

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen fastställde den 21 december 2000 direktiven (dir. 2000:103) för en utredning om medborgerligt inflytande m.m. vid förändringar av ägar- eller driftsformer inom vården. Riksdagsledamot Pär Axel Sahlberg förordnades den 3 januari 2001 till särskild utredare. Utredningens arbete inleddes under våren 2001. Ola Johansson förordnades den 15 mars 2001 och Maria Krönmark den 23 augusti 2001 till sekreterare i utredningen. Utredningen antog namnet "Vårdens ägarformer – vinst och demokrati". Malin William-Olsson från Kommittéservice har varit utredningens assistent. För redovisning av sakkunniga och experter – se nedan.

I april 2002 överlämnade utredningen till regeringen idébetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002:31). Idébetänkandet har därefter och fram till den 1 november 2002 genom utredningens försorg behandlats i ett informellt remissförfarande.

75 yttranden har lämnats från en bred krets av intressenter; landsting, kommuner, myndigheter, organisationer och från olika vårdgivare och deras organisationer. Redovisning av inkomna yttranden görs i detta slutbetänkande. På utredningens hemsida www.sou.gov.se/akutsjukhus finns en sammanställning över samtliga yttranden och möjlighet att ta del av dem i sin helhet.

Utredningens huvuduppgifter enligt direktiven är att

- analysera argumenten för och emot införande av särskilda tröghetsregler för beslut om överlåtelse av driftsansvaret av akutsjukhus till den som avser att driva verksamheten i syfte att skapa vinst åt ägaren eller motsvarande intressent,
- väga alternativen om särskilda regler mot en lagstiftning som inskränker möjligheterna att överlåta driftsansvaret av akutsjukhus till den som avser att driva verksamheten i syfte att skapa vinst åt ägaren eller motsvarande intressent,

- analysera behovet av och lämna förslag på ändringar av lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan, vilka kan komma att bli nödvändiga om ett förbud mot överlåtelse av driftsansvaret av akutsjukhus skall permanentas,
- analysera behovet och möjligheterna att påföra sanktioner mot ett landsting som bryter mot ett förbud att överlåta driftsansvaret av ett akutsjukhus till någon som avser att driva det i vinstsyfte,
- överväga om det finns behov av att särskilt definiera vad som avses med akutsjukhus och därmed sammanhängande begrepp,
- kartlägga internationella erfarenheter av förbud mot att driva sjukhus eller akutsjukhus med vinstsyfte,
- analysera situationen för personalkooperativ, andra ekonomiska föreningar och små företag som verkar eller vill verka inom hälso- och sjukvården,
- analysera argument för och emot att ett driftsavtal mellan landstinget och en privat entreprenör skall kunna avse endast en viss del av driften,
- utifrån de allmänna utgångspunkterna i uppdraget föreslå de författningsändringar eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade.

Vården och dess organisation befinner sig i en närmast konstant förändringspress bl.a. genom den snabba medicinsk-teknologiska utvecklingen. Till detta har under det senaste årtiondet lagts den osäkerhet, som uppstått när en tidigare politisk samsyn ersatts av stark konflikt om bl.a. drifts- och ägarformer.

Utredningens förslag bygger på grundvärderingarna för svensk hälso- och sjukvård att vården skall vara solidariskt finansierad och fördelas efter behov och på lika villkor.

I arbetet har utredningen haft stöd av lämnade yttranden över idébetänkandet och en omfattande dialog med olika intressenter. Strävan är också att redovisa författningsförslag och övriga förslag som kan vara politiskt hållbara genom att accepteras över blockgränsen i svensk politik och av olika aktörer.

Många exempel visar att alternativa driftsformer och nya vårdgivare kan bidra till utveckling och förnyelse av hälso- och sjukvår-

den och dess organisations- och arbetsformer. Ökade anspråk från patienter på valfrihet och individuell anpassning är i sig också argument för större mångfald. Personalgruppernas önskemål och behovet av ökad rekrytering till vårdyrken talar också för fler ägar- och driftsformer inom vården.

Erfarenheter från länder med mångfald av vårdgivare och större rum för privat vinstsyfte visar samtidigt att risken är större att målen om behovsstyrning och vård på lika villkor sätts åt sidan.

Utredningens förslag syftar till att skapa utrymme för mångfald och därmed bidra till förnyelse av arbetssätt och strukturer för att bättre möta framtidens vårdbehov samtidigt som målen om vård på lika villkor och efter behov värnas.

Den vård som samordnas mellan landsting i sjukvårdsregionerna bör i högre grad fokuseras på dess specifika uppgifter och uppdragen knutna till behovet av samordnade insatser inom hälso- och sjukvård, forskning, utveckling och utbildning.

Utredningen överlämnar härmed sitt slutbetänkande.

Stockholm i mars 2003,

Pär Axel Sahlberg

/Ola Johansson
Maria Krönmark

Sakkunniga:

Niclas Falkendal, Justitiedepartementet (från 2001-04-19)
Lars Hedengran, Socialdepartementet (från 2001-04-19)
Mats Nilsson, Socialdepartementet (från 2001-04-19)
Stefan Nyman, Finansdepartementet (från 2001-04-19
till 2001-05-06)
Gun Lombach, Finansdepartementet (från 2001-05-06
till 2001-12-21)
Richard Falkendal, Finansdepartementet (från 2001-12-21)
Marlén Söderman, Finansdepartementet (från 2001-04-19
till 2001-12-21)

Experter:

Ulf Bley, Landstingsförbundet (från 2001-04-19 till 2002-11-21)
Ingemar Eckerlund, Socialstyrelsen (från 2001-04-19)
Irene Lindström, Svenska Kommunförbundet (från 2001-04-19)
Harriet Wallberg-Henriksson, Vetenskapsrådet (från 2001-04-19
till 2002-11-28)
Solveig Allard-Ringborg, Landstingsförbundet (från 2002-11-21)

Innehåll

Sammanfattning	11
Summary	23
Författningsförslag	37
1 Vårdssystem i omvandling.....	41
2 Vård som marknad?	49
2.1 Vad menas med privatisering?.....	50
2.2 Former för upphandling	53
2.3 Vad bidrar privata vårdgivare med?.....	54
2.4 Privata vårdgivare - möjligheter, men även risker.....	57
2.5 Vårdens internationalisering	64
2.6 Marknad, mångfald och konkurrens.....	65
2.7 Former för ersättning	69
3 Sammanfattning av yttranden över idébetänkande och utredningens bedömning.....	75
3.1 De etiska utgångspunkterna.....	75
3.1.1 Frågeställning i remissarbetet	76
3.1.2 Utredningens kommentarer i fråga om de etiska utgångspunkter	78
3.2 Mångfald och behov av reglering	79
3.2.1 Frågeställning.....	79
3.2.2 Utredningens kommentarer i fråga om mångfald och behovet av reglering.....	83

3.3	Behov av verksamhet i egen regi.....	84
3.3.1	Frågeställning	85
3.3.2	Utredningens kommentar kring frågan om behov av verksamhet i egen regi.....	87
3.4	Organisationer utan vinstsyfte, OUV	88
3.4.1	Frågeställning	88
3.4.2	Utredningens kommentar i fråga om stöd till organisationer utan vinstsyfte, OUV	91
3.5	Särskilda besluts- eller beredningsregler	92
3.5.1	Frågeställning	93
3.5.2	Utredningens kommentarer till frågeställningen om besluts- och beredningsregler	95
3.6	Modeller för reglering av mångfald	96
3.6.1	Frågeställning	99
3.6.2	Utredningens kommentarer till de skisserade modellerna	103
3.7	Planering – konkurrens – vårdgivarval	105
3.7.1	Frågeställning	106
3.7.2	Utredningens kommentar kring planering, konkurrens och friare vårdgivarval	110
4	Villkor för organisationer utan vinstsyfte och för små företag.....	111
4.1	Motiv för att stödja nya vårdgivare	112
4.2	Egen verksamhet eller entreprenad?	113
4.3	Kontinuitet och lokal förankring	115
4.4	Bättre villkor för OUV och för små företag	116
4.5	Former för upphandling	119
4.6	Vårdgivarval	119
4.7	Upphandling och organisationer utan vinstsyfte	122
4.8	Andra områden där villkor kan förbättras	123
4.8.1	Kapitalförsörjning	123
4.8.2	Nätverk och samverkan	124
4.8.3	Drivkrafter – för det allmännas bästa	125
4.8.4	Forskning och utveckling.....	125

4.9	Associations- och företagsformer.....	125
4.10	Översyn av villkoren för OUV och små företag	126
5	Utgångspunkter för utredningens förslag.....	127
5.1	Bakgrund	127
5.1.1	Sjukhus eller sjukvård.....	127
5.1.2	Överlämnande av uppgifter inom hälso- och sjukvården	129
5.1.3	Mål och kompetens	133
5.1.4	Överklagande och överprövning	135
5.2	Utgångspunkter	136
5.3	Behov av reglering.....	139
5.3.1	Vård som samordnas – högspecialiserad och annan.....	145
5.3.2	Specialiserad vård	148
5.3.3	Primärvården.....	151
6	Utredningens förslag	153
6.1	Hälso- och sjukvårdsverksamhet som är av betydelse för flera landsting.....	153
6.2	Vård på lika villkor när vården inte samordnas	155
6.3	Sanktioner och överprövning.....	158
6.4	Vårdgivarval i hälso- och sjukvården	160
6.5	Villkor för små företag och OUV	161
7	Övergångsregler.....	163
8	Konsekvenser av utredningens förslag	165
8.1	Den kommunala självstyrelsen.....	165
8.2	Ekonomiska konsekvenser	166
9	Författningskommentar	169
	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	169

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv	171
Bilaga 2 Andra synpunkter i yttranden	179
Bilaga 3 Författningsexempel inkluderande primärvård	193
Bilaga 4 Författningsexempel med överprövning.....	195

Sammanfattning

Utredningen Vårdens ägarformer – vinst och demokrati lägger med detta betänkande sitt förslag till reglering av villkor för privata vårdgivares medverkan i den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården. I vissa delar tar utredningen också upp förhållanden som berör kommunernas verksamhet.

Utöver lagförslag, som avser hälso- och sjukvården, diskuterar utredningen villkoren för att främja mångfald av drifts- och ägarformer inom vård och omsorg bl.a. genom förbättrade villkor för organisationer, kooperativ, små företag och andra som vill driva vårdverksamhet. Utredningen aktualiserar också behovet av andra former för upphandling av och ersättning för vård- och omsorgstjänster.

Utredningens idébetänkande *Vinst för vården* (SOU 2002:31) gav en orientering om 1990-talets organisatoriska förändringar i svensk sjukvård med större inslag av marknadslika styrformer och ökad andel privata vårdgivare.

Där gjordes också jämförelser med vårdssystem i andra länder med avseende på finansiering, ägarformer, reglering och styrning. I ett särskilt avsnitt behandlades privata vårdgivare utan vinstsyfte och frågan varför den typen av vårdgivare vid jämförelse med andra länder svarar för en så marginell del av svensk vård och omsorg. I detta slutbetänkande sammanfattas iakttagelser och bedömningar i koncentrerad form.

Vården står i Sverige, liksom i andra länder, inför mycket stora utmaningar. Anspråken på vårdresurser växer när andelen äldre i befolkningen ökar och när forskning och ny teknologi ger nya möjligheter till diagnos och behandling. Samtidigt är möjligheterna att lösa resursproblemen genom högre skatter eller avgifter begränsade. Uppgiften är inte lättare för länder som finansierar vården med obligatoriska försäkringar knutna till arbetslivet. Avgifterna läggs på en smalare bas och är mer direkt knutna till produktionen,

vilket skapar ytterligare problem bl.a. med hänsyn till konkurrensen i en internationell ekonomi.

För att klara sina uppgifter måste hälso- och sjukvården ta till vara alla möjligheter till bättre arbetsorganisation, utveckling och förnyelse, men i former som för såväl patienter och vårdtagare som för anställda ger kontinuitet och trygghet. En fortlöpande politisk kontrovers med stora och återkommande organisatoriska förändringar av drifts- och ägarformer gör det svårare för vårdsektorn att klara sina utmaningar.

Utredningen betonar behovet av förnyelse av vårdorganisationen genom bl.a. ökat utrymme för entreprenörskap och mångfald. Därmed kan ny kunskap tillföras vården och vårdgivare av olika slag kan lära av varandra. Förnyelsen måste emellertid ske under villkor som säkerställer de grundläggande och långsiktiga målen för svensk vård: prioritering efter behov och vård på lika villkor.

De *etiska utgångspunkter* som ligger till grund för prioriteringar och mål för hälso- och sjukvården och för kommunernas omsorg bör också vägleda beslut som anger ramar och villkor då vården öppnas för nya ägar- och driftsformer. Grundläggande är människovärdet och att rätten till vård knyts till människan som *person* – inte efter hennes färdigheter och förmåga som *aktör*. Inför överväganden om vårdens prioriteringar och organisation övas allas empati och förmåga att bortse från egenintresset för att i stället se till människors olika behov. Det gäller för såväl för enskilda som för samhällets olika grupper.

Det gäller att hitta balanspunkter mellan rättvisa och frihet och mellan solidaritet och subsidiaritet. Det allmänna skall främja rättvisan och solidariteten, men inte på sådant sätt att enskildas och grupperns ansvar och initiativ trängs undan. Ur det enskilda ansvaret och initiativen måste nya driftsformer kunna utvecklas, men inte på sådant sätt att solidariteten sätts ur spel.

Bakgrund – mål och avvägningar

Beslut om vården återspeglar ideologiska och politiska skillnader. Det är en del av demokratin. Men här finns ett dilemma. Samtidigt som demokratin skall erbjuda handlingsalternativ försvåras vårdens funktion om den demokratiska styrningen leder till återkommande förändringar av organisation och lagar.

Hälso- och sjukvården kommer aldrig att helt kunna tillgodose medborgarnas alla behov och önskemål. Resurser kommer alltid att behöva prioriteras och prioritering innebär att vissa önskemål och behov tills vidare ställs åt sidan. Av den anledningen blir vården också en tacksam arena för politisk mobilisering och konflikt. Partiernas tävlan med lockande alternativ, satt i relation till det vårdorganisationen i sin aktuella utformning klarar, skapar lätt orealistiska förväntningar och bäddar för besvikelser.

Utredningen betonar starkt värdet av en ny, större politisk samsyn i vårdfrågorna och behovet av en långsiktigt stabil överenskomelse om spelrum och villkor för olika drifts- och ägarformer.

Det är önskvärt att styra hälso- och sjukvårdens utveckling mot mer av öppna vårdformer och vård så nära patienternas hemort som är möjligt. Det behövs en starkare betoning av den förebyggande hälsovården och en bättre samordning av den högspecialiserade vården. Entreprenörerna kan särskilt bidra med att utveckla och effektivisera behandlingsformer. Utredningens förslag är avsedda att stödja en utveckling i den riktningen.

Behov eller efterfrågan?

Hälso- och sjukvårdslagen utgår från tre grundläggande principer; människovärdesprincipen, behovsprincipen och principen om kostnadseffektivitet. Vårdresurserna skall fördelas efter behov, på lika villkor och med bedömning av vilket resultat som kan uppnås med en given behandling.

I takt med ökad allmän kunskap i samhället möter vården patienter som tydligare anger egna önskemål och behov. En starkare och mer aktiv medverkan från patientens och anhörigas sida är av stort värde för vården och för vårdresultaten. Samtidigt tvingas vårdpersonalen till nya avvägningar. De skall lyhört söka tillmötesgå patienternas önskemål, men samtidigt prioritera fördelningen av tid och behandlingsresurser efter sin professionella bedömning av patienters skiftande behov och den erfarenhet de har av vilken behandling som kan vara möjlig och mest lämpad.

Ökad mångfald av vårdgivare ger valfrihet och utveckling, men också risker att producenterna genom sitt utbud i högre grad styr hälso- och sjukvårdens utveckling. Konkurrensen mellan vårdgivare kan, åtminstone bedömt med erfarenheter från andra länder, leda till att vården i högre grad styrs av vårdgivarnas utbud. Det kan leda

till överutnyttjande av vårdresurser. En följd kan vara onödigt många besök hos läkare eller vidgning av indikationer som leder till mer omfattande behandlingar med t.ex. fler kirurgiska ingrepp än som är medicinskt motiverat.

En tendens i system som bygger på konkurrens mellan vårdgivare är att behandlingarna blir mer omfattande och fler, medan preventiv vård och folkhälsoarbete får mindre uppmärksamhet. Utredningen pekar bl.a. på behovet av väl utvecklade ersättningssystem.

Utredningens förslag syftar till att värna de grundläggande principerna om vård efter behov och på lika villkor även när vårdssystemet öppnas för en större mångfald av vårdgivare.

Planering för den samordnade vården

Medborgarna vill ha vård av högsta möjliga kvalitet, men samtidigt vård i sin närhet. Det är önskemål som ofta är svåra att förena. I takt med sjukvårdens fortgående specialisering behövs i ökad grad samordning och arbetsfördelning landstingen emellan för vård som kräver mycket speciell kompetens, stora investeringar i medicinsk teknik eller som avser mycket sällan förekommande sjukdomar. Samverkan och koncentration av vårdresurser är en förutsättning för att klara såväl vårdkvalitet som rimliga vårdkostnader.

Det är för denna del av vården mycket svårt att förena behovet av planering och samordning med upphandling. Möjligheten att skapa marknadslika förutsättningar är små. Det är svårt, närmast omöjligt, att i en beställning tydligt specificera de uppgifter som skall utföras. Marknadsförutsättningar i form av konkurrerande privata utförare är mycket begränsade. Samordningsbehovet är också det föränderligt och knyts till löpande utveckling av behandlingsmetoder och framsteg inom forskningen. Utredningen föreslår ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen:

Landstinget får inte överlämna uppgiften att ansvara för driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet som samordnas inom eller mellan sjukvårdsregioner till någon annan än som avses i 3 kap. 17 § kommunallagen (1991:900), dvs. kommunalt ägt bolag eller stiftelse.

Vilka vårdinsatser som kräver samordning varierar och är dessutom beroende av landstingens storlek och patientunderlag. Ny teknik och nya behandlingsmetoder förändrar förutsättningarna.

Diagnoser eller behandlingar, som i ett skede har krävt de stora sjukhusens samordnade resurser, kan i nästa fas vara möjliga att utföra på mindre sjukhus eller i öppen specialistvård. I andra fall förs vårduppgifter från de mindre enheterna till samverkan i större genom att nya möjligheter till behandling utvecklas. Lagen anknyter till ett samordningsbehov som är föränderligt. Avsikten är att undvika en lagreglering som statiskt låser verksamheten till en existerande struktur och ansvarsfördelning.

De privata vårdgivarna, entreprenörerna, kan bidra till utveckling av teknik och behandlingsformer som gör att vård som samordnats till de stora sjukhusen kan föras ut till mindre enheter. Förslaget till lagstiftning omfattar i denna del därför endast den samordnade vård som ges huvudsakligen vid universitets- eller regionsjukhusen. Privata entreprenörer får genom regleringens utformning möjlighet att bidra till att utveckla verksamheter som kan föra ut specifika vårduppgifter från de stora sjukhusen.

Med en jämförelse till industri och näringsliv får privata entreprenörer stor möjlighet att söka nya lösningar i form av effektivare processer och bättre organiserade behandlingsformer. Deras roll i utvecklingen av helt nya behandlingar och terapier med stark koppling till olika forskningsfält blir däremot mer begränsad.

Öppet för mångfald men på lika villkor

Utredningen redovisade i idébetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002:31) ett antal modeller för reglering med syfte att i ett system med mångfald av vårdgivare säkerställa vård efter behov och på lika villkor.

De presenterade modellerna, av vilka flera har förebilder i länder med längre tradition av mångfald inom vården, var av två skilda slag. Den ena formen av reglering liknar den tidigare s.k. ”stopp-lagen” och bygger på att privata vårdgivare eller vårdgivare med privata vinstintressen uteslås från vissa delar av vården. Den andra formen uteslår inte privata vårdgivare, men en nationell reglering ställer offentliga och privata vårdgivare under samma eller, så långt det är möjligt, likartade villkor.

Utredningens förslag utgår från en kombination av de två principiellt skilda formerna för reglering. För den samordnade, högspecialiserade, vården föreslår utredningen en reglering enligt den första modellen. Ansvar för vård som i huvudsak samordnas vid

universitets- och regionsjukhus får inte överlämnas till privata vårdgivare.

För övrig offentlig finansierad verksamhet inom hälso- och sjukvården, med undantag för primärvården, tar regleringen sikte på att så långt det är möjligt skapa likartade villkor oberoende av drifts- eller ägarform.

Skilda villkor för offentlig och privat vård

Vilka är då skillnaderna i villkor? En principiellt viktig skillnad mellan den offentligt drivna vården och de privata entreprenörerna är att den förvaltningsdrivna vården har full del av det vårdansvar som landstinget, eller kommunen, har som huvudman. Omfattningen av den privata entreprenörens uppdrag utgår däremot från en frivillig uppgörelse och begränsas till vad som anges i avtalet. Om landstingen som beställare underlåter att i avtalen inkludera skyldigheter som kan uppstå vid extrema situationer, katastrofer, stora olyckor osv. blir uppgiften att hålla beredskap för de extraordinära insatserna större hos de offentligt drivna delarna av vården. Ju större andel det är som läggs ut på entreprenad desto mer markant blir denna skillnad i villkor.

På liknande sätt kan kraven på flexibilitet och anpassning till nya ekonomiska förutsättningar eller vårdbehov skapa skillnader i villkor. Avtalet mellan en privat vårdgivare och ett landsting är i regel flerårigt och anger på olika sätt volymer och ekonomiska förutsättningar för verksamheten. Om vårdbehoven förändras i förhållandet till prognos och avtal eller om landstingets ekonomi kräver anpassning och besparingar kan den privata entreprenören genom avtalet vara skyddad mot förändringar medan anpassningsbördan helt faller på verksamheterna i egen regi. Även här gäller att skillnaderna i villkor ökar ju större andel av vården som omfattas av entreprenader. Beställare bör i sina avtal förutse behovet att alla vårdgivare delar krav på beredskap, flexibilitet och anpassning.

Något förslag till reglering läggs inte i dessa avseenden. Utredningen anser att det är frågor som utan bindande reglering bör beaktas när avtal tecknas.

En tills vidare oundviklig skillnad är den som uppstår vid upphandling. Privata vårdgivarna kan, i likhet med övrigt näringsliv, fritt välja att utveckla långsiktiga affärsrelationer och partnerskap med t.ex. leverantörer av tjänster eller teknisk utrustning. De

offentliga vårdgivarna, med verksamhet i förvaltningsform eller kommunalt bolag, har däremot att följa upphandlingslagstiftningen.

Skilda villkor för finansiering

Under nuvarande villkor är dock den avgörande skillnaden mellan offentligt driven vård och privata vårdgivare att de privata vårdgivarna, om inte annat avtalats, även har rätt att ta emot privatbetalande patienter. Det huvudsakliga skälet för att betala vård privat, direkt eller genom en privat sjukvårdsförsäkring, är önskan att få vård enligt en annan prioritering än den som gäller för vården i övrigt.

Den privat finansierade vården är därför ett problem, i den meningen att den kommer att bryta mot de grundläggande principerna för hälso- och sjukvården; dvs. vård fördelad efter behov och på lika villkor. Den privata finansieringen av vård utgår i stället som regel från människans ställning som *aktör*. Möjligheten till vård knyts till ekonomisk ställning, attraktivitet på arbetsmarknaden eller annat, och inte till människan som *person* och hennes behov.

Idén om rättvisa och vård på lika villkor har en mycket stark förankring i det svenska samhället. Det vore därför en mycket olycklig konsekvens om fler privata entreprenader i den offentligt finansierade vården, med de fördelar det i övrigt kan medföra, skulle innebära att det svenska vårdssystemet öppnas mot en ekonomiskt, klassmässigt eller på annat sätt skiktad eller tudelad vård.

Lika villkor för finansiering

De sjukhus, mottagningar och andra institutioner som landstingen byggt upp är starka symboler för samhällets gemensamma vårdåtagande. Det är angeläget att de, även om ansvaret för driften överläts till en privat vårdgivare, har kvar en sådan identitet. Patienter skall ha likartade möjligheter till vård oberoende av om huvudmannen själv driver verksamheten eller om uppgiften genom avtal läggs ut på entreprenad. Grundvärderingarna och prioriteringar skall inte förändras.

Den privata entreprenaden innebär ett tidsbegränsat uppdrag. När avtalet löper ut skall en ny upphandling göras. Möjligheten till

en jämbördig upphandling försvåras avsevärt, eller kan bli omöjlig, om den privata entreprenören under avtalstiden i verksamheten också utvecklat aktiviteter med vård till andra patientgrupper enligt avtal som denne själv förfogar över.

Blandad finansiering kan dessutom komma att skapa felaktiga incitament. För vårdgivaren kan köer och långa väntetider till den offentligt finansierade vården innebära nya och större intäkter för vård av patienter som betalar privat för att komma förbi vårdkön. Riskerna för sådana snedvridande incitament minskar om den privat finansierade vården organisatoriskt hålls tydligare åtskild från den offentligt finansierade.

Utredningen föreslår för övrig sjukhusvård och specialistvård en reglering, som i fråga om finansiering, ställer privata entreprenörer under samma villkor som den offentliga vården när de genom en entreprenad driver en vårdverksamhet som etablerats eller bedrivits av ett landsting.

Uppgiften att ansvara för driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet som etablerats av landsting får endast överlämnas till den som i avtal förbinder sig att inom ramen för verksamheten uteslutande ge vård som finansieras av landsting, kommun eller utländskt rättssubjekt med motsvarande uppdrag.

Utredningen pekar även på formerna för ersättning. Det är för den offentligt finansierade sjukvården, vars vårdansvar omfattar alla, viktigt att ersättningsformerna främjar folkhälsoinsatser och förebyggande hälsovård. Där skall finnas tid och resurser för kontakt och samverkan med skola, socialtjänst och andra organ som kan bidra till att förebygga skador och ohälsa. Därför lämnas i många entreprenader en större eller mindre del av ersättningen i någon form av kapitationsersättning. Vårdgivaren ersätts för ett bredare vårdansvar för en viss befolkning, listade patienter eller annat. Ersättningen för patientens besök blir motsvarande mindre.

För de privat finansierade patienter knyts i regel hela ersättningen till läkarbesöket eller behandlingen. Sedd som "marginalintäkt" blir privatpatienten därför på ytterligare ett sätt mer lönsam, med de konsekvenser det kan tänkas ha för tillgänglighet och bemötande.

För ett sjukhus med anslagsfinansiering och vårdansvar för befolkningen blir konsekvenserna likartade. När sjukhus ersätts per behandling (DRG-baserad ersättning eller liknande) blir skillna-

derna mindre, men ersättningssystemet har andra olägenheter. Vårdgivarens marginalkostnad för ytterligare en patient är låg när utrustning och personal finns på plats. För beställaren och patienten med offentlig finansiering är den avtalade ersättningen baserad på ett genomsnitt av vårdgivarens samtliga kostnader. Det är angeläget att för de prestationsbaserade systemen finna former för ersättning som bättre speglar relationen mellan fasta kostnader och marginalkostnader.

Det finns starkt stöd bland medborgarna för att vård skall ges på lika villkor och fördelas efter människors behov. En tydlig majoritet vill också ha kvar sjukhusen i offentlig ägo. Samtidigt finns, vägt mot de utmaningar vården kommer att möta, behov av att genom alternativa driftsformer stimulera utveckling och förnyelse.

Värdet av de privata entreprenaderna, som referens och ibland förebilder för de offentligt drivna verksamheterna, blir mindre om där tillåts en annan blandning av offentligt och privat finansierad vård än vad som är möjligt när vården drivs i landstingens och kommunernas egen regi.

Andra vårdgivare kan ge privat och offentligt finansierad vård

Det är vare sig möjligt eller önskvärt att helt stänga möjligheterna till privat finansierad vård. Skulle de upphöra finns i ökad omfattning motsvarande vårdmöjligheter i andra länder.

Privat finansierad vård har sedan lång tid tillbaka varit tillgänglig på t.ex. sjukhus som Sophiahemmet i Stockholm eller Carlanderska sjukhuset i Göteborg. Privatpraktiserande läkare har utöver vård av landstingspatienter haft möjlighet att ta emot privatpatienter.

Ett rätt stort antal kliniker för olika specialiteter t.ex. ögonkirurgi, ortopedi, hjärtoperationer, fertilitetsbehandling har under senare år byggts som självständiga enheter. Genom avtal med landstingen kan de ta emot offentligt finansierade patienter, men också patienter med privat sjukvårdsförsäkring och de som betalar direkt ur egen ficka.

Skillnaden mellan dessa privata vårdgivare och de privata entreprenörer, som genom avtal driver verksamhet som etablerats av landsting eller kommun, är att de själva byggt upp verksamheten, ordnat grundläggande finansiering och tagit större risker.

Deras relation till landsting eller kommun är också annorlunda. De disponerar själva fullt ut över investeringar, organisation och

personalresurser. De riskerar aldrig att en annan entreprenör efter upphandling övertar verksamheten. Deras verksamhet är mer marknadsläk. Verksamheten finns kvar hos sin ägare så länge den har sådan kvalitet och sådana kostnader att den genom avtal och patienternas egna val får tillräckligt med uppdrag.

Vid jämförelse med entreprenadlösningar, som riskerar att resultera i osäkerhet genom återkommande förändringar av ledning och driftsansvar, står de också för kontinuitet i ett vårdssystem. Det är inte rimligt att staten genom lagstiftning, eller landstingen genom avtal, skulle hindra dessa vårdgivare att vid sidan om uppdragen inom den offentligt finansierade vården ge vård till andra.

Dessa privata vårdgivare etablerar i många fall sin verksamhet inom områden där det finns problem i form av långa väntetider. I flera fall har det också skett med nya och mer kostnadseffektiva former för behandling. Sett även i det perspektivet, bör det vara en fördel, om rätten att ge privatfinansierad vård begränsas till dessa vårdgivare.

Det är också en fråga om rättvis konkurrens mellan dessa olika typer av privata vårdgivare. Det är sett från de vårdgivare, som själva investerat och byggt upp sin verksamhet, inte jämbördiga villkor om privata entreprenörer, som genom entreprenadavtal driver verksamhet som landstinget eller kommunen etablerat, på marginalen kan erbjuda den privat finansierade vårdmarknaden motsvarande tjänster.

Till diskussionen om ventiler för privat finansierad vård hör också frågan om vad som avses med behov. I § 2 i hälso- och sjukvårdslagen anges att den med det största behovet skall ges företräde till vården. Där står inte de medicinska behoven. En social situation eller ett försörjningsansvar vägs i vårdens vardag i regel in i en bedömning och prioritering av behov. Bedömningen av behov är, och bör vara, vidare än den renodlat medicinska.

Det är emellertid troligt att den offentliga vårdens bedömning av behov inte alltid stämmer överens med den företag och organisationer gör av olika personers nyckelroller och där en persons möjlighet till vård kan beröra många. Även från sådana utgångspunkter behöver vårdsystemet ha ventiler, som ger möjlighet till privat finansierad vård. Det gäller att hitta en balans mellan detta behov och risken för en utveckling mot ett tudelat vårdssystem.

Efter "stopplagen" – stoppa "gräddfiler"

Den tillfälliga s.k. stopplagen som gällde fram till slutet av år 2002 förbjöd överlåtelse av akutsjukhus till privata ägare med vinstsyfte.

Stopplagen infördes för att ge rådrum för diskussion under vilka villkor som privata vårdgivare skall kunna verka inom hälso- och sjukvården. Ett starkt motiv för införandet var att förhindra att de offentliga ägda sjukhusen genom privatisering och avsaknad av reglering skulle öppnas mot en tudelning av vårdsystemet. Men förtur skapas inte enbart vid sjukhusets entré. Möjligheter till snabbare behandling och initiativ som bryter prioriteringsordningarna kan uppstå i många delar av en vårdkedja.

En nyligen presenterad kanadensisk studie¹ pekar på brister i kapacitet för olika former av diagnostik som en viktig faktor till ojämlig fördelning av vårdresurser. Den som med egen finansiering kan korta sin väntetid för diagnostik får också snabbare behandling. Konsekvenserna är desamma i Sverige.

Primärvården

Utredningens författningsförslag med hinder mot privat finansierad vård omfattar privata entreprenader avseende driften av sjukhus som etablerats av landsting, men också motsvarande uppdrag för närsjukvård, specialistmottagningar och andra vårdenheter. Däremot undantas primärvården från regleringen.

Utredningens bedömningar talar emellertid starkt för att den reglering som utredningen föreslår också bör omfatta primärvården.

Även i fråga om primärvården kan förtur för en patient med privat finansiering ge snabbare tillträde i den fortsatta offentligt finansierade vårdkedjan på sätt som inte stämmer överens med prioriteringsordningen.

En gräns mellan primärvård och t.ex. öppen specialistsjukvård är också svår att dra. Strävan bör ju i stället vara att så långt möjligt integrera primärvård och annan vård. Det är också vad som sker med begrepp som närsjukvård och genom specialisters medverkan i primärvården.

Ytterligare ett skäl ger formerna för ersättning. För den privatbetalande patienten får vårdgivaren hela ersättningen vid besöket.

¹ *Building on Values; The Future of Health Care in Canada*, 2002.

Landstingens ersättning för primärvård bygger, med undantag för taxeläkare, på en större eller mindre andel av kapitationsersättning baserad på listning eller ansvar för en viss befolkning.

I många fall, men inte alla, har landstingen i avtalen med privata entreprenörer inom primärvården infört förbud mot privat finansiering med motsvarande innebörd som utredningens förslag.

Starka skäl talar för en fortsatt uppmärksamhet och granskning av utvecklingen inom primärvården. Det handlar då dels om den allmänna tillgängligheten, men också i vilken omfattning privata entreprenader inom primärvården ger patienter med privat finansiering snabbare tillträde till vård och vårdkedjor.

Villkoren för OUV och små företag bör bli bättre

Det författningsförslag som utredningen lämnar anknyter inte till sjukhus som begrepp och gör inte heller i förslagen till lagreglering skillnad mellan privat vård med eller utan vinstsyfte.

Riksdagen har med brett stöd antagit en nationell handlingsplan som starkt betonar värdet av mångfald. Handlingsplanens breda politiska förankring är av stort värde. I planen betonas värdet av att nya företag, kooperativ, idéburna organisationer, privata företag m.fl. får möjlighet att medverka i vården.

I ett särskilt avsnitt diskuterar utredningen villkoren för organisationer utan vinstsyfte och små företag och hur de kan förbättras. Den föreslår en särskild utredning om vårdgivarval, bl.a. för att förbättra villkoren för organisationer utan vinstsyfte och små företag att medverka i vården. Former för upphandling, kapitalförsörjning, möjligheter till nätverk m.m. bör också ses över.

Summary

With this report, the commission of inquiry *Profit or not-for-profit in the Swedish Health System* is submitting its recommendations to the Government under what conditions private care providers should be able to participate in communally financed health care. Some parts of the report also take up conditions relating to the municipal social services.

In addition to proposed legislation relating to health care, the commission discusses the conditions for promoting diversity in forms of operation and ownership in health care and social services, for instance, by support and improved conditions for organizations, cooperatives, small-sized enterprises and others wishing to engage in care activities. The commission also brings to the fore the need for other forms for procurement and compensation for health care and social services.

The commission's interim report (SOU 2002:31)¹ provided an orientation on the organizational changes in Swedish health care in the 1990s with an increased component of market-type forms of control and an increased proportion of private care providers.

Comparisons were also made with care systems in other countries with respect to financing, forms of ownership, regulation and control. A special section took up not-for-profit private care providers and the question of why this type of care provider accounts for such a marginal share of Swedish health care and social services in comparison with other countries. The observations and assessments are summarized in a concentrated form in this final report.

As in other countries, health care is confronted by very great challenges in Sweden. Claims on care resources increase when the proportion of elderly people in the population rises and when

¹ A summary of the interim report "Can For-Profit Benefit Swedish Healthcare?" is available in print or on the commissions website www.sou.gov.se/akutsjukhus.

research and development and new technology provide new possibilities for diagnosis and treatment. At the same time, the opportunities to solve the resource problems by higher taxes or charges are limited. The task is not easier for the countries that finance health care by compulsory insurance linked to employment. The charges are made on a smaller base and are more directly linked to production, which creates further problems, including taking consideration to competition in an international economy.

To cope with its responsibilities, the health care system must make use of every opportunity to improve work organization, development and renewal, but in forms that provide both patients, recipients of care and employees with continuity and security. An ongoing political controversy with major recurrent organizational changes in forms of operation and ownership makes it more difficult for the health care sector to cope with its challenges.

The commission underlines the need for renewal of the health care organization by, for instance, increasing the scope for entrepreneurship and diversity. In this way, new knowledge can be made available to health care and care providers of different kinds can learn from one another. However, renewal must also take place on conditions that safeguard the basic, long-term objectives of Swedish health care: priority according to need on equal terms.

The *ethical starting points* on which the priorities and goals of health care and municipal social services are based should also guide decisions that specify the frameworks and conditions when health care is opened up to new forms of ownership and operation. What is fundamental is the value of the individual and that the right to health care is linked to the individual as a *person* – not according to her skills and capacity as an *actor*. Considerations on priorities and organization of health care put to the test everyone's empathy and ability to disregard self-interest to focus instead on people's different needs. This applies both for the individual and for different groups in the community.

It is important to be able to strike a balance between social justice and freedom, between solidarity and subsidiary. The public sphere is to promote social justice and solidarity, but not in such a way that the responsibility and initiatives of individuals and groups are pushed aside. It must be possible to develop new operating forms from individual responsibility and initiatives but not in such a way as to put solidarity out of action.

Background – objectives and balances to be struck

Decisions on health care reflect ideological and political differences. This is part of democracy. However, there is a dilemma here. At the same time as democracy is to offer alternative courses of action, the functioning of health care is made more difficult if democratic control leads to recurrent organizational and legal changes.

Health care will never be able to fully meet all of the needs and wishes of the citizens. Resources will always have to be prioritized and prioritization entails that some wishes and needs have to be put to one side for the time being. For this reason, health care is also a rewarding arena for political mobilization and conflict. The parties compete with attractive alternatives, which, placed in relation to what the care organization can provide in its current form, easily create unrealistic expectations and lead to disappointment.

The commission strongly emphasizes the value of a new broader common political approach in health care issues and the need for a long-term stable agreement on the scope and conditions for different forms of operation and ownership.

It is desirable to steer the development of health care towards more open forms of care and care as close to the patients' home as possible. A greater emphasis is needed on preventive health care and better coordination of the highly specialized health care. Entrepreneurs can in particular contribute by developing forms of treatment and making them more effective. The commission's recommendations are intended to support a development in this direction.

Needs or demand?

The Health and Medical Services Act is based on three basic principles; the principle of the value of the individual, the needs principle and the principle of cost-effectiveness. Health care resources are to be distributed according to need, on equal terms and with an assessment of the result that can be achieved with a given treatment. Apace with increased general knowledge in the community, health care encounters patients who clearly state their own wishes and needs. Stronger and more active participation on the part of patients and relatives is of great value for health care and for the

results of care. At the same time, health care personnel are forced to strike new balances. They have to try to respond to the wishes of the patients while at the same time giving priority to the distribution of time and treatment resources according to their professional assessment of patients' needs and the experience they have of the treatment that may be possible and most suitable.

Increased diversity of care providers provides freedom of choice but also involves risks that the producers through their supply will control the development of health care to a greater extent. Competition between care providers can, at least judging by the experience of other countries, lead to health care being controlled to a greater extent by the care providers' offering. This can lead to excessive use of care resources. One consequence may be unnecessarily many visits to doctors or widening of indications that can lead to more extensive treatments with, for instance, more surgical interventions than are medically motivated.

A tendency in systems based on competition between care providers is that treatments become more extensive and increase in number, while preventive care and public health work receive less attention. The commission points, among other things, to the need for well-developed systems of compensation to counteract unnecessary treatments in a system with more diversity and to safeguard preventive care.

The commission's recommendations aim at safeguarding the basic principles of care according to need and on equal terms even when the health care system is opened up to a greater diversity of care providers.

Planning for the coordinated health care

The public wants to have care of the highest possible quality but at the same time care in the vicinity of where they live. These wishes are often difficult to combine. Apace with the ongoing specialization of health care, greater coordination and division of labour are needed between county councils for health care that requires very special skills, major investments in medical technology or which concerns illnesses that occur very infrequently. Coordination and concentration of health care resources are a prerequisite for achieving both quality care and reasonable health care costs.

For this part of health care, it is very difficult to combine the need for planning and coordination with procurement. There are few possibilities to create market-type conditions. It is difficult, almost impossible, to specify clearly in an order the tasks that are to be performed. Market conditions in the form of competing private providers are very limited. The need for coordination is also changeable and related to current development of treatment methods and progress in research. The commissions put forward a legal proposal that:

The task of being responsible for health care activities that are coordinated within or between health care regions may not be handed over to any other than those referred to in Chapter 3, section 17, of the Local Government Act (1991:900) e.g. public-owned companies or foundations.

The health care inputs that require coordination vary and depend moreover on the size and patient population of the county council. New technology and new treatment methods change the conditions.

Diagnoses or treatments that at one time require the coordinated resources of major hospitals, can in the next phase be possible to carry out at smaller hospitals or even in outpatient specialist health care. In other cases, care tasks are transferred from the smaller units in the collaboration to the larger by the development of new opportunities and treatments. The legal proposal is related to the changing nature of the need for coordination. The intention is to avoid a statutory regulation that statically binds activities to an existing structure and division of responsibility.

The private care providers, the entrepreneurs, can contribute to the development of technology and forms of treatment which allow health care that has been concentrated to the major hospitals to be transferred to smaller units. This part of the proposed legislation only applies therefore to the coordinated health care provided mainly at university or regional hospitals. The design of the regulatory framework will enable private entrepreneurs to develop activities that can transfer care tasks from the large hospitals.

In a comparison with industry and the business sector, the private entrepreneurs will have considerable scope to seek innovative solutions in the form of more efficient processes and forms of treatment. Their role in development of wholly new forms of

treatment and therapies with a strong link to different fields of research will, however, be more limited.

Open for diversity but on equal terms

In its interim report the commission presented a number of models to safeguard health care according to need and on equal terms even in a system with a diversity of care providers.

The models presented of which there are a number of examples in countries with a longer tradition of diversity in health care, were of two different kinds. One form of regulation is similar to the earlier temporary law that prohibited the transfer of emergency hospitals to a private for-profit sector. It excludes private care providers or private for-profit providers from certain areas of care. The second form does not exclude private care providers although a national regulation places public and private care providers under the same or, as far as possible, similar conditions.

The recommendations of the commission are based on a combination of the two forms for regulation that differ in principle. The legal proposal presented above for the coordinated health care complies with the first model. Health care tasks that are coordinated in university- and regional hospitals may not be transferred to private care providers.

Different rules for public and private providers

In the case of other publicly financed activity in health care, with the exception of primary care, the regulatory framework aims at creating similar conditions as far as possible independent of the form of operation or ownership.

What are the differences in terms then? One important difference of principle between the publicly operated care and the private contractors are that the administratively operated health care takes part in the full responsibility that rests on the county council or the municipality as the responsible authority. The extent of the undertaking of the private contractor is based on a voluntary agreement and limited to what is in the contract.

If the county councils as clients fail to include obligations in the agreement that can arise in extreme situations, disasters, major

accidents, etc., the task of maintaining a readiness for extraordinary efforts will be greater on the publicly operated parts of the health care system. The greater the part that is contracted out, the more marked this difference in conditions will be.

For similar reasons, the demands for flexibility and adaptation to new economic conditions or care requirements create differences in conditions. The contract between a private care provider and a county council extends as a rule over a number of years and specifies in various ways the volumes and the financial prerequisites for the activity. If the care requirements change quickly in relation to the forecast and agreements or county council finances require swift adaptation and savings, the private entrepreneur can be protected by contract from changes while the entire burden of adaptation falls on in-house organizations. In this case as well, the differences in the conditions increase the greater the proportion of care contracted out unless the client has foreseen the need in the contracts to apportion the demands for flexibility and adaptation among all care providers.

No recommendations have been made on a regulatory framework in these respects although the commission considers that these are questions that should be taken into consideration when contracts are entered into.

An unavoidable difference until further notice is that that arises in procurement. Private care providers are, like the rest of the business sector, free to develop long-term commercial relationships and partnerships with, for instance, suppliers of services or technical equipment. The public care providers whose operations take place in an administrative form or as municipal enterprises have to comply with the procurement legislation, however. This may lead to additional administrative work and poorer conditions for long-term development co-operation with different suppliers.

Different rules for financing

However, in present conditions, the crucial difference between publicly operated health care and private care providers is that the private care providers, unless otherwise agreed, often have the right to accept patients who pay privately. The main reason for paying for care privately, directly or through private health insurance, is a

desire to obtain health care through another priority than that that applies to health care otherwise.

Privately financed health care is therefore a problem, in the sense that it will clash with the basic principles for health care; i.e. health distributed according to need and on equal terms. Private financing of health care is instead based on people's position as an *actor*. The possibility of privately financed health care is linked with financial status, attractiveness on the labour market or otherwise, and not to the person as a *person* and her needs.

There is a very strong consensus in Sweden on the concept of social justice and care on equal conditions. It would therefore be a very unfortunate consequence if more private contracts in publicly financed health care, with the advantages that this otherwise entails, led to the Swedish health care system segregated according to finances or social class or otherwise.

The same rules for financing

The hospitals, clinics and other institutions that the county councils have built up are strong symbols for the community's common assumption of responsibility for health care. It is important that they, even if responsibility is transferred to a private care provider, retain an identity of this kind. The regulatory framework aims at creating equivalent conditions for financing and that patients receive similar opportunities for health care regardless of whether the responsible authority operates the activity in its own auspices or it is contracted out.

Private entrepreneurship means a time-limited commission. When the agreement expires, a new procurement process is to take place. The possibility of an equivalent procurement will be considerably poorer or even impossible if the private contractor has, within the framework of the activity during the period of contract, also developed activities with health care to other groups of patients according to contracts which it exercises control over itself.

Mixed financing can create incorrect incentives in the health care system. Queues and long waiting times for publicly financed health care can contribute to new large incomes for care of patients with private financing. The risks of such distorted incentives will be

reduced if the purely private health care can be kept organizationally clearly separate from publicly financed health care.

The commission recommends for other hospital care and specialist health care a regulatory framework that as regards the opportunity for receiving compensation from private patients creates uniform conditions for publicly operated health care and for private entrepreneurs, who engage in health care activities that have been built up or initiated by a county council.

The task of being responsible for operation of health care activities established by the county council may only be transferred to those who contractually undertake, within the framework of the activity, to exclusively provide health care financed by the county council, municipality, or a foreign legal entity with a corresponding task.

The commission also underlines the importance of the forms of compensation. For publicly financed health care, whose care responsibility includes everyone, it is important that forms of compensation promote public health inputs and preventive health care. Time and resources should be available for contact and collaboration with schools, social services, and other bodies that can contribute to preventing injuries and ill health. For this reason, a larger or smaller part of the compensation is provided in many contracts in some form of capitation allowance. The care provider is compensated for a broader care responsibility for a particular population, listed patients or otherwise. Compensation for patient appointments will be correspondingly less.

In the case of privately financed patients, the whole compensation is as a rule associated with the visit to the doctor or the treatment. Viewed as “marginal income”, the private patient will therefore be more profitable in an additional way, with the consequences that that can be thought to entail for accessibility and how they are dealt with.

The consequences will be similar for a hospital with appropriation financing and care responsibility for the population. When hospitals are compensated per treatment (Diagnosis group related compensation or similar), the differences were less, although the system of compensation has other disadvantages. The marginal cost of the care provider for an additional patient is low when equipment and staff already exist. For the client and the patient with public financing, the agreed compensation is based on an average of the care providers’ total costs. It is important for the

performance-based systems to find forms of compensation that better reflect the relationship between fixed costs and marginal costs.

There is strong support among the Swedish public that health care should be provided on equal conditions and be made available on the basis of need. A clear majority also wishes to retain hospitals in public ownership. At the same time, there is a need, weighed in relation to the challenges that will confront health care, to stimulate development and renewal by alternative forms of operation.

The value of the private contracts as a reference and sometimes as examples for publicly run activities will be less if another mix of public and privately financed care is permitted than what is possible when health care is operated directly by the county councils and municipalities. The mix, based on a right to faster treatment, is also in strong conflict with public opinion.

Other care providers can provide private and publicly financed care

It is, however, neither possible nor desirable to wholly exclude opportunities for privately financed health care. This possibility has existed for a long time in Sweden. Should the opportunities for privately financed health care be wholly restricted, there are equivalent opportunities for health care in other countries to an increased extent.

Privately financed health care has been available for a long time at, for instance, hospitals such as Sophiahemmet in Stockholm or Carlanderska Hospital in Gothenburg. Doctors in private practice have been able to have private patients as well as providing health care for county council patients.

A fairly large number of clinics for various specialties such as eye surgery, orthopedics, heart operations, and fertility treatment have been built up as independent units in recent years. Through agreements with the county councils, they can accept publicly financed patients, but also patients with private health insurance and those who pay with their own money.

The difference between these private care providers and the private entrepreneurs, who contract to run activities that have been built up or initiated by county councils or municipalities, is that

they have established the activity themselves, arranged the basic financing and taken greater risks.

Their relationship to the county council or municipality is also different. They have full control of their investments, organization and staff resources. They can never run the risk of another contractor taking over the activity after the procurement process. Their activity is more on market terms. The owner retains the activity as long as it is of such quality and has such costs that they receive enough commissions through contracts and patients' own choice.

They stand for continuity in a health care system where contractual solutions risk in resulting in uncertainty due to recurrent changes of management and operational responsibility. It would not be desirable for the state to legislate to prevent these care providers offering health care to others, alongside of contracts on publicly financed health care or for county councils to do so by contract.

Recent experience shows how these more or less genuine contractors in health care have established activities in fields where it is problems in the form of long waiting times. In many cases, the contractors have met the needs with new and more cost-effective forms of treatment.

Viewed from this aspect, it should be an advantage, if the rights to provide private-financed health care is restricted to these care providers. It is also a matter of fair competition. The conditions are not equivalent if private contractors, who are contracted to run activity that the county council or municipality have originally developed, can offer corresponding services on the margin to the privately financed health care market.

The issues of how needs are to be defined is also part of this discussion. The wording in the Health and Medical Services Act is that those who have the greatest need of health care should be given priority to care. The assessment of needs is and should be, more far reaching than an exclusively medical view. Social situation or the number of dependents is as a rule regularly included in the assessment and priority of needs made by health care. However, it is probable that the assessment made by public health care does not always coincide with that made by enterprises and organizations of the key roles of different people and where a person's prospects of obtaining health care can affect many others. The health care system needs safety valves, which make possible privately financed

health care, on the basis of this type of consideration as well. What is at stake is to find a balance between this need and the risk of development into a two-tier health care system.

Health care and no "fast tracks"

The temporary legislation that applied until the end of 2002 prohibited transfer of acute hospitals to private for-profit owners.

The blocking legislation was introduced to provide a breathing space for discussion on the conditions on which private care providers were to be able to operate in the health care system. A strong motive for the introduction of the blocking legislation was to prevent the publicly owned hospitals being opened up to a two-track health system through privatization and the absence of regulation. However, preferential treatment does not only occur at the entrance to the hospital. Opportunities for faster treatment and initiatives that depart from the order of priorities can arise in many parts of a care chain.

A newly presented Canadian study points to the lack of capacity for different forms of diagnosis as an important factor in uneven distribution of health care resources. Those who have their own financing can shorten the waiting time for diagnosis and also receive faster treatment. The same situation applies here, in the view of the commission of inquiry. If a patient, through private financing, obtains a faster diagnosis at, for instance, a private clinic, this can also lead to faster treatment.

Primary care

The legislature proposals of the commission for a barrier against privately financed health care includes private contracts for hospitals that have been established by county councils and also corresponding private contracts for community health care, specialist clinics and other health cares established by the county council. Primary care, however, is not covered by these regulations. It is not within the Commissions task (an example of a corresponding regulation for the primary care is presented in an appendix).

The assessments made by the commission argue, however, strongly for the regulation proposed by the commission also being extended to primary care.

In the case of primary care as well, preferential treatment to a privately financed patient can provide faster access to the continued publicly financed care chain in a way that does not correspond to the order of priority.

It is also difficult to draw a border between primary care and, for instance, off-patient specialist hospital care. The ambition should instead be to integrate primary care and other care as far as possible. This is also what is happening with concepts such as community health care and by the participation of specialists in primary care.

An additional reason is the forms of payment. The care provider receives the whole payment for a visit from a private patient. The county council's payment for primary care is based, with the exception of charge-based doctors, on a larger or smaller proportion of capitation payment based on listing or responsibility for a particular population.

In many cases, but not all, the county councils have introduced a prohibition against private financing in contracts with private entrepreneurs in primary care with the corresponding content as the commission's proposals.

There are strong reasons for continuing to closely observe and investigate developments in primary care. This partly concerns general access but also the extent to which private contractors in primary care gives patients with private financing faster access to health care and the chains of care.

Conditions for not-for-profit organizations and small enterprises should be improved

The legislative proposals that the commission has put forward do not relate to hospitals as a concept and do not either distinguish between private for profit and not-for-profit health care in the proposed statutory arrangements.

The Riksdag has with broad support adopted a national action plan that strongly emphasizes the value of diversity. The broad political consensus on the action plan is of great value. The plan underlines the value of new undertakings, cooperative, idea-based

organizations, private undertakings, etc. having the opportunity to take part in health care.

The commission discusses in a separate section how the conditions for not-for-profit organizations and small-sized enterprises can be improved.

Författningsförslag

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

dels att 3 § skall ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen skall införas två nya bestämmelser, 9 a och 9 b §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §¹

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 inomlandstinget. 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. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse över-

¹ Senaste lydelse 2002:1028.

lämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, den allmänna 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.

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.

9 a §

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. 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.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, den allmänna 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.

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.

9 b §

Uppgiften att ansvara för driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet som etablerats av landsting får endast överlämnas till den som i avtal förbinder sig att inom ramen för verksamheten uteslutande ge vård som finansieras av landsting, kommun eller utländskt rättssubjekt med motsvarande uppdrag.

Vad som sägs i första stycket gäller inte när uppgiften att ansvara för driften av primärvård överlämnas.

Uppgiften att ansvara för driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet som samordnas inom eller mellan sjukvårdsregioner får dock inte överlämnas till någon annan än som avses i 3 kap 17 § kommunallagen (1991:900).

På avtal som ingås före ikraftträdandet tillämpas inte 9 b §.

1 Vårdssystem i omvandling

Utredningens uppdrag är att lämna förslag som för ett vårdssystem med ökad mångfald av drifts- och ägarformer kan säkerställa de grundläggande målen för svensk hälso- och sjukvård; vård på lika villkor, fördelad efter behov.

I sin diskussion av möjliga modeller för reglering och med stöd av förslag, idéer, kritik och synpunkter från yttranden över idébetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002:31) har utredningen sökt att väga in hur en reglering kan påverka vårdens vägval och struktur: hur stärks förebyggande vård, hur utvecklas ansvarskedjor och samhörighet, hur stärks mer patientnära vård och hur kan solidaritet i ett gemensamt vårdssystem bevaras och utvecklas?

Privata aktörer, marknadsinslag och vinstintresse finns sedan länge inom den svenska hälso- och sjukvården. Det finns delmarknader för läkemedel, teknisk utrustning, byggnader och en arbetsmarknad för personal.

I de senaste årtiondenas utveckling tillkommer två trender. Den offentligt drivna vården har genom rolldelning beställare-utförare eller genom andra former för ersättningar och avtal infört mer marknadslika styrformer. Efterhand har också successivt fler delar av hälso- och sjukvården öppnats för privata entreprenörer och alternativa driftsformer.

I det två inledande avsnitten söker vi att från olika utgångspunkter belysa vilka möjligheter och problem som kan vara förenade med ökade inslag av privata drifts- och ägarformer inom vård och omsorg.

Sjukvårdssystem i omvandling

Frågor om privata entreprenörer med vinstsyfte och deras roll inom hälso- och sjukvården (och andra välfärdstjänster) har varit och är kontroversiella i Sverige men också i andra länder.

WHO Europakontor summerar sina intryck av den europeiska debatten så här:

Proponents, trumpeting the benefits of privatization, put it forward as a "magic pill" that will cure all the "ills" of the health care system. Opponents vilify privatization and associate it with personal greed and the end of social solidarity. (WHO Regional Committee for Europe, September 2002)

Medan förespråkarna lanserar privatisering som ett magiskt piller, som kan lösa alla hälso- och sjukvårdens problem, kopplar motståndarna privatiseringen tätt samman med personlig girighet och avvecklad solidaritet.

Bristen på underlag för analys, en diskussion med i huvudsak ideologiska argument och oviljan att ta del av andra bedömningar gör positionerna låsta. Det gäller också i Sverige.

Men om vårdorganisationen skall kunna utvecklas för att klara växande anspråk behövs stabilitet och mer långsiktiga spelregler. Det gäller besluten om inriktning av landstingens verksamhet men också besluten på nationell nivå. Politisk samsyn eller i andra hand en accepterad kompromiss är ett villkor för att lagstiftning eller annan reglering skall ge varaktiga spelregler över tiden för dem som verkar och vill verka inom vårdsektorn.

Nya möjligheter – växande anspråk

Den medicinsk-teknologiska utvecklingen förbättrar oavbrutet möjligheterna till diagnostik, behandling och bot. Vårdens metoder blir effektivare och mer verksamma och behandlingstider blir i många fall kortare. För många sjukdomsfall har möjligheterna till överlevnad ökat avsevärt. Men människan är inte odödlig och den behandling som gav fortsatt liv kommer förr eller senare att följas av ny behandling, annan sjukdom eller svaghet. I den meningen belastas vården alltid av sina egna framsteg.

Ökad medellivslängd och effekten av tidigare variationer i födelsetal leder under de närmaste årtiondena dessutom till att andelen äldre och därför mer vårdbehövande i befolkningen blir större. Det gäller i Sverige och i många länder i Västeuropa.

Trängda mellan ekonomins begränsningar och de växande vårdbehoven söker politiker, vårdpersonal och administratörer i alla länder efter lösningar. Förhållanden, tradition och organisations-

former varierar men de grundläggande problemen är likartade. Det är svårt att få fram finansiella och personella resurser för att klara behoven av vårdinsatser. Oberoende av vilket vårdssystem de har, söker länder efter andra organisatoriska och administrativa lösningar och nya former för finansiering, drift eller ägande.

Frågor om drifts- och ägarformer finns i fokus även för denna utredning. Organisatoriska reformer kan bidra till bättre resursutnyttjande inom vården, men kan långt ifrån lösa vårdens alla problem. Där finns andra mer avgörande frågor. En gäller möjligheten att bibehålla och stärka folkhälsoinsatser och förebyggande hälsovård. Förändringar i livsstil, som bäddar för ökad ohälsa, kommer knappast att kunna pareras med ökade insatser från hälso- och sjukvården.

Den avgörande frågan är vad vi i samhället och som individer bedömer som friskt eller sjukt. Om vi i samhället och arbetsliv inte ger rum för människors särdrag, avvikelse eller svaghet växer samhällets uppgift att med olika insatser korrigera, behandla eller bota det avvikande till ett omöjligt åtagande.

De öppna marknaderna i en internationell ekonomi syftar till snabbare ekonomisk tillväxt och därmed ökade resurser. Konkurrensen skall sortera fram de effektivaste produktionsmetoderna och en mer rationell arbetsfördelning. Så är teorin, men för länder med omfattande välfärdssystem finns problem på vägen. Oberoende av om vård eller andra välfärdstjänster finansieras genom skatter eller obligatoriska försäkringar innebär det kostnader, som läggs på produktionen.

Utbildade medborgare med trygg tillgång till vård och sociala tjänster är en förutsättning för en produktiv ekonomi, men kostnaderna för att uppnå detta kan i det korta perspektivet försvaga den internationella konkurrenskraften.

Den kommunala självstyrelsen

Varje form av nationell reglering måste vägas mot den kommunala självstyrelsen. Det lokala, kollektiva och solidariska ansvaret för de sjuka och oförsörjda har rötter i en lång tradition som sträcker sig tillbaka till byalag, socknar och de medeltida landstingen. Flexibilitet och möjligheter att med skiftande metoder och arbetsformer möta skilda förutsättningar i fråga om geografi, befolkning och vårdbehov är en del av självstyrelsen. Den ger möjligheter för en

överblickbar demokratisk styrning där medborgarna kan ge eller återta sitt förtroende för dem de valt.

Utvecklingen inom vården och samhället i stort ställer emellertid även självstyrelsen inför nya frågor. Samtidigt som landsting och kommuner har ansvaret för vård och omsorg gäller en nationell lagstiftning med målsättning om vård på lika villkor oberoende av var i landet en människa bor eller söker vård. För att klara detta finns system för omfördelning av ekonomiska resurser som balanserar och utjämnar med hänsyn till skillnader i ekonomisk bärkraft och vårdbehov.

Den medicinsk-teknologiska utvecklingen förändrar också villkoren. Utvecklingen mot allt mer förfinade behandlingsmetoder leder till större behov av samverkan på regional, nationell och snart även på europeisk nivå. I synnerhet för den högspecialiserade vården och för annan vård till små patientgrupper behövs samverkan för att klara kostnader och vårdkvalitet.

Landsting i omvandling

Oberoende av omfattningen av privat vård förändras i Sverige landstingens uppgifter och roll. Ökad rörlighet hos befolkningen och möjligheten till friare vårdval ändrar förutsättningarna. Genom samordningen av vårdinsatser, det fria vårdvalet och den nationella vårdgarantin blir landstingen i ökad utsträckning vårdleverantörer till varandra. Landstingen får därför, jämfört med tidigare, ett större ansvar att finansiera vård på annat håll i Sverige och möjligen i Europa.

Internationellt har forskare uppmärksammat att det sker en form av konvergens mellan olika typer av vårdsystem. De försäkringsfinansierade systemen söker för att kontrollera kostnaderna att integrera vårdgivarna i egna system, medan de skattefinansierade systemen får inslag av försäkringsfinansiering när de i ökad omfattning betalar för vård hos alternativa vårdgivare eller hos andra huvudmän.

Utvecklingen innebär också att landstingen utöver skatter, statsbidrag och patientavgifter dessutom får intäkter för vård av patienter från andra landsting, från försäkringskassan och genom bolag som Stockholm Care, Swedish Health m.fl. för vård av patienter från andra länder. Även den akuta vården för medborgare från

andra länder växer i takt med ökad rörlighet och internationell samverkan.

Lagstiftningen utgår från grundtanken att landstingen och kommunen betjänar sina medlemmar dvs. den egna befolkningen. Ökat utbyte av vårdtjänster och nya aktörer i vården ger upphov till nya frågor. Vilka regler och prioriteringar skall gälla när ett landsting tar emot andra patienter? I vilka fall kan landstinget driva verksamhet utanför det egna geografiska området? När har landsting rätt att hyra ut lokaler eller andra resurser till privata vårdgivare med privatbetalande patienter?

Att betjäna egna medborgare

Kommunallagens lokaliseringsprincip innebär bl.a. att kommunerna och landstingen som huvudregel endast får ha hand om sådana angelägenheter som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller dess medlemmar. Det finns dock undantag från denna princip i speciallagstiftningen.

Det kan för ett landsting vara möjligt att erbjuda tjänster till andra om det i verksamheten finns en mindre och tillfällig överkapacitet. Landstingen kan erbjuda tjänster till patienter från andra landsting om landstingen kommit överens om detta. Dessutom ger exempelvis lagen om kommunal tjänsteexport och internationellt bistånd (2001:151) landsting, kommuner och kommunala bolag möjlighet att under vissa villkor tillhandahålla tjänster för export.

Skall den samverkan, vid sidan av regionernas planerade, som växer fram genom fria vårdval och en nationell vårdgaranti baseras på enbart på landstings tillfälliga överkapaciteter i förhållande till egna behov eller kommer det att leda till en mer varaktig specialisering och fördelning av uppgifter? Även här finns frågor i förhållande till den gällande lagstiftningen. Vi återkommer med en mer utförlig belysning när vi diskuterar motiv och redovisar utredningens förslag till lagstiftning.

Vårdsystemen, det svenska i likhet med andra länders, befinner sig i en process av omfattande förändringar. Lagstiftning behöver omformuleras. Den som avser kommunal verksamhet, och därigenom även den offentligt drivna vården, är inte i alla avseenden i takt med de förändringar av vårdens organisation som följer av medicinsk-teknologisk utveckling och av medborgarnas större rörlighet och möjlighet till egna val av vårdgivare.

Nya styrsystem och former för ersättning

Ersättnings- och styrsystemen inom sjukvården har också i många avseenden förändrats. Tidigare system innebar, förenklat beskrivet, att styrning skedde genom att resurser fördelades till olika verksamheter i form av årliga anslag.

Med anslagsfinansiering utan fastlagd beställning eller avtalad volym uppstod överkapacitet först när väntrummet var tomt och inga patienter fanns i sikte. I förhandlingarna om resurser var dessutom köer och väntetider i regel bästa förutsättning för ökade anslag, medan bättre produktivitet och korta köer tvärtom baddade för lägre medelstildelning.

Införandet av prestationsrelaterade ersättningssystemen resulterade snabbt i högre produktivitet och fler utförda behandlingar. Men när fler behandlingar ersattes ”styckevis” ökade landstingens kostnader så att budgetramarna spräcktes. De prestationsrelaterade ersättningssystemen kompletterades därför med tak för totalkostnaderna, som blev tak för antalet beställda prestationer.

De nya formerna för ersättning har därmed på två sätt bidragit till att vårdgivare oftare anger att de har överkapacitet. De nya systemen har stimulerat till produktivitetsförbättringar, men de har också på ett tydligare sätt fastställt omfattningen av vårdgivarnas åtagande till det egna landstinget. Vårdgivarna kan, när de uppfyllt åtagandet, hävda att deras vårdresurser inte är fullt utnyttjade, även om väntelistan med patienter från det egna landstinget är lång. Den kapacitet som finns erbjuds istället till andra med annan finansiering.

Behov eller efterfrågan – vårdens prioriteringar under press

Ett vårdsystem där patienterna i högre grad själva söker sig fram till önskad vårdgivare ger valfrihet och mer aktiv patientmedverkan. Det kan också innebära avsteg från prioriteringsregler och principen att resurser skall fördelas efter behov. Det kan ske om de mer rörliga och aktiva får möjlighet att utnyttja garantin medan andra med större behov får vänta.

En finansiell samordning med socialförsäkringarna syftar till att genom ökade resurser för vård och rehabilitering korta sjukskrivningarna. Nya resurser tillförs men frågorna ställs också vilka effekterna blir i förhållande till fastställda regler för prioritering.

Kan det leda till att människor i aktiv ålder får andra förutsättningar till vård än de icke yrkesaktiva? Eller kan en samordning ge större resurser till vården, finansiellt och personellt, så att möjligheten till vård generellt ökar? I så fall skulle en sådan prioritering också kunna gynna de mest vårdbehövande.

Även här befinner sig de offentliga systemen i en fas av omställning och omprövning som berör grundläggande principer. Frågor om avvägningen mellan prioriteringar och utvecklingen av samhällets samlade resurser är likartade när arbetsgivare tecknar privata sjukvårdsförsäkringar.

Det svenska vårdssystemet befinner sig, i likhet med systemen i många andra länder, i en period av omvandling. Exempelen lyfter fram några av de frågor som ställs genom förändringarna. En del aktualiseras av de privata alternativen, men andra frågor finns där oberoende av om privata aktörer finns med i verksamheten eller ej.

2 Vård som marknad?

Marknadsekonomi med privata företag har stor betydelse för länders ekonomiska utveckling och välfärd. Få i Sverige invänder mot detta. Å andra sidan är det också ytterst få som hävdar annat än att marknaden behöver stöd av stabila institutioner och regelverk för att fungera. En samhällelig, politisk reglering anger villkor för marknadens aktörer och säkrar kvalitet. Reglering, som utjämnar livsvillkoren för samhällets olika grupper, bidrar dessutom till politisk stabilitet och minskade sociala spänningar.

Fria marknader utan någon form av reglering existerar som teoretiska modeller men knappast i verkligheten. Det gäller ekonomi och samhälle i stort och i hög grad inom hälso- och sjukvården. Alla länder, även de som i övrigt ger marknaden stort spelrum, reglerar på särskilt sätt villkoren för hälso- och sjukvården.

Vissa förbjuder eller begränsar vinstsyftande företags möjligheter att verka inom sjukvården. Det gäller t.ex. Nederländerna, Kanada och några av USA:s delstater. Andra länder, som jämfört med Sverige har större andel privata vårdgivare och lång erfarenhet av detta, har omfattande nationella regelverk för att i den större mångfalden säkra gemensamma och solidariska prioriteringar och mål.

Föregående avsnitt har översiktligt beskrivit de organisatoriska förändringar som svensk hälso- och sjukvård nu genomgår. Här diskuteras hur en mångfald av vårdgivare och t.ex. starkare ekonomiska drivkrafter kan påverka vården och dess utveckling. Hur detta skall bedömas skiftar med hänsyn till olika vårdtjänsters innehåll och komplexitet och beroende på former för avtal, system för ersättning och den lagstiftning och annan reglering som kommer att gälla.

En fri vårdmarknad?

Jämfört med förhållanden i andra länder är vårdsystemet i Sverige mindre reglerat. Försäkringsbolag, som i Sverige erbjuder olika former av sjukvårdsförsäkringar har betydligt större frihet att acceptera och välja bort försäkringstagare än vad som gäller i länder där vården finansieras genom försäkringar. Alla vårdgivare, offentliga som enskilda, står under samma tillsyn, men formerna för verksamhetsuppföljning är ännu inte särskilt väl utvecklade. Huvudmännen, landsting och kommuner, har stor frihet att organisera sina verksamheter på olika sätt.

För personalen gäller bl.a. att regleringen angående biinkomster och bisysslor är ytterst svag. Det gäller både vid jämförelse med vårdsystem i andra länder, men också om man jämför med näringsgrenar i Sverige där regelverk och tradition utvecklats i system med marknad och konkurrens.

Det som uppfattats som en enhetlig ”svensk modell” för vården har mer byggt på en grundläggande samsyn än på detaljerade centrala regelverk. Därför finns också stora skillnader mellan landstingen ifråga om administrativa system och former för ersättningar, avtal och upphandling.

När vården i Sverige förändras från att i allt väsentligt drivas i offentlig regi till ett system med en mångfald av vårdgivare saknas i flera avseenden den typ av reglering som vanligtvis omger sådana system.

Svårigheterna att i hälso- och sjukvården klara balansen mellan olika gruppers behov och önskemål är stora. Det bidrar till att göra vården till en tacksam arena för politisk konflikt. Saknas stabilitet grundad i tillräcklig politisk samsyn om vårdens organisation försämras förutsättningarna för långsiktiga och effektiva lösningar.

2.1 Vad menas med privatisering?

Innebörden i ordet privatisering varierar. Försäljning av statligt eller kommunalt ägda energibolag är exempel på privatisering där en verksamhet helt förs över till den privata sektorn. Finansieringen har i regel redan före privatiseringen varit privat dvs. hushållen och företagen har betalat efter sin förbrukning.

Privatisering av välfärdstjänster har i svensk tappning i regel betydelsen att privata aktörer får uppgift att utföra i huvudsak

offentligt finansierade tjänster. Det finns få exempel på privatisering där både finansiering och utförande blir privata.

Inom hälso- och sjukvården är den vanligaste formen att en privat vårdgivare under en avtalad tid får uppdraget att driva en vårdverksamhet, som landstinget eller i vissa fall kommunen tidigare drivit i egen regi. En form av privatisering är det också när privata vårdgivare i sin verksamhet kan ta emot patienter, vars vård betalas av de offentliga systemen. Helt privat finansierad vård har en begränsad omfattning i Sverige. Antalet privata sjukvårdsförsäkringar har ökat, men de förekommer fortfarande i mycket liten omfattning. Vissa uppgifter tyder också på att den tidigare ökningen har bromsats upp.

Figur 2.1. Samverkan mellan privat och offentligt i den svenska hälso- och sjukvården och de regler som för närvarande gäller för möjligheterna till offentlig och privat finansiering.

	Vårdgivare/Producent			
	Offentlig		Privat	
	Förvaltning	Kommunalt bolag	Entreprenad	Privat
Offentligt finansierad vård	Ja	Ja	Ja	Ja
Privat finansierad vård	Nej	Nej	Ja (i vissa fall begr. av avtal)	Ja (i vissa fall egen begr.)

Privata vårdgivare svarar för relativt begränsade andelar av hälso- och sjukvården. Inom äldreomsorgen svarar de, med stora skillnader mellan kommunerna, i genomsnitt för en dryg tiondel av den totala verksamheten. Inom ögonkirurgin svarar privata företag för mer än en femtedel av alla behandlingar, vilket också är en av de största privata andelarna inom ett vårdområde. I Stockholms läns landstings södra sjukvårdsområde svarar privata vårdgivare för nästan all primärvård. I Västmanlands landsting drivs drygt 40 procent av primärvården av privata familjeläkare. I andra landsting står privata vårdgivare för ytterst begränsade andelar.

Privat eller enskild vårdgivare

De är framförallt privata vårdföretag med vinstsyfte som svarar för expansionen av privat verksamhet inom den offentligt finansierade vården. Ideella, kooperativa eller andra organisationer utan vinstsyfte svarar också för olika typer av vård och omsorg, men omfattningen av deras verksamhet har inte förändrats märkbart när den privata vården expanderat.

Variationen är stor när skilda samhällssektorer har valt benämningar och begrepp för att beskriva och reglera förändringar när offentliga verksamheter öppnas för alternativa driftsformer.

Även inom skolområdet har andelen skolor med alternativ driftsform ökat. Där finns skolor som drivs av kommersiella företag, men också de som drivs av kooperativ, föreningar och av stiftelser. Medan man i vårdens sammanhang talar om privata vårdgivare används i skolsammanhang ytterst sällan begreppet privat-skolor. En orsak kan vara att begreppet tidigare varit starkt knutet till skolor där även finansieringen varit privat. Man har i stället använt begreppen friskolor och senare fristående skolor.

Att undvika begreppet privat har fördelar såväl inom utbildning som för vårdtjänster. Begreppet privat knyter lätt och felaktigt an till privat sektor med privat finansiering. Både inom vård och utbildning drivs verksamhet också av föreningar, organisationer och kooperativ för vilka begreppet privat inte speglar deras uppbyggnad och syften. Skollagskommittén föreslår (SOU 2002:121) att inom skolområdet återinföra begreppet enskilda skolor. Att tala om fristående skolor anses missvisande när ambitionen med förslaget till ny skollag är att alla skolformer skall behandlas likvärdigt.

Formerna för privatisering

Formerna för privatisering, dvs. överförandet av tidigare offentliga verksamheter till privata eller enskilda utförare, sker i andra former inom skolväsendet.

Inom utbildningsområdet etablerar de fristående eller enskilda skolorna efter godkännande och tillstånd i regel sin verksamhet i helt egen regi och i egna lokaler, ägda eller hyrda. Den offentliga finansieringen kommer som bidrag i form av en generell skolpeng. I stället för upphandlingsförfarande finns regler för godkännande och andra villkor, men det finns inte några inslag av priskonkur-

rens. Bidragen till skolorna relateras till kostnaden i de kommunala skolorna. Den enskilda skolan förfogar över alla sina resurser och är huvudman för sin verksamhet. Skolan kommer att finnas så länge som ett tillräckligt antal elever väljer att gå där och så länge den uppfyller villkoren för sin verksamhet.

För förskola och vuxenutbildning finns arrangemang liknande de inom vården där privata utförare genom upphandling lämnar anbud att under en begränsad avtalsperiod driva en verksamhet. Skollagskommittén benämner denna typ av verksamhet entreprenader, och föreslår en särskild utredning angående denna driftsform inom skolområdet (SOU 2002:121).

2.2 Former för upphandling

Inom vård och omsorg är relationerna mellan de olika typerna av arrangemang de omvända. Det normala är entreprenader och att en privat vårdgivare efter upphandling ansvarar för driften av en avtalad del av landstingets eller kommunens verksamhet under avtalsperioden. Det händer också att landstinget och kommunen tecknar liknande avtal med enskilda vårdgivare som själva byggt upp sin verksamhet och äger eller på annat sätt disponerar lokaler och utrustning.

Även inom hälso- och sjukvård finns motsvarigheter till ”skolpeng” i form av system med vårdgivarval eller s.k. kundval, där patienten eller vårdtagaren sedan ett vård- eller omsorgsbehov fastställts själv eller med stöd av anhöriga eller andra väljer vårdgivare. Till skillnad mot praxis inom skolområdet anses systemet bygga på en form av upphandling där beställare och utförare undertecknar ett ramavtal.

Formerna för upphandling och förutsättningarna för jämbördig konkurrens påverkas starkt av hur relationerna mellan beställare och utförare är och hur de utvecklas under avtalstiden.

Om en enskild vårdgivare får ta över ägande eller dispositionsrätt till lokaler, ansvar för investeringar och utveckling eller får utveckla egna vårdverksamheter för att betjäna andra patientgrupper blir det svårt, närmast omöjligt, att vid nästa upphandling skapa jämbördiga villkor mellan den etablerade entreprenören och andra. Upphandlingsförfarandet kan komma att uppfattas som mer fiktivt. Ofta händer det att landstingen eller kommunerna vid ny upphandling inte får in några konkurrerande anbud.

Det är viktigt att beställarna utformar sina underlag för anbud och avtal så att återtagande eller en ny upphandling blir möjlig inför nästa avtalsperiod.

Å andra sidan är kontinuitet av stort värde inom vården och i synnerhet inom vårdområden där personkontakt och varaktighet i relationerna har särskilt värde. Inom äldreomsorgen påtalar många upphandlingarnas problem då korta avtalsperioder skapar återkommande osäkerhet både hos personal och vårdtagare och ny period av omställning, om upphandlingen leder till byte av entreprenör.

Kortsiktigheten kan också bli ett hinder för investeringar såväl i utrustning som i personalens kompetens och utveckling.

Kritik av upphandlingsförfarandet och tillämpningen av lagen om offentlig upphandling (LOU 1992:1558) när det gäller vård- och omsorgstjänster lyfts fram i flera yttranden över idébetänkandet (SOU 2002:31) och redovisas i bilaga 2. Utredningen diskuterar i avsnitt 4 bl.a. huruvida upphandling bidrar till genuin mångfald av arbets- och vårdformer som kan möta patienters skiftande önskemål och behov.

2.3 Vad bidrar privata vårdgivare med?

Den för framtiden viktiga frågan är inte om privata vårdgivare skall medverka i vården utan under vilka regler och villkor som de bäst bidrar till att nå hälso- och sjukvårdens mål. Även om erfarenheten av de privata vårdgivarnas medverkan i hälso- och sjukvården är begränsad både i tid och omfattning finns bedömningar av vad deras medverkan inneburit.

Omdömen från patienter

Patienternas viktigaste notering tycks vara att de inte märkt några avgörande skillnader. Om patienten vid S:t Görans sjukhus, Simrishamns sjukhus eller någon annan verksamhet som överlämnats till privat drift känner till att driftsformen ändrats beror det i regel på den debatt som varit och inte på förändringar i verksamheten. Mätningar visar inte heller några större skillnader i patienters bedömning av bemötande och vårdkvalitet. För öppenvård och tandvård visar undersökningar genom Svenskt kvalitetsindex, SKI,

att patienterna vid privata mottagningar är mer nöjda med bemötandet än patienterna vid motsvarande offentliga mottagningar.¹

I den studie från SKI:s som redovisades 2003 ger patienterna generellt bättre omdömen om olika välfärdstjänster än i föregående mätningar. De gäller för såväl privata som offentliga tjänster, men de privata vårdgivarna får även i den nya studien en mer positiv värdering. Inom äldreomsorgen får kommunernas egen verksamhet däremot bättre betyg än entreprenörernas.

Olika mätningarna anger att de som har egen direkt kontakt med vården har en mer positiv uppfattning än de vars omdömen grundas på andrahandsuppgifter. Äldre har också en mer positiv värdering av vården än yngre, vilket också kan spegla beroendeställningen hos de äldre och därmed mer vårdberoende.

Omdömen från personal

De privata vårdgivarnas bidrag till hälso- och sjukvården märks främst inne i vårdorganisationen. Flera undersökningar anger rätt enstämt att de anställda ser fördelar hos de privata vårdgivarna främst i form av tydligare ledning och kortare beslutsvägar. Man upplever sig vara mer delaktiga i beslut om verksamheten. Omfattningen av sjukskrivningar är också lägre hos de privata vårdgivarna än vid motsvarande verksamheter hos landsting och kommuner.

Tidigare starkt fackligt motstånd mot de privata vårdgivarna har efter hand minskat. Man ser det som en positiv möjlighet att arbetsmarknaden vidgas, men oroas redan av att koncentrationstendenserna bland de privata vårdföretagen kan utvecklas till nya monopol. De fackliga organisationerna lyfter också fram frågor om offentlig insyn och meddelarfrihet. De accepterar inte att möjligheterna till insyn blir mindre om vården drivs privat.

Under det närmaste årtiondet behöver vården en kraftig nyrekrytering av personal. Goda framtidsutsikterna har ökat intresset för högre vårdutbildningar. Tillgången till en bredare och mer varierad arbetsmarknad kan ytterligare bidra till att underlätta rekryteringen.

¹ Socialstyrelsen, Vårdens värde, s. 91 ff., 2002.

Påverkan på vårdsystemet

Nya driftsformer ger möjligheter att pröva och utveckla alternativa verksamhetsidéer som i sin tur, om de faller väl ut, kan bidra till utveckling även av den offentligt drivna vården.

Nya arbetssätt

Vid S:t Görans sjukhus har Capio AB t.ex. förändrat bemanning och organisation vid akutmottagningen, som stimulerat till liknande förändringar på andra sjukhus.

Inom ögonkirurgin har behandlingstider och kostnader på ett dramatiskt sätt minskat genom nya metoder som gett möjlighet till poliklinisk verksamhet. Det har i sin tur inneburit att mångdubbelt fler patienter nu får behandling utan att samhällets kostnader i motsvarande grad har ökat.

Även om arbetsformer utvecklas också i den offentligt drivna vården finns åtskilliga exempel där nytänkare lämnat den offentligt drivna vården för att som entreprenörer ha frihet att utveckla sina idéer. Om inte sådana entreprenörer får möjlighet att utmana rådande praxis kommer utvecklingen av nya metoder sannolikt att gå i långsammare takt.

Tydlig ägare – tydligare avtal

Privata vårdgivare har i någon form en mer tydlig ägare. Praktiskt innebär det t.ex. att någon eller några i första hand får ta de ekonomiska förlusterna om de uppstår. Entreprenörerna har ofta också bättre system för ekonomisk uppföljning och kostnadskontroll. Formerna för avtal och villkoren för avvikelser bidrar till att de mer noggrant söker att följa gjorda överenskommelser och avtal.

Tydliga ägare med ekonomiskt ansvar kan spela in men också att andra erfarenheter av ekonomistyrning och kontroll förs in i styrelser och ledning.

Samtidigt bör noteras att de privata vårdgivare i flera avseenden ges bättre förutsättningar att klara kostnadskontroll och ekonomisk uppföljning. De har genom avtal ett tydligare specificerat uppdrag och genom fleråriga avtal bättre möjlighet till planering över tid. Den offentliga vården tvingas i högre grad till flexibilitet och anpassning för att möta ändrade vårdbehov eller sparprogram

när landstingets ekonomi kräver åtgärder. Ju större andel av hälso- och sjukvården, eller den kommunala omsorgen, som läggs ut genom sådana avtal, desto större krav på flexibel anpassning kan komma att ställas på verksamheten i egen regi.

För såväl den egna verksamheten som den som upphandlats bör landstingen utveckla sina system för kontroll och uppföljning av verksamheten och i avtalen ta hänsyn till de behov av anpassning som kan uppstå.

Ny kompetens tillförs vården

Modern sjukvård handlar i hög grad om processer och informationsöverföring. Stora delar av vårdens tid och resurser går åt till sådana bokstavligt livsviktiga administrativa processer, men de kan göras rationellare och därmed mindre resurskrävande.

Erfarenheter från andra samhällsområden, inte minst industriell processteknik, kan vara av värde också inom vården. Ett kännetecken för entreprenörer är att de har förmåga att applicera metoder och lösningar i nya sammanhang och det tycks också gälla inom vården.

Genom ägarsamband men också i andra former tycks de privata vårdgivarna ha större möjligheter att föra in kompetens från andra samhällsområden till vårdorganisationen.

2.4 Privata vårdgivare - möjligheter, men även risker

De privata vårdgivarna kan bidra till utvecklingen av vården. Men starka ekonomiska drivkrafter, som stimulerar till effektivisering och nytänkande, riskerar också att sätta grundläggande principer och prioriteringar ur spel om där inte finns ett tydligt regelverk.

I granskningen av systemen för hälso- och sjukvård i Europa beskriver WHO Europa de skattefinansierade och sammanhållna vårdsystemen i Skandinavien och Storbritannien som "under-regulerade" – dvs. allt för svagt reglerade.

Den offentliga driften direkt underställd en demokratisk styrning har ansetts i sig tillräcklig för att säkra prioriteringar och vård på lika villkor. De politiska organen, som i sin tur regelbundet ställs till svars inför medborgarna i val, har inte heller haft intresse att införa regelverk som begränsar handlingsalternativen.

Systemet utvecklades också så att politikerna i första hand kom att uppfattas och se sig själva främst som företrädare för vårdorganisationen, medan rollen som företrädare för medborgarnas och patienternas kom i andra hand. Ett motiv för uppdelning mellan beställare och utförare var att tydligare klargöra att de förtroendevaldas uppgift i första hand är att företräda medborgarna och deras behov och intressen. Beställarsystemen öppnade sedan nya möjligheter för privata vårdgivare inom vård och omsorg.

Vad är det då som motiverar särskild reglering av verksamhet inom hälso- och sjukvården?

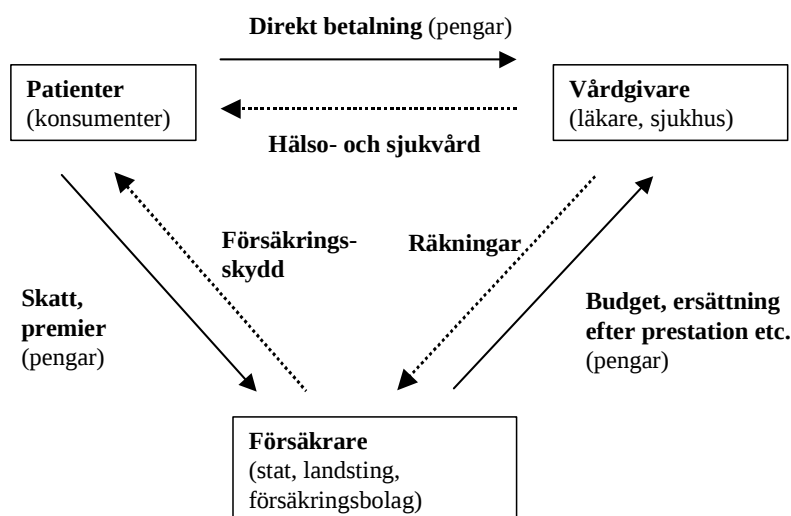
Två möts och en tredje betalar

Den mest avgörande skillnaden mellan hälso- och sjukvård och mer normala marknader är att det förutom patient och vårdgivare finns en tredje part – nämligen den som står för hela eller nästan hela betalningen.

I den ideala marknadsekonomi förutsätts en välinformerad konsument kunna värdera och ta ställning till det marknadspris och den tillgänglighet och kvalitet som säljaren erbjuder. Inom hälso- och sjukvården gäller oberoende av om vården finansieras med skatter eller genom allmänna försäkringar, att patienten vid vårdtillfället inte betalar något alls eller endast en begränsad del av kostnaden.

Marknadens normala bedömning där en köpare avgör om den erbjudna tjänsten är värd priset eller ej gäller inte. Säljaren, vårdgivaren, har inte heller direkta skäl att motsätta sig kostnadskrävande alternativ. När den som skall betala inte finns med när de enskilda besluten tas om vad som skall göras eller ordinerats är det lätt att valet faller på de dyrbara alternativen. Öppna försäkringssystem utan restriktioner tenderar också att bli mycket kostsamma.

Figur 2.2. Ekonomiska relationer inom hälso- och sjukvården



Hur klara kostnadskontrollen?

På något sätt måste betalaren kunna hålla vårdkostnaderna under kontroll. I vanliga försäkringar gäller ofta att den försäkrade måste betala en självrisk och/eller en del av utgiften. Ofta finns också tak för ersättningsbeloppen.

Behovet av kostnadskontroll inom vården leder inte nödvändigtvis till att valfriheten för patienten måste försvinna, men den måste dock begränsas om inte övergripande mål för sjukvården om vård på lika villkor, kostnadskontroll och kostnadseffektivitet skall äventyras. Det blir lättare att förena valmöjligheter med kostnadskontroll om patientens val står mellan alternativ med samma kostnader. Ersättning per listad patient (kapitationsersättning) gör det t.ex. möjligt för patienten att välja läkare eller vårdgivare.

Däremot är det svårt med valfrihet när valet har stora konsekvenser för volymen tjänster och kostnader. Det gäller t.ex. om läkaren ersätts per besök eller undersökning eller om kostnadskillnaderna är stora mellan läkemedel eller undersökningar som väntas ge samma nytta. Särskilda problem uppstår vid introduktionen av nya, ofta dyra, behandlingar där ingen fullständig information finns om deras fördelar. Utan kunskap om en behandlings

kostnadseffektivitet är det svårt att låta kostnadsutvecklingen styras av patientens fria val.

Relationen finansiär och vårdgivare

Bedömning av kostnadseffektivitet och styrningen av kostnadsutveckling måste därför också ske via relationerna mellan producenter/vårdgivare och finansiärer. Det är också dessa relationer som varit i fokus i debatten huruvida ett helintegrerat sjukvårdssystem där finansiärer också är vårdgivare är att föredra framför ett system där ansvaret för finansiering och utförandet av vårdtjänsterna separeras.

När ansvaret skiljs åt ersätts också en hierarkisk relation med en form av marknadsrelation; ett frivilligt byte där vårdgivaren åtar sig en viss uppgift till ett visst pris. Hur kontraktet skall specificeras och vilka ersättningar som skall utgå blir föremål för förhandling och överenskommelser. Det kan innebära en ersättning per vård dag eller per typ av behandling, eller en specifikation av både priser och kvantiteter, som sammantaget blir en ram för totalkostnad. Prisbildningen beror av hur många säljare och köpare som finns på marknaden.

För finansiären av hälso- och sjukvård i Sverige, dvs. landstinget eller kommunen, gäller det här att notera och säkerställa sitt ansvar som huvudman även om relationen till vårdgivarna förändras till en marknadsrelation. Riskerna eller osäkerheten kring relationen och den prisbildning som uppstår påverkas i sin tur av graden av konkurrens. Graden av möjlig konkurrens varierar förstås beroende av typ av vård eller efter förhållande i en ort eller region.

En klok finansiär eller beställare prövar i första hand entreprenadlösningar och marknadsrelationer för delar av vården där behandlingsformerna och kostnaderna är väl kända eller där formerna för behandling är väl specificerade.

Asymmetrisk information

En fungerande marknad förutsätter att både köpare och säljare har tillräcklig information för sina beslut. Inom vården är i regel informationen ojämnt och asymmetriskt fördelad i relationen mellan patienten och läkare eller annan vårdpersonal. Vårdgivaren,

företrädd av t.ex. läkaren, har bättre information än patienten och kan styra besluten om vård. Det är närmast självklart och knappast ett problem. Det är det däremot när den tredje parten, den som betalar, saknar tillräcklig information.

Farorna för att efter hand ha allt mindre kunskap och information om verksamheten jämfört med de vårdgivare man anlitar är ett starkt motiv för vårdens huvudmän, landsting och kommuner, bör behålla verksamheter i egen regi. Det gäller i synnerhet den typ av vård där det är svårt att genom jämförelser eller konkurrerande anbud bedöma kvalitet och huruvida kostnaderna är rimliga.

Delar av vården är mer marknadslik

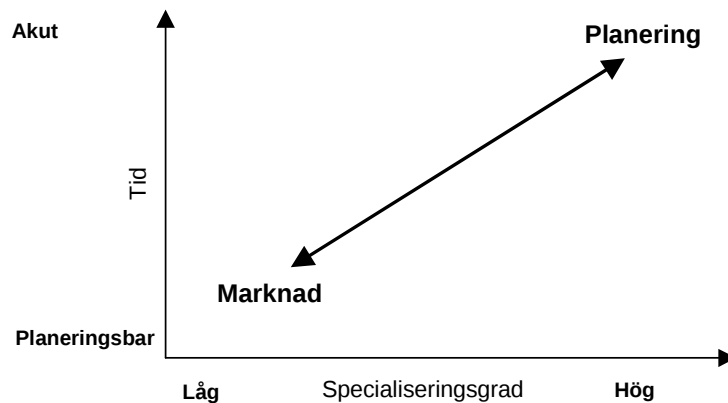
Möjligheterna från betalarens/beställarens sida att behålla kontroll över kostnaderna och att bedöma att skäligheten för olika ersättningar bestäms av beställarens egen kunskap och tillgång till information, men också av hur marknadslik den aktuella beställningssituationen är.

Inom vården förekommer allt från väl etablerade och närmast standardiserade behandlingar till för varje patient helt unika kombinationer av olika vårdinsatser. Förutsättningen för en upphandling är relativt god om den tjänst som skall upphandlas är möjlig att i förväg relativt väl ange såväl till innehåll som volym.

Upphandling av planerad vård görs med andra förutsättningar än de som gäller för den akuta sjukvården, där det som upphandlas mer är en form av beredskap än definierade vårdinsatser.

Nedanstående figur söker att översiktligt illustrera hur förutsättningarna för marknadslika villkor varierar inom hälso- och sjukvården.

Figur 2.3. En schematisk bild som vill ange hur tidsaspekter och specialisering påverkar förutsättningen för marknadslika lösningar



För planerad vård och mer standardiserade behandlingar kan beställaren genom marknadsjämförelser behålla information och kunskap även om en stor andel av dessa vårdtjänster upphandlas. Riskerna för asymmetrisk information och bristande kontroll ökar när vårdtjänsterna är mer komplexa och/eller tidsmässigt mer akuta.

Landsting och kommuner har i regel utvecklat sina upphandlingar efter ett rätt likartat mönster. De har startat med yttre service som tvätt, städ, catering och med medicinsk service som laboratorieverksamhet m.m. Upphandling av vårdtjänster har i första hand avsett upphandlingar av specifika behandlingar inom den planerade vården eller som inom primärvården vård som i huvudsak har kapitationsersättning.

Även internationellt finns liknande mönster. När t.ex. Storbritannien och Norge i olika former upphandlar vård från andra länder har upphandlingarna avgränsats till kända och vanligt förekommande diagnoser för specifika former av planerad vård.

Svårigheterna att nå och upprätthålla rimliga marknadsvillkor är ett motiv för att den mer komplexa vården och utvecklingen av behandlingsformer som avser små patientgrupper i huvudsak bör finnas kvar i offentlig drift.

Tillgänglighet, utbud och kostnad

Jämförelser internationellt visar att länder med i huvudsak skattefinansierad vård i offentlig regi som i Storbritannien och de nordiska länderna har lägre vårdkostnader men längre väntetider.

Länder med obligatoriska försäkringssystem och privata vårdgivare, med eller utan vinstsyfte, har som regel högre vårdkostnader men kortare köer. Tillgängligheten köps till priset av högre kostnader när skilda och sinsemellan oberoende vårdgivare söker patienter till den vård de har att erbjuda. Vårdsystemet blir utbudstyrt och tenderar att ha viss överkapacitet. Tillgänglighet är självklart något positivt bortsett från att kostnaden i form av skatt eller försäkringsavgifter blir högre, men en mer utbudstyrd vård har även andra sidor.

Även här handlar det om att för vården som helhet hitta balansen mellan preventiv, förebyggande hälsovård och utvecklingen av de mest omfattande och kostnadskrävande behandlingarna och ingreppen. Forskningens intresse och professionella ambitioner är redan starka drivkrafter för uppgiften att utveckla den högspecialiserade vården. Drivkrafterna till förmån för den förebyggande hälsovården och folkhälsoinsatserna är betydligt svagare.

Behov av fortsatt balans i vårdsystemets utveckling ger också ett motiv för att den komplexa och högspecialiserade vården i huvudsak bör finnas kvar i offentlig drift.

Allmänna hälsomått som medellivslängd och spädbarnsdödlighet och vårdresultat mätt i överlevnad och rehabilitering för olika diagnoser visar att svensk hälso- och sjukvård vid jämförelse hävdar sig väl trots jämförelsevis låga vårdkostnader.

Endast en beställare – monopsoni

Det finns i mer marknadslika delar av vården också omvända problem. Om det bara finns en offentlig finansiär får denna en stark ställning på marknaden, monopsoni, och kan om det finns många producenter driva ner priserna så att de understiger produktionskostnaderna och hotar vårdens kvalitet. Kommunernas upphandling av äldreomsorg har t.ex. i vissa fall drivits fram till så låga ersättningar att vårdgivarna tvingas dra sig ur överenskommelsen, medan kommunerna har kvar sitt ansvar för omsorgen.

Förhållanden varierar även mellan olika typer av kommuner och företag. Små lokalt knutna företag har sällan möjlighet att söka uppdrag på annat håll om prispressen på "hemmaplan" blir för hård. I ett nationellt sammanhållet system kan köparen eller köparna söka att organisera sig så att det inte uppstår konkurrens dem emellan, men de måste i ökad grad beakta möjligheten att producenterna är internationellt verksamma, vilket kan sätta en gräns för möjligheten att driva ned priset.

För läkemedelsindustrin är den internationella marknaden redan en realitet, och vi kan i framtiden möjligen se något liknande när det gäller sjukhuskedjor, vårdhem och läkemedelsdistribution.

2.5 Vårdens internationalisering

En faktor som talar för att separationen av finansiering och produktion är ett bestående inslag i sjukvårdsorganisationen är den ökande internationaliseringen av sjukvården

Vissa länder kommer troligen också systematiskt att utnyttja möjligheterna att köpa vård i andra länder i stället för att bygga upp egen kapacitet. Specialisering och arbetsfördelning kommer att karaktärisera sjukvården på samma sätt som vi sett rörande industri och annan service. Det är omöjligt att säga hur långt denna process kommer att gå, men ju mer vårdens specialiteter utvecklas för olika patientgrupper desto oftare uppkommer situationer där varje vårdhuvudman inte själv kommer att kunna svara för vårdåtgärderna. För vårdtjänster av denna typ finns små möjligheter för en marknad med flera vårdgivare.

Det omfattande utbyte av vårdinsatser som i dag finns mellan landstingen är ett exempel på utvecklingen. Inget talar för att detta kommer att sluta vid nationsgränserna. Samarbetet inom Öresundsregionen är ett exempel. I ökad utsträckning måste vi se våra universitetssjukhus inte bara i ett nationellt utan också internationellt perspektiv för att utveckla dem som en resurs för internationell samverkan inom såväl sjukvård som utbildning och forskning.

Hur väl Sverige lyckas skapa möjligheter till internationella nätverk och samverkan blir på många sätt avgörande för om Sverige skall kunna hävda sig inom medicinsk forskning och utveckling.

Internationaliseringen kommer också att ta andra former, som mindre handlar om spetskunskap och mer om effektivare vårdpro-

gram och bättre fungerande vårdkedjor och processer i sjukvården. Det knyter an till både medicinsk teknik, kopplingar till IT-kommunikation men också till administrativa system och arbetsorganisation. Öppenhet för nya driftsformer i Sverige kan ge förutsättningar för svenska vårdgivare att inom sådana områden utveckla tjänster även i andra länder.

2.6 Marknad, mångfald och konkurrens

Möjligheterna att etablera marknadslika villkor varierar inom hälso- och sjukvården, men en fungerande marknad förutsätter också ett tillräckligt antal intresserade vårdgivare och former för upphandling, ersättningar och avtal.

Förutsättningarna utvecklas i samspel mellan faktorer som typen av tjänster och dess omfattning och formerna för upphandlingar, ersättning och avtal.

Starka koncentrationstendenser

Bland de enskilda vårdgivarna finns redan tydliga koncentrationstendenser, inte minst inom områden av vård och omsorg där enskilda vårdgivare funnits med under längre tid och där deras andelar av den totala verksamheten blivit jämförelsevis stora.

Utvecklingen inom äldreomsorg, som tidigt öppnades för alternativa driftsformer, ger ett belysande exempel. Andelen av äldreomsorgen som lagts ut på privata entreprenader har successivt ökat, men antalet vårdföretag har efterhand minskat genom sammanslagningar och uppköp. För sjukvården sker en liknande utveckling inom områden som t.ex. ögonkirurgi och röntgendiagnostik.

Mönster för utveckling

Koncentrationen bland de privata vårdgivarna är mer markant ju större andel privata entreprenörer ansvarar för inom ett verksamhetsområde och speglar också antalet avtalsperioder. Ny upphandlingsperiod sammanfaller i många fall med en ytterligare koncentration till de redan etablerade större företagen.

Någon heltäckande och systematisk genomgång av koncentrationstendenserna inom hälso- och sjukvården och den kommunala

omsorgen finns ännu inte, men utvecklingen kan belysas med exempel från två avgränsade områden; äldreomsorgen och ögonkirurgi.

Omsorg om de äldre

Utvecklingen mot en större andel privata entreprenader inom äldreomsorgen inleddes för drygt tio år sedan. Genom Ädelreformen 1992 fick kommunerna ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg av äldre. Bortsett från läkartjänster övertog kommunerna också landstingens ansvar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och i dagverksamhet. Kommunerna fick samtidigt möjlighet att genom avtal med landstinget ta över motsvarande hemsjukvård i ordinärt boende. C:a hälften av kommunerna hade 2002 tagit över detta ansvar.

Antalet vårdplatser vid geriatriska kliniker minskade (från 11 700 år 1990 till 3 600 år 1998) och vårdtiderna kortades. Omställningen ställde höga krav på andra aktörer i vårdkedjan; den kommunala äldreomsorgen, men också primärvården.

Ökningen av andelen enskilda vårdgivare inom äldreomsorgen har en ideologisk bakgrund, men förklaras också av krav gentemot kommunerna om snabb anpassning till nya förhållanden i och med Ädelreformen.

En annan orsak var ökningen av antalet äldre över 80 år. Under 1990-talet ökade antalet äldre över 80 år med drygt 60 000 personer medan antalet i åldersgruppen 65–79 år minskade med drygt 50 000 personer. Fler äldre har alltså funnits i åldrar med större vårdbehov.

Omorienteringen av äldrevården gjordes således i en period där kommunerna hade att möta förändrade och större behov.

Ett fåtal stora vårdföretag

Många privata vårdgivare har etablerats genom att personalgrupper tog över verksamheter. Tio år senare förekommer sådan nystart av företag knappast alls. Vårdföretag av mellanstorlek har i stort sett försvunnit. Kvar finns ett fåtal stora aktörer och något hundratal små som svarar för en eller ibland två entreprenader.

Koncentration går snabbt. År 2001 svarade fem företag för mer än hälften av entreprenaderna inom äldreomsorg. Det finns flera faktorer som bidrar till koncentrationen:

1. Färre företag deltar i anbudsgivning och kommunerna lägger samman upphandlingarna till större objekt för att locka fler av de stora företagen att lämna anbud.
2. De stora företagen växer genom att köpa upp de mindre.
3. De redan stora företagen går samman eller förs samman genom förvärv.

Kommunerna som beställare har enligt entreprenörerna också bidragit till koncentrationen genom större och mer detaljerade krav för upphandlingarna och regler för betalningar som försvårat möjligheterna för små företag med litet eget kapital att lämna anbud.

Ögonkirurgi

En ögonoperation för gråstarr kan i flera avseenden ses som en medicinsk tjänst väl lämpad för upphandling. Diagnosen är tydlig, den önskade insatsen går att tydligt definiera och det är lätt att avläsa behandlingsresultatet.

För ögonkirurgin finns också annat som talar för att där skulle kunna uppstå en väl fungerande marknad. Investeringskostnaderna i utrustning och lokaler är inte avskräckande stora.

Privat ögonkirurgi med mottagning finns nu i de större städerna, men det finns också en ambulerande privat ögonkirurgi där läkar-team går in i landstingsägda sjukhus och utför avtalade operationer.

Störst privat vårdgivare inom ögonkirurgin är Medocular AB som svarar för c:a hälften av den privata vården och därmed ca 10 procent av alla starroperationer i Sverige. Företaget är nu en del av Capio AB.

Färre anbud vid upphandlingar

Även om det finns starka koncentrationstendenser bland de privata vårdentreprenörerna svarar de med få undantag för högst 10 procent av de totala verksamhetsvolymerna i sina respektive delar av vården. Situationen är därför fortfarande långt från att konkurrenslagstiftningens begrepp *marknadsdominans* börjar gälla.

Samtidigt finns aktuella och uppmärksammade fall från bl.a. Stockholm, Norrköping och Linköping där inledda vårdupphandlingar lett till enbart ett eller inget anbud. Exempelen kommer från stora städer, och svårigheterna att få in konkurrerande anbud kan vara ännu större på mindre orter.

Beställaren kommer i beroendeställning

Landstinget eller kommunen ställs inför större beroende och större risker. Utan konkurrens kan de vid nästa upphandling med hänsyn till egna etableringskostnader tvingas att acceptera för höga anbud.

Färre vårdgivare och större vårdavtal gör det också svårare för huvudmännen att säkert kunna garantera den vård man enligt lag är skyldiga att tillhandahålla. Om en dominerande privat vårdgivare misslyckas eller fallerar och ingen annan finns, gäller det att ha de administrativa och personella resurser och annan kompetens som krävs för att åter etablera egen verksamhet. En avgörande fråga blir också vilka möjligheter landstinget eller kommunen har att disponera lokaler.

Inom äldreomsorgen finns nu en tendens att även de stora företagen avbryter sin expansion genom att de avstår från att lägga anbud vid nya upphandlingar. I vissa fall har de dragit sig ur entreprenader.

Vertikal eller horisontell integration

Vården öppnades för nya vårdgivare med betoning på mångfald. Koncentration till färre och större aktörer motverkar självklart denna strävan och också möjligheterna till innovativ utveckling.

Koncentrationstendenser inom vården har samma bakomliggande orsaker som koncentration på andra marknader; önskan om expansion, utnyttjande av stordriftsfördelar, riskspridning och kontroll. Internationellt, och också i Sverige, finns två riktningar för koncentration inom vården.

En typ av koncentration inriktas på specialisering och horisontell integration, där en vårdgivare genom egna etableringar eller förvärv söker att bli en dominerande aktör inom avgränsade specialiteter.

En annan typ av koncentration kan ses som strävan efter vertikal integration och större egen kontroll av vårdkedjorna inom ett om-

råde. Motivet kan vara den goda avsikten att bättre länka samman vårdkedjor, men också att säkra inflöde av patienter till verksamheten.

Såväl horisontell som vertikal integration ställer frågor om hur långt de privata vårdgivarna kan expandera sin verksamhet och sin kontroll över vården utan att inskränka de gemensamma organens möjlighet att säkerställa solidariteten? Men frågan kan också ställas i omvänd form. Om de offentliga organen har svårt att klara eller misslyckas med uppgiften att t.ex. skapa väl fungerande vårdkedjor bör inte då alternativa vårdgivare ha möjlighet att pröva sina idéer?

Det finns också från beställare en strävan att i stället för avgränsade behandlingar söka sig mot upphandlingsformer som avser hela vårdprogram, där en vårdgivare tar ansvar för hela vårdkedjan även om den i sin tur förutsätter mångas medverkan.

Det skulle då också bli lättare att, som i några fall prövats, utveckla ersättningsformer som knyts till uppnått resultat av den samlade vårdinsatsen.

2.7 Former för ersättning

Erfarenheterna visar hur formerna för ersättning styr vården. Om allmänläkare ersätts per patientbesök blir effekten som i t.ex. Frankrike fler läkarbesök. Om sjukhusen som i t.ex. Tyskland ersätts per dygn och vårdplats blir vårdtiderna längre och antalet vårdplatser vid sjukhusen fler. När ersättningen direkt knyts till behandlingar blir de kirurgiska ingreppen som i t.ex. USA mer omfattande och fler.

Prestationsersättning till sjukhus har den svagheten att den premierar vårdkvantitet och inte vårdkvalitet. Modellen driver fram kortare vårdtider genom att varje utskriven patient ger en intäkt och en tom säng för nästa patient, och därmed en ny potentiell intäkt. Kortare vårdtider har det också blivit, vilket är en önskvärd utveckling mot en mer kostnadseffektiv vård. Men faran är att omvårdnadskvaliteten sjunker om vårdtiderna kortas mer än vad som är medicinskt motiverat. Det finns också exempel där vårdgivare delat upp behandlingen i flera enskilda vårdtillfällen eller besök för att få ökade intäkter.²

Exemplen illustrerar hur tänjbara vårdens behandlingsformer är och hur de påverkas av formerna för ersättning. Att hitta rätt

² Engel, Georg: "Akutsjukvårdens ersättningssystem i Stockholm"

former för ersättning är därför minst lika viktigt som att i övrigt ange villkoren för ägar- och driftsformer.

När olika skolor får ersättning för undervisning är formen för ersättning, åtminstone vid ett första övervägande, enkel. Ett års utbildning för en elev kan vare sig göras större eller mindre och det är också till detta som ersättningen till enskilda skolor knyts i form av skolpeng, även om former som t.ex. knyter ersättning till uppnådda studieresultat skulle kunna vara möjliga.

I hälso- och sjukvården provas flera typer av ersättning och kombinationer dem emellan.

Kapitationsersättning innebär att vårdgivaren ersätts för att ge vård till befolkningen i ett geografiskt område eller, som i hus- eller familjeläkärsystem, till de patienter som listat sig hos vårdgivaren. Ersättningarna justeras med hänsyn till ålder och andra faktorer som påverkar vårdbehovet hos befolkningen eller de listade. Ersättningsformen avser att stimulera förebyggande hälsovård, men har svaga incitament för tillgänglighet och annan utveckling av verksamheten eftersom vårdgivarna får samma ersättning oberoende av insatsernas omfattning och kvalitet. Det kan finnas tendenser att i kanske större omfattning än nödvändigt remittera patienter vidare till specialister.

Prestationsersättning knyts till specifika insatser från vårdgivaren. De kan i sin tur vara av skiftande slag; patientbesök, vårddygn eller behandling av en typ av diagnos. Formen premierar, som ovan exemplifierats, just de prestationer som ersätts. Läkare som ersätts per besök är mer tillgängliga, men besöken riskerar också att bli många och korta i stället för en utförligare konsultation som mer varaktigt kommer till rätta med en patients problem. Prestationsersättning i sjukhusvården har inneburit ökat antal behandlingar och kortare vårdtider men det finns exempel på att vårdtiderna dragits ner så att patienter återkommit för ny behandling och ny ersättning. Systemet anses också kunna leda till att indikationerna vidgas dvs. den vård som registreras eller genomförs kan vara mer omfattande än det medicinskt nödvändiga. Ett annat problem kan uppstå genom selektion och urval av patienter.

För att klara kostnadskontrollen har beställarna efter hand också tvingats ange någon form av tak för antalet prestationer. När olika vårdgivare redovisar att de har överkapacitet i sin verksamhet beror det i regel mer av att man nått taket för avtalade ersättningar än på att man redan tillgodosett vårdbehoven hos den befolkning man betjänar.

Ersättning efter uppnådd hälsa. En traditionell kinesisk modell för att ersätta läkaren sägs ha varit att byns friska gav läkaren en bestämd ranson ris. Ju fler som var sjuka desto färre lämnade sin risranson till läkaren. En uppmärksammod modell för ersättning utvecklas i Region Skåne med innebörd att sjukhusen för i första hand strokepatienter får ersättning som baseras på dels andelen överlevande och dels graden av uppnådd rehabilitering efter sjukdomen.

Rambudget eller anslagsfinansiering har varit den traditionella formen för att ersätta hälso- och sjukvård. Olika vårdenheter tilldelas en fast ekonomisk ram för sin verksamhet. Där finns inga tydliga ekonomiska incitament i någon riktning och drivkrafter för kvalitets- och effektivitetsutveckling måste ha annan grund.

Alla former för ersättning inom hälso- och sjukvården har för- och nackdelar. De ekonomiska incitament som uppstår samverkar därtill med andra drivkrafter, vars styrka också varierar mellan olika typer av vårdtjänster. Inom hälso- och sjukvården provas därför också kombinationer där olika typer av ersättningar vägs samman.

Frågan är också hur ersättningssystemen utvecklas. Om vården upphandlas i konkurrens blir det beställaren som utvecklar former för ersättning. I system med mer av enhetligt avtalade ersättningar, och konkurrens främst genom patienternas val, är formerna mer öppna för förhandling. Det blir då, som gäller t.ex. ersättningen till husläkarna i Danmark, mer av ett gemensamt ansvar att ersättningssystemet styr vården mot angivna mål.

Ersättningsform och blandad finansiering

En kontroversiell fråga inom hälso- och sjukvården är vilka regler som skall gälla för patienter som betalar för vård med egna pengar eller via en privat sjukvårdsförsäkring. Huvudskälet för privat finansierad vård är behov och önskan om minsta möjliga väntetider för diagnos och behandling. Invändningarna är också att den privata finansieringen bryter prioritetsordningar. Pengar skall inte kunna ge företräde i förhållande till andra med större vårdbehov.

Möjligheter till privat vård vid sidan av den offentliga har alltid funnits. När vård i likhet med många andra tjänster blir en del av internationaliseringen är det vare sig möjligt eller önskvärt att stoppa möjligheterna att erbjuda vård som finansieras privat. Förutsättningarna att få motsvarande vård i andra länder ökar.

Det ökade inslaget av privata, enskilda vårdgivare förändrar förutsättningarna för den privat finansierade vården. Den offentligt drivna vården har inte, med mycket få undantag, rätt att ta emot privatbetalande patienter. Den möjligheten har däremot sedan lång tid funnits hos sjukhus som Sophiahemmet i Stockholm och Carlanderska sjukhuset i Göteborg samt hos ett antal privata specialister och kliniker. Samma regler gäller nu också när uppgiften att driva vårdverksamheter som byggts upp av landsting eller kommuner genom avtal läggs ut på entreprenad. Det möjliga vårdutbudet för privatpatienter ökar liksom risken för att det svenska vårdsystemet utvecklas mot en tudelning.

Det finns en tydlig och lätt förståelig reaktion mot en sådan utveckling. Medborgarna har gemensamt byggt upp de olika vårdinstitutionerna. De är del av samhällets gemensamma service till vilka alla skall ha samma tillgång baserat efter behov och inte betalningsförmåga. Att driften överläts till en privat entreprenör bör inte vara skäl för att villkor och prioriteringar i vårdarbetet ändras.

Möjligheten att erbjuda privatfinansierad vård bör även i den nya situationen begränsas till de privata vårdgivare som själva etablerat sin verksamhet. För en sådan åtskillnad talar också behovet att ge dessa vårdgivare rimliga konkurrensvillkor i relation till entreprenörerna som driver verksamhet som landstingen etablerat. Begränsningen för de entreprenörerna bidrar dessutom till mer jämbördiga villkor vid nästföljande upphandling. Anbudsgivarna har ett mer likartat utgångsläge om inte den tidigare entreprenören i verksamheten har kunnat föra in egna patientgrupper och uppgifter genom avtal som entreprenören själv förfogar över.

Ersättningsformerna bör också vägas in i diskussionen om blandad finansiering. Belysande exempel kan ges från primärvården. När landstinget ersätter en familjeläkare eller en vårdcentral med s.k. kapitationsersättning eller ersätter efter antalet listade patienter och läkaren eller vårdcentralen samtidigt kan ta emot privatbetalande patienter blir de ekonomiska incitamenten för vårdgivarna mycket olika. Besöket från den offentligt finansierade patienten ger ingen eller en mycket begränsad intäkt, medan privatpatientens hela ersättning knyts till själva besöket.

I Västmanlands läns landsting med stor andel privat primärvård genom familjeläkare finns i avtalen också ett förbud mot vård med annan finansiering.

Inom primärvården och andra vårdverksamheter där ersättningen baseras på kapitation, rambudget, annan form av fast anslag eller

ersättning för bemanning och beredskap blir marginaleffekterna stora om patienter tillåts vars vård ersätts ”styckevis”.

Omvänt är risken att ekonomiska motiv väger över i förhållande till vårdbehov och prioriteringar mindre om såväl den offentligt som privat finansierade vården ersätts på mer likartat sätt.

3 Sammanfattning av yttranden över idébetänkande och utredningens bedömning

Idébetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002:31) lämnades i maj 2001 av utredningen ut i informellt remissförfarande. Avsikten har varit att stimulera en bredare debatt och att inför arbetet med utredningens slutliga förslag få synpunkter och därmed en klarare bild av olika intressenters syn på utredningens frågor.

Yttranden har lämnats av intresseorganisationer, landsting, kommuner, myndigheter och vårdgivare. En sammanställning och redovisning av lämnade yttranden finns på utredningens hemsida www.sou.gov.se/akutsjukhus. I bilaga 2 till detta betänkande finns en förteckning över de 75 organisationer som lämnat yttrande.

Här presenteras i sammanfattning utfallet för de frågeställningar från idébetänkandet som särskilt lyftes fram i remissarbetet. För varje frågeområde redovisar utredningen sin bedömning och tolkning av remissopinionen. Uppdelningen av de lämnade svaren i positiva, negativa etc. innebär oundvikligt en förenkling och schematisering. Beräkningarna skall inte ses som mer än en redovisning av tendenser i de yttranden som lämnats.

Andra förslag och frågeställningar som tagits upp i flera yttranden redovisas separat i bilaga 2. Där behandlas bl.a. frågor om konkurrens, upphandling, beställarkompetens, forskning och begreppen vinst och vinstsyfte.

3.1 De etiska utgångspunkterna

Hälso- och sjukvården i Sverige skall vara solidariskt finansierad, tillgänglig för alla och fördelad efter behov. Oberoende av drifts- och ägarformer skall samma etik ligga till grund för prioriteringar och andra medicinsk-etiska avvägningar inom hela vården.

De etiska utgångspunkter som lagts till grund för hälso- och sjukvårdens prioriteringar och för medicinsk-etiska ställningstaganden bör också vägleda beslut om organisation, drifts- och

ägarformer. Utredningen tar för sina överväganden stöd från en tydlig etisk plattform.

- Solidaritetsprincipen – prioritering efter behov. Samhällets samlade sociala värden skall mest gynna de minst gynnade. Rättvisa är ledordet och tar sikte på generella system, gemensamt finansierade och administrerade för alla. I de kollektivt uppbyggda systemen måste det finnas en ständig medvetenhet om att de enskildas valmöjligheter inte får undergrävas och att deras initiativkraft inte får förtryckas.
- Subsidiaritetsprincipen – utrymme för enskilda initiativ. Den överordnade gemenskapen – det allmänna – skall samtidigt ge utrymme för enskildas initiativ genom ramar och villkor inom vilka de enskilda människornas och de mindre gruppernas autonomi kan utvecklas. Det som kan presteras av individen, familjen eller gruppen skall de själva ha möjlighet att ta ansvar för. Men det får inte utvecklas till en gruppegoism så att solidariteten hotas.

Människovärdesprincipen skall gälla. Varje människa har som person samma värde, förtjänar respekt och får vård – helt oberoende av hennes förmåga som aktör. Det är också kärnan i den människosyn som kommer till uttryck i hälso- och sjukvårdslagen.

3.1.1 Frågeställning i remissarbetet

Delar ni utredningens syn på de etiska utgångspunkterna?

Resultat: I 57 av yttranden uttrycks en positiv syn på de etiska grundprinciperna. 18 tar inte direkt ställning till frågan.

Positiva

Bräcke diakonigård och Uppsala läns landsting uttrycker oro för att ekonomiska eller finansiella aspekter riskerar att tränga undan de etiska principerna. Bräcke diakonigård anser det därför viktigt att de etiska principerna även ska styra utvärderingar av verksamheter. Ersta Sköndal Högskola efterlyser en analys av vad som händer när olika normsystem, etiska respektive ekonomiska, möts.

Ersta diakonisällskap, Stockholms sjukhem, Svenska Barnmorskeförbundet och Stiftelsen Danviks Hospital påpekar vikten av att

beställaren, dvs. huvudmännen, ska utarbeta tydligare krav på etiska kriterier, uppföljning m.m.

Socialstyrelsen delar utredningens syn på de etiska utgångspunkterna men menar att det kan vara svårt att avgöra vad den etiska plattformen i sak innebär. I en konkurrenssituation finns exempelvis risken att bara de medicinska behoven får styra och att andra aspekter, t.ex. minoriteters behov av vård anpassad efter kulturella och språkliga särdrag, hamnar i skymundan. Dessa rättigheter bör ingå som en del av den etiska plattformen.

Hela Människan påpekar att ”den som är minst gynnad ska gynnas mest” inte får innebära att någon som av social-ekonomiska skäl är mindre gynnad ska ha företräde framför den som har ordnad ekonomi och lever under goda sociala förhållanden. Vårdbehovet ska vara det primära.

Handikappförbunden betonar vikten av att solidaritetsprincipen är överordnad subsidiaritetsprincipen. Handikappförbundens uppfattning är att pågående marknadsanpassning kan leda till att vi fjärrar oss från hälso- och sjukvårdslagens mål om vård på lika villkor. Efterfrågan finns på privat finansierade alternativ inom vården, liksom villiga producenter. Resursstarka personer kan aktivt välja och det finns starka incitament för den som driver en verksamhet på lönsamhetsgrunder att göra urval. Det skapar en dynamik som undergräver lika villkor och förstärker segregation.

Socialdemokratiska regionstyrelsegruppen Västra Götalandsregionen poängterar att rättvisa och jämlikhet inte får äventyras av marknadens snäva vinstintressen.

Positiva, men med ifrågasättanden

Stockholms läns landsting, Kristdemokraterna Västra Götaland, Konkurrensverket, Kurort Rehabcenter Mösseberg, Medicoop och Folkpartiet i Västmanlands läns landsting (reservation) uttrycker en positiv syn på de etiska utgångspunkterna men delar däremot inte utredningens syn på att dessa är betydelsefulla för drifts- och ägarformer. Konkurrensverket exempelvis, menar att de delar utredningens uppfattning att inslag av privata vårdgivare i den offentligt finansierade vården inte får leda till att gemensamt beslutade prioriteringar ändras. De etiska utgångspunkterna för lagstiftning och prioriteringar ger emellertid knappast någon vägledning när det gäller beslut som berör vårdens organisations- och ägarformer.

Välfärdsföretagen, Praktikertjänst, Capio, Landstinget Halland och Svenskt Näringsliv anser att utredningen visar obefogad oro i denna fråga eftersom privata vårdgivare är minst lika, och kanske mer, benägna att följa de riktlinjer och prioriteringar som ställts upp. Vidare påpekar Praktikertjänst att det stora etiska problemet snarare är att låsa sig i monopol.

Umeå kommun understryker att de etiska frågorna är avgörande och poängterar det allmännas ansvar för vården. Ur ett rättviseper-

spektiv bör dock andra aktörer beredas möjligheten att bedriva vård- och omsorg.

Ersta diakonisällskap och Stockholms sjukhem anser inte att privata uppdrag, med eventuell annan finansiering, är i konflikt med de etiska grundprinciperna, så länge de offentliga uppdragen utförs.

Övriga kommentarer

LO betonar att solidaritetsprincipen är överordnad subsidiaritetsprincipen och att dessa inte bör hamna i motsatsställning. Inte heller rättvisa och frihet bör stå i motsats till varandra då rättvisa ofta kan vara grunden till frihet. Om den offentligfinansierade och reglerade vården inte skulle finnas skulle detta leda till mindre frihet för många som i stället skulle bli beroende av t.ex. sin arbetsgivare för sjukvård. LO anser att den offentligfinansierade vården ökar friheten för det stora flertalet.

Röda Korset anser att FN:s Allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna bör genomsyra all politik och alla ställningstaganden inom alla samhällsområden.

Ersta Sköndal Högskola påpekar att subsidiaritetsprincipen inte är nödvändig om John Rawls teorier används. Även Moderaterna, Kristdemokraterna och Folkpartiet i Stockholms läns landsting (reservation) kritiserar utredningens användning av Rawls. Enligt dem är kopplingen mellan den medicinska etiken och teorier om samhällskontrakt svår att hitta, eftersom den medicinska etiken snarare har sina rötter i naturrätten. Vidare använder Rawls inte friheten som motsats till rättvisa, utan friheten är överordnad allt annat. Att utöka regleringar står i motsats till andan i Rawls teorier. Enligt Moderaterna, Kristdemokraterna och Folkpartiet i Stockholms läns landsting präglas utredningens resonemang i stället av gammaldags socialism.

3.1.2 Utredningens kommentarer i fråga om de etiska utgångspunkter

Av remissvaren kan utläsas att det finns en stor enighet kring Hälso- och sjukvårdslagens grundläggande etiska principer.

I flera yttranden påpekas att de etiska principernas är av så allmän karaktär att det inte medför några direkta praktiska konsekvenser. Utredningen menar att de grundläggande etiska utgångspunkter, grundvillkor och regler som skall styra vården blir än viktigare i ett vårdsystem med ökad mångfald av vårdgivare där en ambition är att med mer av ekonomiska drivkrafter och konkurrens främja effektivitet.

Några yttranden uttrycker oro för att ekonomiska eller finansiella aspekter kan komma att tränga undan de etiska principerna. Ett

yttrande efterlyser en analys av vad som händer när olika normsystem, etiska respektive ekonomiska, möts.

Utredningens syn på subsidiaritet och solidaritet har i några fall missförstått. Begreppen står inte mot varandra men balanserar varandras inneboende risker. Solidaritet med rättvisan som överordnad norm kan om den drivs för långt inskränka individens eller gruppens frihet och ansvar. Subsidiaritet som vill utveckla grupper och individers ansvar och frihet kan utvecklas till egoism, eller gruppegoism, som sätter rättvisan ur spel.

Vi ser därför att dessa två principer balanserar varandras negativa tendenser. Då rättvisan riskerar minska utrymmet för den enskilde ropar friheten. Då friheten blir den starkes norm ropar solidariteten.

3.2 Mångfald och behov av reglering

Den kommunala självstyrelsen och möjligheten att efter skiftande förutsättningar välja organisationsformer och struktur har ett stort värde. Ökad kunskap om behandlingsformer och högre grad av patientmedverkan i vården, etnisk och kulturell mångfald, patienters men även anställda önskan om valfrihet, allt detta talar för värdet av en ökad mångfald av vårdgivare. Utvecklingen i Sverige går också i den riktningen

Internationella jämförelser visar att länder med en mångfald av vårdgivare också har mer av sammanhållande central reglering för att i mångfalden säkerställa prioriteringar och mål och starkare nationella system för uppföljning och kontroll. Utredningen anser att en utveckling mot fler aktörer och starkare ekonomiska drivkrafter inom vården innebär så stora förändringar att det även i Sverige krävs tydligare regleringar och en mer systematisk uppföljning av vårdverksamhet för att säkra vård på lika villkor.

3.2.1 Frågeställning

Hur ser ni på sambandet mellan mångfald och behovet av reglering?

Resultat: 38 av avgivna yttranden uttrycker en positiv inställning till utredningens bedömning att mångfald kräver ett ökat inslag av reglering. 13 anger en negativ inställning till utredningens resone-

mang. 24 tar inte direkt ställning, men några väljer att kommentera allmänt. Flera yttranden tar upp frågor om innebörden i begreppet mångfald. Några betonar värdet av mångfald i relation till personalfrågor och rekrytering av vårdpersonal.

Positiva

Vårdförbundet, som ställer sig positiva till utredningens resonemang, påpekar dock att regleringen inte ska vara utformad som den s.k. stopplagen utan mer generellt föreskriva att vissa garantier uppfylls. Denna åsikt delas av Svenskt Näringsliv. Enligt Vårdförbundet bör en sådan reglering innefatta bestämmelser om t.ex. samordning, insyn och uppföljning. Socialstyrelsen och Sveriges Läkarförbund instämmer. Handikappförbunden, Hela människan, Röda Korsets sjukhus och Medicoop, kräver även de ökad tillsyn, kvalitetskontroller m.m.

Vårdförbundet anser vidare att meddelarskyddet och yttrandefriheten i den offentliga vården, oavsett driftsform, bör säkerställas. Det är viktigt att landsting och kommuner har fortsatt frihet att göra val som passar just deras förutsättningar. Handikappförbundet delar åsikten att det ligger ett värde i den kommunala självstyrelsen, men betonar att avkall på de nationella målen för vård på lika villkor inte får ske. Region Skåne och Moderaterna i Västmanlands läns landsting (reservation) instämmer i att vård på lika villkor inte får kompromissas bort även om mångfald är positivt.

Handikappförbunden, Spenshult och Röda Korsets Sjukhus påpekar att vården inte är densamma i alla delar av landet, något som en ökad reglering bör korrigera.

En reglering bör också ske för blandad finansiering inom sjukvården. Detta är reglerat hos offentliga vårdgivare, men inte hos de privata. Detta menar Röda Korset, Socialdemokratiska regionstyrelsegruppen Västra Götaland, Kommun- och landstingsförbunden, Örebro läns landsting, Vänsterpartiet, Svenska Barnmorskeförbundet, och Vänsterpartiet i Landstinget Blekinge (reservation).

Socialstyrelsen, Nutek och Sveriges läkarförbund understryker att beställarkompetensen är viktig i detta sammanhang. Nutek framhåller också vikten av ett tydligt regelverk och att alla företag, oavsett storlek, ska kunna driva sin verksamhet på lika villkor.

Uppsala läns landsting instämmer i utredningens slutsats men vill varna för att utökad reglering inte får leda till att mångfald hindras. Medicoop påpekar risk för tungroddhet om den centrala styrningen blir alltför stark.

Östersunds kommun vill att det ska göras lättare att tillåta avknoppning, eftersom det inte alltid finns grundläggande möjligheter till konkurrens.

Moderaterna i landstinget Dalarna anser att regleringar är nödvändiga, men vill poängtera att mångfald och konkurrens är starka drivkrafter för förbättring.

Negativa

Bräcke diakonigård och Ersta diakonisällskap menar att ett annorlunda regelverk, snarare än ett utökat regelverk, är ett bättre alternativ. Ersta diakonisällskap menar också att mycket av den oro, t.ex. för att privata vårdgivare endast skulle ta emot "lätta" patienter, inte behöver regleras bort utan kan skötas i ett avtal av en kompetent beställare. Denna åsikt delar även Kurort Rehabcenter Mösseberg. Landstinget Halland påpekar också vikten av beställarkompetens.

Välfärdsföretagen ser inte mångfald som ett skäl till ökad reglering eftersom 90 % av de anställda inom vården fortfarande arbetar för det offentliga. Välfärdsföretagen anser inte att det går att jämföra Sverige med andra länder eftersom helt andra förutsättningar föreligger.

Värmlandsskooperativen och Praktikertjänst menar att en ökad frihet till lokala lösningar är bättre än ökade regleringar. Landstinget Östergötland anser att olikheterna i landet är så stora att de inte kan regleras bort.

Capio hävdar att den lagstiftning som redan finns är tillräcklig och föreslår i stället att ett branschråd som systematiserar samarbetet mellan beställare och producenter ska skapas. En annan åtgärd är att stärka tillsynen även av landstingens vård, som enligt Capio ofta är otillfredsställande. Capio föreslår också ett system för en obligatorisk certifiering som ska omfatta både privata och offentliga vårdgivare.

Övriga kommentarer

Allmänt om mångfald

Enligt Landstinget Gävleborg är begreppen privatisering och ökad mångfald centrala inom hälso- och sjukvårdsområdet. Mångfald ses som eftersträvarsvärt. Det behövs en grundligare diskussion om vad mångfald innebär. Är det enbart mångfald av producenter eller även vårdens innehåll t.ex. alternativa miljöer? Det finns ett stort utrymme för mångfald inom och mellan sjukvårdshuvudmännen och eftersom dessa har stor frihet att besluta om organisation, utförande etc.

Värmlandsskooperativen anser att man måste bestämma sig för om mångfald inom vård och omsorg är önskvärt eller inte. Man bör även ta ställning, politiskt, inom vilka sfärer, offentlig, privat och social ekonomi, man vill få mångfald inom.

Stockholms Sjukhem saknar en diskussion om varför mångfald skulle vara av intresse för patienterna. Man inriktar sig enbart på ägarformen utan att gå in på t.ex. vårdfilosofi och dess betydelse för vården och patientomhändertagandet. Betyder olika ägarformer automatiskt olika vårdfilosofi?

Kooperativ Utveckling menar att begreppet mångfald inom den offentliga sektorn tenderar att allt oftare bli likställt med olika organisations- och ägarformer. Detta är ett för snävt betraktningssätt. Även om det delvis handlar om ägandet, så är det snarare en mångfald av innehåll och arbetssätt som är av intresse för brukaren. För att få reell

mångfald krävs det att kommuner och landsting utvecklar tydliga planer utifrån lokala behov och förutsättningar.

Moderaterna, Folkpartiet och Kristdemokraterna i Örebro läns landsting (reservation) har som grunduppfattning att svensk sjukvård behöver mer av mångfald, i synnerhet inom primärvården men också när det gäller sjukhusvården. Mångfald ger patienter och personal valmöjligheter. Mångfald ger förutsättningar för konkurrens och skapar därmed förutsättningar för kvalitetsutveckling och kostnads-sänkningar.

Medicoop anser att bristen på incitament för samordning i vården är en bakomliggande orsak till att även mångfalden inom vården brister. Detta måste lösas. Vidare bör det påpekas att en mångfald av vård-givare inte nödvändigtvis förutsätter konkurrensutsättning, vilket utredningen också klargör.

Konkurrensverket menar att effekterna av en utökad reglering av mångfalden måste utredas och analyseras. Beställarnätverket instämmer, men menar att analysen bör innefatta nuvarande lagstiftning också.

Kooperativ utveckling ifrågasätter hur begreppet mångfald används inom den offentliga sektorn. Mångfald innebär inte endast olika organisations- och ägarformer, utan snarare ”innehåll och arbetssätt”.

Kristdemokraterna Västra Götaland samt Kristdemokraterna i Västmanlands läns landsting (reservation) efterlyser att utredningen analyserar konsekvenser och effekter av nuvarande reglering samt framtida reglering med hänsyn till blandad finansiering. Att införa ytterligare begränsningar utöver de regleringar som finns när det gäller finansiering, krav på vårdkvalitet, informationssymmetri och skydd för vårdtagaren, är något som Konkurrensverket anser bör föregås av en särskilt utredning. I allmänhet anser Konkurrensverket att mångfald är någonting positivt. Även Beställarnätverket delar uppfattningen att det krävs fördjupning och analys av hur nuvarande lagstiftning och reglering fungerar och hur den bör utvecklas för att möta förändringar av ägarformer.

Mångfald och personal

Sveriges Läkarförbund kritiserar utredningen för att denna inte diskuterar hur olika ägarformer tillvaratar och utvecklar sjukvårdens personal. Arbete inom enheter drivna av landstinget medför mindre inflytande och tillfredsställelse än inom enheter drivna av privata vård-givare, särskilt i mindre personaldrivna alternativ. Risker är dock uppenbara, att stora privata vårdproducenter drabbas av samma svårigheter som den landstingsdrivna vården. För att motverka detta behöver sjukvården en mångfald av producenter.

Det finns, enligt Vårdförbundet, ett flertal fördelar med mångfald. En av fördelarna rör de yrkesgrupper som Vårdförbundet organiserar, exempelvis sjuksköterskor, barnmorskor och biomedicinska analytiker. Den ökade mångfalden innebär fler arbetsgivare. Det gör det även

möjligt för personalen att själva ta över verksamheten och starta eget. Villkoren för de anställda påverkas därmed på ett flertal sätt – bättre löneutveckling, utveckling av professionen och tydligare ledarskap på arbetsplatsen. Vårdyrkets attraktionskraft har ökat. Undersökningar visar att personalen trivs bättre i entreprenadföretag än i den offentliga sektorn eftersom det där finns tydliga mål, korta beslutsvägar och större eget inflytande. Samtidigt är inte anställningstryggheten lika stor.

Praktikertjänst för ett liknande resonemang och anser att det i det offentliga monopolet har uppstått den medarbetarbrist som finns i dag. Endast i verklig mångfald kan det uppstå en verklig arbetsmarknad med valmöjligheter och vad det innebär när det gäller löneutveckling, inflytande etc.

SBU menar att ett av de största problemen som hälso- och sjukvården står inför är hur den ska rekrytera personal. Den offentliga vården tycks ha tagit alltför liten hänsyn till arbetsmiljö och de anställdas krav på att kunna påverka sin arbetssituation. Lönesättningen är också en viktig faktor. Sammantaget har detta lett till att privata bemanningsföretag har fått ett alltför stort inflytande över personalrekryteringen. Undersökningar visar att personalen i den samhällsstyrda vården upplever sin situation som mer frustrerande än i de privata initiativ som hittills förekommit. Capio för ett liknande resonemang.

Svenskt Näringsliv kritiserar utredningen för att inte ha tagit upp personalförsörjningsbehovet i förhållande till betydelsen av konkurrens inom vården. Personalförsörjningen kommer att vara ett stort problem inom några år. Finns valmöjligheter kommer arbetsgivarna också att ha incitament till att locka personalen till sig genom att tillhandahålla god arbetsmiljö, lokalt inflytande etc. Även Svenskt Näringsliv tar upp undersökningar som visar att personalen av olika skäl trivs bättre hos privata vårdföretag.

Vårdföretagarna för ett liknande resonemang.

Övriga kommentarer

Svensk Sjuksköterskeförening vill understryka Lex Marias meddelarfrihet för vårdpersonal att påtala missförhållanden som en förutsättning för kvalitetssäkring. Även personal i privat verksamhet måste garanteras meddelarfrihet vilket kräver en lagändring. Även Kommunalarbetsförbundet påpekar detta.

3.2.2 Utredningens kommentarer i fråga om mångfald och behovet av reglering

Flertalet yttranden delar utredningens bedömning att en ökad mångfald kräver en tydligare central reglering. Möjligen har ”stopplagen” setts som norm för en sådan reglering, vilket i sin tur

präglat perspektiven inte minst hos kommersiella vårdgivare och deras intressegrupper.

Det landsting, som har störst erfarenhet av konkurrens- eller mångfaldslösningar, bidrar i sitt yttrande mer med polemik än med reflektion från den egna verksamheten kring behoven av sammanhållande villkor och spelregler och de utmaningar som en ny situation innebär.

Utredningen anser att en större mångfald av vårdgivare ställer krav på mer samordnade regelverk.

Beställarkompetens och bra system för ersättning, kontroll och uppföljning av verksamheten är viktiga faktorer för en väl fungerande vårdverksamhet oavsett vilka vårdgivarna är. Behovet blir tydligare när såväl landsting eller kommuner som kommersiella företag och organisationer utan vinstsyfte finns som vårdgivare. Ett känt och tydligt regelverk som skyddar de grundläggande målen gynnar de olika aktörerna och ökar möjligheterna till större mångfald inom hälso- och sjukvården. Det gäller t.ex. när befolkningen i ett landsting uttrycker tveksamhet mot privata entreprenörer och alternativa driftsformer.

I sammanhanget måste också landstingens och kommunernas beslutsrätt vägas in. Varje statlig reglering innebär en begränsning av det kommunala självstyret. I varje enskilt fall måste den kommunala självstyrelsen vägas mot motivet för en statlig reglering och behovet att säkra en rimlig likabehandling av medborgare i alla delar av landet. I takt med ett mer utvecklat fritt vårdval och en nationell vårdgaranti blir det än viktigare att vårdens grundläggande och generella principer gäller lika för alla i hela landet.

I flera yttranden lyfts personalens situation samt personalrekrytering fram som argument för en ökad mångfald. Viktiga aspekter i fråga om vårdens ägar- och driftsformer är personalens positiva värdering av en vidgad arbetsmarknad och tydligare ledarskap och större delaktighet i de alternativa driftsformerna.

3.3 Behov av verksamhet i egen regi

Ansvar för hälso- och sjukvården delas mellan staten, landsting och kommuner. Statens ansvar utövas när riksdagen formulerar mål och stiftar lagar för verksamheten. Landstingen och kommunerna ansvarar som huvudmän för att tillgodose medborgarnas behov av hälso- och sjukvården och annan omsorg. Ansvar som huvudman

kvarstår även om uppgiften att utföra verksamheten lämnas till någon annan.

Landstingen och kommunerna, i egenskap av huvudmän, ansvarar för att entreprenören fullföljer sitt åtagande i enlighet med det avtal som träffats. Skulle denne misslyckas eller gå i konkurs är det huvudmännen som ansvarar för att en adekvat vård ändå finns att tillgå.

Baserat på detta menar utredningen att huvudmännen alltid bör behålla en viss del av verksamheten i egen regi.

3.3.1 Frågeställning

Hur ser ni på detta: ska landsting och kommuner alltid ha en andel av verksamheten i egen regi?

Resultat: 35 av yttrandena instämde i utredningens slutsats att landsting och kommuner alltid ska ha en andel av verksamheten i egen regi. Tolv yttranden delade inte utredningens slutsats. Några av dessa var främst emot en lagstiftning i frågan. I 28 fall tog man inte ställning till frågan.

Positiva

Praktikertjänst påpekar att privat drift inte är något självändamål. Så länge den offentliga verksamheten är välskött och verkar under konkurrens så bidrar även denna till en positiv mångfald. Praktikertjänst och Välfärdsföretagen menar också att det är viktigt att huvudmännen behåller verksamhet eller del av verksamhet i de fall där andra alternativ inte finns. Beställarkompetensen är ytterligare en orsak, menar Välfärdsföretagen. De högspecialiserade delarna inom universitetssjukhusen bör, enligt Praktikertjänst däremot överföras till staten.

Konkurrensverket menar att huvudmännen bör bedriva verksamhet i egen regi av flera skäl, bl.a. för att få den kunskap som krävs för att upprätthålla en effektiv beställarfunktion. Samma tankegångar återfinns hos Stiftelsen Danviks Hospital.

Handikappförbunden anser att vissa gränser måste dras för hur långt privata vårdgivare ska tillåtas expandera, exempelvis genom någon form av etableringskontroll.

Svenska Barnmorskeförbundet och Hela människan pekar också på vikten av egen verksamhet för att förhindra situationer där huvudmännen är beroende av en enda producent. Risken finns då att huvudmännen inte har några reella val och då tvingas acceptera dåliga anbud.

Umeå kommun betonar vikten av att huvudmannen har formulerat tydliga mål för den samlade vården och tar ansvar för att hålla samman

vårdkedjan. Kvaliteten måste upprätthållas både i den egna verksamheten och i andras.

Negativa till lagstiftning

Örebro läns landsting instämmer i utredningens slutsats och anser det helt avgörande i syfte att t.ex. bevara kompetens. När det gäller den öppna vården och specialistvården utanför akutsjukhusen ses ingen anledning att lagstifta om krav på egen regi då det inte nödvändigtvis är ett stort steg att återuppbygga den offentliga öppna vården om den av en eller annan anledning lagts ned. Emellertid påpekas det att den slutna vården har helt andra förutsättningar och inte kan bedömas under samma kriterier som den öppna vården. Sveriges läkarförbund anser också att det inom vissa delar av vården, exempelvis inom områdena rättspsykiatri och smittskydd, bör finnas verksamhet i offentlig regi, men tycker i övrigt inte att det principiellt är nödvändig annat än för mångfaldens skull.

Stockholms läns landsting menar att det är en förutsättning att kommuner och landsting ska kunna återta verksamheten om någon entreprenadverksamhet över huvud taget ska förekomma, och ser därför inga skäl till att detta ska regleras i lag. Svenskt Näringsliv menar visserligen att det är lämpligt med en blandning av privata och offentliga vårdgivare inom ett landsting, men anser att det är svårt att på förhand veta inom vilka områden den offentliga regin skall bibehållas. Därför anser även Svenskt Näringsliv att regleringar genom låsta procentsatser eller genom lagändringar inte är nödvändiga.

Kommun och landstingsförbunden anser att det i första hand är i varje kommun/landsting/region som avvägningen mellan olika driftformer måste ske. Någon nationell reglering av vilken andel av de olika verksamhetsområdena som bör bedrivas i egen regi skulle inte vara ändamålsenlig.

Negativa, övrigt

Region Skåne, Kristdemokraterna Västra Götaland, Moderaterna och Folkpartiet i Västmanlands läns landsting (reservation), Moderaterna i Landstinget Dalarna (reservation) och Röda Korsets sjukhus, anser det inte, i princip, nödvändigt att den offentliga vården ska behålla en del av verksamheten, men ser gärna den offentliga vården som en del av mångfalden. Ett privat vårdmonopol är inte bättre än ett offentligt.

Ersta diakonisällskap ser inte varför just sjukvården ska inneha en sådan särställning bland andra att den specifik ska säkerställas genom att en viss del av vården ska innehas av huvudmännen. Däremot anser Ersta diakonisällskap att forsknings- och universitetssjukhusen bör vara i statlig regi.

Uppsala kommun menar att all verksamhet i princip kan utföras av någon annan än kommun och landsting, förutsatt att huvudmännen, som har det politiska och demokratiska ansvaret, behåller beställarrol-

len (uppdragsgivande, ekonomisk fördelning, övergripande prioriteringar etc.).

Beställarnätverket anser att inget talar för att landstinget/regionen med automatik är bättre lämpade för ett huvudägaransvar, förutom möjligen på grund av storlek. En bättre lösning, menar Beställarnätverket, är att först identifiera för vilka tjänster det är viktigt att ha överkapacitet, och sedan se till att det finns en generell beredskap. Utförare av samma tjänster ska med andra ord gemensamt samarbeta om det finns en risk för att ett behov inte tillgodoses. En annan viktig aspekt är kostnaden för överkapaciteten. Vad är den värd och vilka moraliska implikationer har den i relationen skattebetalare – politiker. Beställarnätverket ifrågasätter även huruvida landstinget/regionen ska ha huvudansvaret för forskning och utbildning. Även här är landstinget/regionen inte heller med nödvändighet bäst lämpad. Beställarnätverket tar vidare upp frågan om hur det påverkar kompetensen och hur det påverkar förutsättningarna för konkurrens när landstinget som ägare beslutar sig för att sälja en del av vården, eller som beställare bestämmer sig för att konkurrensutsätta?

Medicoop anser inte att det ligger något självändamål i att driva vård i offentlig regi, men tycker likväl att den offentliga vården bäst kan organisera sjukvårdens bas. Medicoop tror att den offentliga vården blir bättre av mångfald. Däremot menar Medicoop att det inte alltid är möjligt att, av olika skäl, i praktiken driva parallell offentlig verksamhet. Att offentlig vård skulle behöva driva sin egen verksamhet i händelse av att en entreprenör skulle misslyckas i sitt uppdrag, är inte heller nödvändigt. En enkel lösning enligt Medicoop är att den offentliga endast tar över personal och verksamhet från entreprenören. Förutsättningen för detta är givetvis att anställningsfrågor och arbetsgivaransvar sköts korrekt. Medicoop påpekar också vikten av lika ekonomiska villkor. En icke offentlig aktör är alltid i underläge ekonomiskt då resurser utöver den egna verksamhetens inte kan tillföras, något som den offentliga har möjlighet till. Vidare anser Medicoop att politikerrollen måste klargöras. Det är viktigt att politikerna kontrollerar och följer upp att vårdtjänster som utförts med samhällsfinansiering håller måttet.

Övriga kommentarer

Vårdförbundet påpekar vikten av att vårdkedjan fungerar, oavsett vilken vårdnivå eller vilka vårdgivare det handlar om.

3.3.2 Utredningens kommentar kring frågan om behov av verksamhet i egen regi

Flertalet yttranden instämmer i stort i utredningens åsikt att vårdhuvudmannen bör behålla viss verksamhet i egen regi. Verksamhet i

egen regi bidrar till att upprätthålla och utveckla beställarkompetensen. Egen verksamhet ger bättre beredskap att återta verksamhet om en entreprenör misslyckas och inte klarar de krav som upphandlingen byggde på. Verksamhet i egen regi bidrar i sig också till mångfald.

Att procentuellt eller på annat sätt ange normer, tak eller golv för andelar av olika driftsformer avvisas. Förhållanden och villkor varierar både över tiden och mellan skilda delar av landet

3.4 Organisationer utan vinstsyfte, OUV

Organisationer utan vinstsyfte har hittills i mycket liten grad etablerat sig som vårdgivare när landsting och kommuner erbjudit privata vårdgivare att genom vårdavtal svara för delar av gemensamt finansierad vård och omsorg.

Entreprenadernas omfattning, krav på garantier och betalningsrutiner från landsting och kommuner liksom svårigheter med kapitalförsörjning är exempel på hinder för organisationernas medverkan i vården.

En tydlig och av alla känd associationsform för verksamhet utan vinstsyfte, stöd till forskning, utvecklingsarbete, utbildning och samordning mellan olika typer av organisationer är andra möjliga insatser för att förbättra villkoren för denna typ av vårdgivare.

3.4.1 Frågeställning

Finns anledning att inom vård och omsorgsverksamhet särskilt främja organisationer utan vinstsyfte som vårdgivare?

Resultat: 36 yttranden instämmer i utredningens slutsats att sådana verksamheter behöver främjas. Fem yttranden var i viss mån positiva och i viss mån negativa till utredningens bedömning. 10 var negativa och 24 tog inte ställning i frågan.

Positiva

Kooperativ utveckling anser vidare att just kooperativ och därmed ekonomisk förening fungerar väl som form för vård utan vinstsyfte. Kooperativens nära relation mellan anställda, brukare och anhöriga borgar för ett reellt inflytande och kvalitetssäkring och är ett sätt att

bibehålla och utveckla den offentliga sektorns värderingar om demokratisk styrning, solidaritet och vård efter behov. Kooperativ Utveckling delar därför utredningens uppfattning och tillhandahåller ett antal förslag på sådana insatser.

Några exempel är:

- information och andra attitydförändrande insatser
- förändringar i lagstiftningen (LOU)
- ökade resurser för t.ex. rådgivning
- förenklade upphandlingsunderlag
- längre avtalstider.

Bräcke diakonigård är av samma åsikt som utredningen och pekar särskilt på problemet med att dagens upphandlingsform passar kommersiella företag bättre än icke vinstsyftande aktörer.

Konkurrensverket menar att stöd till privata vårdgivare utan vinstsyfte kan bidra till mångfalden, men varnar samtidigt för att sådana åtgärder kan leda till en snedvridning av konkurrensen till nackdel för andra företag och verksamhet i sjukvårdshuvudmännens egen regi. Konkurrensverket anser att effekterna bör utredas närmare.

Ersta diakonisällskap anser att om målet är att ha fler organisationer utan vinstsyfte (OUV) så finns inget annat sätt än särskilt stöd. Framförallt hittas svårigheterna i samband med kapitalbildning. För att kunna satsa på den typen av investeringar som krävs, måste avtalen med den offentlige beställaren vara långsiktiga.

Landstinget Gävleborg instämmer i utredningens slutsats och pekar på ett antal både kortsiktiga och långsiktiga åtgärder. Kortsiktigt behövs en översyn av regelverket, associationsformerna och bristen på riskkapital. Långsiktigt handlar det om attitydförändringar. För att komma tillrätta med problematiken att komplicerade upphandlingar konkurrerar ut mindre vårdtagare, anser Landstinget Gävleborg, att jämförelserna skall avse kvalitet, tillgänglighet m.m. och inte kostnader. En given kostnad kan vara gemensam utgångspunkt för anbudet.

Röda Korset anser att idéburet arbete berikar och utvecklar vården. Sådant arbete behöver stöd, både ekonomiskt och idémässigt. Stödet måste dock vara kopplat till det mervärde som vårdgivaren tillför. Att främja privata vårdgivare utan vinstsyfte får inte bli ett självändamål.

Nutek anser också att tillgången till kapital är avgörande för möjligheten att bedriva verksamhet. Det är också viktigt enligt Nutek, att lagstiftningen garanterar att reella möjligheter finns för små företag att åta sig uppdrag.

Medicoop vill tillägga följande områden som viktiga när det gäller stöd till OUV.

- samarbete kring IT-system
- bättre information från försäkringskassa, a-kassa och skattemyndighet
- regler för sjuklön
- minska klyftan mellan politiker och tjänstemän

- kompetent upphandling – längre avtalsperioder
- förankring – rådgivning.

Svenska Psoriasisförbundet anser det särskilt viktigt att ge stöd till och öka möjligheterna att driva patientkooperativ vård. Ett antal problem identifieras. Lagen om offentlig upphandling (LOU), de korta tidsperspektiven och det faktum att den patientkooperativa vården bygger på styrning från förtroendevalda som inte alltid kan klara de administrativa rutinerna etc. som krävs vid upphandling och drift, är några exempel.

Umeå kommun ser gärna att icke-vinstdrivande aktörer tar ett ökat ansvar och vill därför särskilt understryka kapitalförsörjningsfrågan.

Delvis positiva, delvis negativa

Stockholms läns landsting ställer sig mycket negativa till särskilt stöd i samband med upphandling. Valet av entreprenör ska grundas på förutsättningarna att fullfölja uppdraget. Vårdens innehåll, kvalitet och kostnader har därför en avgörande roll. Däremot anser Stockholms läns landsting att åtgärder som syftar till att ställa alla offentligt finansierade vårdgivare på en mer jämställd nivå kan vara motiverat. Kapitalförsörjningen skulle kunna underlättas genom exempelvis skatteavdrag för gåvor och donationer.

Vänsterpartiet anser visserligen att vården ska drivas i offentlig regi och att det därför inte ska finnas något särskilt stöd för några privata vårdgivare som konkurrerar med det offentliga. Däremot anser Vänsterpartiet att OUV är att föredra framför vinstsyftande företag och kan i valet mellan dessa tänka sig ett visst stöd till de förstnämnda. Kooperativ bör exempelvis ges en särställning.

Spenshult menar att grundsynen ska vara att alla ska behandlas efter samma regelsystem. Finansieringskällan pekas ut som det största problemet. För att kapitalet ska söka sig till denna sektor behövs åtgärder som exempelvis skatterabatter vid donationer. Praktikertjänst instämmer i detta.

Negativa

Capio avvisar alla konkurrensbegränsande lagar och regler. Sådana gynnar varken patienter eller skattebetalare. I praktiken, menar Capio, innebär det att ett stöd skulle medföra mindre effektiva driftformer och företag.

Stiftelsen Danviks Hospital tycker principiellt att villkoren bör vara lika för alla. Dessutom bör alla söka vinst i någon form. Att denna inte skulle vara utdelningsbar är en sak, men att den används för återinvestering och stabilitet är en annan.

Uppsala läns landsting ser inte skäl till att generellt sätt främja privata vårdgivare utan vinstintresse. Kvalitet och långsiktighet är de utgångspunkter som primärt ska styra vårdgivarval. Däremot under-

stryker Uppsala läns landsting vikten av frivilligarbete, något som enligt dem bör stödjas i större utsträckning.

Välfärdsföretagen anser för det första att risken för snedvridning är stor och betonar dessutom att det inte finns några skäl för att inom hälso- och sjukvården särskilja mellan företagsformer. Att diskriminera företag som delar ut vinst, strider dessutom mot EG-rätten.

Moderaterna i Stockholms Stad (reservation) anser att gynnandet av vissa driftsformer ekonomiskt eller på andra sätt sätter marknadsmekanismerna ur spel och vilket påverkar kvaliteten inom verksamheterna negativt.

Övriga kommentarer

Kooperativa institutet menar att icke vinstdrivna verksamheter, så som kooperativ har stora fördelar i förhållande till vinstdrivande verksamheter. I kooperativ är vinsten till för att utveckla verksamheten, inte ett mål för värdetillväxt eller avkastning. Den lokala förankringen och demokratiska styrformen ger både de äldre, de anhöriga och personalen större möjligheter att påverka sin situation.

Svenska kommunalarbetsareförbundet ser gärna att kooperativ, ideella företag och så kallade non-profitföretag såväl som privata företag producerar skattefinansierade välfärdstjänster.

Hela människan instämmer med vikten av att en tydlig associationsform.

Demensförbundet efterlyser forskning när det gäller OUV och St. Lukas efterlyser ett tydligare regelverk så att mer hänsyn tas till ideella organisationer.

Landstinget i Östergötland ser på frågan som i första hand en näringspolitisk fråga.

3.4.2 Utredningens kommentar i fråga om stöd till organisationer utan vinstsyfte, OUV

Yttranden redovisar en positiv till hållning till värdet av OUV inom ramen för vård och omsorg, men också principiella invändningar mot regler som t.ex. vid upphandling utesluter eller missgynnar företag som drivs med vinstsyfte.

I följande avsnitt tar utredningen upp bedömningar i fråga om organisationer utan vinstsyfte kopplat bl.a. till frågor om upphandling, som aktualiserats i många yttranden.

Vårt samhälle utvecklas mot en ökad etnisk, religiös och kulturell mångfald och där finns behov att stärka medborgarnas delaktighet i vårdfrågor och att förbättra möjligheterna för kompletterande frivilliga insatser. Här har organisationer utan vinstsyfte

särskilda kvaliteter att tillföra. Då upphandling sker finns dock risk att ekonomiska överväganden dominerar och att sådana kvaliteter kommer i skymundan. Utredningen anser därför att sådana övervägande skall kunna vägas in när landsting och kommuner överlämnar ansvar för olika uppgifter till andra.

Utredningen menar vidare att det finns skäl att överväga olika typer av stöd från samhällets sida. Värderingen av människor insatser i det civila samhället och inom OUV är ett sådant. Forskning, utvecklingsarbete, kapitalförsörjning är andra områden som kan komma att kräva särskilda insatser. De kan göras av huvudmännen, genom statliga insatser eller samordnat. Frågor om finansiering, möjligheter till del i forskningsarbete och former för att stödja egen kapitalbildning är områden som behöver belysas.

3.5 Särskilda besluts- eller beredningsregler

Den svenska hälso- och sjukvården har vuxit fram genom att befolkningen under historiens gång valt olika sätt att organisera sig för att möta gemensamma behov. Vården har i huvudsak organiserats offentligt och bekostats med skattemedel. Förändringar av vårdens ägar- och driftsformer måste vara väl genomtänkta och förankrade och allmänheten skall ha möjlighet till insyn och delaktighet.

Kommundemokratikommittén har behandlat olika metoder för att främja kommun- och landstingsmedlemmarnas deltagande i den politiska diskussionen inför avgöranden av långsiktig karaktär och av stor principiell och ekonomisk betydelse (SOU 2001:89).

Särskilda beslutsregler

Särskilda regler för beslut kan t.ex. vara två beslut med mellanliggande val eller beslut med kvalificerad majoritet.

Särskilda beredningsregler

Särskilda regler för beredning av ett ärende inför ett beslut kan vara samråd och rådgivande folkomröstning.

Rådgivande folkomröstning innebär med nödvändighet ställningstagande till redan förberedda och förenklade alternativ.

Samråd enligt Kommundemokratikommitténs förslag skall pågå under minst fyra veckor och bör förslaget antas omfatta planer på förändringar i vårdens ägar- och driftsformer.

3.5.1 Frågeställning

Hur ser ni på sådana särskilda besluts- och beredningsregler inför beslut om drifts- och ägarformer inom vården?

Resultat: En stor andel, 50 av yttrandena tar inte direkt ställning. Endast ett yttrande redovisar en direkt positiv inställning till särskilda beslutsregler. Det finns något starkare stöd för beredningsregler i form av samråd. Fem yttranden är delvis positiva, men med ifrågasättanden. 19 yttranden avvisar mer generellt särskilda besluts eller beredningsregler.

Positiva

Vänsterpartiet anser att det är viktigt att medborgarna har större inflytande vid beslut om vårdens drifts- och ägarformer och att en tröghet i processen därför är bra. Det ger en möjlighet till diskussion och eftertanke inför så viktiga beslut. Detta stöds av Vänsterpartiet i Landstinget Blekinge (reservation).

Delvis positiva, delvis negativa

Handikappförbunden menar att i valet mellan särskilda besluts- eller beredningsregler, är beredningsreglerna de som tilltalar dem mest. I händelse att ändrade ägar- och driftsförhållanden planeras när det gäller sjukhus som bedriver regionsjukvård eller högspecialiserad vård av riksintresse så påverkas flera eller samtliga landsting. Då är samråd eller folkomröstning inte tillräckliga instrument. Dessutom garanterar varken besluts- eller beredningsregler insyn och delaktighet när överlåtelse sker genom upphandling.

Svenskt näringsliv avvisar de särskilda beslutsreglerna eftersom dessa indirekt underkänner kommun- och landstingens politiska förmåga. Däremot anser Svenskt näringsliv att särskilda beredningsregler kan införas, men då endast om kommunerna själva får avgöra när de behövs. I den mån Svenskt Näringsliv måste välja besluts- eller beredningsregler på statlig nivå, ser de samrådsförfarandet som det enda möjliga alternativet.

Landstinget Gävleborg ställer sig positiva till samråd, eftersom de redan tillämpar denna form av konsultation. I övrigt är Landstinget Gävleborg kritiska. Exempelvis ifrågasätts varför just denna fråga ska

särbehandlas genom införandet av särskilda besluts- och beredningsregler.

Östersunds kommun anser att särskilda besluts- och beredningsregler kan vara motiverade om det avser stora upphandlingar av sjukhus, men att de inte är nödvändiga när det gäller kommunala upphandlingar av mindre volym.

Negativa

Stockholms läns landsting uppfattning är att införandet av särskilda besluts- och beredningsregler innebär en försvagning av den representativa demokratin och att det innebär en återgång till förhållanden som rådde innan den kommunala självstyrelsen fick sin grundlagsförankring. Denna uppfattning stöds av Region Skåne, Svenska kommunalarbetsareförbundet, Moderaterna, Folkpartiet och Kristdemokraterna i Örebro läns landsting (reservation), Moderaterna i Västmanlands läns landsting (reservation) och Landstinget i Östergötland som också anser att det kommunala självstyret hämmas av denna typ av åtgärder. Praktikertjänst menar att lokala och regionala demokratin måste få fungera även när det gäller frågor som rör vården. Besluten är inte oåterkalleliga utan är tidsbegränsade upphandlingar. Ändrade besluts- och beredningsregler ska endast tas till i extraordinära sammanhang.

Stockholms läns landsting menar att drifts- och ägarformer inom vården inte är av den digniteten att de motiverar undantag för annars gällande principer för beredning och beslutsfattande i vanlig demokratisk ordning. När det gäller insyn från medborgarnas sida anser Stockholms läns landsting att de krav som kommunallagen ställer på kommuner och landsting är fullt tillräckliga.

Att den nuvarande lagen räcker när det gäller dessa frågor menar även Vårdförbunden och Capho. Capho avvisar införandet av särskilda besluts- och beredningsregler eftersom dessa skulle försvåra för kommuner och landsting att fatta beslut om konkurrensutsättning inom vården.

Region Skåne anser att dessa åtgärder bör reserveras för genomgripande beslut som rör grundlagen. Det anser även Kommun och landstingsförbundet, Kristdemokraterna Västra Götaland, Moderaterna, Folkpartiet, Centern och Kristdemokraterna i Gävleborgs läns landsting (reservation), Moderaterna i Västmanlands läns landsting (reservation).

Socialdemokratiska regionstyrelsegruppen Västra Götaland instämmer och tillägger att det viktigaste är att det finns en lagstiftning som garanterar att patienter med privat finansiering inte prioriteras framför andra. Dessutom ska inte sjukhus säljas eller upphandlas i konkurrens. Örebro läns landsting, Vänsterpartiet och Socialdemokraterna i Stockholms läns landsting (reservationer) är av samma åsikt.

Spenshult poängterar att vanliga majoritetsbeslut är ett vedertaget sätt och att en enkelhet i regelsystemet skapar mer förtroende. Många

livsviktiga beslut tas på det sättet, utan att det anses nödvändigt med ytterligare tröghetsfaktorer. Röda korsets sjukhus instämmer.

Landstinget Blekinge anser inte att dessa åtgärder behövs om en strategi för olika syn på sjukvårdens olika delar kommer att bli gällande enligt modellen för planering – konkurrens – vårdgivarval.

Övriga kommentarer

Vetenskapsrådet anser att det för forskningens del är bra med samråd eftersom ständig omorganisation leder till kortsiktighet vilket försvårar för forskningen.

Västmanlands läns landsting är också positiva till samråd, men kommenterar inte i övrigt. Kooperativ utveckling instämmer.

Umeå Kommun menar att någon form av rådrum kan vara intressant att utveckla, men vill att begreppet "långsiktig karaktär och stor principiell betydelse" bör utvecklas. Hur bedöms det? Umeå kommun framhåller den kommunala självstyrelsen.

Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade anser att en beredningsprocess som ger utrymme för rådrum är nödvändigt, men tar ej ställning till vilken form som är lämpligast. Kooperativ utveckling finner förslaget om samråd är intressant.

3.5.2 Utredningens kommentarer till frågeställningen om besluts- och beredningsregler

De yttranden som tar upp frågan avvisar med enstaka undantag förslag om särskilda beslutsregler. Särskilda beredningsregler i form av samråd har större acceptans.

En av utredningens huvuduppgifter är att värdera det medborgerliga inflytandet vid förändringar av ägar- eller driftsformer inom vården. Hälso- och sjukvården är centrala delar i samhällets gemensamt uppbyggda välfärd. Behov av stabilitet och långsiktighet vid förändringar talar också för att besluten måste vara väl grundade och ha medborgerligt stöd.

Få samhällsfrågor väcker emellertid så mycket debatt och starka känslor som förslag och beslut om förändringar i vårdens organisation. Förslag om strukturella förändringar eller nedläggning av sjukhus har även lett till bildandet av nya politiska partier. Frågornas vikt och betydelse för medborgarna understryker behovet av folklig förankring.

Principiellt viktiga beslut för hälso- och sjukvården måste ha stöd och legitimitet hos medborgarna. Inför valen måste partierna tydligt redovisa planerade förändringar för att valresultatet skall

kunna tas till intäkt för medborgarnas stöd och därmed legitimitet. Även utan lagfästa regler om t.ex. samråd måste beredning inför beslut ske med största möjliga öppenhet och med en förmåga från de politiska församlingarna att kommunicera de aktuella alternativen.

Konsekvenserna av den sekretess och slutenhet som är villkor för upphandlingsförfarandet skärper kraven på en tidig redovisning och tidig debatt om tänkta handlingsalternativ.

Utredningen avvisar förslag om särskilda beslutsregler, men stöder förslag om särskilda beredningsregler genom samråd.

3.6 Modeller för reglering av mångfald

Huvudmännen, landsting och kommuner, har i Sverige ansvaret för hälso- och sjukvård och omsorgsverksamhet. Vårdsystemet har hållits samman främst genom en enhetlig drifts- och ägarform och av politisk samsyn och i mycket ringa grad genom detaljerad nationell reglering.

I övergången till en ökad mångfald där privata vårdgivare, små och stora företag, kooperativ, organisationer och stiftelser med sina olika verksamheter medverkar i den offentligt finansierade vården ställs nya krav på system för att säkerställa tillgången till vård och att prioriteringar och mål för vården följs. Kvalitet, nödvändig samplanering, utveckling och kostnadskontroll är andra områden som kräver överväganden.

Länder som under lång tid haft sådan mångfald av vårdgivare har också vid jämförelse med svenska förhållanden betydligt mer av sammanhållande centrala regelverk. De har växt fram ur respektive lands historia och tradition, men har ett gemensamt syfte alla medborgares rätt till likvärdig vård och vård efter behov. Regleringar kan uppfattas som byråkratiska inslag, men finns där för att hävda människovärdet och människans rättigheter som person – inte efter hennes förmåga eller betydelse som aktör.

Modellerna för reglering varierar men de kan indelas i två typer.

- Den ena typen av reglering (B 1) innebär att privata vårdgivare (i de flesta fall avgränsat till privata vårdgivare med vinstsyfte) inte har rätt att verka inom vissa specifikt angivna delar av vården.

- Den andra typen av reglering (B 2) innebär att vårdgivare oberoende av ägarform ställs under likartade krav och villkor för att kunna medverka i och ersättas genom samhällets solidariskt finansierade vård.

Ett tiotal modeller för reglering redovisades i idébetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002:31). Flera av modellerna har förebilder i andra länder.

Reglering av typ "stopplag"

B 1.1 Förbud för företag som drivs i vinstsyfte att äga och driva sjukhus (likheter med nu gällande tillfälliga stopplag)

Förbudet kan anges omfatta rätten att driva akutsjukhus eller enbart universitetssjukhus och sammanfaller då med en allmän internationell praxis. Alternativt kan avgränsning avse regionsjukhus eller länssjukhus.

Regionsjukhusen har uppdrag från flera huvudmän. Länssjukhusen är för respektive huvudman centrala nav i den vårdverksamhet de ansvarar för. Om ägande och/eller drift lämnas till privata vårdgivare förlorar huvudmannen överblick och kompetens.

B 1.2 Förbud med ventiler för undantag genom nationellt sanktionerade beslut

Ett generellt förbud mot överlåtelse av sjukhus till privata vårdgivare med vinstsyfte kan kombineras med en möjlighet att med nationellt beslut lämna dispens.

B 1.3 Förbud att sälja sjukhus, men frihet att anlita privata entreprenörer för management

B 1.4 Reglering av andelar

En sådan reglering skapar garanti för mångfald. Den sätter gränser för privata inslag och kan samtidigt ses som en begränsning av landstingens eller kommunernas dominans. Ett liknande förslag fördes fram av Samverkansdelegationen i *Klara spelregler* (SOU 1997:179).

B 1.5 Reglering som avser kärnverksamhet

Hälso- och sjukvårdslagen förbjuder landsting och kommuner att lämna över uppgifter som innebär myndighetsutövning. En möjlig form för reglering är omfattningen av uppgifter som inte får överlåtas vidgas.

Reglering för att etablera likartade villkor

Dessa modeller (B2) syftar till att skapa gemensamma eller likartade villkor för alla vårdgivare. Viktiga avsteg från lika villkor är i Sverige att privata vårdgivare, till skillnad mot offentliga vårdgivare, har rätt att ta emot privatbetalande patienter. Följande modeller skisserades i idébetänkandet och även de modellerna har förebilder i andra länder.

B 2.1 Reglering som förbjuder blandad finansiering

En reglering riktas uteslutande mot privat finansiering och skall inte hindra samordning mellan huvudmännen eller rätten för patienter att söka vård i annat landsting. Det bör inte heller hindra samarbetet över nationsgränser där offentliga system i ett land tar hjälp av vårdresurser i ett annat. Udden i en reglering skall riktas mot finansiering som utgår från rätten till förtur. Privat finansiering av vård skall vara möjlig men i tydligt åtskilda system.

B 2.2 Reglering som jämställer vårdgivares relation till huvudmännen

Huvudmännen får till alla vårdgivare som medverkar i den offentligt finansierade vården samma möjlighet till insyn, kontroll och rätt att tillstyrka eller avslå större investeringsbeslut eller andra strategiska planer.

B 2.3 Kontrollerad mångfald – någon form av ackreditering/licensiering

En fortlöpande process för att i mångfalden av vårdgivare säkerställa kvalitetskontroll och uppföljning. Ackrediteringen kan möjligen knytas till ett partssammansatt råd,

B 2.4 Ägarbyten ska godkännas

Huvudmännen, som finansierar verksamheten genom vårdavtal, har rätt att ta ställning till och ev. avslå planerade ägarskiften.

B 2.5 Styrning via upphandling

Möjlighet att vid en upphandling klargöra den avser organisationer utan vinstsyfte, OUV.

3.6.1 Frågeställning

Hur bedömer ni de i betänkandet skisserade alternativen?

Resultat: Eftersom alternativen B1 och B2 beskrivs både som övergripande alternativ, men också innehåller delpunkter så har denna frågeställning gett upphov till svar i en mängd olika kombinationer. I vissa fall är yttranden positiva eller negativa till olika delar.

- Sammanfattningsvis kan dock sägas att fem yttranden är positiva eller delvis positiva till alternativ av typ B1.
- 22 är positiva eller delvis positiva till alternativ av typ B2.
- Fyra instanser uppger att de är positiva eller delvis positiva till båda alternativen.
- Två menar att de är negativa eller delvis negativa till båda typerna av reglering. 41 instanser avstår att ta ställning i frågan.

Positiva (B1)

Landstinget Gävleborg ställer sig delvis positivt till alternativ B1. De anser främst att universitetssjukhus och läns/regionsjukhus inte bör ha ägare som driver verksamheten med vinstsyfte. Detta för att säkerställa tillgången till högkvalificerad forskning och utbildning m.m. I syfte att inte förlora överblick och kompetens hos huvudmannen, menar även Östersunds kommun att detta är viktigt.

Vänsterpartiet förordar alternativ B1 då det ger en tydlighet, något som stöds av Vänsterpartiet i Landstinget Blekinge (reservation). Västerås stad förespråkar även de alternativ B1.

Örebro läns landsting anser att vårdgivare med vinstsyfte inte ska driva akutsjukhus och att detta därför fortsatt ska vara förbjudet. Örebro läns landsting ser också positivt på att flera av punkterna som sammanfattas under alternativ B1 utreds vidare. Socialdemokratiska

regionstyrelsegruppen Västra Götalandsregionen och Socialdemokraterna i Stockholms läns landsting (reservation) instämmer.

Vänsterpartiet i Stockholms läns landsting (reservation) förordar en lagstiftning om förbud att överlämna universitetssjukhus och akutsjukhus till privata företag med vinstsyfte, dvs. en permanentning av "stopplagen".

Även Handikappförbunden anser att ett generellt förbud för företag med vinstsyfte att äga och driva universitetssjukhus, regionsjukhus och länssjukhus, är positivt. Möjligen kan detta då kombineras med en möjlighet att lämna dispens.

Umeå Kommun anser inte att universitets-, regionsjukhus eller liknande ska drivas av privata företag med vinstsyfte.

Negativa (B1)

Konkurrensverket menar att det är en mycket långtgående åtgärd att förbjuda vissa aktörer, t.ex. vinstsyftande företag, att bedriva vård vid akutsjukhus. Förbudet är ett hinder för en fungerande konkurrens. Enligt konkurrensverket finns det inte tillräckligt med underlag för att motivera ett sådant förbud.

Landstinget Halland avvisar införandet av "stopplagar", även om de möjligtvis kan godkänna detta i samband med universitetssjukhus eller regionsjukhus eftersom detta är internationell praxis.

Landstinget Östergötland är delvis öppna för en vidgad reglering av vårdhuvudmännens kärnverksamhet, men är i övrigt negativa till B1.

Svenskt näringsliv menar att alternativ B1 är direkt olämpligt med hänsyn till behovet av ökad konkurrens inom vården.

SACO tar särskilt avstånd från förbud liknande "stopplagen". SACO vill inte förbjuda vård i vinstsyfte dels för att det är svårt att definiera begreppen och därmed tillämpa dem, dels för att förbudet skulle begränsa den mångfald som SACO ser som eftersträvanvärd.

Landstinget Östergötland avvisar de förslag som riktar sig enbart till företag eller som ska ange andelar av vad som ska finnas i egen regi.

Capio anser att åtgärder som är ägnade åt att minska konkurrensen och försvåra ett effektivt resursutnyttjande måste undvikas och är således emot "stopplagar".

Positiva (B2)

Örebro läns landsting anser att det behövs en lagstiftning som säkerställer principen om vård på lika villkor. Regler som förbjuder blandad finansiering pekas särskilt ut. Socialdemokratiska regionstyrelsegruppen Västra Götalandsregionen och Socialdemokraterna i Stockholms läns landsting (reservation) instämmer.

Östersunds kommun ger visst stöd åt alternativ B2 i fallet upp-handlingsstyrning eftersom de anser att LOU bör ändras så att det blir lättare att lämna över verksamhet till exempelvis ett personalkooperativ. Stockholms läns landsting visar också en positiv inställning till detta.

Region Skåne ställer sig positiva till alternativ B2 eftersom de anser att det går att kombinera en offentligt finansierat hälso- och sjukvård med privata vårdgivare med vinstintresse inom alla vårdnivåer.

Spenshult menar att alla bör arbeta under samma finansiella möjligheter och risker, eftersom den juridiska formen inte ska påverka bedömningen av de resultat som nås. Spenshult anser inte att vinstsyftande producenter ska uteslutas från vissa verksamhetsområden. Vårdförbundet instämmer.

Bräcke diakonigård stödjer framförallt tanken på ett nationellt ackrediteringssystem eftersom det dels skulle vara ett bra instrument i upphandlingarna, men också bidra till att motverka lokal godtycklighet eller prismässig ensidighet. Svenskt näringsliv ser också positivt på ett ackrediteringssystem men påpekar att detta inte bör vara kopplat till vinstsyftande eller inte vinstsyftande företag, utan gälla alla. När det gäller upphandlingsstyrning menar Svenskt näringsliv att det i EU-sammanhang kan vara positivt.

Ersta diakonisällskap menar att alternativet B2 underlättar fritt patientval mellan landsting, regioner och på sikt inom EU, och stödjer därför det förslaget.

Handikappförbunden anser att alla ska ställas under gemensamma och lika villkor om de vill verka inom den gemensamt finansierade vården och finner ackrediteringssystem samt möjligheten för ägarbyten att godkännas/underkännas, intressanta.

Landstinget Halland delar åsikten att alla offentligt finansierade vårdgivare ska ha samma villkor i relationen till huvudmannen och menar att det är viktigt att upphandlingsstyrning är en bra metod. Att godkänna ägarbyten är något som Landstinget Halland redan infogat som en del av de avtal som sluts.

Sveriges Psykologförbund anser att det är viktigt att det skapa enhetliga och generella system för den offentligt finansierade vården och att de enskilda vårdgivarna ges samma möjlighet till etablering. På så vis kan man undvika dagens situation där befolkningens tillgång till vård skiljer sig. Sveriges psykologförbund är positiva till förslaget att någon form av ackreditering införs.

Landstinget Östergötland stödjer förslaget att blandad finansiering, om den utgår från rätten till förtur, förbjuds och välkomnar kontrollerad mångfald genom ackreditering och kvalitetskontroll.

Umeå Kommun ser delar av förslaget som intressanta – regleringar som jämnar vårdgivares relation till huvudmannen verkar rimligt såväl som någon form av ackreditering av vårdgivare.

Negativa (B2)

Vänsterpartiet anser det inte möjligt att införa regleringar som för in alla vårdgivare under gemensamma och lika villkor då förutsättningarna och syftet med verksamheten skiljer sig åt mellan offentliga och privata vårdgivare och mellan vårdgivare med eller utan vinstsyfte.

Konkurrensverket ställer sig bakom att gemensamma och lika villkor ska gälla för alla vårdgivare, offentliga eller privata, men stödjer ändå inte utredningens alternativ B2. Konkurrensverket anser att en mer djupgående analys, än den i betänkandet, är nödvändig för en bra bedömning. Hur företagets incitament påverkas, om det går att ha en fungerande konkurrensupphandling och hur en uppföljning av tillämpningen av reglerna ska göras, är frågor som måste ställas.

Ersta diakonisällskap motsätter sig delvis alternativet B2 såtillvida att de inte ser någon anledning till att vårdgivare som har uppdrag av det offentliga, inte ska få ta emot privata uppdrag.

Även om Landstinget Halland delvis stödjer alternativ B2, motsätter de sig förbud mot blandad finansiering, eller att någon form av etableringskontroll ska införas.

Svenskt näringsliv stödjer bitvis alternativ B2, men avvisar tanken på regler som förbjuder blandad finansiering. Blandad finansiering möjliggör effektivare vård och att nya metoder och tekniker snabbt får spridningseffekt. Kortas köerna minskar även risken med att vissa "går före i kön". Att ägarbyten ska godkännas är även det något som Svenskt näringsliv motsätter sig. Detta skulle bidra till att villkoren för privata vårdgivare skulle vara så osäkra att det skulle hämma villigheten att verka inom sektorn. Sveriges Psykologförbund motsätter sig även de ett förbud av blandad finansiering eftersom den formen är mycket vanligt bland privatpraktiserande psykologer.

Övriga kommentarer kring både B1 och B2

Capio, Svenskt Näringsliv och SBU är positiva till ackreditering, men tar inte i övrigt ställning till modellerna. SBU menar att den modell som tillämpas i USA, där en särskild myndighet ackrediterar sjukhusen för drift och undervisning, inspekterar dessa i princip årligen och kan ta tillbaka ackrediteringen om kvaliteten inte upprätthålls, även skulle fungera i Sverige. Denna modell skulle garantera kvaliteten på både privata och offentliga sjukhus.

Kooperativ utveckling tar i övrigt inte ställning i frågan men vill ändå varna för att förbud mot blandad finansiering kan vara problematiskt då blandad finansiering för mindre entreprenörer i vissa fall innebär en högre bemanning och bättre kontinuitet. Moderaterna, Folkpartiet och Kristdemokraterna i Örebro läns landsting instämmer (reservation), och tillägger att "stopplagen" bör avskaffas.

Välfärdsföretagen anser att stopplagen bör avskaffas och att ytterligare förbudslagstiftning måste avvisas. Även Praktikertjänst och Beställarnätverket anser att stopplagen bör avskaffas.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter ställer sig tveksamma till utgångspunkterna för utredningens modeller B1 och B2.

Landstinget Dalarna anser att universitetssjukhus och akutsjukhus ska drivas i offentlig regi.

Röda Korsets sjukhus menar att universitetssjukhusens förutsättningar bör utredas, och påpekar att utredningens principskisser är förenklade.

Svenska Barnmorskeförbundet tar inte tydlig ställning för något av alternativen. Emellertid framhävs att ett ackrediteringssystem vore önskvärt, att blandad finansiering riskerar att leda till intressekonflikter mellan grupper och att det är viktigt att det finns en nationell styrning av resurser vad gäller den högspecialiserade vård, forskning och utbildning. Akutsjukhus och högspecialiserad vård ska bedrivas i offentlig regi.

Socialdemokraterna i Region Skåne menar att det inte ska vara tillåtet att akutsjukhus läggs ut på privata vårdgivare. I övrigt är mångfald bra så länge alla rättar sig efter samma spelregler.

3.6.2 Utredningens kommentarer till de skisserade modellerna

Modellerna B 1.1 till B 1.3

- B 1.1 Förbud för företag som drivs i vinstsyfte att äga och driva sjukhus (likheter med nu gällande tillfälliga stopplag)*
- B 1.2 Förbud med ventiler för undantag genom nationellt sanktionerade beslut*
- B 1.3 Förbud att sälja sjukhus men frihet att anlita privata entreprenörer för management*

Den tidigare gällande lagen (2000:1440) om inskränkning i landstings rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan gav rådrum men mycket kritik riktades mot den som diskriminerande mot vinstsyftande företag och svår att tillämpa vid upphandling. Om hälso- och sjukvården kommer att drivas av en mångfald av olika vårdgivare ställs krav på att tillräckligt bra ersättnings-, kvalitets- och uppföljningssystem utvecklas. Det är mer motiverat att utveckla sådana system som kan bidra till att säkra kvalitet och vård på lika villkor inom hela den offentligt finansierade hälso- och sjukvården än att genom förbud begränsa utbudet av vårdgivare.

Att överlämna management av hälso- och sjukvårdsverksamhet till företag skulle kunna innebära att erfarenheter från andra sektorer skulle kunna bidra till utveckling och förnyelse i vården. Landsting med sina möjligheter till fördelaktig finansiering skulle ha kvar ansvaret för strukturen. Det är en form som det saknas anledning att reglera men som enligt utredningens mening kan vara väl värd att pröva.

Modellerna B 1.4 och B 1.5

B 1.4 Reglering av andelar

B 1.5 Vidgad reglering av vårdhuvudmännens kärnverksamhet

Här har utredning skissat på ett förslag där landstingen skulle vara skyldiga att bedriva en viss del den hälso- och sjukvård som den ansvarar för i egen regi eller vara förpliktigade att behålla centrala delar vården – respektive landstings kärnverksamhet – i egen regi.

Det råder delade meningar om landsting behöver behålla viss del av sin verksamhet för att ha tillräcklig beredskap att återta verksamhet, kompetens att göra upphandlingar samt för att kontrollera och följa upp verksamhet. Hur stor andelen av verksamhet i egen regi borde vara är dock svårt att definiera eftersom landstingens förutsättningar är så olika. Inom remissinstanserna finns stöd för att högspecialiserad vård skall bedrivas av offentliga aktörer – landstingen eller staten.

Modellerna B 2.1 och B 2.2

B 2.1 Reglering som förbjuder blandad finansiering

B 2.2 Reglering som jämställer vårdgivares relation till huvudmännen

Det råder en stor enighet om att den svenska hälso- och sjukvården skall vara gemensamt och offentligt finansierad. Dock menar vissa att tillfälliga överskott i vårdkapaciteten skall kunna utnyttjas för att ge vård till patienter med annan än offentlig finansiering. Här finns ett behov av att säkra förutsättningarna för en gemensamt, solidariskt finansierad, vård på lika villkor och med god tillgänglighet. Det finns anledning att reglera förutsättningarna i lag. Frågan är hur det skall göras och om alla vårdgivare skall omfattas av en och samma reglering.

B 2.3 Kontrollerad mångfald genom någon form av ackreditering/licensiering

Certifiering av verksamhet är en variant av kvalitets- och uppföljningsarbete enligt särskilda standarder. I första hand kommersiella vårdgivare välkomnar sådana system. Systemen styr dock varken

ägarformer eller former för finansiering och kan därför inte garantera målen för hälso- och sjukvården.

B 2.4 Ägarbyten ska godkännas

Vissa landsting har ett sådant krav på godkännande i sina avtal. Förhållandena och möjligheterna till uppföljning varierar. Det lämpligaste är att denna typ av reglering görs i avtalen.

B 2.5 Upphandlingsstyrning

Utredningen belyser ett antal frågor om upphandling i kapitel 4.

3.7 Planering – konkurrens – vårdgivarval

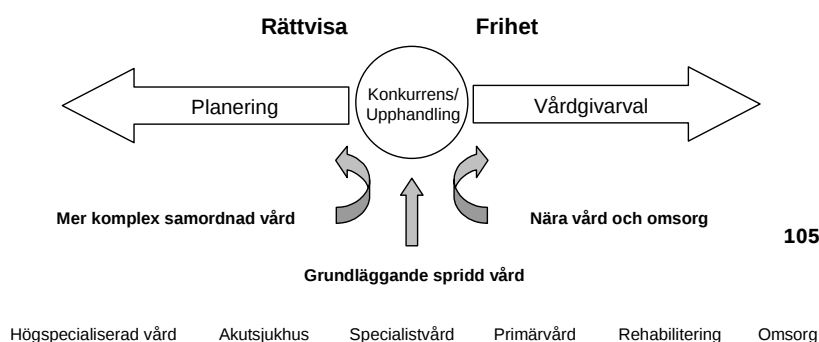
I strävan efter att balansera rättvisa och frihet, solidaritet och subsidiaritet, bör former för organisation, styrning, drift och ägande utgå från olika verksamheters specifika förutsättningar.

Omsorg, omvårdnad och rehabilitering innebär ofta långa vårdtider och en hög medverkan av både patienter och anhöriga. Kontinuitet är särskilt viktig och det är därför grundläggande att denna inte bryts p.g.a. tidsbegränsade avtal och upphandlingar. Autonoma lösningar och egna vårdgivarval verkar därför lämpliga.

Planerad vård, dagkirurgi och andra former av specialistvård har relativt kortare vårdtider, jämförbara behandlingsformer och i regel flera anbudsgivare. Enligt utredningen är därför dessa områden mer lämpade för upphandling i konkurrens.

Högspecialiserad vård och akutsjukvården är mer komplexa verksamheter där förutsättningarna för upphandling är komplicerade och möjliga anbudsgivare få. Det är inte genom konkurrens utan i högre grad genom planering och samordning som en rättvis fördelning och ekonomisk hushållning kan säkras.

Figur 3.1: En schematisk bild för diskussion om olika styrnings- och ägarsystem inom vården



3.7.1 Frågeställning

Hur ser ni på resonemanget om planering, konkurrens och friare vårdgivarval?

Resultat: 25 av yttrandena instämmer helt eller delvis i utredningens resonemang. Särskilt diskussionen kring vårdgivarval har uppmärksamrats. Fem av yttrandena avvisar det resonemang som förts fram. Några ställer sig delvis positiva och delvis negativa. Ett stort antal (38) tar inte direkt ställning.

Positiva

Socialdemokraterna i Stockholms läns landsting ställer sig i sin reservation positiva till utredningens bedömning att högre komplexitet kräver större behov av planering och samordning. De instämmer även i att det bör finnas utrymme för friare vårdval inom rehabilitering och omsorg och att det inom primärvården och delar av specialistvården finns utrymmer för entreprenader.

Sveriges psykologförbund är positiva till utredningens modell och påpekar särskilt patienters rätt till val av psykolog som mycket viktigt. Denna typ av tjänster skulle därför passa väl för ett kundvalssystem.

Vårdförbundet är för en sund och positiv konkurrens och stödjer fria vårdgivarval. Vårdförbundet anser att omsorg och rehabilitering, men även primärvård och specialistvård tillhör kategorin där sådana val kan göras. Viss vård, t.ex. högspecialiserad vård bör vara ett statligt ansvar, både ur finansiell synpunkt och i fråga om patientsäkerhet. Det är viktigt att alla får tillgång till den högspecialiserade vården på lika villkor. Ett helhetsperspektiv gynnas vid statligt ansvar. TCO instämmer i detta resonemang.

Kooperativ utveckling anser att modellen, i kombination med andra åtgärder, kan bidra till ett ökat engagemang eftersom det i praktiken kan vara svårt att åstadkomma mångfald exempelvis i glesbygden.

Kommun- och landstingsförbunden och Kristdemokraterna Västra Götaland delar uppfattningen att behovet av planering och samordning är större ju mer komplexa vårdtjänsterna är. Beställarkompetensen är avgörande. När det gäller vårdgivarvalssystemet menar förbunden och Kristdemokraterna Västra Götaland att detta är i stort oförenligt med upphandlingsförfarandet enligt LOU och därför uppmanar förbunden och Kristdemokraterna Västra Götaland till en utredning. Dessutom uppmanas ett kraftfullt svenskt agerande i samband med pågående översyn av EG-direktiven. Kristdemokraterna Västra Götaland poängterar i övrigt att vad som är högspecialiserad vård kan vara svårt att avgöra då denna innehållsligt ändrar sig över tid.

Handikappförbunden instämmer i utredningens resonemang, men passar på att varna för att egna vårdval kan vara problematiska då inte

alla kan göra dessa. Därför har huvudmännen även i denna vårdform ett ansvar.

Landstinget Östergötland är i stort positiva till det resonemang som utredningen för. Däremot saknar Lanstinget Östergötland en diskussion om vinsten påverkanseffekt eftersom de områden som utredningen ser som lämpliga för upphandling i konkurrens inte nödvändigtvis är tryggade från negativa effekter av vinstkrav. På samma sätt kan vårdvalssystem gynna de starka och "aktiva" väljarna.

Medicoop menar att modellen är mycket intressant men har några synpunkter. Enligt utredningen är mångfald särskilt önskvärt när det gäller omsorg och rehabilitering. Medicoop anser att även primärvården tillhör denna grupp, och undrar samtidigt varför rehabilitering ställs närmare omsorg än vård. När det gäller valfrihet påpekar Medicoop att möjligheterna skiljer sig beroende på vilken miljö – landsbygd eller stad – man befinner sig i.

Stockholms läns landsting ser positivt på att frågan om att vårdgivarval har aktualiserats i utredningen och vill betona att resonemangen beträffande värdet av att finna former där upphandling enligt LOU kan undvikas inom äldreomsorg och rehabilitering. Resonemang utredningen för kring detta kan enligt Stockholms läns landsting också appliceras på primärvård och husläkarverksamheter. Stockholms läns landsting vill vidare betona att den högspecialiserade vården är i ständig utveckling. Den vård som vid en viss tidpunkt är att betrakta som högspecialiserad, kan senare tack vare ny kunskap och teknik utföras som decentraliserad sjukvård eller vice versa. Alltså är det svårt att göra den indelning som utredningen gör.

Kooperativa institutet understryker vikten av modeller där den enskildes valmöjligheter ökar samtidigt som kvalitetskonkurrensen mellan utförarna ökar. När det gäller alternativa driftformer av kommunal äldreomsorg förespråkas därför vårdgivarvalsmodellen, dvs. att kommunens stöd följer vårdtagaren och inte organisationsenheten. Det innebär att utförarens arbete bedöms och godkänns av brukaren i första hand. Denna maktförskjutning innebär att brukarens inflytande ökar. Mindre verksamheter kan då konkurrera på ett bättre sätt. Däremot delar Kooperativa institutet utredarens åsikt när det gäller svårigheten att kontrollera vad som sker med eventuellt ekonomiskt överskott. Modellen i övrigt kommenteras ej.

Socialstyrelsen menar att användning av vårdgivarval kan vara ett sätt att förena offentlig finansiering, individuell valfrihet och rimlig konkurrens. Vårdgivarval kan också vara ett sätt att upprätthålla och sätta press på verksamhetens kvalitet. Detta förutsätter naturligtvis att adekvat och tillförlitlig information finns någorlunda lättillgänglig. Det är särskilt viktigt att informationsinsatser riktas till utsatta grupper då dessa kan ha svårt att nå informationen annars. Modellen i övrigt kommenteras ej.

Spenshult menar att patientens rättighet att välja vårdgivare bör stärkas. Patienten ska kunna ställa krav på producenten och huvudmannen. Om patienten har rätt att föra sin egen talan så har hon också

större rättighet/makt bakom sina krav. Kooperativa institutet förespråkar kundvalsmodellen eftersom utförarens arbete bedöms och godkänns av brukaren. Modellen i övrigt kommenteras ej.

Delvis negativa, delvis positiva

Region Skåne är positiva till vårdgivarval och stöder därför tanken på att i utökad omfattning använda vårdgivarvalsmodeller inom hälso- och sjukvården. Region Skåne anser också att det krävs mer eftertanke och planering ju komplexare verksamheten är. Region Skåne är däremot negativa till resonemanget i övrigt och ser exempelvis inte några problem med att entreprenadutsätta verksamheter även om det handlar om akutsjukvård eller högspecialiserad vård. Det är, enligt Region Skåne, svårt att sätta gränsen för vad som är ett akutsjukhus i dag och om fem år. Det viktiga är att uppdraget är tydligt formulerat. Däremot, menar Region Skåne, är lättare vårdformer mer "självreglerande" ur konkurrenssynpunkt eftersom det ofta finns många producenter att välja mellan. Ju mer specialiserade desto mindre utbud. När mångfalden ökar i vården genom exempelvis entreprenader så ökar också kraven på dem som ska finansiera verksamheten, dvs. de politiska företrädarna. Beställarna formulerar uppdraget och det är upp till utförarna att anpassa sig. Moderaterna i Landstinget Dalarna för ett liknande resonemang (reservation). Moderaterna i Västmanlands läns landsting (reservation) håller delvis med, men utesluter diskussionen kring vårdgivarval.

Ersta diakonisällskap anser sig inte kunna ställa sig bakom utredningens resonemang baserat på det faktum att Ersta sjukhus bedriver högspecialiserad vård trots att de är en privat vårdgivare. Därför menar Ersta diakonisällskap att en neutral ersättningsmodell bör utformas för specialistvården. Däremot är Ersta diakonisällskap positiva till vårdgivarvalsmodellen då denna kan eliminera vissa svårigheter som LOU i dag medför.

Negativa

Välfärdsföretagens bedömning är att utredningens modell i detta fall är statisk och en i princip överspelad och schablonmässig uppdelning av vården. Det är svårt att dra gränser mellan olika typer av vårdnivåer eftersom dessa blir allt mer flytande. Det är Välfärdsföretagens uppfattning att den högspecialiserade verksamheten präglas av extrem stordrift och en förödande splittring då den spänner över ett allt för brett fält. Det delade ansvaret mellan staten respektive landstingen underlättar inte. Antalet universitetssjukhus och dimensioneringen i fråga om vårdplatser är några exempel på sådant som bör ses över.

Praktikertjänst ser utredningens resonemang som teoretisk och menar att olika planeringsbehov inte kan kopplas till drifts- och ägarformer. Ett flertal aspekter talar för att mångfald även inom akutsjukvården är bra. Ett exempel är att vårdkedjor effektivare hålls ihop om

privata vårdgivare är inblandade än när den offentliga vården bär hela ansvaret för vårdkedjan. Praktikertjänst ser också med oro på resonemang att akut- och högspecialiserad vård ska samlas i färre enheter i offentlig regi. Detta är en tillbakagång. I stället bör närsjukhusvården utvecklas.

Röda Korset tycker att utredningens kategorisering av vårdområden utgör ett hinder för utvecklingen inom hälso- och sjukvården.

Vänsterpartiet anser att det finns risker med utredningens resonemang eftersom brister inom akutvården påtalas direkt, men inte inom äldrevården eftersom denna är mindre bevakad. Friare möjligheter till direktval kan leda till bättre kontinuitet, men inte till större mångfald. Vänsterpartiet i Landstinget Blekinge (reservation) delar resonemang.

Beställarnätverket menar att uppdelningen som utredningen gör bygger på ett traditionellt producentperspektiv. Ur ett befolkningsperspektiv är de organisatoriska nivåerna inte centrala. Att privat regi ska uteslutas när det gäller akutsjukvård kan innebära ett hinder i utvecklingen av vårdens styrnings- och ledningsinstrument genom att begränsa innehållet i kommande avtal. Beställarnätverket menar att en indelning av vilka delar som ska konkurrensutsättas inte ska utgå från vårdnivå utan utifrån om befolkningens behov av hälso- och sjukvård bättre kan tillgodoses. Att konkurrensutsätta enligt vårdnivå kan i stället leda till en cementering av den indelning som råder i dag. Denna är inte funktionell i ett framtidsperspektiv.

Förutom när det gäller universitetssjukhus och den högspecialiserade vården, ser inte Svenskt Näringsliv några hinder för konkurrensutsättning. Formerna skiftar dock beroende på vilken typ av verksamhet det gäller. Kundvalsmodellen lämpar sig väl för omsorg, rehabilitering och primärvård. För akutsjukvård och viss specialistvård bör emellertid särskilda ersättningsmodeller tillämpas eftersom resursinsatser per individ inte går att förutsäga.

Övriga kommentarer

Konkurrensverket menar att vårdgivarval kompliceras av att det kan vara svårt att bedöma kvaliteten på olika utförare. Det är därför viktigt att det bedrivs forskning kring valfrihetsmodellen.

Kurort Mösseberg påpekar att även rehabilitering kan vara högspecialiserad. Medhåll fås från Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter som menar att rehabilitering finns inom alla aspekter av vården.

Röda Korset menar rent allmänt att individens/patientens rättigheter måste stärkas.

Riksförsäkringsverket anser att den högspecialiserade vården i högre grad är beroende av planering och samordning. Övrigt kommenteras ej.

Svenska Barnmorskeförbundet varnar för att privatisering av akutsjukhus, universitets- och regionsjukhus kan leda till att gemensamma resurser fördelas och prioritera utifrån det som vårdföretaget ser som

mest affärsmässigt gynnsamt. Därför bör de helst drivas i offentlig regi.

Psoriasisförbundet menar att deras verksamhet tillhör den högspecialiserade vården, men att den ändå lämpar sig för alternativa ägar- och styrformer.

Östersunds kommun påpekar att det ur ett glesbygdsperspektiv kan vara svårt med vårdgivarval.

Sveriges Läkarförbund anser att hus- och familjeläkarssystemet ska styras av aktiva val från befolkningens sida, inte genom upphandling. Tiden för upphandlade avtal är för kort och medför att investeringar uteblir och därmed utveckling av verksamheter.

3.7.2 Utredningens kommentar kring planering, konkurrens och friare vårdgivarval

Sammantaget ger yttrandena ett tydligt stöd för tanken att olika former av omsorg, hälso- och sjukvård kan behöva olika slags reglering för organisation, styrning och upphandling.

Några yttranden påpekar att nivågruppering inom vården kan skapa låsningar i systemet och därmed motverka en positiv utveckling.

Användningen av begreppet vårdgivarval i stället för begreppet kundval har inte särskilt kommenterats. Utredningen menar att vårdgivarval bättre speglar relationen mellan patient och vårdgivarna. Begreppet kund speglar inte relationen mellan vårdgivaren och patient eller vårdtagare.

Utredningen anknyter i sitt förslag till reglering till det presenterade schemat. De uppgifter inom vården som förutsätter planerad samverkan får enligt utredningens förslag inte överlåtas till privata entreprenörer.

Utredningens överväganden angående vårdgivarval redovisas i följande kapitel i anslutning till en diskussion om upphandling och andra faktorer inom vården som påverkar villkoren för organisationer utan vinstsyfte och små företag.

4 Villkor för organisationer utan vinstsyfte och för små företag

I utredningens uppdrag ingår att analysera situationen för personalkooperativ, andra ekonomiska eller ideella föreningar och små företag som verkar eller vill verka inom hälso- och sjukvården.

Flera typer av organisationer bedriver vård och omsorg. De benämns varierande med begrepp som frivilligorganisationer, ideella organisationer, kooperativ, idéburna organisationer och folkrörelser. I andra sammanhang används begreppet non-governmental organisations, NGO, ofta översatt till icke-statliga organisationer. Inom Europeiska unionen betecknar begreppet social ekonomi verksamheter som drivs i privata, i regel i kollektiva former, med i första hand sociala och inte ekonomiska syften. I andra internationella sammanhang talas om det civila samhället, civil society, med liknande innebörd.

Utredningen använder begreppet *organisationer utan vinstsyfte*, OUV, för alla typer av organisationer och företag som utan enskilt vinstintresse driver någon form av samhällelig, social verksamhet.

I många länder svarar sådana organisationer för stora, i vissa fall dominerande delar, av den allmänna sjukvården. Stiftelser, kooperativ eller organisationer med religiös eller humanitär grund äger och driver sjukhus och andra vårdinstitutioner. Verksamheterna drivs utan vinstsyfte. Överskott behålls för investeringar och utveckling av verksamheten eller avsätts för andra humanitära eller allmännyttiga ändamål.

I Sverige drivs ett fåtal sjukhus, Ersta, Röda Korsets sjukhus, Spenshult, Vidarklinikerna m.fl., av organisationer utan vinstsyfte. Även inom andra delar av vård och omsorg svarar vårdgivare utan vinstsyfte för mycket begränsade delar av verksamheten. Den snabba ökningen av privat driven vård har i huvudsak skett genom kommersiella vårdföretag. Omfattningen av vård genom organisationer utan vinstsyfte har däremot varit i stort sett oförändrad. De

kommersiella privata vårdföretagen har svarat för expansionen och bland dem sker en koncentration till ett fåtal stora företag.

4.1 Motiv för att stödja nya vårdgivare

Utvecklingen visar att organisationer och små företag har svårt att starta och utveckla verksamhet inom hälso- och sjukvården. Villkoren är inte goda. I idébetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002:31) redovisades bakgrund och orsaker.

En viktig förklaring finns i den svenska hälso- och sjukvårdens tradition och historiska uppbyggnad. Vård och omsorgsverksamheter har från reformationen och framåt i huvudsak varit ett gemensamt samhälleligt ansvar. Det är också i den traditionen som ansvarsförhållanden, organisation, ägarskap och regelverk utvecklats. Historien går inte att ändra på, men lagar, regelverk och inte minst attityder går att förändra.

Samhället har starka skäl att söka förbättra villkoren för organisationer utan vinstsyfte och deras möjlighet att medverka i hälso- och sjukvården och i kommunernas omsorgsverksamhet.

- För att motverka koncentrationen bland de privata vårdföretagen behövs nya vårdgivare för att bibehålla och utveckla mångfald.
- Vårdverksamheter som drivs genom föreningar och organisationer kan i högre grad mobilisera kompletterande, frivilliga insatser.
- I ett samhälle med större etnisk, kulturell och religiös mångfald behöver vården kunna möta skilda språkliga och kulturella behov. Möjlighet för olika grupper i samhället att direkt och med eget ansvar driva vårdverksamhet kan bidra till lösningar.
- I takt med vårdens och politikens specialisering har sambanden mellan ansvar och rättigheter försvagats. Vårdverksamhet genom organisationer utan vinstsyfte kan bidra till att återskapa demokratisk delaktighet och ansvar.

Solidaritet och subsidiaritet – delaktighet och ansvar

Inom hälso- och sjukvården liksom i de flesta andra samhällsområden handlar politik om avvägningar mellan rättvisa och frihet. Rättvisan får inte drivas så långt att individers och gruppers vilja och förmåga att ta ansvar för sin egen och närståendes hälsa, omsorg och omvårdnad undergrävs. Friheten och det egna ansvaret får å andra sidan inte leda till att solidariteten sätts ur spel.

Efter inträdet i EU möter vi i Sverige oftare begreppet subsidiaritet. Frågor skall avgöras på rätt beslutsnivå. Subsidiaritet har också innebörden att värna individers och gruppers ansvar och förmåga till egna lösningar, men autonomi får inte leda till ren egoism. Subsidiaritet balanseras av samhällets solidaritet så att rättvisa upprätthålls och inga lämnas utan samhällets stöd.

I den svenska hälso- och sjukvården anger den nationella politiken normer om vård på lika villkor. Riksdagen beslutar om utjämningsystem och bidrag för att tillgången till ekonomiska resurser skall stå bättre överensstämmelse med behoven. Därefter kan landsting och kommuner genom den kommunala självstyrelsen besluta och forma sina organisationer efter skilda befolkningsmässiga, geografiska och andra förutsättningar.

Idéburna organisationer, brukare- eller patientgrupper, etniska eller religiösa grupper eller personalkooperativ som vill verka inom vård och omsorg kan ses som ytterligare ett steg för autonomt ansvarstagande, men med samma etiska grundade restriktion – autonomt ansvar får inte utvecklas till gruppegoism.

4.2 Egen verksamhet eller entreprenad?

En bedömning av samhällets villkor när olika organisationer vill verka inom vården måste ta hänsyn till skillnader i identitet och grundläggande motiv. Både tanke och lösningar leder fel om stat, landsting eller kommun inte ser eller anser sig kunna acceptera skillnaderna i utgångspunkt mellan det civila samhällets aktörer och marknadens aktörer, dvs. de kommersiella vårdföretagen.

Patientföreningar och patientkooperativ har som en självklar utgångspunkt att ge vård och utveckla vårdformerna för sin egen patientgrupp. Invandrарorganisationers drivkraft är att på liknande sätt tillgodose specifika vårdbehov hos t.ex. de äldre i den egna gruppen.

Kooperativa rörelser som HSB och KF bildas primärt för att tillgodose medlemmarnas behov. Det är emellertid inget stort steg att erbjuda sina tjänster även utanför medlemskretsen.

För religiösa organisationer finns båda tendenserna. Kyrkornas diakonala verksamhet, deras stöd till hemlösa och vården på t.ex. Ersta sjukhus är tillgänglig för alla. I andra fall t.ex. ett äldreboende i ett trossamfunds regi kan motivet vara att forma en specifik profil och vårdmiljö anpassad främst till medlemmar.

I den mån villkoren för OUV skall förändras och förbättras behövs en grundligare diskussion, i första hand hos beställarna, om innebörden i begreppet mångfald och om formerna för upphandling och andra relationer. Mångfald bör betyda mer än att skilda entreprenörer utför av beställarna angivna tjänster. Mångfald bör för att ge verklig valfrihet ha innebörden att olika aktörer med skilda arbetsformer, verksamhetsidéer eller vårdideologier får möjlighet att möta olika individers och gruppers behov och forma alternativa miljöer.

Identitet och möjlighet till upphandling

Relationen mellan beställare och utförare har bl.a. genom lagstiftningen och formerna för upphandling i huvudsak utvecklats enligt entreprenörsmodellen. Landstingen och kommunerna definierar i ett anbudsunderlag den uppgift som man vill överlämna till en privat vårdgivare.

Det finns, som ovan nämnts, organisationer utan vinstsyfte som efter upphandling driver entreprenader och som kan göra det utan att förändra sin identitet. Men det finns också omvända exempel. Inom olika typer av organisationer förs diskussioner huruvida rollen som entreprenör riskerar att utvecklas på bekostnad av organisationens idémässiga identitet, anknytningen till medlemskretsen och annat som utgör organisationens ursprungliga kärna.

Kan man upphandla antroposofisk vård i konkurrens? Hur värdesätts demokratisk delaktighet, värdet av kompletterande frivilliginsatser eller specifik arbetsformer i ett upphandlingsförfarande?

Dessa och andra frågor pekar på svårigheterna att i upphandling engagera organisationer utan vinstsyfte i vård och omsorg eller andra samhällstjänster.

4.3 Kontinuitet och lokal förankring

Entreprenader är tidsbegränsade. Vårdavtalen sträcker sig över en avtalsperiod, ibland med viss möjlighet till förlängning. Vid nästa upphandling kan uppgiften övergå till annan entreprenör.

Bristen på kontinuitet är ett problem för alla, men för de stora vårdföretagen mer överkomligt. De har en samordnande ledning och struktur och därför möjligt att söka uppgifter och kontrakt på andra håll. Organisationerna och även de små privata företagen och personalkooperativen är på annat sätt geografiskt bundna.

Upphandlingssystemet och den osäkerhet det skapar, i synnerhet för geografiskt bundna organisationer och företag, är en viktig förklaring till att den privat drivna vården i så hög grad koncentreras till ett fåtal stora vårdföretag.

Korta avtalstider bäddar för återkommande perioder av osäkerhet. Det gäller för entreprenören, vare sig det är en organisation eller ett företag, men också för personal, patienter och vårdtagare. Inför en ny upphandling ställs något år innan en avtalsperiods slut nya frågor om framtiden. Leder upphandling till skifte av entreprenör följer en ny period av omställning.

Mångfald och kontinuitet

Både frågorna om mångfaldens innebörd och frågan om upphandling och kontinuitet får olika svar beroende på vilka former av vård och omsorg som avses.

För den avancerade sjukhusvården och akutsjukvården finns vare sig möjligheter eller motiv att betjäna skilda grupper. Sett från patienternas perspektiv är kontinuitet viktig, men vårdbehoven är i de flesta fall ändå tillfälliga och tidsmässigt avgränsade.

För andra vårdförlopp som t.ex. omsorg, viss rehabilitering eller palliativ vård kan finnas starkare motiv för att vårdformer utvecklas som mer varierat kan möta olika individers och gruppers behov. Liknande motiv växer fram från ett ökat intresse för alternativmedicin och andra vårdfilosofier.

Utredningen har i tidigare avsnitt sökt att visa hur möjligheterna till marknadslika villkor och därmed förutsättningarna för konkurrens och upphandling varierar inom vården. Möjligheterna påverkas av vad olika vårdtjänster representerar i form av faktorer som volym, antal patienter, känd och etablerad behandling, tidsaspekter

för akut respektive planerad vård osv. Upphandlingsformens påverkan på värden som kontinuitet och mångfald varierar också mellan olika vårdtjänster.

Nya behov – nya verksamheter

Ytterligare en aspekt är den roll som organisationer utan vinstsyfte och de små vårdföretagen kan ha som innovatörer inom vården. Eftersom vården i huvudsak byggts upp och drivs offentligt har organisationerna endast marginellt etablerat verksamhet inom vårdområden som redan täckts in i ett offentligt åtagande. Rollen som intressegrupp och opinionsbildare har varit den naturliga.

Undantagen har främst funnits när offentliga organ inte upptäckt eller klarat att möta nya vårdbehov som uppstått i samhället eller det från det offentliga sida bedömts vara mer lämpligt att verksamhet drivs i annan form.

Även under senare årtionden har en rad sådana verksamheter initierats av frivilligorganisationer. Några exempel är traumabehandling för asylsökande, vård för AIDS-sjuka, kvinnojourer, socialt och i vissa fall också medicinskt stöd till hemlösa. Ytterst sällan har initiativen gällt områden där det redan finns fungerande offentliga tjänster. Däremot finns många exempel där nya initiativ utvecklats av organisationer för att sedan övertas i offentlig regi för att bli mer allmänt tillgängliga.

Ingen kan beställa de ännu ej etablerade vårdtjänsterna. Det bör därför också finnas beredskap och möjligheter för landsting och kommuner att obundet från regler för upphandling stödja initiativ att utveckla nya metoder och verksamhetsformer.

4.4 Bättre villkor för OUV och för små företag

Utvecklingen under 1990-talet visar, trots tal om att gynna en utvecklad mångfald, att villkoren för små företag och för organisationer utan vinstsyfte att medverka i hälso- och sjukvården och i kommunernas omsorg inte är goda.

Om villkoren inte ändras kommer koncentrationen mot större och färre företag eller företagsgrupper bland de privata vårdgivarna att fortsätta. Det kan i sin tur få som resultat att landsting och kommuner blir mer restriktiva att lämna ut verksamheter till upp-

handling. I vissa fall i brist på anbudsgivare och i andra fall för att man inte vill bidra till ytterligare koncentration bland de privata företagen.

Avknoppning till nya företag genom personalkooperativ har i flera fall avbrutits med hänvisning till krav på upphandlingsförfarande. I några fall har överföring av verksamhet från förvaltningsdrift till kommunalägt bolag stoppats eller återtagits med hänvisning till att bolagsbildningen i nästa steg leder till krav på upphandling.

Tillspetsat kan sägas att reglerna för upphandling hämmar framväxten av nya vårdgivare och i vissa fall bromsar upphandlingar. En rad organisationer och vårdgivare tar i sina yttrande till utredningens idébetänkande upp kritiska frågor om upphandlingslagstiftningens tillämpning inom vården och konsekvenser av detta – se bilaga 2. Flera yttranden föreslår en översyn av upphandlingslagstiftningen inom vård och omsorg.

Mångfald utan konkurrens

Vårdgivare utan vinstsyfte, såväl kooperativa som ideella, har verksamhet framförallt inom äldreomsorg, annan omsorg och olika former av rehabilitering. Patientorganisationer och brukarkooperativ driver vårdverksamhet för sina patientgrupper.

Det är också i sådana verksamheter, med ofta relativt längre vårdtider och särskilda behov av aktiv patientmedverkan, som patientens möjlighet till eget aktivt val av vårdgivare bör ha särskilt stort värde.

Det fria vårdvalet och en nationell vårdgaranti öppnar för valmöjligheter, men skall det ge förutsättningar för genuina val mellan vårdgivare med olika inriktning eller metoder behövs nya former för upphandling.

Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) betonar de små företagens, kooperativens och andra föreningars viktiga roll i vården. I vår utrednings direktiv sägs att deras möjlighet att konkurrera om uppdrag inom hälso- och sjukvården är avgörande för att en ökad mångfald skall kunna förverkligas. Konkurrens ses som en förutsättning för mångfald.

Vårdsystemen i länder med lång tradition av mångfald har emellertid i regel få eller inga inslag av upphandling med konkurrens

mellan vårdgivarna. Vårdgivarna ersätts enligt generella normer och taxor. Avtalen är en form av samverkansavtal. Konkurrensen i systemen handlar om vilka val patienterna gör (SOU 1999:149 s. 301 ff.).

Upphandlingskommittén

Formerna för upphandling av vårdtjänster som utvecklats i Sverige är, vilket också framförs i flera yttranden, ett avgörande hinder för OUV:s och små företags medverkan i olika vårdtjänster.

Motsvarande bedömningar har gjorts i tidigare utredningar och olika förslag har förts fram till regeringen.

Upphandlingskommittén pekar på behovet att ge upphandlande enheter utrymme att tillämpa en positiv särbehandling av icke-vinstsyftande leverantörer. Kommittén anser även att det är motiverat att underlätta för religiösa och andra idéburna organisationer att vara leverantörer inom ramen för den sociala ekonomin (SOU 2001:31, s. 329).

För att stimulera framväxten av nya aktörer föreslog kommittén bl.a. att personalen eller en personalgrupp skall ha möjlighet att utan upphandling ta över en verksamhet för en period av högst fem år.

Kommittén föreslog också att den upphandlande enheten skall kunna uppställa som krav vid en upphandling att utförandet av tjänsten endast får överlämnas till ett bolag, en förening, en stiftelse eller annan som driver verksamheten utan syfte att skapa vinst åt ägaren eller motsvarande intressent (SOU 2001:31 s. 323).

Upphandlingskommittén gör bedömningen att förslaget är förenligt med EG-rätten och LOU och att kravet att verksamheten inte skall vara vinstsyftande inte är oförenligt med kraven på affärsmässighet och förbudet mot att ta ovidkommande hänsyn. Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster samt socialtjänst faller utanför EG-direktivens tillämpningsområden, men nationella bestämmelser finns i 6 kap. LOU (SOU 2001:31 s. 331).

Kommittén pekade också på att bestämmelsen inte inkräktar på den kommunala självstyrelsen. Bestämmelsen ger en möjlighet för landsting och kommuner, där det råder tveksamhet till privata vinstintressen inom vård och omsorg, att introducera alternativa driftsformer.

4.5 Former för upphandling

Det är också vår utrednings bedömning att formerna för upphandling har avgörande inverkan på hur villkoren är och uppfattas av olika aktörer inom hälso- och sjukvården och i kommunernas omsorg. I sin nuvarande tillämpning blir formerna för landstingens och kommunernas upphandlingar i många fall effektiva hinder för nya aktörer och nya företag. Den viktigaste åtgärden för att förbättra villkoren för organisationer utan vinstsyfte och små företag att medverka i vård- och omsorgstjänster är därför förändringar i formerna för upphandling.

Utredningen har diskuterat ett antal förslag till förändringar. Det gäller former för upphandling, men också frågor om kapitalbildning, kompetensutveckling och stöd till samverkan, liksom behovet av bättre kontakter med beställarorganisationerna och med forskningen. Till stor del berör dessa frågor på likartat sätt såväl organisationer utan vinstsyfte som små företag.

4.6 Vårdgivarval

Vår utredning behandlade i idébetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002:31) under begreppet vårdgivarval system motsvarande s.k. kundval eller checksystem. I stället för kundval anser vi att begreppet vårdgivarval på ett bättre sätt speglar relationen mellan patient och vårdgivare.

Kundbegreppet ger relationen mellan vårdgivare och patienter eller vårdtagare en felaktig ekonomisk, marknadsmässig innebörd. Patientens eller anhörigas insatser och det frivilliga sociala arbetet tangerar och samverkar löpande med den vård och omsorg som samhället ger. Samhällets resurser skall inte ersätta medborgarnas ansvar och omsorg, men skall alltid träda in när dess insatser behövs.

Verksamheter inom hälso- och sjukvården och i kommunernas omsorg varierar ifråga om vårdtider och graden av patientens eller vårdtagarens medverkan. Omsorgsverksamhet och många former av rehabilitering har tidsaspekter och behov av medverkan från vårdtagare, patient och anhöriga, som i särskild grad gör möjligheter till egna val av vårdgivare värdefulla.

Mångfald, valfrihet och kontinuitet gynnas om patienter och vårdtagare, så långt det är möjligt, kan välja sin vårdgivare.

Vårdgivarval ger patienter större egna valmöjligheter. Systemet främjar konkurrens med fokus på kvalitet och bemötande. För såväl vårdgivare som patienter skapas förutsättningar för kontinuitet. Den verksamhet som etableras har inte ett tidsperspektiv begränsat till en given avtalsperiod, utan bör kunna fortgå så länge den uppfyller ställda kvalitetskrav, klarar sin ekonomi och i tillräcklig omfattning väljs av patienter eller vårdtagare.

Systemet är bättre anpassat till förhållanden för små företag eller organisationer utan vinstsyfte, som i regel är geografiskt bundna.

Villkor för vårdgivarval

Ett ökande antal kommuner prövar och utvecklar system med vårdgivarval för olika typer av omsorgstjänster, främst inom äldreomsorg och hemtjänst. Liknande ersättningssystem finns inom hälso- och sjukvården för t.ex. sjukgymnastik och psykoterapi.

Förutsättning för vårdgivarval är en från de aktuella vårdgivarna oberoende bedömning av den enskildes vård- eller omsorgsbehov. För äldreomsorgen sker det genom biståndsbedömningen som avgör behovet av service och omsorg. Inom hälso- och sjukvården får läkarens remiss eller försäkringskassans bedömning av t.ex. rehabiliteringsbehov motsvarande innebörd.

Ersättningen till vårdgivarna är därefter enhetligt fastställda och baserade på t.ex. beräkningar av kostnader för motsvarande tjänster i egen regi eller med ledning av de nivåer för ersättning som i en tidigare fas framkommit efter upphandling.

Landstingen eller kommunen tecknar avtal med vårdgivare varefter patient eller vårdtagare själv eller genom anhörig eller annan väljer. Huvudmännen skall granska och kontrollera kvalitet etc. De bör också för att hindra överetablering och för stort utbud, ha en möjlighet till någon form av etableringskontroll. Antalet vårdgivare måste stå i rimlig proportion till de behov som finns. För att värna mångfald och kvalitet bör de även kunna ange tak för antal patienter en vårdgivare får ta emot.

Skyddet mot att de mest vårdkrävande väljs bort av vårdgivare bör säkras. Det kan ske genom variation i ersättningar så att de mest behövande i första hand får den omvårdnad, omsorg och rehabilitering han eller hon behöver. Vårdgivares möjlighet till selektion av patienter bör begränsas. Om de har platser skall de inte ha rätt att avvisa vårdtagare, som söker deras tjänster.

Ett utvidgat användande av vårdgivarval är, enligt utredningens bedömning, den enskilt viktigaste åtgärden för att förbättra villkoren för organisationer utan vinstsyfte och för små företag att verka inom vård och omsorg.

Vårdgivarval inom andra områden

Husläkare- eller familjeläkaresystem där vårdgivaren till stor del ersätts efter antalet listade dvs. genom kapitationsersättning, har principiellt stora likheter med vårdgivarval. För väl etablerade former för medicinsk behandling bör det praktiskt också vara möjligt med ersättning efter vårdgivarval. Det fria vårdvalet och en nationell vårdgaranti har likheter som system. Ersättningen följer patientens val.

Det råder emellertid oklarhet om hur systemet passar in i upphandlingslagstiftningen. Det nu vanligast förekommande är att upphandlingen görs i form av ett antal parallellt upphandlade ramavtal, som sedan utgör valalternativ för den enskilde.

Upphandlingskommittén noterar att kommuner som infört systemet eller som överväger ett införande uppfattar upphandlingen som en onödig omgång. Vårdgivarval bör ge möjlighet till successivt inträde i systemet, medan LOU kräver bestämd avtalstid och upphandling med jämna mellanrum. Det är emellertid, anser Upphandlingskommittén, möjligt att genomföra successiva ramavtalsupphandlingar, där privata utförare får lämna anbud och prövas i vanlig ordning enligt LOU och den enskilde får ”avropa” på de ramavtal som upphandlats.

Ett för vårdgivarval mer lämpligt förfarande vore emellertid önskvärt. Upphandlingskommittén och andra utredningar har liksom regeringen (prop. 2001/2002:142) uttalat sig för att kundvals- eller vårdgivarvalssystem inom bl.a. äldreomsorg och sjukvård bör utredas särskilt.

Vår utredning understryker detta behov, med särskild betoning av att systemet förbättrar villkoren för organisationer utan vinstsyfte och små företag att medverka i hälso- och sjukvården och i kommunernas omsorg.

4.7 Upphandling och organisationer utan vinstsyfte

Upphandlingskommittén har tidigare föreslagit att landsting och kommun skall ha möjlighet att vid upphandling av vårdtjänster avgränsa upphandlingen till vårdgivare som driver sin verksamhet utan privat vinstsyfte. Förslaget syftar till att vidga antalet aktörer och att motverka koncentrationstendenserna bland de privata vårdgivarna. Det skulle också ge landsting och kommuner, där det finns motstånd mot privat vinstintresse inom vård och omsorg, en möjlighet att pröva alternativa driftsformer.

Förslaget mötte motstånd från en remissopinion, som till stor del representerade privata kommersiella vårdgivare. Invändningar restes också med hänvisning till EG-rätten.

Ett genomförande av förslaget skulle emellertid inte begränsa utan istället öka mångfalden inom vården genom att stimulera framväxten av nya vårdgivare.

Det finns emellertid, enligt utredningens mening, också möjligheter för upphandlande enheter att, när så är önskvärt, inom ramen för gällande lagstiftning i sina upphandlingar ge större vikt till de specifika värden som organisationer utan vinstsyfte och små företag kan representera i vården.

Lokal kännedom, frivilliginsatser etc. kan vägas in

Upphandlingarna i konkurrens sätter starkt fokus på det direkt mätbara och jämförbara. Anbudsunderlagen är i dessa avseenden ofta så detaljrika att de för utformningen av anbud kräver omfattande juridisk och ekonomisk kompetens.

Organisationer utan vinstsyfte kan tillföra en vårdverksamhet kompletterande värden som förankring i lokalsamhället, medlemmars frivilliga insatser, kopplingar till annan social eller kulturell verksamhet osv. Sådana kvaliteter efterfrågas i regel inte i underlagen och ingår därför inte heller i bedömningen av anbud.

Vid upphandling av vård- och omsorgstjänster bör landsting och kommuner, som meriterande villkor, kunna lyfta fram sådana och liknande andra värden för verksamheten.

4.7.1 I stället för upphandling – stöd genom bidrag

Inom många områden ger samhället stöd till organisationer för olika typer av samhällsinsatser utan att det sker en upphandling. Staten, landsting eller kommun ger stöd i form av specifika eller generella bidrag. För insatser för hemlösa, nykterhetsvård, kvinnojourer, integration m.m. får stödet i regel formen av bidrag. Även inom skolväsendet har stödet till fristående skolor formen som bidrag.

Det finns på liknande sätt verksamheter inom vård och omsorg där bidrag är en mer relevant form för ersättning. Det gäller t.ex., som ofta skett, när organisationer upptäcker nya vård- eller omsorgsbehov och etablerar ny verksamhet för att möta dessa behov. På liknande sätt kan en organisations verksamhet inom vården, som utgår från idé-, metodmässig eller annan särart, vara svår att upphandla. Landsting och kommuner skall i sådana fall kunna stödja verksamheten genom bidrag.

4.8 Andra områden där villkor kan förbättras

4.8.1 Kapitalförsörjning

Möjligheterna till kapitalförsörjning bör förbättras för organisationer utan vinstsyfte och för små företag, som vill verka inom vården.

Vårdgivare utan vinstsyfte kan till skillnad mot vinstsyftande bolag inte söka sig till aktiemarknaden och riskkapital för finansiering av investeringar och rörelsekapital. Även för banker och andra låneinstitut är kooperativ, ekonomiska föreningar, stiftelser ovana företeelser. Korta tider för vårdavtal försvårar möjligheten att få fram kapital för investeringar. Betalningsöverenskommelser i avtalen påverkar behovet av rörelsekapital.

Länder med betydande inslag av vårdgivare utan vinstsyfte har olika system för att underlätta kapitalförsörjningen. Exempel är lånemöjligheter där räntan är skattefri för långivarna, skatteavdrag för gåvor och donationer, skattefrihet för överskott som används för utveckling. För Sveriges del får modeller sökas som svarar mot vår tradition och skattelagstiftning.

4.8.2 Nätverk och samverkan

En orsak till koncentrationen bland de kommersiella vårdföretagen är bl.a. utvecklingen av samordnade lösningar för inköp, ekonomi-administration, juridisk kompetens, avtalsteknik, hantering av anbud, IT- och informationssystem.

Vårdgivare utan vinstsyfte och de små företagen har sina fördelar främst genom småskaligheten och att verksamheten utvecklas och leds nära patienterna och brukarna. För en rad funktioner, de ovan nämnda och andra, behöver de emellertid nätverk eller andra former för samverkan.

Det gäller utbildning, och kompetensutveckling, juridiskt stöd och ekonomiskt stöd vid upphandlingar och behov av att synliggöra verksamheterna för bl.a. beställarna.

Organ för samverkan finns redan. Föreningen Kooperativ utveckling och lokala kooperativa utvecklingscentra söker på olika sätt främja lokala initiativ. Liknande roller har Folkrörelserådet Hela Sverige skall leva och Hushållningssällskapen. Samordning och stöd finns också att hämta hos ESF-rådet och de europeiska strukturfonderna som i sin tur lämnat uppdrag vidare till olika lokala organ. Kooperativa rådet har varit ett forum för samråd mellan statsmakterna och kooperativa organisationer. Där finns också Kooperativa Institutet, Koopi, Kooperationens utvecklingsinstitut och Medicoop, en branschorganisation för kooperativa hälso- och sjukvårdsföretag.

Socialstyrelsen har till sig knutit ett råd med frivilligorganisationer. Andra samverkansorgan är Forum för frivilligt socialt arbete och organisationen Ideell Arena. Konferensen om social ekonomi år 2001 förbereddes av en nationalkommitté med bred uppslutning från folkrörelserna.

Tre arbetsgivarorganisationer; Arbetsgivaralliansen, Idea och KFO, Kooperationens Förhandlingsorganisation, har också tagit på sig samordnande uppgifter vid sidan av sina huvuduppdrag som arbetsgivar- och förhandlingsorganisationer.

Det är angeläget att hitta former för att fortsatt stödja utvecklingen av nya arbets- och organisationsformer som kan bidra till mångfald. Samtidigt bör sådant stöd utformas så att det bidrar till bättre kontakt och samverkan mellan de olika organisations- och associationsformer som tillhör kretsen organisationer utan vinstsyfte, OUV.

4.8.3 Drivkrafter – för det allmännas bästa

All verksamhet behöver motivation och drivkrafter. För vinstsyftande verksamhet är just vinsten en stark och tydlig drivkraft. Men vilka är drivkrafterna för en verksamhet utan vinstsyfte?

I länder där organisationer utan vinstsyfte spelar en större roll för välfärdstjänsterna främjas på olika sätt människors engagemang i organisationer som bidrar till det allmännas bästa. I t.ex. Kanada ingår socialt frivilligarbete som en del i gymnasieskolans scheman och liksom i USA utgör frivilligarbete och insatser inom de icke-vinstsyftande verksamheterna en merit för högre studier och värderas också av arbetsgivarna.

Det finns också i Sverige exempel där en gymnasieskola lägger in sociala frivilliginsatser som en del av utbildningen.

4.8.4 Forskning och utveckling

Organisationer utan vinstsyfte inom vården behöver få möjlighet till forskning och ett utvecklingsarbete som tar sikte på specifika vårdinriktningar och behandlingsformer. Dessutom finns behov av särskild kunskap och utbildning för att leda organisationer utan vinstsyfte.

Samverkan och kontakt med den statliga forskningen och med universitetssjukhusen bör vara till ömsesidig nytta. Intressanta forsknings- och utvecklingsmiljöer kan utvecklas i kontakt med likartade institutioner i andra länder och i Sverige med de fristående högskolor som etablerats med olika organisationer som huvudmän.

Forskningen om organisationer utan vinstsyfte och det sociala frivilligarbetet som bedrivs vid Ersta-Sköndals högskola i samverkan med Handelshögskolan i Stockholm och med forskningsorgan i andra länder är ett exempel på vad som är möjligt. Ett annat är det program för ledarutveckling som sedan några år drivs av Ideell Arena.

4.9 Associations- och företagsformer

Verksamheter utan vinstsyfte drivs i många associations- och företagsformer; förening, ekonomisk förening, stiftelse eller som aktiebolag. Det är viktigt att det finns företagsformer för

verksamhet utan vinstsyfte som är tydliga, kontrollerbara och möjliga att behandla likvärdigt i skatte- och annan lagstiftning.

En särskild utredning har nu uppdrag att lägga förslag till en form av aktiebolag, där associationsformen varaktigt säkrar att en verksamhet drivs utan vinstsyfte.

Utredningen skall vidare utröna behovet av andra slag av särbestämmelser som kan göra företagsformen attraktiv och peka ut tänkbara incitament att bedriva verksamhet i den nya företagsformen (dir. 2002:30).

En viktig aspekt, sett från vårdsektorns perspektiv, är att en ny sådan associationsform ger möjligheter till koncernbildning, samverkan och samägande.

4.10 Översyn av villkoren för OUV och små företag

Koncentrationstendenserna bland de privata vårdföretagen är starka och motverkar förutsättningarna att nå mål om större mångfald.

Former för upphandling, kapitalförsörjning och förutsättningarna för nätverk och samverkan påverkar möjligheterna för små företag och organisationer utan vinstsyfte att etablera verksamhet inom hälso- och sjukvård och i omsorgsverksamhet. Möjligheter till medverkan i forskning, utveckling och utbildning är andra faktorer som avgör hur förutsättningarna för denna typ av organisationer och företag utvecklas. Regeringen bör överväga en översyn av villkoren.

5 Utgångspunkter för utredningens förslag

5.1 Bakgrund

5.1.1 Sjukhus eller sjukvård

Landstingens hälso- och sjukvård kan indelas på flera sätt. Man kan ta sikte dels på de enheter där verksamhet bedrivs som vårdcentraler och olika typer av sjukhus och dels efter en beskrivning av den vård som erbjuds som primärvård, specialiserad vård och högspecialiserad vård.

Vårdenheter

I utredningens tidigare betänkande *Vinst för vården* (SOU 2002:31) konstaterades att begreppet sjukhus inte är definierat. Av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, framgår att det skall finnas sjukhus för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning. I statistiska och andra sammanhang delas ofta sjukhus upp i länsdelssjukhus, länssjukhus och region- eller universitetssjukhus. Vid samtliga dessa typer av sjukhus finns platser för korttidsvård. Sjukhusbenämningarna tar inte enbart sikte på den vård som bedrivs utan lika mycket på indelning av sjukhusens upptagningsområde. Vård som brukar betecknas som specialiserad bedrivs vid samtliga angivna typer av sjukhus medan den högspecialiserade vården som regel är koncentrerad till region- eller universitetssjukhus. Vid de länsdelssjukhus där akutmottagningarna lagts ned har verksamheten i övrigt fortsatt. Har sjukhuset kvar korttidsvårdplatser fortsätter det att betraktas som länsdelssjukhus.

Regeringen får enligt 9 § HSL förskriva att landet skall delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting. Landstingen skall samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård. Landet är indelat i sex regioner med ett eller två

regionsjukhus i varje. I de olika regionerna finns samverkansnämnder och landstingen inom respektive region har slutit avtal om regional samverkan. Samarbetet mellan regionerna regleras delvis av ett riksavtal som tillkommit på initiativ av Landstingsförbundet och godkänts av landstingen.

Regionsjukhusen är följande:

- Huddinge universitetssjukhus och Karolinska sjukhuset i Stockholmsregionen, (Stockholm-Gotland),
- Akademiska sjukhuset och Universitetssjukhuset i Örebro i Uppsala/Örebroregionen,
- Universitetssjukhuset i Linköping i Linköpingsregionen, (Sydöstra sjukvårdsregionen),
- Universitetssjukhuset MAS och Universitetssjukhuset i Lund i Lund/Malmöregionen, (Södra regionen),
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborgsregionen, (Västra sjukvårdsregionen),
- Norrlands Universitetssjukhus i Umeåregionen, (Norra sjukvårdsregionen).

Vårdnivåer

Sjukvården delas även upp efter grad av specialisering och delas då ofta upp i primärvård och specialiserad vård med högspecialiserad vård. Primärvårdens uppdrag definieras i HSL som en del av den öppna vården som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupp skall svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusen tekniska resurser eller annan särskild kompetens. I samband med att primärvårdens uppdrag definierades i HSL framhöll regeringen (prop. 1994/95:195) att organisationsformen är av underordnad betydelse och att driftsformerna kan variera. Det viktiga och avgörande sades vara verksamhetens inriktning, innehåll och

kvalitet. Primärvården utgör en vårdnivå och inte en bestämd organisatorisk form.

Den specialiserade vården brukar anges som den andra vårdnivån men den beskrivs inte i HSL. En policygrupp har för landstingsförbundet tagit fram begrepp att användas i hälso- och sjukvårdstatistiken. Specialiserad vård beskrivs där som hälso- och sjukvård som utgör den andra vårdnivån och som omfattar medicinsk utredning, behandling och omvårdnad som kräver mer specialiserade insatser samt större tekniska och personella resurser än primärvården (Nationella termer med definitioner och regelverk inom hälso- och sjukvårdsstatistiken; Landstingsförbundet 1998).

Begreppet högspecialiserad vård är inte definierat i HSL eller i någon form av offentligt tryck. Det används ofta som en beteckning på nyskapande eller forskningsintensiv sjukvård, och har tidigare använts synonymt med begreppet regionsjukvård. I regeringens proposition om regionsjukvården (1980/81:9) definieras denna som vård av det fåtal patienter, som erbjuder speciellt svårbemästrade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning som är dyrbar eller svårskött. Hit räknas också sjukdomstillstånd, som uppträder så sällan att man på länsnivå inte får erfarenhet av hur de bör behandlas.

5.1.2 Överlämnande av uppgifter inom hälso- och sjukvården

Förutsättningarna för landsting att överlämna uppgift till annan framgår i avsnittet 6.4 i utredningens tidigare betänkande (SOU 2002:31). Enligt 3 § tredje stycket HSL, får ett landsting sluta avtal med annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen. Uppgift som avser myndighetsutövning får inte överlämnas med stöd av bestämmelsen. Inom hälso- och sjukvården förekommer myndighetsutövning framförallt inom den psykiatriska vården och inom smittskyddsområdet.

Kommunala entreprenader

Kommunallagen (1991:900), KL, innehåller särskilda bestämmelser om kommunala entreprenader, det vill säga när en kommun eller ett landsting lämnar över vården av en kommunal angelägenhet till någon annan än ett kommunalt hel- eller delägt bolag eller stiftelse. I propositionen Lokal demokrati (prop. 1993/94:188) anges att kännetecknande för kommunala entreprenader är att en kommun eller ett landsting anlitar en extern producent för en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi. Vidare konstateras att kommunen eller landstinget har kvar huvudmannaskapet och därigenom också det yttersta ansvaret för verksamheten och skall se till att den anlitate entreprenören uppfyller de bestämmelser som gäller för verksamheten.

Med entreprenad avses i detta betänkande att landsting, efter upphandling, lämnar över uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård till ett privaträttsligt subjekt som inte ägs av landstinget och att den aktuella vården är finansierad av landstinget. Vid entreprenader som är omfattande övertar entreprenören ofta en del av exempelvis landstingets verksamhet som ett sjukhus, en vårdcentral eller en klinik under samma tid som landstinget köper hälso- och sjukvårdstjänster från entreprenören. För patienterna innebär det ingen direkt förändring utan man fortsätter att ta kontakt med exempelvis samma sjukhus som tidigare. Landsting kan upphandla sjukvårdstjänster på motsvarande sätt även om entreprenören bedriver verksamheten i sina egna lokaler med sin egen personal. Det förekommer även att landsting upphandlar enstaka tjänster som ett visst antal operationer av en viss typ av ett privat sjukvårdsföretag och tjänsten utförs i landstingets eller entreprenörens egna lokaler.

Kommunallagens krav när verksamhet överlämnas till ett kommunalt bolag

Lämnar landsting över verksamhet till ett helägt bolag skall fullmäktige enligt 3 kap 17 § KL bestämma det kommunala ändamålet med verksamheten, utse samtliga styrelseledamöter, se till att fullmäktige får ta ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt fattas samt utse minst en lekmannarevisor. Landsting och kommuner får bedriva näringsverksamhet om den bland annat drivs utan vinstsyfte. Aktiebolagslagen (1975:1385), ABL, gäller även för de kommunala aktiebolagen. Aktiebolags verksamhet drivs i allmänhet i vinstsyfte men av 12 kap 1 § andra stycket ABL framgår att verksamheten kan ha ett annat syfte än att bereda vinst åt aktieägarna men att bolagsordningen då skall innehålla särskilda bestämmelser. I förarbetena till kommunallagen (prop. 1990/91:117) konstateras att det kommunala ändamålet kan preciseras så att grundsatserna som gäller för kommunal verksamhet som exempelvis likställighetsprincipen skall gälla för bolagets verksamhet. Vidare påpekas att det kan vara lämpligt att fullmäktige i t.ex. en bolagsordning tar in en bestämmelse om att bolaget inte skall drivas i vinstsyfte. Av 3 kap. 18 § KL framgår att innan vården av en kommunal angelägenhet lämnas över till ett bolag eller en förening där landstinget bestämmer tillsammans med någon annan, skall fullmäktige se till att den juridiska personen blir bunden av villkoren i 17 § i rimlig omfattning.

Kommunallagens krav när verksamhet överlämnas till privat företag

I kommunallagen finns bestämmelser som reglerar vad ett avtal med en entreprenör som inte är ett kommunalt hel- eller delägt bolag skall omfatta. Enligt 3 kap 19 § KL skall fullmäktige, innan vården av en kommunal angelägenhet överlämnas till någon annan, tillförsäkra kommunen eller landstinget en möjlighet att

kontrollera och följa upp verksamheten. I förarbetena förutsätts att villkoret uppfylls genom reglering i entreprenadavtalet (prop. 1993/94:188 s. 39 ff.). Där uttalas att avtalet bl.a. bör innehålla de kvantitativa och kvalitativa mål och riktlinjer som skall gälla för verksamheten. Vidare framgår att avtalet dessutom måste innehålla möjligheter för kommunen eller landstinget att häva avtalet, om verksamheten slår fel, liksom att kommunen eller landstinget skall ha rätt att följa och inspektera verksamheten. En kommun eller ett landsting skall dessutom, enligt 3 kap 19 a § KL, beakta intresset av att genom avtalet tillförsäkras information som gör det möjligt för allmänheten att få insyn i hur den kommunala angelägenheten utförs.

Annan lagstiftning av betydelse

Bestämmelser som riktar sig till alla vårdgivare påverkar förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård på uppdrag av landsting. De två viktigaste lagarna är hälso- och sjukvårdslagen och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS.

De inledande bestämmelserna i HSL med bland annat stadgandet om att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård samt gemensamma bestämmelser om patientansvarig läkare, ledning av hälso- och sjukvård, kvalitetssäkring och underrättelseskyldighet gäller all hälso- och sjukvård.

I LYHS anges att med vårdgivare avses i lagen fysisk och juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård. Lagen innehåller bland annat regler om hälso- och sjukvårdspersonals skyldigheter, legitimationer och behörighetsregler samt bestämmelser om Socialstyrelsens tillsyn. All hälso- och sjukvård och dess personal står, med undantag av Försvarmakten, under tillsyn av Socialstyrelsen. Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av denna tillsyn skall anmäla detta till Socialstyrelsen senast en månad innan verksamheten påbörjas. Om Social-

styrelsen finner att en vårdgivare inte uppfyller kraven på god vård och missförhållandena är av betydelse för patientsäkerheten får Socialstyrelsen förelägga vårdgivare att avhjälpa missförhållandena och ytterst helt eller delvis förbjuda verksamhet.

Sekretess för enskilt bedriven hälso- och sjukvård regleras i patientjournalagen (1985:562) och LYHS och skiljer sig från reglerna i sekretesslagen (1980:100) som reglerar sekretessen för offentligt bedriven hälso- och sjukvård. Det kan exempelvis ifrågasättas om journaler hos en entreprenör ens med samtycke från patienterna kan överlämnas till en ny entreprenör. Privata entreprenörer blir vanligare inom den offentligt finansierade vården. Det kan därför finnas anledning att utreda de här frågorna särskilt.

5.1.3 Mål och kompetens

Likställighetsprincipen

Likställighetsprincipen framgår av 2 kap 2 § kommunallagen (1991:900), KL, där det stadgas att kommuner och landsting skall behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för annat. Likställighetsprincipen innebär att det inte utan stöd i speciallag är tillåtet för kommuner och landsting att särbehandla sina medlemmar eller grupper av medlemmar på annat än objektiv grund. Likställighetsprincipen gäller endast gentemot kommunens eller landstingets egna medlemmar. De som inte är medlemmar kan därför både gynnas och missgynnas utan att det strider mot likställighetsprincipen.

Lämnar kommun eller landsting över vården av en kommunal angelägenhet till ett aktiebolag där kommunen eller landstinget innehar samtliga aktier, så kallad bolagisering, skall fullmäktige enligt 3 kap 17 § KL bland annat fastställa det kommunala ändamålet med verksamheten som exempelvis att likställighetsprincipen skall tillämpas. Det skall vanligen anges i bolagsordningen.

Landstingens ansvar för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården är en obligatorisk uppgift för landstingen enligt HSL. Landstingen skall erbjuda en god hälso- och sjukvård till dem som är bosatta i landstinget. Landstingets ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som kommun inom landstinget ansvarar för. Dock skall landsting, om någon som vistas i landstinget utan att vara bosatt där, men behöver omedelbar hälso- och sjukvård, erbjuda sådan vård. Ett landsting får också, enligt 4 § andra stycket HSL, i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det. Landstingen samverkar, som tidigare nämnts, i sex regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landsting. Landstingen får även, under vissa villkor, tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster för export enligt lagen (2001:151) om kommunal tjänstexport och kommunalt internationellt bistånd, men deras medverkan måste ske på affärsmässiga grunder. Således kan landsting ha möjlighet att frivilligt tillhandahålla vård till andra än sina invånare. Då krävs emellertid att ansvaret för länsinvånarnas hälso- och sjukvård inte åsidosätts.

I kommentar till rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården som utgör grunden för vad som brukar kallas det fria vårdvalet uttalar Landstingsförbundet följande. Ett landsting kan ta emot utomlänspatienter för planerad vård i enlighet med reglerna för valmöjligheter om landstinget samtidigt till dem som är bosatta i landstinget kan erbjuda en god hälso- och sjukvård samt leva upp till målet i HSL om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Vidare konstaterar förbundet att HSL således inte ger stöd för att prioritera utomlänspatienter på samma sätt som inomlänspatienter förutom vad avser akut- och region-sjukvård i enlighet med HSL.

Av 2 § hälso- och sjukvårdslagen framgår att målen för hälso- och sjukvården är en god vård efter behov och på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet skall ges företräde till vården. Målen gäller all hälso- och sjukvård och bör

ligga till grund för den samverkan som erfordras mellan olika vårdgivare. I samband med lagens tillkomst uttalades i förarbetena att likställighetsprincipen inte behövde komma särskilt till uttryck i lagen eftersom principen framgår av kommunalrätten. Vidare fastslogs att vård på lika villkor har ett vidare syfte än den kommunala likställighetsprincipen. Alla bör ges likvärdiga möjligheter att t.ex. förstå en diagnos eller sätta sig in i ett planerat behandlingsprogram oberoende av skillnader föranledda av olikheter i ålder, kön, inkomst och utbildning.

5.1.4 Överklagande och överprövning

När landsting överlämnar uppgiften att driva en enhet till någon annan skall det ske genom upphandling. Landstings beslut under upphandlingsförfarande kan överklagas av medlem med stöd av 10 kap kommunallagen om inte beslutet omfattas av förbud mot överklagande i lagen (1992:1528) om offentlig upphandling, LOU. En leverantör har möjlighet att begära prövning enligt 7 kap LOU.

Laglighetsprövning

Vid laglighetsprövning enligt i 10 kap kommunallagen kan endast medlem i kommun eller landsting överklaga kommunala beslut. Prövningen är begränsad till lagligheten av besluten. Ett beslut som överklagas skall upphävas, om det inte har tillkommit i laga ordning, beslutet inte hänför sig till något som är en angelägenhet för kommuner eller landsting eller det organ som har fattat beslutet har överskridit sina befogenheter. När ett beslut upphävs får något annat beslut inte sättas i det överklagade beslutets ställe. Om ett beslut har upphävts genom ett avgörande som vunnit laga kraft och om beslutet redan har verkställts, skall det organ som fattat beslutet se till att verkställigheten rättas i den utsträckning som det är möjligt. Ett beslut om rättelse skall

meddelas utan oskäligt dröjsmål. Reglerna om laglighetsprövning gäller inte om det i lag eller annan författning finns särskilda föreskrifter om överklagande. Ett beslut på vilket LOU är tillämpligt får inte överklagas med stöd av 10 kap. kommunallagen, dvs. laglighetsprövas.

Överprövning enligt lagen om offentlig upphandling

En leverantör som anser att han lidit eller kan komma att lida skada på grund av att den upphandlande enheten har brutit mot bestämmelse i lagen om offentlig upphandling kan i en framställning vända sig till allmän förvaltningsdomstol. Rätten kan besluta att upphandlingen skall göras om eller att den får avslutas först sedan rättelse gjorts.

Om en fråga kan prövas enligt 7 kap. 5 § LOU efter framställning från en leverantör får ett beslut inte överklagas med stöd av bestämmelserna om laglighetsprövning. Enligt LOU är det endast kretsen av potentiella leverantörer till den aktuella upphandlade enheten som har rätt att begära överprövning. Med leverantör avses förutom anbudsgivare även den som av en eller annan anledning avstått från att lämna anbud. Överprövning enligt LOU omfattar endast brott mot den lagen och inte om förfarandet exempelvis strider mot andra lagar eller det beslutande organet överskridit sina befogenheter.

5.2 Utgångspunkter

Demokratiska spelregler

Den svenska hälso- och sjukvården är demokratiskt styrd. Möjligheterna för en ny politisk majoritet att efter val påverka utformningen av vården kan begränsas om villkor för hur den skall bedrivas regleras för lång tid i avtal med enskilda vårdgivare. Det är därför angeläget att möjligheterna till insyn och infly-

tande är stora inför beslut som har långsiktig betydelse för hälso- och sjukvårdens utveckling. Krav på att särskilda besluts- eller beredningsregler skall tillämpas, när sådana beslut fattas, har därför diskuterats. I utredningens betänkande Vinst för vården behandlas krav på två beslut med mellanliggande val och krav på kvalificerad majoritet samt krav på folkomröstning eller samråd. I betänkandet *Att tänka efter före* (SOU 2001:89) presenterade Kommundemokratikommittén ett förslag om krav på samrådsförfarande vid beslut som medför stora förändringar i kommuner eller landsting. Formerna för samråd regleras inte närmare i förslaget. Det anges dock att det skall pågå under minst fyra veckor och att en sammanställning av lämnade synpunkter skall fogas till handlingarna i ärendet. Kommundemokratikommitténs förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Utredningens bedömning

En särskild beslutsregel med krav på två beslut med mellanliggande val skapar utrymme för fördjupad diskussion. Krav på kvalificerad majoritet kan i värsta fall leda till att en stabil minoritet för lång tid blockerar beslut om förändringar inom hälso- och sjukvården. Vid skiftande majoritetsförhållanden mellan valen kan även krav på två beslut med mellanliggande val innebära hinder för förändring och utveckling.

Särskilda beredningsregler som krav på folkomröstning eller samråd syftar till att bredda beslutsunderlaget genom att stimulera till debatt och engagemang. Förslag om större förändringar av landstingens organisation av hälso- och sjukvården brukar väcka stor debatt och engagera medlemmarna. Ett engagemang som inte sällan leder till att nya partier bildas. Det kan diskuteras om just debatten om hälso- och sjukvårdens organisation och driftsformer behöver stimuleras ytterligare. Ett samrådsförfarande kan dock bidra till att alla synpunkter och all tillgänglig information samlas och blir en del av beslutsunderlaget.

Krav på särskilda besluts- eller beredningsregler påverkar endast indirekt det materiella innehållet i de beslut som fattas. Är det krav som ställs vid beredning av ett ärende eller vid beslut i en fråga uppfyllt, kan det beslutande organet i ett landsting därefter fatta vilket beslut som helst.

I landsting med vissa majoritetsförhållanden kan särskilda beslutsregler leda till att beslut om utveckling och förändring blockeras under långa tider. I andra innebär ett krav på två beslut med mellanliggande val en fördröjning och krav på kvalificerad majoritet behöver inte ens innebära det. Dessa förhållanden kan för landstingen leda till helt skilda förutsättningar att möta behov av förändringar till följd av medicinteknisk utveckling, ändrad befolkningsstruktur eller sjuklighet. Det kan motverka målet om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Öppenhet och insyn

Grunden för den demokratiska styrningen av hälso- och sjukvården är debatt och engagemang bland allmänheten. Ett av villkoren för en levande debatt är öppenhet och insyn. I utredningens betänkande *Vinst för vården* (SOU 2002:31) lämnas en redogörelse för begränsningar i yttrande- och meddelarfrihet och insyn i privata företag. Regeringens förslag i proposition Demokrati för det nya seklet (prop. 2001/02:80) om insyn i privata företag som driver kommunal verksamhet på entreprenad har antagits av riksdagen. Av 3 kap 19 a § KL framgår numera att om en kommun eller ett landsting sluter avtal med ett privatägt företag om att utföra en kommunal angelägenhet skall kommunen eller landstinget beakta intresset av att genom avtalet tillförsäkras information som gör det möjligt för allmänheten att få insyn i hur angelägenheten utförs. Det förslag som presenteras i promemorian Yttrandefrihet för privat anställda (Ds 2001:9) om att uppnå ett skydd för privatanställdas yttrande- och meddelarfrihet beträffande verksamhet som har anknytning till det allmänna bereds i Justitiedepartementet.

5.3 Behov av reglering

Om en ny reglering av landstingens rätt att överlåta ansvaret för driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet till privata entreprenörer skall införas är det för att skydda de grundläggande principerna om en demokratiskt styrd hälso- och sjukvård på lika villkor. För den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården gäller även likställighetsprincipen dvs. det är inte, utan stöd av speciallagstiftning, annat än på objektiv grund tillåtet för kommuner och landsting att särbehandla sina medlemmar eller grupper av medlemmar. Privata företag som bedriver hälso- och sjukvård på landstingens uppdrag är inte bundna av likställighetsprincipen. Vad dessa företag har att iaktta i detta hänseende regleras i avtal med landstingen.

En inskränkning av landstingens möjlighet att överlåta uppgifter inom hälso- och sjukvården till någon annan innebär ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Ett sådant ingrepp motiveras främst om en reglering är en förutsättning för att en demokratiskt styrd och offentligt finansierad hälso- och sjukvård på lika villkor skall kunna förverkligas. En reglering bör omfatta de områden som krävs för att målen skall kunna uppnås och inskränkningarna får inte vara mer omfattande än nödvändigt.

Ersättningssystemens roll

Landstingen styr genom villkor i avtal med entreprenörer och genom olika former av överenskommelser inom de av förvaltningarna drivna verksamheterna. De kanske starkaste styrmedlen inom såväl förvaltningsdriven som privat verksamhet är ersättningssystemen. Dessa befinner sig under utveckling och försök görs i vissa landsting med att blanda prestationsbaserade ersättningar, fasta ersättningar och ersättningar som premierar kvalitet. Trots ersättningssystemens starka styreffekter är det svårt att i förväg veta vilken effekt nya element i ett ersättningssystem har, särskilt i ett så komplext sammanhang som ersättning för

driften av ett helt sjukhus. Utveckling av ersättningssystem är en process där landstingen prövar sig fram och lär genom erfarenhet. En förutsättning för att kunna utveckla ersättningssystem är tillgång till information om hur de fungerar i praktiken och vad som kan behöva justeras såväl ur ett beställar- som ett utförarperspektiv. I Stockholms läns landsting pågår exempelvis arbete med fortsatt utveckling av ett DRG-baserat ersättningssystem (jfr Georg Engel, Akutsjukvårdens ersättningssystem i Stockholm, utgiven av utredningen).

Företrädare för landstingens ledningar angav i en enkätundersökning våren 2000 framförallt avtal och ekonomiska styrmedel som exempelvis aktiv resursfördelning som medel för att uppnå målet om vård på lika villkor (Landstingsförbundet 2000). Frågan är om väl utvecklade ersättningssystem skulle kunna bli ett tillräckligt kraftiga styrmedel för att garantera den behovsstyrda vården vem som än svarar för driften.

I avvaktan på att utvecklingen eventuellt kan nå så långt är det angeläget att en väsentlig del av landstingens hälso- och sjukvårdsverksamhet förblir offentligt driven. Landstingen måste ha tillgång till nödvändig information för att utveckla styrsystemen.

Målen för hälso- och sjukvården är desamma i varje nivå av vården vem som än bedriver den. Incitamenten att verka i annan riktning kan dock vara olika starka i olika delar av vården. Frågan är hur möjligheterna för en entreprenör att ge vård till patienter med olika finansiering påverkar viljan att verka för vård på lika villkor. I en rapport till generaldirektören för sysselsättning, arbetsmarknadspolitik och socialpolitik i Europeiska kommissionen¹, i februari 2002, uttalar författarna följande.

The existence of VHI (voluntary health insurance) could present a barrier to access in the statutory health system for some individuals and population groups if it creates distortions in the allocation of resources. This is most likely to happen where the boundaries between public and private health care are not clearly defined,

¹ Voluntary health insurance in the European Union. Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, 27 February 2002.

particularly if capacity is limited, if providers are paid by both public and private sector and if VHI creates incentives for health care professionals to treat public and private patients differently.

Författarna menar sammanfattningsvis att det finns en särskild risk för att patienter i den offentliga hälso- och sjukvården missgynnas om gränserna mellan privat och offentlig hälso- och sjukvård inte är klar definierade. Detta särskilt om kapaciteten är begränsad och utförarna betalas med såväl offentliga medel som med privata hälso- och sjukvårdsförsäkringar om försäkringarna skapar incitament att behandla patientgrupper olika.

Vårdavtal i svenska landsting är inte sällan konstruerade på så sätt att ersättningen per behandling eller patient minskar vid en viss uppnådd nivå. Om en entreprenör vid en uppnådd volym, eller annars, har möjlighet att behandla icke landstingspatienter mot en högre ersättning skapas mekanismer som kan missgynna landstingspatienterna.

Pris på landstingets resurser

När uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård överlämnas till någon annan och avser mer omfattande uppdrag som att ansvara för driften ett sjukhus måste entreprenören för att kunna genomföra uppdraget få disponera landstingets lokaler och utrustning under avtalstiden. Priset för att disponera dessa tillgångar måste fastställas. Om entreprenören inom ramen för den aktuella verksamheten endast bedriver hälso- och sjukvård som betalas av landstinget utgör det inte något större problem. Vad entreprenören betalar till landstinget för att få tillgång till verksamhet och fastighet bör direkt avspeglar sig i vad landstinget i sin tur betalar för de hälso- och sjukvårdstjänster som man köper av entreprenören. Har entreprenören däremot möjlighet att sälja hälso- och sjukvårdstjänster även till andra landsting eller försäkringsbolag blir en riktig prissättning av landstingets tillgångar viktigare. Är priset för lågt kan det innebära att landstinget subventionerar

privat eller annan verksamhet. Saknas en fungerande marknad är det svårt att fastställa ett pris. Det kan också vara svårt att förutse vilket utrymme som under avtalsperioden kommer att finnas för att erbjuda tjänster till andra.

Kommunala principer, målen i hälso- och sjukvården och privata vårdgivare

I utredningens uppdrag ingår att analysera de skäl som talar för och emot att landstings överlämnande av driftsansvar till en privat entreprenör skall kunna omfatta endast en viss del av driften av ett sjukhus. Den privata entreprenören kan för den resterande delen av driften ha intresse av att kunna erbjuda sjukvårdstjänster till försäkringsbolag, privatpersoner eller andra som finansierar sin vård privat. Frågan är hur en sådan konstruktion påverkar förutsättningarna för att uppfylla målen i hälso- och sjukvårdslagen och principen om kommunal likställighet.

När ett landsting överlåter ansvaret för driften av en större enhet som ett sjukhus till en entreprenör ingår i allmänhet flera moment. Dispositionen av fastighet och utrustning övergår till entreprenören liksom verksamheten med personal samtidigt som landstinget, efter upphandling, köper hälso- och sjukvårdstjänster från entreprenören. Om landstingets köp av tjänster inte motsvarar hela verksamhetens kapacitet kan den, om inte avtalet mellan parterna hindrar det, av entreprenören utnyttjas för att sälja tjänster med annan finansiering. Även om avsikten är att upphandla all kapacitet kan exempelvis rationaliseringar eller nya behandlingsmetoder skapa kapacitet som landstinget inte kan eller vill utnyttja.

En privat entreprenör som landsting överlämnar en uppgift till som ansvaret för driften av exempelvis ett sjukhus är inte bundet av likställighetsprincipen.

Målen i hälso- och sjukvårdslagen omfattar i princip alla vårdgivare, offentliga som privata. Innebörden kan dock inte bli helt densamma för landstingen och de privata utförare som bedriver

landstingsfinansierad verksamhet med hänsyn till landstings absoluta ansvar för invånarnas och vissa andras hälso- och sjukvård. De privata utförarnas ansvar torde inte sträcka sig längre än att inom ramen för den uppgift som överlämnats till dem från landstinget verka för att målen uppfylls.

För att en privat entreprenör skall ha möjlighet, att inom ramen för en av landstinget överlämnad verksamhet, bedriva privat finansierad vård talar möjligheten till effektivt utnyttjande av tillgängliga resurser. Mot det måste dock ställas riskerna för att patienterna med offentlig finansiering kommer att missgynnas. Ersättningssystem kan skapa incitament som medverkar till det. Det kan dessutom vara svårt att fastställa vad som är ett rimligt pris för att få utnyttja landstingets resurser för att bereda privatfinansierade patienter vård.

Vårdens olika förutsättningar och betydelse

Olika delar av landstingens hälso- och sjukvård bedrivs under olika förutsättningar. Den resurs- och forskningsintensiva högspecialiserade vården bedrivs under andra förutsättningar än primärvården där nästan hälften av alla patientbesök sker. Inom den specialiserade vården finns en stor variation, från den vård som kan bedrivas nära patienterna utanför sjukhusen, till den vård som kräver omfattande resurser vid större sjukhus.

Den högspecialiserade vården och annan vård som samordnas inom och mellan sjukvårdsregioner bedrivs på få platser med ett antal landsting och i vissa fall hela riket som upptagningsområde. Annan specialiserad vård och primärvård bedrivs vid ett flertal enheter i varje landsting. Förhållandena varierar mellan landstingen beroende på befolkningsunderlag och geografisk utbredning.

I utredningens betänkande *Vinst för vården* (SOU 2002:31) beskrivs att den hälso- och sjukvård som bedrivs vid sjukhus är organiserad på olika sätt. Organisation av den hälso- och sjukvård som bedrivs vid sjukhusen i landstingen genomgår utveck-

ling och förändring. I Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) presenterar regeringen strukturförändringar som en åtgärd för att uppnå målen för hälso- och sjukvården. Handlingsplanen avsåg inte främst den vård som bedrivs vid sjukhus. Det är dock inte önskvärt att en reglering av landstingens möjligheter att överlämna sin uppgift att bedriva hälso- och sjukvård ska innebära ett hinder i utveckling och förändring av vårdens organisation. Ett sjukhus betydelse för ett landsting och dem som bor där är inte endast beroende av hur stort sjukhuset är eller om det har akutmottagning. Andra faktorer som kan vara betydelsefulla är hur långt det är till ett annat sjukhus eller om sjukhuset är det enda inom landstinget som kan erbjuda en viss typ av behandling. En reglering bör därför inte ta sikte på de organisatoriska enheter där hälso- och sjukvården bedrivs utan mer på vilka områden av vården som är av särskild vikt för stora delar av befolkningen.

Målen för hälso- och sjukvården är desamma i varje nivå av vården vem som än bedriver den. Incitamenten att verka i annan riktning kan dock vara olika starka i olika delar av vården. Förutsättningarna att skapa ersättnings- och uppföljningssystem varierar. Svårigheterna ökar ju mer föränderlig, oplanerad och varierad hälso- och sjukvård som bedrivs. En reglering måste ta hänsyn till det samtidigt som den inte omöjliggör en utveckling av drifts- och organisationsformer där det kan bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling.

Vissa delar av hälso- och sjukvården har ett särskilt stort allmänintresse genom att de är viktiga för utvecklingen och inriktningen av hela sjukvården eller har betydelse för att stora delar befolkningen skall ha tillgång till sällan förekommande vård. Är vården samtidigt så komplex att det är svårt att formulera uppdrag eller att följa upp verksamheten och den därigenom är svår att styra är det enligt utredningens mening nödvändigt att vården även fortsättningsvis är offentligt driven.

Inom delar av den specialiserade vården finns kanske störst möjlighet att finna marknadslika och kostnadseffektiva lösningar. Blandas offentligt och privat finansierad vård inom en

och samma verksamhet är risken stor att det skapas incitament som kan leda till att målet om en vård på lika villkor äventyras. Landstings möjlighet att överlämna uppgiften att driva sådan verksamhet bör därför enligt utredningens mening regleras.

Av direktiven framgår att det är utredningens uppdrag att bland annat föreslå förändringar av lagen (2000:1440) om inskränkningar i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan. Lagen har sedan den 1 januari 2003 upphört att gälla. Med begreppet akutsjukhus avsågs (prop. 2000/01:36) ett sjukhus för korttidsvård med akutmottagning inom en eller flera specialiteter. Landstingens hälso- och sjukvårdsorganisation genomgår snabba förändringar; exempelvis kan flera sjukhus ha en gemensam klinik och verksamhet på flera orter, ett sjukhus kan ha verksamhet på två eller flera orter och ett sjukhus kan vara utan akutmottagning hela eller delar av dygnet. Med hänsyn till detta och till att landstingens organisationer genomgår stora förändringar, har utredning valt att i stället utgå från vårdnivå och behov av samordning.

5.3.1 Vård som samordnas – högspecialiserad och annan

Den högspecialiserade vården är en central och viktig del av hälso- och sjukvården. Den nära kopplingen till forskning och utveckling gör den också till en av de verksamheter som stödjer och ger förutsättningar för god vård. Förändringen av den högspecialiserade vårdens utbud styrs till stor del av forskningens inriktning. Vad som kan betraktas som högspecialiserad vård varierar med tiden och mellan landstingen. Exempel på vad som för närvarande kan betecknas som högspecialiserad vård är transplantationskirurgi, hjärtkirurgi och avancerad strålbehandling. När nya teknologier sprids till den övriga hälso- och sjukvården kan vården inte längre betraktas som högspecialiserad. Förändringar sker även i motsatt riktning så att en ny diagnos- eller behandlingsmetod medför att ny vård betecknas som högspecialiserad. Viss vård kan vara så sällan förekommande att den

samordnas för att säkra kvaliteten. Samverkan sker i dag inom landets sex sjukvårdsregioner kring den högspecialiserade vården som huvudsakligen ges på landets universitetssjukhus. Grunderna för samverkan varierar mellan regionerna allt efter hur sjukvårdsstrukturer, befolkningsunderlag eller andra faktorer är uppbyggda. Inom vissa sjukvårdsregioner samordnas vård som inte betraktas som högspecialiserad av angivna eller ekonomiska skäl.

Socialstyrelsen ger ut en Vårdkatalog med förteckning över högspecialiserad vård av rikskaraktär. Den omfattar sådana medicinska verksamheter som bör koncentreras till en eller ett fåtal enheter i landet. Syftet med en sådan koncentration är att uppnå högsta möjliga medicinska kvalitet och säkerhet i vården under optimal hushållning med resurserna. I katalogen förekommer universitetssjukhus men även några sjukhus som brukar benämnas läns- eller länsdelssjukhus.

Vård som samordnas inom och mellan sjukvårdsregioner som den högspecialiserade vården och den högspecialiserade vården av rikskaraktär och annan samordnad vård utmärks av att vården vänder sig även till patienter från andra landsting än det där den bedrivs. De landsting som inte bedriver vården är beroende av andra landsting för att kunna leva upp till ansvaret för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård. De samverkande landstingen kan även ha tagit ett gemensamt ekonomiskt ansvar för att bygga upp verksamheten.

Handlingsplan för den högspecialiserade vården

Inom Socialdepartementet har ett projekt inrättats för att genomföra en översyn av den högspecialiserade vården. En arbetsgrupp har tillsatts för att ta fram en handlingsplan för den högspecialiserade vården. I det arbetet kommer den framtida utvecklingen inom den högspecialiserade vården, dess omfattning, inriktning och roll i vårdkedjan att belysas. Universitetssjukhusens roll i hälso- och sjukvården liksom ansvarsfördel-

ningen för verksamheten avseende klinisk forskning, utveckling och utbildning kommer att analyseras. Flera andra frågor skall behandlas. Bland dem finns dimensionering, koncentration samt former för samordning, styrning och ledning av den högspecialiserade vården. Projektet skall vara slutfört senast den 31 december 2004.

Samordning och hushållning med resurser

Den högspecialiserade vården bedrivs på sjukhus där även annan specialiserad vård bedrivs. Det är därför svårt att exakt ange kostnaderna för den högspecialiserade vården. Den här typen av vård kräver omfattande resurser, särskild kompetens eller specialutrustning. Vården kan även vara sällan förekommande vilket kräver resurser för en beredskap som sällan utnyttjas.

Den högspecialiserade vården är forskningsintensiv och det är här nya behandlingsmetoder och teknologier i allmänhet först provas. Det innebär en stor föränderlighet som gör det svårt att definiera uppdrag och finna ersättningsmodeller om landstingen vill överlämna uppgiften att bedriva den här typen av vård till någon annan. Problemen förstärks om avtalstiderna blir långa. Behov av stora investeringar medför sannolikt långa avtalstider.

Karaktären på den högspecialiserade vården som gör att den koncentreras till få platser och att man inom vissa specialiteter får hålla en hög beredskap för små patientgrupper kan göra det svårt eller omöjligt att skapa en marknadslik situation.

Utredningens bedömning

Utvecklingen av högspecialiserade vården och av annan vård som samordnas inom eller mellan sjukvårdsregioner bör styras av vad som på lång sikt främjar det allmännas bästa och inte vad som i ett kortare perspektiv framstår som mest fördelaktigt för ett

enskilt landsting. Mycket talar därför för att denna vård skall bedrivas i offentlig regi.

5.3.2 Specialiserad vård

Den hälso- och sjukvård som inte är primärvård eller lokaliserad till sjukhus eller enhet där högspecialiserad vård bedrivs är framför allt öppen och sluten specialiserad vård vid länsdels- och länssjukhus, eller andra enheter men även psykiatrisk och geriatrisk vård. Frågan är om det inom det här området finns bättre förutsättningar för att lägga ut vård på entreprenad än inom den högspecialiserade vården.

Den specialiserade vården bedrivs, förutom vid universitetssjukhus, vid läns- och länsdelssjukhus, specialistmottagningar, närsjukvårdsenheter och i samarbete med primärvården. Vården kan vara alltifrån omfattande akuta insatser till planerade behandlingar. Organisation av den specialiserade vården skiljer sig åt mellan landstingen och är under förändring. Planerad vård som operationer av viss typ kan hänvisas till ett sjukhus inom ett landsting medan mer akuta insatser koncentreras till ett annat.

Vissa delar av den öppna specialistvården som inte behöver sjukhusens resurser kan bedrivas under förhållanden som liknar primärvårdens. Andra delar som exempelvis planerade operationer av starr och slitna höftleder har standardiserade och utvecklade metoder. Ett stort antal patienter är i behov av behandlingarna. Mycket talar för att man inom dessa områden kan närma sig förhållanden som är marknadslika och som kan vara lämpade för upphandling. Andra delar av vården kräver stora resurser men har ojämna patientflöden som exempelvis akutverksamhet. Med hänsyn till de stora investeringar som krävs för vissa specialiteter och den kringkapacitet från andra specialiteter som kan krävas är det osannolikt att det skulle växa fram en marknad ur den mer komplexa delen av den specialiserade vården. Om det är önskvärt med andra vårdgivare än landstingen inom dessa områden, för att stimulera utveckling och förändring,

får det antagligen ske genom att vårdgivare övertar en verksamhet som tidigare bedrivits av landstinget och driften av den. Det innebär att den som får uppdraget att bedriva viss vård för ett landstings räkning övertar verksamheten och utför uppdraget i landstingets lokaler för en viss bestämd tid.

Villkor för överlämnande

Om verksamhet och ansvaret för driften av exempelvis ett sjukhus, av ett landsting, överlämnas till någon annan är det många frågor som måste lösas. Vilka prioriteringar skall gälla för verksamhet, hur skall utrustning och byggnader förvaltas, vem skall svara för nya investeringar, hur skall överföring av information ske under och efter avtalstidens utgång, får eller skall den driften överlämnats till ta emot andra än landstingets patienter, hur skall uppföljning och kontroll ske, vilka villkor skall gälla för återgång av verksamheten till landstinget vid avtalstidens slut och hur skapas goda förutsättningar för nästkommande upphandling?

De redovisade frågorna – och andra – måste lösas genom regleringar i avtal mellan parterna. Landstingen ska ha möjlighet att genom avtalsvillkor, ersättnings- och uppföljningssystem säkra förutsättningarna för vård på lika villkor och efter behov. Frågan är dock om till exempel ersättningssystemen ännu är så utvecklade och erfarenheterna så omfattande att vårdens mål kan garanteras utan en särskild reglering. Landstingen bedriver verksamhet under skilda förutsättningar vad gäller allt från regionala förhållanden och befolkningssammansättning till utveckling av prioriteringsordningar och informations- och uppföljningssystem. En skyldighet för landsting att avtala om vissa frågor kan därför omfatta endast det mest grundläggande för att säkra målet för hälso- och sjukvården om en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Omfattning av överlämnande

Det kan diskuteras om och hur omfattningen och avgränsningen av den hälso- och sjukvård som landsting lägger ut på andra utförare påverkar förändring, utveckling och demokratiskt inflytande.

Inför en upphandling analyseras den egna verksamheten och vad man kan vinna på en upphandling. Är det fråga om en omfattande verksamhet tar en genomlysning lång tid och att precisera vad som skall upphandlas kräver noggranna överväganden. Risken finns att ett landsting vid upphandlingen av driften av en omfattande och komplex verksamhet som ett större sjukhus har svårt att precisera uppdraget. I sådant fall kan upphandlingen mer bidra till att konservera rådande förhållanden än utgöra ett instrument för förändring och utveckling. Avtalstiden för en större driftsentreprenad blir sannolikt längre än för en mindre omfattande. Under avtalstiden kan det vara svårt att korrigera för förändringar av behandlingsmetoder eller i sjuklighet som inte förutsetts.

Vid mindre entreprenader som avser exempelvis driften av en klinik går analysen snabbare, det är lättare att konstatera vad som bör beställas och möjligheten att åstadkomma kortare avtalstider torde vara större. En mindre komplex verksamhet bör vara lättare att följa upp. Är avtalstiderna korta får man tidigare möjlighet att vid en ny upphandling korrigera vad som eventuellt förbisågs vid den föregående och ta hänsyn till den utveckling som skett. Detta måste dock vägas mot behovet av kontinuitet för patienter och personal. När erfarenheterna är begränsade finns anledning att först samla erfarenhet från mindre omfattande upphandlingar innan man ger sig i kast med mer komplexa och omfattande.

Utredningens bedömning

Uppgiften att ansvara för driften av verksamhet, där specialiserad vård bedrivs, bör av landsting kunna överlämnas till någon annan. Om verksamheten med lokaler, utrustning och personal övergår till entreprenören när uppgiften att ansvara för verksamheten överlämnas innebär det att landstinget överlämnar ett kapital som byggts upp av medlemmarna under lång tid. Det finns ett särskilt intresse av att det inte föreligger någon risk för att landstingets patienter missgynnas i en sådan verksamhet. Ett överlämnande får, när dessa omständigheter är vid handen, endast komma i fråga under förutsättning av att målet om hälso- och sjukvård på lika villkor kan uppfyllas.

5.3.3 Primärvården

Primärvården är den del av landstingens hälso- och sjukvård där mångfalden av vårdgivare är störst. Enheter som drivs i alternativa former får i allmänhet goda betyg av såväl patienter som personal. Förhållandena i landstingen varierar. I vissa bedrivs mer än 40 procent av primärvården av andra vårdgivare än landstinget och i andra endast någon enstaka vårdcentral. Primärvården bedrivs vid ett flertal enheter inom varje landsting. Förutsättningar för att överlämna driften av primärvård till entreprenörer skiljer sig därför från dem som gäller för den mer specialiserade vården som bedrivs vid färre enheter. En del av de entreprenörer som driver primärvårdsenheter på uppdrag av landsting gör det i sina egna lokaler. De ersättningssystem som tillämpas för primärvården bygger ofta på fast ersättning för ansvaret för en befolkningsgrupps hälso- och sjukvård så kallad kapitationsersättning. Den är inte sällan kombinerad med en prestationsersättning på låg nivå. När avtal med den här typen av ersättningssystem rymmer en möjlighet att ta emot patienter med annan finansiering, där hela vårdkostnaden betalas per behand-

ling eller besök, blir det ekonomiska incitamentet att behandla dessa patienter före landstingets starkt.

Utredningens bedömning

Inom primärvården utvecklas alltmer och på många olika sätt ett samarbete med specialiserad vård som inte kräver sjukhusens resurser. En önskvärd integration kan försvåras om en reglering skapar olika villkor. Den som har snabb tillgång till primärvård kan, i en situation med väntetider, komma längre fram i kön till den mer specialiserade vården. Således kan en möjlighet att ta emot patienter med privat finansiering, även i primärvården, leda till att målet om en hälso- och sjukvård på lika villkor hotas. Dessa omständigheter kan tala för att en reglering även borde omfatta primärvården. Förhållandena inom primärvården kan skilja sig från dem inom den specialiserade vården i sådan omfattning att det är osäkert om samma typ av reglering skulle kunna tillämpas. Utredningens uppdrag omfattar inte primärvården och utredningen lägger därför inte något förslag i den delen men presenterar i bilaga 3 exempel på en reglering som kan omfatta primärvården.