varit rena succén vad gäller patienternas nöjdhet, och det är en viktig del av vården att kunna konstatera det. På sjukhuset i Karlstad har vi sedan ett och ett halvt år tillbaka en PCI-enhet – ni vet en sådan enhet som med god effekt bedriver ballongsprängningar av hjärtats små kranskärl – och den drivs också inom landstinget men av privat entreprenör. Det är en succé som vi har tagit hem från Örebro.

Ibland hör man som motargument att det är något fult med vinst. Jag håller helt med vårdföretagarna, jag kan inte förstå vari det fula består med att göra vinst? Jag ser vinst som något som man kan återinvestera i verksamheten. Det kan till exempel på en vårdcentral innebära bättre utbildning av personal. Det spillar i sin tur över på patienterna som får en bättre vård.

Jag måste säga att jag hellre besöker en enhet som går med vinst än är patient i ett landsting som har underskott och bara pratar om besparingar.

*Catarina Andersson Forsman, Sveriges Läkarförbund:* Herr ordförande och utskottsledamöter! Först vill jag tacka för att vi har fått inbjudan att delta i denna offentliga utfrågning.

Vi i Sveriges Läkarförbund anser att denna föreslagna ordning skapar bättre förutsättningar för mångfald i vården och att det finns förutsättningar för nytänkande och konkurrens. Härmed tror vi också att det finns förutsättningar för effektiviseringar i den svenska hälso- och sjukvården. Detta är viktigt, tror vi, för att det ska växa fram alternativa vårdgivare i en offentligt finansierad sjukvård. Vi tror att det har ett oerhört viktigt signalkännetecken till och uppmaning av entreprenörskap.

Förutsatt att privata sjukhus uppfyller sjukvårdshuvudmännens krav på tillgänglighet och kvalitet tycker vi att eventuell överkapacitet ska kunna säljas till försäkringsbolag och privatpersoner.

Det har tidigare talats om vårdgarantier. Vi tror att det krävs en utvidgad vårdgaranti med resurstillskott till vården för att vi inte ska se undanträngningseffekter. Vi baserar detta bland annat på att man till exempel i Stockholms läns landsting nyligen har visat att man behöver 150–200 vårdplatser för att klara sjukvården.

Vi tror alltså att det behövs ett resurstillskott. Det räcker inte med en effektivisering, utan det behövs också ytterligare resurser till sjukvården.

Sedan vill vi anknyta till det Johan Calltorp sade, nämligen att vi tror att en kärnfråga när det gäller blandad finansiering är hur det offentliga sjukvårdsåtagandet ska avgränsas. Mot bakgrund av att det finns en så snabb medicinsk-teknisk utveckling och av den demografiska utvecklingen i befolkningen ser vi att det är nödvändigt att ta ställning till vilken sjukvård vi ska finansiera med skatter.

Vi anser att de övergripande prioriteringsbesluten inklusive de grunder – alltså principer och riktlinjer – som de vilar på ska vara medvetna och ske i en offentlig process med insyn och med kriterier och underlag som kan redovisas tydligt.

Vi anser att det behövs en mer kraftfull nationell samordning. I dag har vi många aktörer som sysslar med prioriteringsfrågor och riktlinjer. På lokal nivå har vi landsting och regioner. Detta leder till att den medicinska behandling som erbjuds olika patientgrupper i olika delar av landet som konsekvens blir ganska slumpartad, och detta skapar en ojämlikhet i vården.

Med en tydligare definition av det offentliga åtagandet ser vi att det finns en förbättrad möjlighet att leva upp till vård på lika villkor. Vi tror att öppna prioriteringar ökar medborgarnas möjlighet att på ett medvetet och välgrundat sätt ta ställning till om man vill ha en privat försäkring. Det kommer inte att vara ett attraktivt alternativ så länge förtroendet för vården består. Det bör ses som ett komplement som avlastar den offentliga vården.

Vi tror att det tydliga, definierade åtagandet också innebär att landstingen måste bli bättre på att i upphandlingen precisera vilken vård man söker. Det kräver helt nya kompetenser. Det här är områden som vi ser behöver specificeras. Man behöver utveckla uppföljningsinstrument när det gäller resultaten i vården i form av öppna redovisningar och andra uppföljningssystem som gör att vi som medborgare kan välja utifrån kvaliteten på vården.

Om flera sjukhus eller region- och undervisningssjukhus skulle bli privata ställer detta ökade krav på samordning av utbildningsansvaret. Det som Anders Hamsten vittnade om från Karolinska Institutet – att det ibland har varit svårt att komma till de praktiska momenten i sjukvården – har vi sett bland våra studenter. Därför ser vi att det är viktigt, inte minst också mot den bakgrunden att vi kommer att se en utökning av läkarutbildningen, att landstingen ser till att grundutbildningen finns med när man

diskuterar hur privatiseringen sker. Det är också viktigt att man skapar tillräckligt med tjänster på AT- och ST-nivå för att vi ska klara det framtida läkarbehovet.

Teoretiskt anser vi att detta rätt genomfört kanske till och med skulle kunna tydliggöra de krav om praktiska moment och ekonomisk kompensation som undervisning och handledning av läkarstudenter behöver. Kanske skulle det till och med kunna höja kvaliteten på utbildningen.

Självklart måste man också tillgodose samhällets intresse av en oberoende medicinsk forskning.

Sammanfattningsvis är vi alltså för en blandad finansiering, men vi menar att man för att genomföra det nog behöver en förstärkt vårdgaranti. Vi ser också de öppna prioriteringarna, och vi ser behovet av att landstingen ökar sin kompetens för upphandlingar.

*Eva Lisa Krabbe, Vårdförbundet:* Jag vill också börja med att tacka för att vi har blivit inbjudna. Hos oss på Vårdförbundet finns 110 000 medlemmar som jobbar inom både offentlig och privat vård i dag. Det är barnmorskor, biomedicinska analytiker, sjuksköterskor och röntgensjuksköterskor.

Vi har valt att visa en bild från ett vårdmöte. Vi tycker att utgångspunkten för att diskutera vårdens organisation och system är just vårdmötet. Det handlar om vårdens kärna. Det är där värdet och resultatet av vården kommer att bedömas. Det är där det uppstår, och det är där vi ser vilken kvalitet vi får.

Vi tror att det är viktigt med ökad vårdtagarmakt, att ge den enskilde patienten – vårdtagaren – ett större inflytande i vården. Det kräver också större valfrihet.

Vi vill också se till individens totala behov. Man måste se både hälsa och helhet. I dag stängs vården in i hus och organisationer, och vi ser inte hela individens behov. Vi tycker att vården ska organiseras från ett helhetsperspektiv med hela hälsan i fokus i stället för sjukdom, organ och diagnos.

Detta tycker vi också ställer krav på en mångfald i vården, både vad gäller innehåll, form och producenter. Det måste finnas ett utrymme för alternativ, och vi tror att medlemsgrupper hos oss behöver utrymme för friare etablering för att kunna utveckla verksamheten och få större tillgång till vård.

För att styra detta tror vi att det behövs nationella riktlinjer för säker vård, kvalitet, samordning, styrning, insyn och uppföljning. Ledning och styrning är ett problem i dag och vi tror att man måste stärka detta för att säkerställa goda vårdresultat.

Med en vård med fler producenter krävs det en samordning för att få en sammanhållen vård för den enskilda individen. Nuvarande strukturer stöder inte en sammanhållen vård för individen. Vi tror att det är en viktig del som vi måste jobba vidare med för att se hur vi skapar sådana system.

Vi tror också att kunskap är en viktigare del i styrningen av vården. Kunskapsstyrning är alltså viktigare än struktur och ekonomistyrning.

Uppföljning är en annan del som vi tror är absolut nödvändig för att veta att vi får de resultat vi vill uppnå. Det behövs alltså en reglering av kvalitet, säkerhet, närhet och tillförlitlighet och en nationell reglering som också kan stödja uppföljningen så att vi vet att vi får de resultat vi vill uppnå.

*Rolf Andersson, Kommunal:* Det blev så här på grund av sjukdom. Vi vill tacka för inbjudan och möjligheten att komma hit och informera om vår hållning.

Jag kan börja med att säga att Kommunal har en pragmatisk hållning till privata utförare, inte bara inom vården utan även inom övriga välfärdstjänster. Den är väl förankrad i vår organisation. Vi hade för några år sedan ett stort rådslag i frågan, med 30 000 deltagare.

Våra utgångspunkter är att vården ska fördelas efter behov och finansieras med skatter, och de avgörande besluten ska fattas av demokratiskt valda organ. Vi menar att privata företag kan bidra till att utveckla vården. Till exempel kan de vara med och förbättra IT-hanteringen där landstingen ju inte precis tillhör division 1, eller genom att förbättra tillgängligheten där vi inte heller brukar hamna överst i ligan vid internationella jämförelser.

Dock behövs det förstås bra avtal som förhindrar ohemul avkastning. Det behövs däremot ingen särskild lagstiftning som reglerar hur den eventuella vinsten ska disponeras. Givetvis måste vårdavgifter, förpliktelser mot patienter och kontroll i olika former från olika samhällsorgan vara desamma för privata sjukhus som för offentliga.

Privata sjukhus ska dock vara ett komplement och inte dominera vården. Kommunal anser därför att regionsjukhus, universitetssjukhus, ska vara offentliga. Deras roll är så central att driften inte kan överlämnas utan att den demokratiska styrningen, kontrollen och handlingsfriheten hotas. Av samma skäl anser vi att minst ett sjukhus i varje landsting ska vara offentligt.

Kommunal menar att regeringen ser för lättvindigt på frågan om att blanda offentlig och privat finansiering genom privata sjukförsäkringar. I den remisshandling som kom vid årsskiftet uttrycks – och det har ministern också uttryckt – att det handlar om att utnyttja lediga resurser.

Kommunal anser att om det finns lediga resurser på offentligt finansierade sjukhus ska de användas till de patienter som står i tur att få vård. Annars hotas grundprincipen om lika behandling av medborgarna och om att endast det medicinska behovet ska styra turordningen.

Drivkrafterna blir felaktiga. Den som går före i kön ska betala hela vårdkostnaden, menar vi. Det finns en typ av sjukvård och en typ av försäkringar som är inrättade för att detta ska gälla. Försäkringarna är av naturliga skäl väldigt dyra och används till exempel av de större företagen för sina ledningar. Vi kan dock inte riktigt förstå varför någon skulle fortsätta utnyttja den typen av sjukvård om man kan få den till marginalkostnaden på offentligt finansierade sjukhus.

Vi ser alltså med mycket stor oro på den delen av regeringens förslag. Man är inne på någonting som gäller grundbulten i sjukvården.

*Karin Johansson, Socialdepartementet:* Herr ordförande och utskottsledamöter! Det är i dag tre veckor sedan regeringen fattade beslut om upphävandet av stopplagen, enligt propositionen Driftsformer för sjukhus.

Vår förhoppning är att detta ska öppna nya möjligheter för svensk hälso- och sjukvård, och att fokus på diskussionen kring vården kommer att handla om kvaliteten och innehållet i stället för om vem det är som utför vården.

Trenderna inom svensk hälso- och sjukvård är ganska tydliga. Vi kan se att anspråken på hälso- och sjukvårdstjänster växer, och de kommer sannolikt att fortsätta att växa. Andelen äldre i befolkningen växer, det är det många som har varit inne på. Forskning och ny teknologi ger nya behandlingsmetoder och bättre utsikter för patienter att bli friska. Detta är ju i grunden otroligt positiva tecken. Vi lever längre, och fler av oss kommer att överleva svåra sjukdomar. Men det ställer också vården inför stora utmaningar. Hur ska vi klara de ökade vårdbehoven? Hur ska sjukvården klara av att ge alltfler patienter alltmer avancerad vård, och hur ska vårdköerna kortas samtidigt som fler söker vård?

Det är ganska svåra frågor som kräver ett hårt och seriöst arbete för att lösas. Vi är dock ganska övertygade om att om vi ska lyckas krävs det att vårdens resurser används och organiseras så effektivt som möjligt. Vi tycker inte att utgångsläget är speciellt dystert. Vi har en svensk hälso- och sjukvård som håller en generellt sett hög standard. Vi har personal som är välutbildad och kvalificerad, och den tekniska nivån är god. Men vi har uppenbara problem med tillgängligheten. Väntetiderna för vissa behandlingar är oacceptabelt långa.

Vår strävan är att stärka patientens ställning genom att erbjuda bättre tillgänglighet och en ökad mångfald. Jag tycker också att erfarenheterna har visat att såväl personal som patienter gynnas av en mångfald av utövare. Vi har landstingsdrivna och kommunalt drivna aktörer, vi har ideella, kooperativa och privata aktörer. Alla berikar de varandra. Patienten får möjlighet att välja vårdgivare, personalen får fler arbetsgivare att välja mellan och konkurrensen stimulerar kvalitetsutveckling och nytänkande.

Men hälso- och sjukvård är inte vilka tjänster som helst. Det handlar om hälsa, det handlar om liv och det handlar om död. Utgångspunkten för regeringen är att vården ska vara solidariskt finansierad oavsett driftsform. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans integritet. Den som har de största behoven ska ges företräde – inte den som har den tjockaste plånboken. Hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet, och samhällets intresse av oberoende medicinsk forskning ska självklart garanteras.

Landstingen har det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvården. Det kommer de fortsättningsvis att ha, men de kommer att ha ökade möjligheter att sluta avtal och överlåta driften av en viss verksamhet till någon annan. Stopplagen innebar att vi inskränkte denna möjlighet för landstingen. Nu återför vi makten dit där den bör vara.

Om vårdsektorn organiseras så att den inte kan möta behoven uppstår brist och köer. Det är när det finns långa köer som den som har råd kan köpa sig förbi kön. Det är då gräddfiler skapas. Det är när patienten kan välja som vi kan skapa positiva drivkrafter för att utveckla vården.

Ingen vårdgivare vill erbjuda den sämsta vården. Inget landsting vill ha de längsta köerna. Personalen väljer en bra arbetsgivare framför en dålig om de får chansen. Patienter kommer om de ges möjlighet att välja bort de sämsta vårdgivarna. I detta ligger en enorm kraft av förnyelse.

För att uppnå verklig mångfald och valfrihet i vården krävs fler saker. Det krävs att någon vill och kan starta och driva vårdverksamhet. Just nu pågår ett arbete i Regeringskansliet med att ta fram ett stöd för personal som vill ta över verksamheten, så kallat avknopningsstöd. Det krävs också att landstingen har beställarkompetens, det är många som har varit inne på det i dag, att avtalen utformas så att de skapar förutsättningar för långsiktighet, kvalitet och patientsäkerhet.

Det är också otroligt viktigt att skapa förutsättningar för patienter, personal, vårdgivare och huvudmän att jämföra vårdens kvalitet och prestationer. Därför är arbetet med de öppna jämförelserna och arbetet med kvalitetsregistren något som vi har satsat ganska mycket extra pengar på i den nya regeringen.

Jag vill avslutningsvis tacka utskottets ordförande och ledamöter för initiativet och är övertygad om att det blir en bra och seriös behandling av propositionen.

*Ordföranden:* Tack så mycket. Därmed har vi lyssnat till alla inbjudna gäster, och jag lämnar öppet för diskussion och frågor. Jag har en lista på ledamöter och suppleanter som har anmält att de vill ställa frågor.

*Ylva Johansson (s):* Jag har tre frågor, först en fråga till Kjell Asplund. Socialstyrelsen har nationellt ansvar när det gäller samordning av sjukvårdsresurserna i särskilt utsatta situationer. Det handlar naturligtvis främst om universitetssjukvården. Det är i allmänhet där som resurserna finns och som måste tillgripas eller samordnas nationellt.

Hur ser du på möjligheten att fullfölja det uppdraget om i en framtid flera av universitetssjukhusen eller delar av dessa eller deras kliniker kommer att ligga ute på entreprenad med olika typer av entreprenadavtal med olika entreprenörer som också kan säljas och köpas på en marknad? Kommer det att påverka Socialstyrelsens möjlighet att upprätthålla det ansvaret?

Jag har en fråga också till Johan Calltorp. Du redogjorde bland annat för situationen i Storbritannien och Kanada, som ju båda är länder som ligger oss ganska nära i sättet att organisera, se på och styra sjukvården. Du redogjorde för hur stor andel som är privat respektive offentlig. Men

jag vill för tydlighetens skull säga att det är väl så att i Kanada är det uteslutande offentligt finansierad sjukvård som är tillåten för de delar som omfattas av åtagandet för den offentliga finansieringen. Det är inte tillåtet att köpa sig vård. I Storbritannien är det väl så att en stor del av det som läggs ut på entreprenad handlar om elektiv vård, framför allt dagkirurgi, och en mycket liten andel som gäller universitetssjukhus eller akutsjukhus. Det är frågan.

Avslutningsvis vänder jag mig till Karin Johansson. Du sade här att forskning och utbildning ska garanteras. Då undrar jag: Vem ska garantera det? Forskning och utbildning är ju ett statligt ansvar. Samtidigt fränhänder sig nu regeringen möjligheten att styra över detta genom att ta bort den ganska begränsade lagstiftning som handlar om universitetssjukhusen. På vilket sätt tänker sig regeringen att staten ska garantera villkoren för forskning och utbildning när ni samtidigt lägger hela ansvaret för universitetssjukhusens framtid i landstingens händer?

*Kjell Asplund:* Det gäller samordningen i katastrofsituationer och under mycket stora påfrestningar. Jag tror inte alls att det bara kommer att gälla universitetssjukhusen i så fall. Typexemplet är en pandemi som slår olika i olika delar av landet och där man fördelar resurserna på ett adekvat sätt. Här måste man, om man bedriver verksamhet på entreprenad, i sina avtal under rubriken Krisberedskap skriva in de här möjligheterna. Det är klart att man måste vara mycket varsam med vad man skriver i de här avtalen, men det borde vara möjligt att täcka in den möjligheten också, precis som andra delar av krisberedskapen.

*Johan Calltorp:* När det gäller Kanada är det riktigt att i det som definieras som nödvändig sjukvård, fast det kan vara olika i olika provinser, är det monopol i finansieringen, kan man säga. Det är tekniskt lite knepigt, men man får alltså inte ta extra betalt från läkarnas sida, och sjukhus får inte göra det heller. Det är ett monopol om finansieringen, som Ylva säger. Men sjukhusen, eller provinserna som handhar dem, får göra entreprenader och använder privata entreprenader. Det är mest när det gäller elektiv vård och sådant, men jag tror inte det finns några begränsningar där.

När det gäller Storbritannien är det långtgående entreprenadssystem utifrån den offentliga finansieringen och huvudmannskapet som regeringen använder för att komma åt köerna. Sedan finns också en privat vårdsektor som är helt privat finansierad. Det är alltså en annan styrning, kan man säga, som ligger utanför och täcker delar av det som finns inom National Health Service.

Svaret är ja på dina två frågor.

*Karin Johansson:* Jag ska börja med att konstatera att det diskuteras upphävande av en lag som har varit i kraft i olika skepnader mindre än tre och ett halvt år. Det är inte några dramatiska förändringar i det som har varit

tidigare. Det står också i hälso- och sjukvårdslagen att landstingen har ett ansvar att säkra forskning, och det gör det även efter stopplagens upphävande.

Det är viktigt att komma ihåg när det gäller de stora regionsjukhusen att de inte är undantagna från stopplagsupphävandet. Det hänger ihop med att detta är stora organisationer. Att helt undanta dem från möjligheten att knoppa av viss verksamhet innebär att vissa organisationer inte kommer att kunna vara tillräckligt effektiva. Vi tror att det är ett sätt att inventera i landstingens sätt att organisera verksamheten som är onödigt. Det finns inga uttryckliga önskemål om att sälja ut den forskningsanknutna sjukvården i Sverige.

*Cecilia Widegren (m):* Tack för en bra offentlig utfrågning med många inblandade.

För mig som moderat är startlagen en jämställdhetsfråga, en fråga om vi med basen i gemensam finansiering på lika villkor ska få vård i tid. Jag vill vända mig till Konkurrensverket och till Vårdförbundet med frågor kring medarbetare. Ser ni startlagen och mångfalden som ett stöd för medarbetarna i den fortsatta utvecklingen av medarbetarna respektive nyrekrytering av medarbetare? Vad ser ni för risker med startlagen och mångfalden?

*Claes Norgren:* När det gäller medarbetaraspekten är de analyser som vi har gjort på området inte någonting som vi har behandlat explicit eller gjort några särskilda analyser av. Vi har sett det här inom ramen för ett system för hur man kan få effektivitet givet att det finns en offentlig finansiering och givet de politiska kraven på det. Det är de aspekter vi har tagit upp. Möjligtvis skulle man kunna peka på att man i de olika delar av organisationen där man jobbar köper in varor och tjänster och har medarbetare som hjälper till. Även här får mångfald vanligtvis positiva effekter. Det är så långt jag skulle vilja gå.

*Eva Lisa Krabbe:* Vi kan säga att en ökad mångfald kan ge andra arbetsgivare. Men det vi också vill se är en mångfald med flera små enheter, alltså en småskalighet av vården för att också tillförsäkra närheten till vården, för att man ska få vård när och där man behöver den. Då tror vi att sjukhuset ibland kan vara ett hinder. Vi pratar mer om organisationer och hus än om att hitta system och känsla för att utveckla vården.

*Christer Engelhardt (s):* Tack för en bra föredragning här under förmiddagen. Jag skulle vilja ställa min fråga till Karin Johansson som i det här fallet representerar regeringen i egenskap av statssekreterare.

Du nämnde i ditt svar till Ylva Johansson att gällande lag har varit i kraft i cirka tre år. Efter den tiden föreslår nu regeringen en ny lag, och du välkomnar den lagen och talar om att detta skulle öppna nya möjligheter för den svenska sjukvården. Du talar om mångfald och valmöjlighet.



Då skulle jag vilja fråga dig vad det är med den gällande lagstiftningen i dag, om jag ska hålla mig till sjukhusen på landstingsnivå och där vi säger att ett sjukhus ska finnas i offentlig regi, som gör att man skulle begränsa och förhindra att det skulle vara nya möjligheter för att utveckla vården?

*Karin Johansson:* Det vi hävdar är att detta att ta bort kravet om att inte driva verksamhet med vinstsyfte är något positivt. Det är flera aspekter i att upphäva stopplagen naturligtvis. Att kunna bedriva sjukvård och sjukhus i företagsformer tror vi är positivt.

*Chatrine Pålsson Ahlgren (kd):* Jag sällar mig till raden av tacksamma lyssnare och deltagare. Det här är oerhört viktigt, och det som är viktigt för mig som kristdemokrat är kvaliteten för patienten. En förutsättning för det är att vi har kompetent personal. Jag har två frågor och börjar med en fråga till Kjell Asplund från Socialstyrelsen. Hur arbetar Socialstyrelsen långsiktigt med att få tillräckligt med kompetenta medarbetare för framtiden?

En fråga till Gösta Jedberger från Vårdföretagarna: Det har gjorts kvalitetsundersökningar om patienterna känner sig nöjda. Hur ser resultaten ut inom ett alternativt vårdföretag, S:t Görän eller något annat? Patientens upplevelse av kvalitet är grunden.

*Kjell Asplund:* I fråga om tillräckligt många medarbetare gör vi prognoser inom det som heter nationella planeringsstödet och pekar på de riskområden som finns framöver. Vi pläderar väldigt starkt för att vi måste öka tandläkarutbildning och läkarutbildning i landet för att klara behoven framöver. Framför allt när det gäller allmänläkare och psykiatrer kommer det att råda brist framöver. Mindre bekymmersam är situationen för sjuksköterskor och tandhygienister till exempel.

Tillräcklig kvalitet? Vi jobbar med kompetensbeskrivningar som vårdskolorna tar väl hand om när de gör sina studieplaner. Vi ser över hela ST-utbildningen för läkare med nya målbeskrivningar och en striktare uppföljning av deras kompetens när de är färdiga specialister.

*Gösta Jedberger:* När det gäller uppföljning av kvaliteten från patienternas utgångspunkter är det som man brukar säga: Som man frågar får man svar. Det finns dock ett starkt undantag i dag i de uppföljningar som görs, och det är de som görs av Svenskt Kvalitetsindex. Där visar det sig att privatdriven tandvård och privatdriven primärvård får bättre betyg än offentligt bedriven. Men det är inte så där våldsamt stora skillnader när det gäller den privatdrivna hälso- och sjukvården, däremot inom tandvården. Det handlar väldigt mycket, som många har varit inne på, om de små entreprenörernas sätt att bedriva verksamhet. Det är det som är styrkan i den privatdrivna vården.

*Elina Linna (v):* Tack för föredragningar. Flera har uttryckt oro över forskning och utbildning om lagen genomförs. Man har tagit upp den konkreta frågan om bristen på praktikplatser. Det märks redan nu i Stockholm, som har flera privata vårdgivare än många andra orter, att det finns brist på praktikplatser.

Min fråga till regeringen är om man har talat med Utbildningsdepartementet om att garantera möjligheten till praktik också framöver.

Sedan skulle jag vilja fråga både Catarina Andersson Forsman och Eva Lisa Krabbe om man har jämfört utbildningar i andra europeiska länder som ju mig veterligen har färre möjligheter till praktik. Hur ser man framtiden an så att alla våra studerande, som uppskattar praktiken, verkligen har möjlighet till det?

Jag har en fråga till Karin Johansson när det gäller regeringens uppfattning att med den här lagen kommer kvaliteten att höjas och att det kommer att bli effektivare vård. Hur kan regeringen vara så säker på att det kommer att bli så? Med tanke på de jämförelser som har presenterats till oss kan man inte garantera det, och det finns rätt så många exempel som talar i en annan riktning.

*Karin Johansson:* Jag ska först kommentera det här att säkerställa praktikplatser. Över huvud taget kan man säga att vi har utmaningar när det gäller den kliniska forskningen och kliniska prövningar. Det här är någonting som vi har tagit på största allvar. Regeringen har i dag fattat beslut om direktiv till en utredning som ska göras i samarbete mellan Utbildningsdepartementet och Socialdepartementet för att just säkerställa detta, som vi inte tycker riktigt har tagits på största allvar tidigare.

Sedan handlade det om att kvaliteten i vården kommer att höjas om vi har en mångfald av aktörer. Jag tycker att Gösta Jedbergers tidigare inlägg var väldigt bra. Det är positivt med en mångfald av aktörer. Nu nämnde Gösta tandvård och mindre privatpraktiserande kliniker. Men det är helt uppenbart att finns det fler aktörer, finns det fler att välja på, så väljer man som patient med fötterna, vilket gör att det som inte fungerar bra väljer man bort. På sikt kommer det att försvinna.

Självklart tror vi att konkurrens kommer att förbättra kvaliteten.

*Catarina Andersson Forsman:* När det gäller praktik under utbildningen utmärker sig Sverige genom att vi har mer praktik än många andra länder. Det här är något som vi vill värna om. Inom vår kår, inom privatläkarkåren, finns det ett stort intresse att ta emot de här studenterna. Det finns också ett stort intresse bland studenterna att gå ut till privata vårdgivare. Det här tror vi att vi kan lösa genom att man tecknar avtal. Det finns exempel där det har fungerat. Förutsättningen är att man redan från början, när man köper upp tjänsterna eller lägger ut vissa vårdcentraler eller kliniker på entreprenad, löser det i avtal. Då finns det kanske till och med förutsättningar att förbättra. I dag är det ibland ett lite diffust åtagande med

handledning och undervisning av studenter som kanske ibland kommer att bli satta på undantag. Det måste regleras innan, för det är svårt att hinna med i ett ekonomiskt system där man inte får betalt för den här tjänsten.

*Eva Lisa Krabbe:* När det gäller den praktiska utbildningen är den en stor utmaning oavsett vem som är producent av vården. Vi har en stor utmaning i dag som vi har svårt att hantera. Titta på sjuksköterskorna, de har ett och ett halvt års praktisk utbildning som nuvarande organisation ska hantera.

När vi gör jämförelser med våra kolleger i Europa möts vi kanske mest utifrån de direktiv som finns. Där kan man säga att våra kolleger, om man tittar på sjuksköterskorna, inte har några stora problem med den praktiska utbildningen. Där kan man kanske till viss del få det svårare att få den kopplad till den teoretiska delen. Men någon mer jämförelse än så har vi inte gjort, utan det är mer att kontinuerligt mötas kring direktiven.

Det vi har problem med i Sverige är att våra kommuner inte tar emot våra studenter. Det är också ett problem, men det berörs inte av den här lagstiftningen.

Den praktiska utbildningen är en stor utmaning. Det vore oerhört positivt om de privata entreprenörer som finns i dag ser också det som en konkurrensmöjlighet.

*Lennart Levi (c):* Herr ordförande! Jag ber att få instämma i vad många har sagt före mig om hur bra föredragningen var. Mycket viktigt har sagts, men somligt har inte sagts visavi ökad mångfald.

Mina tre frågor går till Kjell Asplund. Den ena gäller personalen, hälsovårdarnas egen arbetsmiljö och hälsa. Den tar stryk redan i det befintliga systemet. Kommer ett nytt system att förbättra, försämra eller inte alls påverka det läget?

Min andra fråga gäller patienterna. Väldigt många människor ligger i dag utförsäkrade, förtidspensionerade. Ungefär 550 000 är i dag förtidspensionärer. De kapitaliserade kostnaderna för det uppgår till 760 miljarder kronor fram till ålderspensionering. Det är alltså gigantiska belopp. Hur kommer rehabiliteringsverksamheten att påverkas? I dag går många rehabiliteringsverksamheter utan finansiering och måste läggas ned samtidigt som behovet är monumentalt.

Min tredje fråga gäller befolkningen. Jag är lite verksam inom Världshälsoorganisationen och även inom EU och känner till satsningarna där på förebyggande av sjukdom och främjande av hälsa. Hur kommer de verksamheterna att påverkas av den ökade mångfalden? Jag vet att det inte är lätt att svara på allt detta uttömmande, men mellan tummen och pekfingeret, Kjell Asplund, vad tror du?

*Kjell Asplund:* Det var mycket svåra frågor. När det gäller personalens arbetsmiljö och hälsa har vi inga egna uppgifter. Det finns en del andra som har tittat på det. Det är inga avgörande skillnader mellan dem som

arbetar i offentligt driven vård och dem som arbetar inom privat driven vård. Det finns på vissa områden vissa skillnader men inga dramatiska skillnader.

Rehabiliteringen – jag håller med om att det är ett sorgligt kapitel. Där har Sverige mycket att skämmas för. Jag vet inte om det blir bättre eller sämre med andra driftsformer. Men jag kan tänka mig att det tillhör det som man verkligen måste tillförsäkra sig när man skriver avtal.

Främjande av hälsa kan man naturligtvis också betala för. Jag vet från mitt gamla landsting Västerbotten att man har betalat för de hälsofrämjande insatserna till vårdcentralerna per capita och fått bra effekter av det.

*Thomas Nihlén (mp):* Först skulle jag vilja vända mig till Vårdförbundet och Eva Lisa Krabbe. Jag skulle vilja ha ett litet förtydligande. Efter att ha läst ert remissvar tolkar jag det som att ni inte vill att våra universitets- och regionsjukhus med högspecialiserad vård ska drivas av privata entreprenörer. Ni säger också att ni vill att vinst och överskott ska återinvesteras i verksamheten. Jag tolkar det som att ni ställer er bakom åtminstone två av fyra av de begränsningar och regler som finns i nuvarande lagstiftningen. Ändå ställer ni er helt bakom pm:et.

Min andra fråga är till Karin Johansson från Socialdepartementet. Varför skickades inte pm:et ut till samtliga landsting och regioner? Varför skickades det enbart till två vänsterstyrda landsting men till sex borgerligt styrda landsting?

Till sist en liten reflexion till Vårdföretagarna och SPF som pratade en hel del om vikten av vinst och överskott. Det tror jag att vi alla ställer oss bakom. Jag förstår inte riktigt relevansen i att ta upp det i det här sammanhanget, eftersom det inte är någonting i nuvarande lagstiftning som på något sätt talar om vinstbegränsning, utan det handlar enbart om vinstutdelning.

*Eva Lisa Krabbe:* När det gäller universitetssjukhusen ser vi att de behöver en bättre ledning och styrning och att delar kan bedrivas i andra driftsformer. Det vi ser som det viktiga är att ha en ledning och styrning av verksamheten som gör att den offentliga finansieringen sker med hållning och på ett sätt som gör att befolkningen får den vård den ska ha och att det överskott som blir när man har en effektiv vård kommer vården till del, alltså att det är ett sammanhållet system. Vi menar också att har man ett system där man tecknar avtal och upphandlar vård borde det vara balans mellan utbud och efterfrågan så att det finns tillräckligt med vård, att man inte får köer till exempel utan har en vård som är av tillräcklig omfattning för de behov och den efterfrågan som finns.

*Karin Johansson:* Du pratade om remissinstanserna. Det brukar inte vara så att man skickar ut den här typen av förslag till alla landsting. Vi försökte få en regionalt jämn fördelning när vi valde remissinstanser. Vi har också försökt täcka de regioner och landsting som har regionsjukhus. Det

är det som har varit utgångspunkten när vi har valt remissinstanserna. I tillägg till ett antal landsting har vi naturligtvis också ett antal myndigheter som har varit mottagare av remissen.

*Barbro Westerholm (fp):* Min fråga går till Johan Calltorp. I flera inlägg har man tagit upp frågan om hur behovet av klinisk forskning och utbildning ska kunna tillgodoses vid en förändring av driftsformerna för universitetssjukhusen. Du har ju en överblick över hur det ser ut i andra länder där man har olika driftsformer. Har du synpunkter på vad vi ska tänka på för att garantera att behovet av klinisk forskning och utbildning tillgodoses också i framtiden?

*Johan Calltorp:* Det är en viktig fråga. Jag tog inte upp det speciellt i min inledning, men KI:s synpunkt som Anders Hamsten beskrev är relevant och riktig. Man kan säga att man finner det där samspelet, precis som Anders säger. Den vanliga modellen är integration, kanske till och med bättre integration än vi har. I Holland, om vi tar det landet som exempel, tror jag att alla medicinska fakulteter och universitetssjukhus är sammanslagna i gemensamma organisationer för att säkerställa det. Man kan alltså säga att man där har gått ännu längre tack vare en större organisatorisk rörlighet. Detta är vanligt även i USA.

Sedan är det klart att i USA klagar universitetssjukhusen för att de är pressade i marknadskonkurrensen. USA är ett ledande forskningsland, och forskningsfinansieringen sker på annat sätt. Mitt intryck är dock inte att de förändrade organisationsformerna i länder vi åberopar skulle försvåra undervisningen, men det krävs ju, precis som Anders säger, att universitetshuvudmannen får tillfälle att sluta avtal och artikulera frågorna. Det finns dock inget i sig som gör att forskning och undervisning skulle hamna i ett sämre läge.

*Catharina Bråkenhielm (s):* Jag kan se att ingen patientorganisation, alltså någon från brukarna, är inbjuden i dag, och därför lyssnar jag extra noga på PRO och SPF som har de största brukargrupperna.

Min första fråga går till Mats Bergström som mycket fördelaktigt beskrev det här med privat ballongsprängningsklinik och att det var viktigt att man gick med vinst. Jag kunde ändå inte höra något om vad som var bättre med den nya lagstiftningen. Vad skulle bli bättre för era medlemmar med den nya lagstiftningen? Det skulle jag gärna vilja att du utvecklar lite grann.

Sedan har jag en fråga till Karin Johansson på Socialdepartementet. Du sa ganska tydligt att det är behovet som ska styra och inte plånbokens tjocklek, och då undrar jag: Kommer man inte att kunna gå före om man har försäkringslösningar? Ska de inte vara någonting värda i framtiden?

*Mats Bergström:* När det gäller frågan om vinst menade jag inte direkt att det var bra att det gick med vinst, men erfarenheten från framför allt primärvården i Värmland har visat att vinster har kunnat återinvesteras på ett bra sätt. Det menar jag har kommit brukarna direkt till del.

Annars är det ingen självklarhet med just vinsten. PSI-enheten har varit den verksamhet som har redovisat ett överskott, men man har också redovisat hur man har återinvesterat detta överskott till exempel i en mera modern apparatur. Det kommer alltså oss till del. Det var ungefär så jag menade.

*Karin Johansson:* Förslaget innebär ju att vi upphäver kravet på att vården uteslutande ska bedrivas med offentlig finansiering. Det är väl det du riktar in dig på, förstår jag, när du ställer frågan till mig. Jag tror att det är otroligt viktigt för en vårdgivare att organisera sin verksamhet så optimalt som möjligt, och landstingets ansvar är självklart att förse varje landstingsinvånare med hälso- och sjukvård baserat på de kriterier som vi har fastlagt i svensk hälso- och sjukvårdslag, det vill säga de med störst behov kommer först.

Utöver den verksamhet som en privat aktör bedriver i avtal gentemot ett landsting säger vi att de är fria att teckna avtal även med privata aktörer. Vi tror inte att det kommer att ha undanträngningseffekter på det som de har avtalat med landstinget.

*Finn Bengtsson (m):* Jag vill rikta min fråga till Karolinska Institutets företrädare och kanske även till Statskontorets organisationsdirektör som gör sig till tolk för den fria forskningens och utbildningens krav på undantag från ett mångfaldstänkande av olika entreprenader i sjukvården. Johan Calltorp kan också svara om han vill.

Talar man här för alla landets medicinska fakulteter, talar man framför allt för landets alla fria och oberoende forskare i den här frågan eller talar man framför allt för Karolinska Institutets och Statskontorets ledningar? Följdfrågan blir naturlig när man reser krav på obligatorisk samverkan på lika villkor vid avtalsdiskussioner mellan sjukvårdshuvudmännen och olika aktörer. Vem ska delta i dessa rimliga samrådsöverläggningar? Är det fakultetsledningarna eller universitetsledningarna, eller är det de fria, oberoende forskarna som ska ha det ansvaret?

Till sist: Hur kan det komma sig att majoriteten av medicinska Nobelpristagare kommer från andra sidan Atlanten, och att vår senaste svenska Nobelpristagare har brutit sig ur universitetsvärlden och bildat ett eget aktieföretag i Göteborg? Så kan man reflektera över omvärldsanalysen.

*Anders Hamsten:* Det var intressanta och inte helt lätta frågor från min kollega. För det första vill jag upprepa det jag inledde med att säga: Karolinska Institutet välkomnar en ökad mångfald av driftsformer inom sjukvården. Det är en positiv förändring. Det är heller inte så att Karolinska Institutet i princip har något att erinra mot universitetssjukvård driven i privat regi. Vad vi är oroliga för är en höggradigt fragmenterad universitetssjukvård, eftersom det som vi ser det innebär att det blir svårt för mindre, enskilda, separat drivna enheter att orka med de tunga infrastrukturrella investeringar som krävs både för modern sjukvård och för att vara en lämplig plattform för den kliniska forskningen.

Vi upplever också att både den moderna sjukvården och den kliniska forskningen är höggradigt tvärdisciplinär. När vi planerar universitetssjukvård i dagens läge talar vi väldigt mycket om gemensamma vårdgolv och om att inte skapa onödiga gränser mellan olika verksamheter.

Din bedömning av varför det, åtminstone vid ytligt betraktande, har gått väldigt mycket bättre för nordamerikanska forskare är naturligtvis helt riktig. Väsentligt många flera Nobelpris går till Nordamerika än till lilla Sverige. Vi ska dock vara väldigt medvetna om att det stora försteg som man sannolikt har i Nordamerika gäller preklinisk, experimentell, laboratoriebaserad forskning och inte alls i samma utsträckning den patient- och sjukvårdsnära forskning som bedrivs av i vården verksamma personer. När det gäller epidemiologi och klinisk behandlingsforskning står sig både Sverige och Europa utmärkt väl.

*Magnus Svantesson:* Vår tveksamhet kring att rent generellt ge landstingen möjlighet att lägga ut forskning och utveckling på entreprenad baserar sig egentligen på tre olika grunder. Den första är att forskning faktiskt är ett statligt intresse även om universiteten i och för sig är ganska självständiga från staten. Då kan man rimligen inte lägga beslutet om att utforma denna verksamhet på en helt annan part – landstinget – utan att ha ordentliga samråds- eller inflytandeformer mellan stat och landsting.

Den andra grunden var det jag nämnde i mitt anförande, nämligen oberoendet. På universitetssjukhusen bedriver man både klinisk forskning och utveckling. Bakom den ligger ofta en stor industri, till exempel läkemedelsindustrin. Det är viktigt att forskning sker i oberoende former. Om ett kommersiellt företag som driver själva vården även har relationer till läkemedelsproducenter eller andra företag inom området, kan man ifrågasätta oberoendet i den vårdanknutna forskningen.

Det tredje skälet till att vi har varit tveksamma är att vård styrs av vissa medel, medan forskning styrs av andra medel. Det är alltså i grunden två penningströmmar som sammanblandas i en och samma verksamhet. Då finns det alltid risk för att pengar läcker över åt något håll, till exempel att forskningen på något sätt skulle subventionera vården. Resultatet skulle kunna bli att vinsten för det företag som driver sjukhuset ökar. Det här finns det erfarenheter av från andra håll. Där man har de här konstruktionerna visar det sig ofta att det blir väldigt svårt med redovisningen, och att det finns risk för att pengar läcker över. Riksrevisionen har pekat på sådana företeelser.

Det är de tre skäl vi har haft till att vara tveksamma. Nu är det möjligt att man kan lösa det här på något sätt. Vi är inte experter på det här området, men det fanns inget underlag i det material vi hade att bedöma som angav några modeller för lösning av denna problematik. Om man kan hitta lösningar blir det en ny situation, men detta är de bevekelsegrunder vi har haft för vårt ställningstagande: Här bör man så att säga avvakta lite tills man vet att man kan hantera situationen.

*Johan Calltorp:* Jag tror att svaret på den fråga du väcker generellt är att vi behöver rörligare strukturer. Jag skulle egentligen vilja vända på det Statskontoret säger: Jag tror att lärdomen från andra länder med rörligare system, till exempel Nordamerika, är att man skapar samarbetsstrukturer. Man blandar pengar. Om man ser traditionellt på Sverige och andra branscher, till exempel teleindustrin, är det ju ett kreativt samspel mellan statliga monopol eller stora offentliga investeringar, och ett engagemang för att hitta sådana lösningar. Det är lite det man söker efter inom hälso- och sjukvården.

Jag tror, precis som Anders, att vår i grunden väldigt goda sjukvårdsstruktur, personnumren, regionaliseringen och den kliniska forskningen ger oss ett väldigt värde – läkemedelsföretagen är ju fortfarande väldigt förtjusta i kliniska prövningar i Sverige. Varför Arvid Carlsson bryter sig ut eller bildar eget bolag kan det finnas olika skäl till, man har den friheten som forskare, men det är klart att han har dragit nytta av den svenska strukturen. Jag tror alltså att det gäller att tänka lite fritt och nytt inom det här området och ha en öppenhet för olika former och idéer från andra länder.

*Lennart Axelsson (s):* Jag tror precis som herr ordförande att det här i grunden är en ideologisk fråga, en fråga som handlar om hur man använder människors skattepengar. Där anser vi att det är viktigare att återinvestera en eventuell vinst i vården än att dela ut den till aktieägare.

Det har talats väldigt mycket om mångfald, och i debatten både här i riksdagen och lokalt upplever jag att det finns en okunskap om vad skillnaden egentligen innebär, alltså vad nuvarande lagstiftning ger för möjligheter och vilken skillnaden blir om man tar bort den. Det är lite svårt att rikta frågan till en speciell grupp, för ni har säkert synpunkter allihop, men jag har ändå valt ut Vårdföretagarna och SKL. Eftersom jag bara ställer en fråga kanske jag kan få lägga till Kommunal också.

Min fråga är: Vilka konkreta begränsningar ser ni med nuvarande lagstiftning när det gäller att uppnå en ökad mångfald och en bättre vård?

*Gösta Jedberger:* Det första handlar om något man inte kan ta på. Mentalt är det i dag en klar skillnad i de två lagstiftningssynerna på stopp- respektive startlag. Det är det ena.

Det andra är att detta med vinstsyftande företag som inte får finnas med i bilden upphör i och med och med detta.

Det tredje, som för er politiker i mitt tycke skulle vara lika viktigt, är vem som fattar beslut om sådana här frågor. Det här är landstings- och regionfrågor och inte frågor för staten.

*Roger Molin:* Man kan säga att det i dag finns ett stort outnyttjat utrymme för mångfald, eftersom 60 av de 80 akutsjukhusen i princip kan läggas ut på entreprenad redan i dag. Det finns inga begränsningar för det. Man kan alltså säga att i princip ökar mångfalden med ytterligare 20 sjukhus



eftersom begränsningen som nu finns till ett sjukhus i varje län inte skulle finnas kvar. Skulle man å andra sidan gå så långt har vi ju ingen mångfald alls. Det finns alltså redan i dag ett stort, outnyttjat utrymme för mångfald.

*Rolf Andersson:* Vi har menat att det inte behövs någon extra lagstiftning utöver vad som sägs i aktiebolagslagen för hur man använder eventuella vinster. Det kan kanske till och med vara destruktivt att förhindra användning av vinstmedlen så som företag brukar göra – att man i och med det i stället ökar benägenheten att ta ut avkastningen genom att sälja företagen. Det är bättre med stabila ägare som är kvar och utvecklar sina företag. Det är den begränsning vi har sett, men det är ju inte en begränsning när det gäller möjligheterna att gå in som privat företag.

*Eva Olofsson (v):* Då skulle jag vilja börja med en fråga till Johan Calltorp. När det gäller Europa, Nederländerna och Kanada pratar vi ju om traditionellt lokala, idéburna, ideella och religiösa modeller. Jag kan inte se att vi har den traditionen med till exempel kyrkan här i Sverige. Vi har i och för sig Ersta sjukhus, men i övrigt bedriver inte kyrkan eller stora idéburna organisationer delar av vår välfärd eller sjukvård.

Jag vill ställa frågan till dig eftersom du sa att du kunde se att de vinstgivande större vårdföretagen är på frammarsch. Jag skulle dels vilja ställa frågan vad man kan tänkas få för utveckling i Sverige med vår tradition, dels vad du ser för skillnader mellan en stor sektor som bedrivs av non profit-organisationer, alltså av sådana som inte tar ut vinst utan plöjer ned överskott i verksamheten – de har ju en stor del av marknaderna i de här länderna – och en modell där dessa krymper och man i stället får en stor andel vårdföretag som är vinstutdelande och jobbar på en marknad.

Jag har också en fråga om kvinnligt ledarskap till Vårdföretagarna. Ni är två män här nu, och jag vet inte om jag har haft otur. Socialutskottet var i Danmark och träffade Aleris. Där träffade vi en manlig chef i 35-årsåldern som kom från finanssektorn och en tidigare manlig ansvarig. Jag har även tidigare när det har gällt de högsta cheferna från vårdföretagen ofta träffat män. Skiljer sig verkligen detta från sammansättningen i den offentligt drivna vården? Där är ju väldigt många kvinnor också äldreomsorgschefer, mellanchefer för äldreboende, och avdelningschefer inom sjukvård.

*Johan Calltorp:* När det gäller din första fråga är ju det vanliga i Europa alltså inte vinstdrivande företag, utan det handlar om en lokal uppslutning, det vill säga de idéburna organisationerna eller voluntary hospitals. Det är ofta kyrkan eller religiösa som ligger bakom. Det är bara att konstatera att vi inte har den traditionen, och det är, som jag uppfattar det, ett problem när man önskar en ökad mångfald. Jag har inget svar på det mer än att det är intressant att lyssna på dem som representerar den sektorn. De har ju också en egen organisation, Famna.

Jag gick inte så ingående in på för profit och not for profit. Det handlade väldigt mycket om USA. Jag har en känsla av att man får se upp när man översätter. Det handlar väldigt mycket om den kulturella miljön, och i USA tycker jag att man ser en väldigt liten skillnad mellan de olika typerna av företag. En skillnad är hur man skapar kapital, det är någonting med storskaligheten, och man har börsägare som kräver resultat. Det betyder någonting.

Hur man sedan ska översätta det till Sverige har jag passerat lite på. Det är väldigt svårt att dra gränser när det handlar om vinst och ekonomi i vården. Var är det fel att tala om ekonomi? Ekonomi och etik hör ju ihop. Man måste alltid tänka på ekonomin. Det där är alltså ett svårt område.

*Peter Seger:* Du kan ha haft lite otur när du bara har träffat manliga ledare. Vi vet att det framför allt bland våra små företagare finns ett stort och utbrett kvinnligt ledarskap – kvinnor som har startat egna företag och driver dem. Bland de stora finns det också ett antal företag som har eller har haft kvinnliga ledare. Men jag tror att det är som i näringslivet i övrigt. Det är svårt i dag att rekrytera höga kvinnliga chefer. Vi är inget undantag än så länge, men som vi säger: I en ökad mångfald är detta definitivt något som kommer att förbättras. Vi vet att det på företagets ledarnivåer definitivt finns ett övertal av kvinnliga ledare.

*Margareta B Kjellin (m):* Tack för en bra förmiddag! Vi har diskuterat organisation och system med anledning av rubrikerna, och då är det lätt att glömma bort patienten. Men det är ändå för patientens skull vi bedriver vård. Jag har några funderingar utifrån att vi har och under lång tid har haft så långa vårdköer. Jag undrar vilka villkor Vårdföretagarna anser behöver ingå i vårdavtalen för att öka tillgängligheten. Jag vill sedan ställa motsvarande fråga till Konkurrensverket: Vore det rimligt att de offentligt drivna verksamheterna också hade motsvarande vårdavtal på en konkurrensumsatt marknad?

*Peter Seger:* När det gäller köproblematiken är det mycket enkelt. Vi har ju tak i vartenda avtal som vi får. Det är inte så mycket att göra åt. Vi har definitivt mer resurser. Det lyfts ju alltid fram att vi säljer till andra vårdgivare. Men om vi fick avtal som saknade tak eller om vi fick större uppdrag skulle köerna naturligtvis minska.

*Claes Norgren:* Det korta svaret skulle vara ja. Det är rimligt att ställa samma krav på producenter av olika sort.

*Marina Pettersson (s):* Vi fick av SPF höra en väldigt positiv syn på de privata entreprenörerna med det privata vårdutbudet i Värmland. Jag vill som värmlänning och även som Filipstadsbo, patient och anhörig påstå att det var en grov överdrift. Det var en väldigt positiv bild vi fick, men jag kan berätta att vi fick ta tillbaka vårdcentralen från en privat entreprenör med kort varsel för ett år sedan. Problemen under driften var väldigt många. Det var tillgänglighetsproblem, långa väntetider, uppsägningar av vårdpersonal och så vidare. Och vad hände med den privat drivna närsjuk-

vården i Säffle och Kristinehamn? Den var faktiskt dyrare att driva än våra offentligt drivna sjukhus, och det var inget större vårdutbud än det som vi gav.

Jag vill ställa min fråga till PRO och till Kjell Asplund, Socialstyrelsen: Sjukvårdssverige står inför en demografisk utmaning med alltfler äldre och multisjuka som behöver just den här vården nu och i framtiden. Kommer vi att kunna säkerställa att gräddfiler inte uppkommer och att den som har en privat sjukförsäkring inte går före i kön till vården, nu och i framtiden?

*Lars Wettergren:* Jag uppfattade inte frågan till 100 procent. Kan du upprepa den?

*Marina Pettersson (s):* Sjukvårdssverige står inför en demografisk utmaning där alltfler blir äldre och multisjuka. De äldre kräver ju den största delen av sjukvårdsutbudet. Min fråga är: Kommer vi att kunna säkerställa att gräddfiler inte uppkommer och att den som har en privat sjukförsäkring inte går före i kön till vården, utan att det är prioriteringsbesluten som gäller?

*Lars Wettergren:* Det är en systemkritisk fråga, och vi tror att det finns en risk att privata försäkringstagare kan gå före i kön. Det är en av de avgörande frågorna i systemet som man ska vara mycket uppmärksam på.

*Kjell Asplund:* Jag vet inte om jag har någon speciellt kvalificerad synpunkt på detta. Jag håller med om att om man via försäkringar kan köpa sig en plats kan man kalla det gräddfiler. Det har som jag ser det inget att göra med den demografiska utvecklingen.

Om man till exempel tar bort taken i avtalen blir det mer resurser till sjukvården – det kostar mer pengar, men det är klart att problematiken med gräddfiler blir mindre.

*Mats Bergström:* Att överdriva är lite värmländskt, det borde du veta som värmlänning. Jag tänker på närsjukhusen som du ger en negativ beskrivning av. Du sa nämligen att det blir dyrare. Ja, landstingets pensionärsråd fick veta att det hade blivit aningen dyrare, men vad jag sa var att vi hade mycket nöjdare patienter. Det gäller fortfarande. Vi har nöjdare patienter på våra närsjukhus.

*Maria Lundqvist-Brömster (fp):* Det har varit en jätteintressant dragning här på förmiddagen! Jag vill ställa min fråga till Vårdföretagarna.

Alltfler människor söker sig till primärvården på grund av psykisk ohälsa och psykosomatiska besvär. Landstingsdriven primärvård fokuserar ju mer och mer på att få kuratorer, psykologer och övrig paramedicinsk personal ute på sina vårdcentraler.

Kjell Asplund visade en bild i början av sin dragning om att det var lite sämre med tillgänglighet till till exempel samtalsbehandlingar hos privata vårdgivare. Jag kan tycka att det här är en avtalsfråga. Det ligger faktiskt på den som ger uppdraget att avtala med den privata entreprenören om

detta. Men tar ni upp de här diskussionerna med medlemmarna i er intresseorganisation? Hur ser man på rehabilitering och samtalsbehandlingar som alltså ökar ute i närsjukvården?

*Gösta Jedberger:* Det är riktigt att det i första hand är i avtalen detta ska regleras. Men det är klart att vi för de här diskussionerna för att tillgodose den utveckling som medborgarna behöver.

*Ordföranden:* Då tror jag att vi har fått svar på de allra flesta frågorna. Vi har kommit till en tidpunkt då vi ska avrunda den här aktiviteten. Jag tycker för min del att vi har fått en bra bild för att kunna bredda underlaget och få idéer om vad vi speciellt ska titta på nu när socialutskottet skrider till verket för att bereda propositionen. Vi har fått en omvärldsanalys, och vi har fått en beskrivning från ett antal olika företrädare och intressenter.

Nu ligger så att säga bollen hos oss. Vi i socialutskottet ska i vanlig ordning göra vårt allra yttersta för att se till att detta jobb ska bli så bra som möjligt. Den 9 maj är det planerat att vi ska debattera och besluta om denna proposition i kammaren. Så ser planen ut. Fram till dess kommer det att vara mycket diskussion kring denna fråga som vi vet engagerar!

Jag vill säga tack till alla som har medverkat, ingen nämnd och ingen glömd. Jag vill också säga tack till er som har lyssnat och tittat på den här utfrågningen. Tack så mycket! Därmed är utfrågningen avslutad.

BILAGA 5

## Bilder från utfrågningen

### Bild 1

# Mångfald i vården Internationell utblick Socialutskottet 15 mars 2007

Johan Calltorp MD PhD  
Professor i hälso- och sjukvårdsadministration  
[johan.calltorp@comhem.se](mailto:johan.calltorp@comhem.se)  
0708-327490

### Bild 2

## Jämförelse av sjukvårdssystem

- Finansiering - skatt, försäkring, egenavgifter, offentligt/privat
- Organisering – vårdgivare, offentligt/privat, storskaligt/småskaligt, graden av integration
- Patientens perspektiv – kvalitet, resultat, tillgänglighet, rättvisa

**Bild 3**

## Jämförelse av sjukvårdssystem

- Vården starkt präglad av kultur, tradition, värderingar och ekonomiskt system i respektive land
- "Tredje-parts-problemet" – patienten söker vården, men en tredje part (försäkring, skatt) betalar. Kontroll av resultat och kvalitet, styrning av vårdutnyttjande och resursfördelning
- Varje vårdssystem har normalt en begränsad resursram – resursåtgång, vårdutnyttjande, resultat måste balanseras och optimeras – för rättvisa och effektivitet ("järntriangeln")

**Bild 4**

## Tre "modell-länder"

- Sverige – ett dominerande offentligt system - finansiering, vårdgivare och kvalitetskontroll
- USA – den extrema motsatsen. Mångfald, pluralism, försök till marknadsstyrning, ett "icke-system"
- Storbritannien – mellanläge (men närmare Sverige). Skattefinansiering, nationellt enhetligt system, 15 procent privat vård (finansiering, vårdgivare)

**Bild 5**

## Europeiska modeller

- Nordiska grannländerna – värdegrund som i Sverige, likartade system
- Mellaneuropa – "Bismarck" (obligatoriska försäkringsmodeller) kontra "Beveridge" (skattefinansierade system)
- Mångfald av vårdgivare – traditionellt lokalt förankrade, ideella eller religiösa huvudmän för sjukhus

**Bild 6**

## Nederländerna

- Velfärdsmodell, solidarisk finansiering, vård på lika villkor. Aktörer icke vinstgivande och vinstgivande försäkringsbolag och vårdgivare
- Finansiering via "reglerad marknad" – försäkringsbolag konkurrerar om medborgarnas val – avtal med producenter som också konkurrerar
- Ett "nationellt åtagande" – precisering av vad som ingår i försäkringen. Regeringens tonvikt på kvalitetsuppföljning, spelregler, värdering av effekter

**Bild 7**

## NHS - Storbritannien

- Enhetligt offentligt system – centralstyrt
- Användning av den "interna marknadens" principer (purchasing, commissioning)
- Ökad mängd kontraktsvård för bl.a. kösatsningar (betydande andel for-profit aktörer)
- 15 procent av vårdvolymen är privat finansierad och utförd – den privata vården täcker sådant som också ingår i NHS åtagande
- Läkarna arbetar både i den offentliga och privata delen av vården

**Bild 8**

## USA

- 16 % av BNP till vården, beräknas till 20 %
- år 2018 med dagens ökningstakt
- Ingen mekanism som ger alla invånare tillgång till vården – 48 miljoner saknar försäkringsskydd
- Integrerade vårdssystem fortfarande sällsynta (Kaiser, Veterans, Intermountain undantag)
- Lågt genomslag för kvalitets- effektivitets- och styrningsmetoder
- USA-vården utgör ett "laboratorium" för att studera avgränsade innovationer och utveckling



**Bild 9**

## For-profit/not-for-profit (USA)

- Utgår från sättet att skaffa kapital samt skattebefrielse
- Förväntan att not-for-profit fullgör en samhällsfunktion – men ökande ifrågasättande gentemot dessa
- For-profit täcker mer än 50% inom hemsjukvård, dialys, rehabilitering
- En mängd studier finns. Skillnaden tycks liten i funktion och beteende – framförallt en ömsesidig påverkan
- For-profit söker nya nischer och marknader, spelar en roll för innovationer, kan skaffa kapital
- Not-for-profit har större trovärdighet, mindre tendens att selektera patientgrupper och att undvika mindre attraktiva sociala och geografiska områden

**Bild 10**

## For-profit/not-for-profit (USA), forts

- Skall ses i sitt kulturella och ekonomiska sammanhang
- Vårdforskarna söker svar på vilken mix mellan de två formerna som är lämplig för önskvärda vårdresultat
- Ekonomiska incitament är kraftfulla, illustrerar sjukvårdens styrningsproblem ("järntriangeln"), kommersialisering av vården ?
- Goda översikter av Bradford Gray, The Urban Institute, Washington DC

**Bild 11**

## Kanada

- Intressant kontrast till USA – marknadsekonomi och ett utpräglat socialt och rättvisetänkande applicerat på värden. Kostnadsnivå ca 10,5 % av BNP
- Provinsbaserad, skattefinansierad vård, uttalad politisk styrning av värden
- Betydande inslag av privata vårdgivare – prestations- och avtalsbaserat ersättningssystem för flertalet läkare som egna yrkesutövare
- Vårdorganisationen integreras och strukturomvandlas likartat den svenska
- Blygsam närvaro av for-profit företag – dock ökande mängd privata vårdgivare med kontrakt och avtal

**Bild 12**

## Kanada

- Provinserna mycket självständiga inom ramen för Canada Health Act
- Nationell definition av vad den skattefinansierade värden skall täcka – det "nödvändiga vårdutbudet". Detta beskrivs i diagnos- och åtgärdstermer i varje provins
- Ingen "extra billing" eller privat betalning för denna vård
- Läkarna måste välja att arbeta i det offentliga systemet eller helt privat (ytterst få väljer detta)
- Vissa vårdsegment är privat eller försäkringsfinansierade – t.ex. läkemedel, hemsjukvård, sjukgymnastik
- Omfattande debatt – men ändå en stark uppslutning bakom grundprinciperna för värden

**Bild 13**

## Några slutsatser för Sverige

- Finansiering, organisation (vårdgivare), kvalitetskontroll och tillsyn är tre olika dimensioner av ett sjukvårdssystem. Dessa kan stå i relation till varandra på olika sätt. Ett lands sjukvårdssystem speglar kultur, tradition och ekonomiskt system i hög grad.

**Bild 14**

## Några slutsatser, forts

- I många länder förekommer en gemensam vårdfinansiering (skatte- eller försäkringsbaserad) kombinerad med en större mångfald av vårdgivare än vad vi har i Sverige för närvarande

**Bild 15**

## Några slutsatser, forts

- En precisering av vårdutbudet kopplat till en bestämd finansiering anser många vara en förutsättning för kostnadskontroll, effektivitet och rättvisa.

**Bild 16**

## Några slutsatser, forts

- Framgångsrik styrning av vården kräver en stor bredd av kunskaper och färdigheter hos den funktion som har hand om finansiering, formulerar uppdrag och sluter avtal. I Sverige har denna funktion beskrivits som "beställarkompetens". Den är endast delvis utvecklad och måste byggas ut påtagligt för att motsvara framtidens vårdkrav och ett nytt system.

Bild 17

## GOD VÅRD

Det som görs i hälso- och sjukvården skall

- vara kunskapsbaserat och ändamålsenligt
- vara säkert
- ges i rimlig tid
- vara rättvist fördelat
- vara patientfokuserat
- vara effektivt (nyttja resurserna optimalt)

Bild 18

## UR KVALITETSREGISTRET RIKS-STROKE

*Enda privatdrivna akutsjukhuset:*

- Andel som är oberoende av andra för sitt dagliga liv 3 mån efter insjuknandet:  
Nr 23 av 80
- Andel som är nöjda med sjukhusvården:  
Nr 64 av 80.

Bild 19

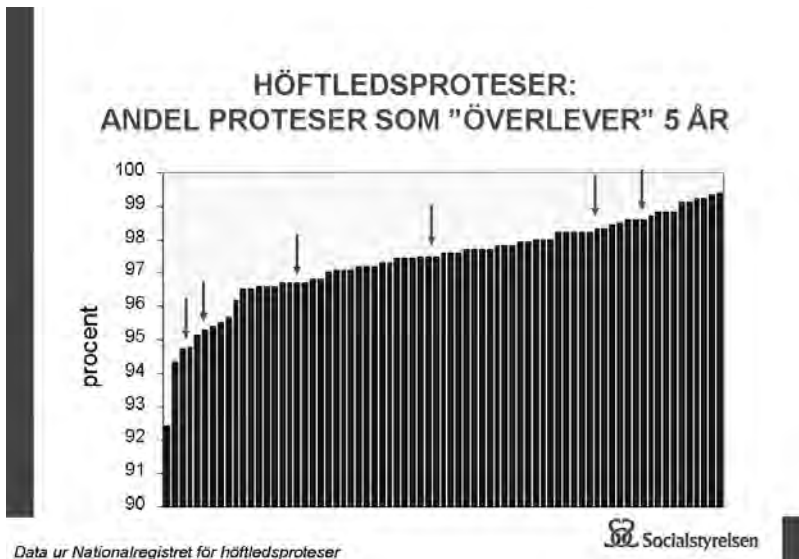


Bild 20

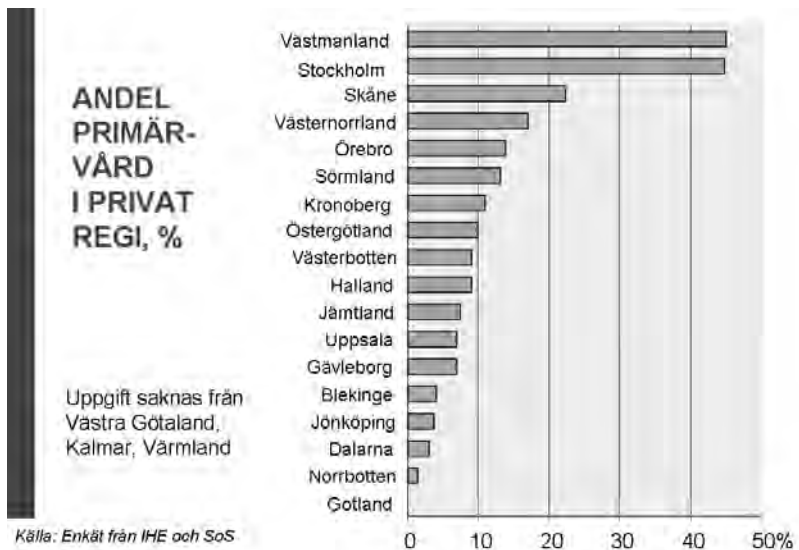
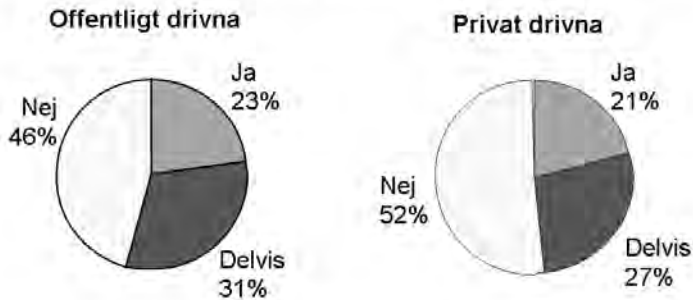


Bild 21

### BEHANDLING AV DEPRESSION: TILLGÅNG TILL SAMTALSBEHANDLING/PSYKOLOGISK BEH. VID VÅRDCENTRALER



Källa: SoSs lägesrapport om läkemedelsförskrivning, 2006


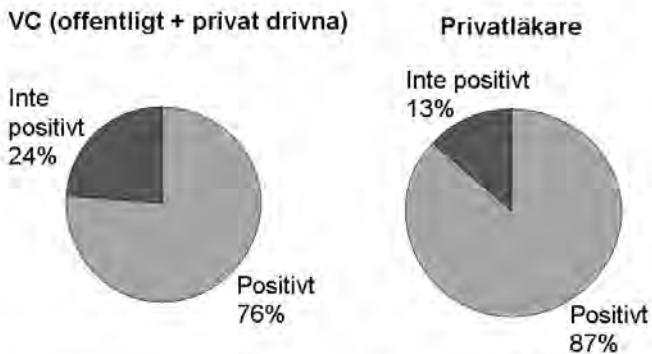

 Socialstyrelsen

Bild 22

### BEHANDLING AV DEPRESSION: PATIENTERNAS HELHETSINTRYCK



Källa: SoSs lägesrapport om läkemedelsförskrivning, 2006

 Socialstyrelsen

**Bild 23****SOCIALSTYRELSENS TILLSYN  
AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD**

- Inga systemiska skillnader mellan privat och offentligt driven sjukvård

*Men några observanda ...*

- Problem vid byte av utförare
- Enstaka problem vid nyetableringar
- Några privatpraktiker med överförskrivning
- Stor spännvidd mellan verksamheter i äldreården

**Bild 24****TILLSYN AV SJUKSKRIVNINGAR**

- Tillsyn av vårdcentraler, företagshälsovård, privatläkarmottagningar (allmänläkare, ortoped, psykiatriker)
- Samma (stora!) brister på vårdcentraler och privatläkarmottagningar
- Sjukskrivning utan personligt besök: ofta hos 1/3 av VC, klart mindre andel på privatmottagningar
- Privatläkarna har inte lika stor tillgång till sjukgymnast, kurator, psykolog etc. jmf m VC



Bild 25

## ATT VÄRNA OM VID ÖVERFÖRING MELLAN UTFÖRARE AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

- Utrymme för planering och riskanalys
- "Äganderätt" till journaler
- Undervisning, forskning
- Krisberedskap
- Smittskydd
- Rapportering till register, uppföljning av kvalitet


 Socialstyrelsen

Bild 26

 STATSKONTORET

---

## Statskontorets ställningstagande

Vi tillstyrkte förslagen i promemorian Driftsformer för sjukhus - med två undantag. Landstingen bör driva följande verksamheter i egen regi:

- ♦ Högspecialiserad vård
- ♦ Forskningsnära verksamhet

Detta betyder i praktiken att universitetssjukhusen bör drivas i egen regi. Driften av ett regionsjukhus bör däremot kunna upphandlas.

**Bild 27**

## Motiv för en avreglering

- ♦ Landstingen bör ges handlingsfrihet att avgöra hur verksamhet verksamheten organiseras och bedrivs, om det inte finns starka skäl för en annan ordning.
- ♦ Nya vårdgivare kan stimulera verksamheten och ge nya impulser
- ♦ Hittillsvarande erfarenheter tyder inte på att vården blir sämre eller att patientsäkerheten åsidosatts när entreprenadformen har tillämpats

**Bild 28**

## Motiv för våra föreslagna undantag

- ♦ Det är svårt att finna standardiserade ersättningsmodeller för högspecialiserad vård och därmed blir det svårt att upphandla och avtalsreglera
- ♦ Forskning och utvecklingsarbete är inte möjligt att upphandla på samma sätt som mer standardiserad vård. FoU kan dock heller inte avskiljas från ordinarie vård. Detta ger en komplicerad styrsituation om vårdgivaren är ett företag.

**Bild 29**

## Erfarenheter från annan verksamhet

- ♦ Driftsentreprenader kan ge problem i ett inledningsskifte – med upphandling, avtalsutformning, oseriösa entreprenörer m.m.
- ♦ Varken de största förhoppningarna eller de värsta farhågorna brukar besannas i efterstudier
- ♦ Ibland är det lättare att styra en entreprenör än verksamhet i egen regi
- ♦ När entreprenader tillämpas på ett nytt område ger detta ofta en effektivisering av den egna kvarvarande verksamheten
- ♦ Det är ledningens kompetens som är det viktiga – inte huvudmannens formella status

**Bild 30**

## Övriga synpunkter

- ♦ Se upp med inläsningseffekter och långsiktiga beroendeförhållanden till enskilda företag
- ♦ Landstinget har alltid fullt ansvar för verksamheten, man måste därför i avtalet försäkra sig om de insyns- uppföljnings- och styrmöjligheter som krävs för att ta detta ansvar
- ♦ Vård på lika villkor – samma ersättning till alla för samma tjänst? Eller affärsmässig upphandling med marknadsprissättning? Det är en policyfråga som måste lösas på politisk nivå.

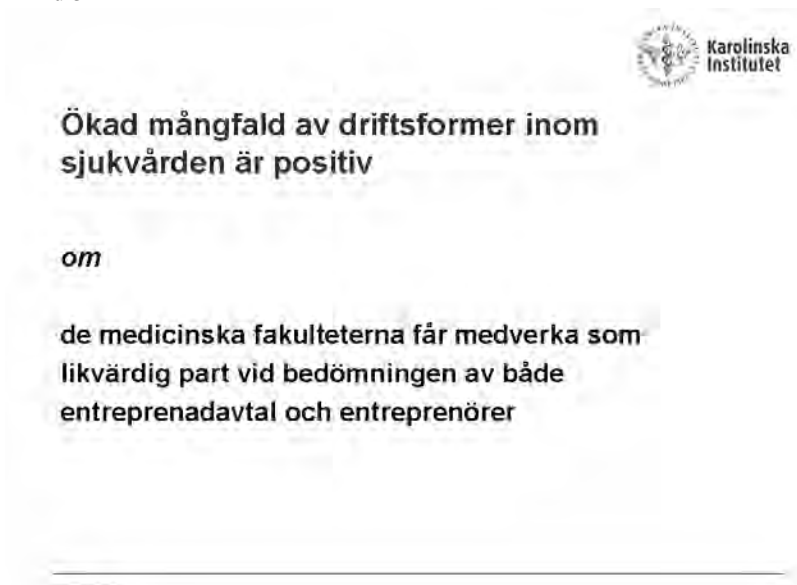

**Bild 31****Bild 32**

Bild 33




## Bakgrund

- Svensk medicinsk forskning har unika fördelar vid internationell jämförelse
- Alla delar av sjukvården är på olika sätt av intresse för medicinsk utbildning och forskning
- Universitetssjukhusen utgör basen för den medicinska forskningen
- En organisatoriskt sammanhållen universitetssjukvård är internationell norm

---

Bild 34



## Framgångsrik medicinsk utbildning och forskning kräver:

- Långsiktiga relationer mellan akademi och vårdgivare
- En nära samverkan och i vissa fall en gemensam ledning för akademi och universitetssjukvård
- Höggradig integrering av medicinsk utbildning, forskning och universitetssjukvård
- Förenade anställningar för många akademiska lärare

**TIDSPERSPEKTIVEN ÄR OLIKA FÖR VÅRD OCH FORSKNING**

---

**Bild 35**

## Våra erfarenheter av upphandling och privata entreprenader

- Lång erfarenhet av privat primärvård
  - KI har hittills inte deltagit i de vårdavtal som träffats
  - Privata vårdgivare ovilliga att ta emot studenter för klinisk utbildning
- 

**Bild 36**

## Risker

- Omfattande privata entreprenader kan ge brist på utbildningsplatser
  - Fragmentering och kortsiktighet i driften av universitetssjukhus reducerar potentialen för klinisk forskning  
Exempel:
    - Olika vårdgivare för olika specialiteter
    - Täta byten av vårdgivare
  - Satsningar på biomedicin och bioteknik som nationella tillväxtmotorer kan äventyras genom kortsiktiga engagemang av en mångfald privata entreprenörer
-

**Bild 37****Slutsatser**

- **En reglerad samverkan är nödvändig där sjukvårdshuvudmannen är skyldig att låta de medicinska fakulteterna medverka som likvärdig part vid bedömningen av både entreprenadavtal och entreprenörer**
  - **Hög kompetens inom upphandling av såväl vård som forskning och utbildning krävs hos sjukvårdshuvudman och privata entreprenörer**
  - **Organisatoriskt sammanhållna universitetssjukhus utgör förutsättning för framgångsrik forskning och utbildning**
-