

# 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. Utredningens arbete inleddes under våren år 2001 och utredningen antog namnet "Vårdens ägarformer – vinst och demokrati". Pär Axel Sahlberg förordnades 2001-01-03 till särskild utredare. Ola Johansson förordnades 2001-03-15 och Maria Krönmark 2001-08-23 till att vara sekreterare i utredningen. Malin William-Olsson och Anna Florell från Kommittéservice är utredningens assistenter.

Regeringen har därtill 2001-04-19 som sakkunniga förordnat Niclas Falkendal, Lars Hedengran, Mats Nilsson, Stefan Nyman, Marlén Söderman samt Ulf Bley, Ingemar Eckerlund, Irene Lindström och Harriet Wallberg-Henriksson att som experter biträda utredningen. Stefan Nyman entledigades 2001-05-06 från sitt uppdrag. Gun Lombach förordnades 2001-05-05 som sakkunnig till utredningen.

Gun Lombach och Marlén Söderman entledigades 2001-12-21 från sina uppdrag och Richard Falkendal förordnades som sakkunnig.

Utöver sakkunniga och experter har Peter Aspelin, Erwin Bischofberger, Bengt Jönsson, Margareta Persson och Gun-Britt Trydegård medverkat med underlag som också redovisas som bilagor. Därtill har Per-Axel Svalander bidragit med material för belysning av värdkedjor i kapitel 5.

I december 2001 överlämnade utredningen till regeringen en rapport/skrivelse i vilken utredningen redovisade sina bedömningar inom vårdens område av tillämpning av Kommundemokratikommitténs förslag om samråd inför kommunala avgöranden av långsiktig karaktär och av stor ekonomisk eller principiell betydelse.

Utredningens huvuduppgifter enligt direktiven är att

- analysera argumenten för och emot införande av särskilda trög-hetsregler för beslut om överlåtelse av driftsansvaret av akut-sjukhus 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 akut-sjukhus 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 nöd-vändiga om ett förbud mot överlåtelse av driftsansvaret av akut-sjukhus skall permanentas,
- analysera behovet och möjligheterna att påföra sanktioner mot ett landsting som bryter mot ett förbud att överlåta driftsansva-ret av ett akutsjukhus till någon som avser att driva det i vinst-syfte,
- 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 ekono-miska föreningar och små företag som verkar eller vill verka in-om 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.

Detta betänkande avser att ge underlag för en vidare diskussion om i vilka former och i vilken omfattning företag som driver verksam-het med vinstsyfte skall kunna verka inom den allmänna och gemensamt finansierade vården.

I betänkandet redovisas allmänna överväganden och alternativa modeller. Avsikten är att stimulera en bredare debatt. Utredningen uppmanar också intresserade organisationer och företag att i ett informell remissförfarande lämna kritik och synpunkter. Kommen-

tarer och yttrande lämnas senast den 1 november 2002 – yttrande lämnas direkt till utredningens sekretariat (adresser se nedan).

Utredningen avser också att under de närmaste månaderna att på olika sätt söka kontakt och dialog med personer och grupper för att stimulera ytterligare debatt om den framtida vårdens drifts- och ägarformer.

Stockholm i april 2002

Pär Axel Sahlberg

*/ Ola Johansson  
Maria Krönmark*

Utredningens adress:

Vårdens ägarformer  
Regeringsgatan 30-32  
103 33 STOCKHOLM

E-post: [ola.johansson@social.ministry.se](mailto:ola.johansson@social.ministry.se)  
eller [maria.kronmark@hgo.dom.se](mailto:maria.kronmark@hgo.dom.se)

Telefon: 08-405 13 29 eller 036-15 65 90

[www.sou.gov/akutsjukhus/](http://www.sou.gov/akutsjukhus/)

# Innehåll

Sammanfattning .....	11
Summary .....	15
<b>1 Vården i Sverige – samsyn eller konflikt .....</b>	<b>19</b>
1.1 Ett gemensamt välfärdssystem .....	19
1.2 Utredningens uppdrag .....	20
1.3 Samsyn eller konflikt.....	22
1.4 Hur bedöms sjukvården i Sverige? .....	25
1.5 90-talets reformer – har vården blivit effektivare? .....	27
1.6 90-talet – privata entreprenörers inträde i vården .....	30
<b>2 Vårdssystem i andra länder .....</b>	<b>33</b>
2.1 Vårdssystem i Europa.....	34
2.2 Bismarck-modeller i Tyskland och Nederländerna.....	35
2.2.1 Finansiering .....	35
2.2.2 Beställare och utförare – men utan konkurrens .....	37
2.2.3 Ersättningar styr.....	39
2.2.4 Förbud att driva sjukhus i vinstsyfte .....	40
2.3 Beveridge-modellen i Storbritannien .....	40
2.3.1 Storbritannien (England).....	40
2.3.2 Reformen – beställare–utförare .....	41
2.3.3 Labours sjukvårdspolitik .....	42
2.3.4 Konkurrens i vården?.....	42
2.3.5 Decentralisering – förvärvad självständighet.....	43
2.3.6 Den privata vården.....	44

2.4	Vårdreformer i de nordiska länderna.....	44
2.4.1	Norge .....	44
2.4.2	Finland .....	45
2.4.3	Danmark .....	47
2.5	Nordamerika – USA och Kanada .....	49
2.5.1	USA.....	49
2.5.2	Kanada.....	58
2.6	Nya Zeeland.....	61
2.7	Lärdomar från en internationell översikt .....	62
<b>3</b>	<b>Vård utan vinstsyfte – villkor i Sverige .....</b>	<b>69</b>
3.1	Historisk orientering.....	70
3.2	Mångfald och vård på kontrakt.....	72
3.3	Utveckling under 90-talet .....	75
<b>4</b>	<b>Etiska synpunkter på vårdens ägarformer .....</b>	<b>87</b>
4.1	Rättvisa och frihet .....	87
4.2	Subsidiaritet och solidaritet .....	90
4.3	Vilka principer vägleder oss?.....	92
<b>5</b>	<b>Mångfald i vården – drifts- och ägarformer.....</b>	<b>95</b>
5.1	Vad är ett sjukhus? .....	95
5.2	Vårdens driftsformer .....	99
5.2.1	Redovisningsregler .....	101
5.2.2	Vinst och vinstsyfte.....	105
5.2.3	Ledning av företag.....	107
5.2.4	Inkomstskatt.....	109
5.3	Mångfald och koncentrationstendenser.....	110
5.3.1	Konsekvenser av koncentration .....	116
5.4	Aktörer och värdkedjor.....	117
5.5	Kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården .....	122

<b>6</b>	<b>Vinst i vården och vården som marknad?.....</b>	<b>129</b>
6.1	Vård och marknad .....	129
6.2	Vinst i vården? .....	136
6.3	Styrsystem inom sjukvården.....	140
6.3.1	Ekonomiska styrsystem.....	141
6.3.2	Styrsystemens effekter.....	143
6.4	Avtal och utförare .....	144
6.5	Forskning och utbildning .....	148
<b>7</b>	<b>Vården – en fråga för demokratin.....</b>	<b>153</b>
7.1	Demokratiskt inflytande och demokratisk kontroll.....	153
7.1.1	Landstingens och kommunernas ansvar .....	154
7.1.2	Direktiven.....	155
7.1.3	Bakgrund till överväganden om inflytande och kontroll .....	156
7.1.4	Nuvarande möjligheter till inflytande och sätt att fatta beslut .....	156
7.1.5	Beskrivning av beslut om överlåtelse av driften av sjukhus i två fall.....	159
7.1.6	Kommunedemokratikommitténs förslag.....	160
7.1.7	Yttrandefrihet och insyn .....	161
7.2	Internationalisering.....	164
<b>8</b>	<b>Allmänna överväganden och alternativa förslag .....</b>	<b>171</b>
8.1	Vården i Sverige – samsyn eller konflikt? .....	172
8.2	Vi hävdar några grundprinciper .....	175
8.3	Områden som kräver särskild bevakning.....	176
8.4	Vinst för vården – nya vägval.....	181
8.4.1	Ett tydligt regelverk för det demokratiska beslutsfattandet och andra frågor som rör demokratin .....	183
8.4.2	Nationell reglering med mångfald av vårdgivare.....	186
8.5	Planering – konkurrens – vårdgivarval.....	193

8.5.1	Omsorg, rehabilitering m.m. – egna val av vårdgivare .....	194
8.5.2	Primärvård, specialistvård – vårdformer mer lämpade för upphandling i konkurrens.....	196
8.5.3	Akutsjukhus, högspecialiserad vård – planering (samordning) .....	197
	<b>Källförteckning.....</b>	<b>199</b>
	<b>Bilagor</b>	
<i>Bilaga 1</i>	Kommittédirektiv .....	207
<i>Bilaga 2</i>	Hur påverkas klinisk forskning och utbildning av olika ägarformer i sjukvården?.....	213
<i>Bilaga 3</i>	Etiska synpunkter på vårdens ägarformer.....	231
<i>Bilaga 4</i>	Marknader, ägandeformer och styrning inom vården.....	247
<i>Bilaga 5</i>	Förebyggande insatser i ett system med både privata och offentliga aktörer .....	265
<i>Bilaga 6</i>	Alternativa driftformer i den slutna sjukvården – utvecklingen 1993–2000.....	301
<i>Bilaga 7</i>	Enkät till landstingen .....	317

# Sammanfattning

Utredningen *Vårdens ägarformer – vinst och demokrati* ger i detta betänkande underlag för diskussion om behov och eventuella former för en mer varaktig reglering av var och under vilka villkor som privata företag med vinstsyfte skall ha möjlighet att medverka i den gemensamt finansierade vården och omsorgen. Avsikten är att belysa behov och föreslå vad som eventuellt skall ersätta lagen (2000:114) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan, som temporärt förbjuder landstingen att överlåta driften av akutsjukhus till den som avser att driva verksamheten i vinstsyfte.

I kapitlet *Vården i Sverige – samsyn eller konflikt* beskrivs utvecklingen av drifts- och ägarformer i svensk vård och omsorg under det senaste årtiondet. Där görs också försök att värdera hur förändringar av organisation, ansvarsfördelning och reformerna av styrsystem och ersättningar påverkat vården. Vården i Sverige är starkt decentraliserad och den nationella lagstiftningen lämnar stor frihet till landsting och kommuner att efter skiftande förutsättningar söka lämpliga administrativa och organisatoriska former. Istället för nationella regler har politisk samsyn och det faktum att vården i huvudsak drivits i offentlig regi varit sammanhållande krafter. Båda dessa faktorer som hållit samman systemet tycks vara på väg att försvagas.

I syfte att ge bakgrund och impulser för överväganden i Sverige beskrivs i avsnittet *Vårdsystem i andra länder* vårdsystemen i Tyskland, Nederländerna, Storbritannien, övriga nordiska länder samt i USA, Kanada och Nya Zeeland. Länderna har skiftande former för finansiering av vården och olika tradition när det gäller ägande och drift av sjukhus. Även länder med finansiering genom obligatoriska försäkringar har utjämningsystem för att omfördela vårdresurser mellan olika grupper efter behov.



Länder med stor mångfald av privata vårdgivare har också, jämfört med svenska förhållanden, en starkare centralt reglering för att hålla samman mångfalden av vårdgivare. Länder som prövat mer marknadslika organisationsformer har i flera fall tonat ner konkurrensperspektiv för att istället lyfta fram planering och samverkan.

I många länder är det organisationer, stiftelser eller företag som drivs utan vinstsyfte som äger och driver många av sjukhusen och andra vårdinstitutioner. I kapitlet *Vård utan vinstsyfte – villkor i Sverige* diskuteras varför motsvarande vårdformer har så relativt liten omfattning i Sverige. Det är främst när de offentliga organen inte klarat eller ansetts lämpade att möta nya behov av vård eller omsorg som organisationer utan vinstsyfte, OUV, utvecklats till verksamheter. Utgångspunkten blir radikalt annorlunda när landsting och kommuner i olika former söker att engagera privata vårdgivare för uppgifter inom offentligt finansierad vård och omsorg.

Samma *etiska utgångspunkter* som lagts till grund för prioriteringar och mål för hälso- och sjukvården och omsorgsverksamheter bör styra beslut som anger ramar och villkor för vårdens organisation, ägar- och driftsformer. Vägledande för sådana beslut bör vara att mest gynna de minst gynnade. Grundläggande är människovärdet och att människan värdighet och hennes rätt till vård och värdigt liv knyts till henne som *person* – inte efter hennes färdigheter och förmåga som *aktör*. Inför överväganden om vården övas allas empati och förmåga att bortse från egenintresset för att i stället se till människors olika behov.

I vården gäller det att hitta balanspunkter mellan rättvisa och frihet likväl som mellan solidaritet och subsidiaritet. Det allmänna skall främja rättvisan och solidariteten, inte på sådant sätt att enskildas och grupperns ansvar och initiativ trängs undan. Privata initiativ måste ha frihet att utvecklas, men subsidiaritet får inte utvecklas till egoism som gör att solidariteten och avsikten att mest gynna den minst gynnade sätts ur spel.

I kapitlet *Mångfald i vården – drifts- och ägarformer* diskuteras hur begreppet sjukhus används i lagtexter och författningar. Där beskrivs också driftsformer som kan vara aktuella inom vård och omsorg. I avsnittet uppmärksammas också koncentrationstendenserna bland de privata vårdföretagen och frågan hur mångfald av vårdgivare påverkar möjligheterna att hålla samman vårdkedjor. Landstingens och kommunernas möjligheten att planera och samordna vården genom olika styrsystem diskuteras också.

I avsnittet *Vinst i vården och vården som marknad* diskuteras hur olika delmarknader samverkar inom vården och svårigheterna att till vården överföra marknadsekonomins olika begrepp. De flesta länder har på ett eller annat sätt system som reglerar och bromsar de vinstsyftande företagens handlingsutrymme inom vården. Syftet är att värna ett vårdssystem där resurser och insatser i första hand fördelas efter de medicinska behoven och inte efter individers och grupperns betalningsförmåga.

Det går en linje från forna tiders bystämmor till vår tids heta diskussioner om vården. Vården är en gemensam samhällsangelägenhet. I det gemensamma ansvaret för vård och omsorg till dem som drabbas av sjukdom eller svaghet befästs samhörighet i samhället. Därför är *vården en fråga för demokratin*. I ett avsnitt diskuteras det demokratiska inflytandet och berednings- och beslutsregler inför omfattande förändringar av vårdens organisation, drifts- och ägarformer. Frågor ställs också om hur en ökad andel privata vårdgivare och internationalisering av vårdtjänster kan påverka möjligheterna till demokratisk styrning och kontroll.

I det avslutande avsnittet för utredningen fram sina *allmänna överväganden* och redovisar *alternativa modeller* för att i ett system med många typer av vårdgivare säkra prioriteringar och grundläggande mål. Modellerna knyts till förebilder från länder som under lång tid haft vårdssystem med många typer av företag och organisationer – med och utan vinstsyfte – som vårdgivare.

Reglering kan ske antingen genom att området där privata företag tilläts verka begränsas eller genom att alla vårdgivare ställs under samma villkor för att få verka inom den offentligt finansierade vården.

Exempel på den första typen av reglering finns i Nederländerna där rätten att driva sjukhus begränsas till företag eller organisationer som drivs utan vinstsyfte. En annan avgränsning kan vara att vinstsyftande företag inte ges rätt att driva universitetssjukhus och länssjukhus.

Andra modeller för att värna prioriteringar och rättvisa är regleringar som ställer såväl offentliga som privata vårdgivare under samma villkor.

En modell från Kanada innebär att finansieringssystemen renodlas. Vårdgivare som medverkar i den gemensamt finansierade vården får inte samtidigt ta emot någon privat finansiering.

En modell med förebild från bl.a. Tyskland innebär att samma krav på insyn, kontroll och godkännande av investeringar och stra-

tegiska beslut ställs på såväl offentliga som privata vårdgivare. Reglering kan också bygga på licensiering eller certifiering där särskilda krav kan ställas på kvalitet, behandling av vinst eller form för ägande.

Vidare diskuteras i slutkapitlet inom vilka områden av vården som planering, konkurrens respektive friare val av vårdgivare ger bäst förutsättningar för balans mellan rättvisa och frihet.

---

Utredningens inbjuder i egen regi till ett informellt remissförfarande där intressenter, i och utanför vårdsektorn, har möjlighet att ge kommentarer, förslag och synpunkter. Yttranden lämnas senast den 1 november 2002 till utredningen under adress:

Vårdens ägarformer  
Regeringsgatan 30–32  
103 33 STOCKHOLM

E-post: [ola.johansson@social.ministry.se](mailto:ola.johansson@social.ministry.se)  
eller [maria.kronmark@hgo.dom.se](mailto:maria.kronmark@hgo.dom.se)

Telefon: 08-405 13 29 eller 036-15 65 90

[www.sou.gov/akutsjukhus/](http://www.sou.gov/akutsjukhus/)

## Summary

The government commission *Vårdens ägarformer – vinst och demokrati* (English name: Profit or Not-for-profit in the Swedish Health System) provides a basis in this report for discussion on needs and possible forms for a more durable arrangement as to where and under what conditions, private profit-making businesses should be able to participate in publicly financed health care and social services. The intention is to clarify needs and make proposals on a possible replacement for the Act (2000:114) that temporarily prohibits county councils from transferring the running of acute hospitals to actors intending to operate them with a view to making a profit.

The chapter *Vården i Sverige – samsyn eller konflikt* (Health care in Sweden – a common approach or conflict) contains a description of the development of forms of operation and ownership in Swedish health care and social services during the past decade. An attempt is also made there to evaluate the effect on health care of changes in organisation and the division of responsibility and reforms of the control systems and payments. Health care in Sweden is highly decentralised and national legislation provides considerable scope for county councils and municipalities to find appropriate administrative and organisational forms according to varying prerequisites. Instead of national rules, a common political approach and the fact that health care has mainly been operated in the public sector have been cohesive forces. Both these factors that have held the system together seem to be weakening.

With a view to providing a background and impulses for consideration in Sweden, the section *Vårdssystem i andra länder* (Health care systems in other countries) describes the health care systems in Germany, the Netherlands, the U.K, other Nordic countries and in the United States, Canada and New Zealand. These countries have varying forms for financing health care and different traditions as regards ownership and operation of hospitals. Countries with financing through compulsory insurance solutions also have

equalisation systems to redistribute health care resources according to the needs of different groups.

Countries with a great diversity of private health care providers also have, compared with the situation in Sweden, a stronger central regulation to hold together the large numbers of health care providers. Countries that have tried more market-like organisational forms have in many cases toned down the competition perspective to give prominence instead to planning and collaboration.

In many countries, organisations, trusts or non-profit-making companies own and operate many hospitals and other health care institutions. The chapter *Vård utan vinstsyfte – villkor i Sverige* (Non profit-making care – conditions in Sweden) contains a discussion on why very few such forms of health care exist in Sweden. It is primarily when the public bodies cannot cope or do not consider that they are suitable to meet new needs for health care or social services that non-profit making organisations, have developed health care activities. The starting point changes radically when county councils and municipalities attempt in different forms to involve private health care providers for various tasks in publicly financed health care and social services.

The same *ethical approach* which has served as the basis for priorities and objectives in the health service and social service activities should govern decisions that stipulate the frameworks and conditions for the organisation of health care and its forms of ownership and operation. Decisions of this kind should be guided by the objective of favouring the least favoured. What is fundamental is that human value and the dignity of the individual and her right to health care and a dignified life is associated with the person as an *individual* – and not with her skills and ability as an *actor*. Deliberations on health care exercise everyone's empathy and ability to disregard self-interest in order instead to see people's different needs.

It is also important in health care to strike a balance between fairness and liberty as well as between solidarity and subsidiarity. Society as a whole should promote fairness and solidarity although not in such a way as to thrust aside the responsibility and initiatives of individuals and groups. Private initiatives must have the freedom to develop although subsidiarity must not develop into egoism which puts out of action solidarity and the intention of favouring the least favoured.

The chapter *Mångfalden i vården – drifts- och ägarformer* (Diversity in health care – forms of operation and ownership) includes a

discussion of how the concept of hospital is used in legislation and statutory documents. Operating forms are also described there which can come into question in health care and social services. This section also takes up tendencies to concentration among the private health care companies and the issue of the effect of having a number of care providers on the ability to integrate chains of health care. The ability of county councils and municipalities to plan and co-ordinate health care through different control systems is also discussed.

The section *Vinst i vården och vården som marknad* (Profit in health care and the health care as a market) contains a discussion of how different market segments work together in health care and the difficulties of transferring concepts from the market economy to health care. Most countries have in one way or another systems that regulate and restrict the freedom of action of private profit-making companies in health care. The intention is to safeguard a health care system where resources and initiatives in the first place are distributed according to medical needs and not according to the payment capacity of individuals and groups.

There is a connecting thread from the communal village meetings of the days of yore and the contemporary heated discussions on health care. Health care is a common area of concern for the whole of society. The cohesion of society is reinforced by the common responsibility for health care and social services for those who have been affected by illness or weakness. Therefore, *health care is a democratic issue*. Democratic influence and rules for preparation and decision-making prior to extensive changes of the organisation, forms of operation and ownership of the health sector are discussed in one section. Questions are also raised about the effects of an increased proportion of private providers of health care and internationalisation of health care services for the ability to exercise democratic control and checks.

In the concluding section of the report, the commission presents its *general considerations* and describes *alternative models* to safeguard priorities and basic objectives in a system with many types of health care providers. The models are linked to examples from countries which have had care systems with a lot of different companies and organisations, for-profit and not-for-profit, as providers of health care for a long time.

Regulation can take place either by restrictions being imposed in the area where private companies are allowed to operate or by all

care providers being subject to the same conditions to be allowed to operate within publicly-financed health care.

There are examples of this first kind of regulation in the Netherlands where the right to run publicly financed hospitals is restricted to non-profit-making companies or organisations. Another restriction can be that profit-making companies are not allowed to operate university hospitals or county hospitals.

Other models to safeguard priorities and justice are regulations that place both public and private care providers under the same conditions.

A model from Canada means that the financial system is clarified. Care providers who take part in publicly financed health care may not accept private finance at the same time.

A model with examples from Germany, among other places, means that the same requirements for insight, inspection and approval of investment decisions and strategies are placed on both public and private care providers. Regulation can also be based on licensing or certification where special requirements can be made on quality, treatment of profit or form of ownership.

The final chapter also contains a discussion of the areas in health care planning, competition and freer choice of health care that provide the best conditions for a balance between fairness and liberty.

---

The commission is circulating the report informally for comment on its own initiative. Interested parties within and outside the health care sector are invited to submit comments, proposals and points of view for the commission's continued work and final report. Comments should be submitted at the latest by 1 November 2002 to the commission at the following address:

Vårdens ägarformer  
Regeringsgatan 30-32  
103 33 STOCKHOLM

E-mail: [ola.johansson@social.ministry.se](mailto:ola.johansson@social.ministry.se)  
or [maria.kronmark@hgo.dom.se](mailto:maria.kronmark@hgo.dom.se)

Telephone 08-405 13 29 or 036-15 65 90

[www.sou.gov/akutsjukhus/](http://www.sou.gov/akutsjukhus/)

# 1 Vården i Sverige – samsyn eller konflikt

Demografiska förändringar, en snabb medicinskteknologisk utveckling och krav på att kontrollera kostnaderna ställer den moderna sjukvården inför stora utmaningar.

Vår utredning, som tagit namnet Vårdens ägarformer – vinst och demokrati, analyserar svensk sjukvård och dess drifts- och ägarformer med sidoblickar ut i världen vad avser dessa utmaningar.

## 1.1 Ett gemensamt välfärdssystem

Välfärdssamhället byggdes upp av det svenska folket under lång tid. Omfattande investeringar i vårdens infrastruktur, utbildning, utveckling och forskning har gett Sverige en vård på hög internationell nivå. Ekonomisk tillväxt har möjliggjort en snabb utveckling, minimerat sociala och hälsomässiga problem och klyftor och gett god ekonomi med en stor andel av befolkningen i produktionen. Avancerad forskning och innovativa miljöer har stimulerat bl.a. medicinsk teknik och läkemedelsutveckling.

Frågor om förändring i infrastrukturen berör inte bara den gemensamt ägda verksamheten utan också samordning och bevarad helhetssyn. Den komplexa vårdapparaten med i många fall långa värdkedjor måste hållas samman för att ge god vård men också för effektivitet och kontroll av ekonomiska åtaganden.

Vård kan inte enkelt omvandlas till en väl fungerande marknad. Prioriteringar och vård efter behov kräver planering och system som kan ta allas behov av vård på största allvar. Om denna gemensamt byggda resurs ska fortsätta att utvecklas krävs sannolikt ökade ekonomiska resurser.

Utvecklingen av styrsystem och ekonomiska incitament blir viktigare med en mångfald vårdgivare. Fler aktörer ger en ökad möjlighet till goda jämförelser, benchmarking, och en positiv kon-



kurrens. Flera olika sätt att lösa uppgifterna kan i sig skapa grund för utveckling, effektivisering och en allt bättre vård.

Länder med större mångfald av vårdgivare har generellt mer av central reglering. Meddelarfriheten och handlingsoffentligheten i den gemensamma sektorn måste delvis ersättas av andra kontrollmekanismer av privata verksamheter. Då den direkta insynen minskar blir kontrollmekanismerna av större betydelse.

## 1.2 Utredningens uppdrag

Utredningens uppdrag är att analysera hur den gemensamma sjukvården kan påverkas om privata, vinstsyftande producenter driver akutsjukhus. För att göra det krävs en mer samlad bild av sjukvården. Mångfalden ska också belysas samt förutsättningarna för verksamhet utan vinstsyfte.

### *Grundläggande mål*

Grundläggande mål för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i Sverige är att den skall:

- ge en god vård tillgänglig för alla och fördelad efter behov och öppet redovisade prioriteringar
- vara demokratiskt styrd – medborgarna skall ha inflytande över alla avgörande beslut

Hälso- och sjukvårdslagen anger målen men därefter har landsting och kommuner stor frihet att besluta om organisation och utförande. Det finns därför stora skillnader mellan landstingen ifråga om administrativa system och former för ersättningar, avtal och upphandling.

Det som uppfattats som en enhetlig "svensk modell" för vården har därför mer byggts på en grundläggande samsyn än på detaljerade centrala regelverk. Under flera årtionden tillfördes vården också allt mer av resurser och personal vilket också bäddade för legitimitet både bland medborgarna och hos vårdens personal.

Sverige har i relation till landets storlek haft en framträdande ställning inom medicinsk forskning och teknik. Astra, Pharmacia, Gambro är namn som kan illustrera att det inom vården har uppstått liknande konstruktiva kopplingar mellan ett starkt offentligt

åtagande och framgångsrik företagsamhet som inom t.ex. telekommunikation, kraftproduktion och transporter.

Från slutet av 1970-talet började det bli svårare att klara vårdåtagandet. Efterkrigstidens första period med högre arbetslöshet begränsade tilldelningen av nya resurser. Tillväxten minskade samtidigt som utvecklingen inom vården med allt större möjligheter till behandlingar fortsatte. Mer av resurserna kom att gå till de tyngre vårdåtagandena, medan den aktiva befolkningen mötte köer och svårigheter att få tid hos primärvården. Som svar kom "Cityakuten" och början till utveckling av privata alternativ.

Det är svårt att mäta produktivetsförändringar inom vården. Metoder utvecklas och möjligheterna till framgångsrik behandling ökar oavbrutet och försvårar jämförelser. De mer systematiska studier av den offentliga ekonomin som inleddes på 80-talet pekade emellertid också på lägre produktivitet i den svenska vården.

Samtidigt kunde allt fler medicinska insatser göras för allt fler patienter. Vårdorganisationen växte och med expansionen följde problem med ekonomisk och administrativ styrning. För att söka lösa problemen med väntetider, resursbrist, produktivitet och organisation inledde några landsting under 1980-talet reformer för att inom den egna vårdorganisationen skapa marknadslika relationer genom beställar-utförarmodeller. Friheten att var för sig söka former bevisades också här. Modellerna fick skiftande utformning och namn som Bohus-, Dala- och Stockholmsmodellerna.

Även om marknadsmodellerna introducerades i såväl borgerligt som socialdemokratiskt styrda landsting var begreppet marknad inom vården inte okontroversiellt. Skulle en intern marknad innebära förtur för de mer resursstarka?

Den samsyn som funnits för vården var på väg att luckras upp samtidigt som balansen mellan vårdens viktiga mål – kvalitet och tillgång på lika villkor – var rubbad.

Svårigheter att klara balansen mellan olika gruppers behov och önskemål bidrog därefter till att vården blev en viktigare arena för politisk konflikt. När den tidigare breda politiska samsynen bröts upp försvårades i sin tur möjligheterna till långsiktigt effektiv politik för att återskapa balans mellan vårdens olika mål och därmed grunden för samsyn och brett politiskt stöd.

- De pågående reformerna kan komma att återupprätta balansen eller också får vi leva med en tilltagande konflikt. Så kommen-

terade professor Finn Diderichsen vid ett nordiskt vårdseminarium 1994 de marknadsreformer som påbörjats.

### 1.3 Samsyn eller konflikt

Under 90-talet har kommuner och landsting lagt ut mer av vård och omsorg på privata entreprenader. Debatten har förskjutits från att handla om mer marknadslika styrmedel för offentligt driven vård till att ställa fram vård i privat respektive offentlig regi som politiska motpolar.

Det går inte heller att entydigt bedöma om utvecklingen går mot ny samsyn eller fördjupad konflikt. Avläst i den politiska debatten är svaret fortsatt konflikt men i praktiken har alla landsting och en stor andel av kommunerna, oberoende av politisk majoritet, lämnat någon eller några delar av sin verksamhet till privata vårdgivare.

En enkät i samarbete med Beställarnätverket riktad till personer med övergripande beställaruppgifter i respektive landsting visade hösten 2001:

- Samtliga landsting utom Norrbotten hade en eller flera privata entreprenader inom vården.
- Därutöver har alla utom Kronoberg någon del av primärvården på entreprenad. Västmanland hade genom sitt familjeläkar-system den högsta andelen privat primärvård.
- Även i Norrbotten och Kronoberg och i samtliga övriga landsting utom Sörmland, Halland, Västra Götaland och Värmland pågick upphandlingar som kan leda till ytterligare privata vårdgivare.

De privata vårdentreprenaderna omfattar främst primärvård, specialistmottagningar, sluten specialistvård och rehabilitering. (Enkätens frågor och svar redovisas i bilaga 7.)

- Bland kommunerna har omkring hälften lagt ut någon del av sin äldre- och handikappomsorg till privata vårdgivare.
- Vid 1990-talets slut var det endast i fyra kommuner som samtliga välfärdstjänster uteslutande sköttes av offentligt anställda. (SOU 2001:52).

Alla partier har i program och andra ställningstagande skrivningar som öppnar för ökad mångfald i vården. Personalkooperativ, privata företag och ideella organisationer beskrivs som viktiga komplement till den offentligt drivna vården. Partierna betonar också allt mer politikernas roll som beställare och företrädare för befolkningens behov av olika vårdinsatser.

Den nationella handlingsplan som riksdagen antagit anger också en tydlig önskan om ökad mångfald av vårdgivare: "Avtalet om utvecklingsinsatser bör skapa förutsättningar för en ökad mångfald av vårdgivare i den öppna vården och omsorgen, genom att fler privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen" (prop. 1999/2000:149).

Frågan är inte längre om privata vårdgivare skall kunna medverka i den offentligt finansierade vården eller ej, utan om *var* och *hur*. Var i vården bidrar mångfald av vårdgivare till bättre vård? Hur kan det ske utan att grundläggande prioriteringar och mål för vården hotas? Finns det delar av vården där ekonomiskt vinstsyfte inte bör tillåtas? Kräver denna mångfald andra regleringar än hittills? Hur stora är riskerna att en finansiering genom privata sjukvårdsförsäkringar bryter med lagstiftningens grundläggande mål om vård på lika villkor fördelad efter behov?

#### *– Etiska utgångspunkter*

De etiska överväganden som lagts till grund för beslut om prioriteringar och i medicinsk-etiska frågor bör också vägleda avgöranden om vårdens organisation – drifts- och ägarformer. I ett särskilt avsnitt redovisas en etisk plattform till stöd för politiska beslut och praktiska avvägningar.

#### *– Mångfald*

Mångfald och rätten att välja framhålls som ett viktigt inslag i framtidens vård. Men mångfald uppstår inte av sig själv. Redan syns inom delar av vården tydliga koncentrationstendenser bland de privata entreprenörerna. Konkurrensupphandlingen i sig kan också leda till att verksamhet binds i kända och avtalade former och att det ges mindre utrymme för nytänkande och utveckling.

#### *– Vinstsyfte*

Marknadsreformerna har verkat en tid och det finns inom olika områden möjlighet att bedöma effekterna. Vi diskuterar marknadsmodeller inom vården och möjliga effekter om företag med

vinstsyfte etablerar verksamhet inom den offentligt finansierade vården.

– *Demokrati*

Frågor om hur demokratisk delaktighet inför beslut om vården påverkas av ägarformer diskuteras bl.a. i relation till de förslag som Kommundemokratikommittén lämnat till regeringen (SOU 2001:89)

*Behövs ett starkare sammanhållande regelverk?*

Den svenska modellen för hälso- och sjukvård kombinerar, som redan nämnts, nationella mål med stor frihet för landsting och kommuner att efter skiftande förhållanden utveckla egna lösningar. I synnerhet vid jämförelse med länder vars vårdssystem i första hand bygger på privata vårdgivare har Sverige betydligt mindre av central nationell styrning. Friheten, som också skyddas av den kommunala självstyrelsen, är grundläggande i vårdsystemet, men samtidigt finns faktorer som talar för behov av samverkan och sammanhållande planering.

- De lokala huvudmännen kan komma att utveckla vården i så motstridiga riktningar att de nationella målen för hälso- och sjukvården hotas.
- Vårdens fortsatta specialisering ställer ökade anspråk på samordning.
- Vården över landstings- och regiongränser ökar och därmed behov av mer av enhetliga regler och bedömningar för att t.ex. undvika att medicinska prioriteringar undergrävs.
- En mångfald av vårdgivare accentuerar kraven på styrning och kvalitetsjämförelser.
- Former för ersättning och avtal får stor betydelse för verksamheten. Utveckling av kunskap och metoder kan samordnas.

Till listan kan läggas behovet av långsiktiga och stabila villkor för vården och dess personal. Medicinskteknologisk utveckling och kostnadspress lägger i sig ett starkt förändringstryck på vården. Om drifts- och ägarformer dessutom blir en perenn politisk konfliktfråga riskerar varje val att aktualisera nya omställningar. Motsättningar på ledningsnivå riskerar inom vården som i andra organisationer att skada motivation och sammanhållning. Tydliga alter-

nativ stimulerar valdebatten men är de bra för vården? Bristen på samsyn undergräver långsiktighet och skapar likartade problemen oavsett om den avser kommuner, landsting eller riksdag.

Detta idébetänkande avser att ge underlag för diskussionen om drifts- och ägarformer. Förhoppningen är att bidra till större samstämmighet mellan (och inom) partierna om i vilka delar av vården och i vilka former som privata aktörer kan bidra till bättre vård. De förslag som presenteras utgör olika möjliga modeller.

#### 1.4 Hur bedöms sjukvården i Sverige?

Vad är god vård? Frågan får olika svar beroende av vem som värderar vården och på vilka grunder. Vården i Sverige anses allmänt vara av god kvalitet. År 2000 hade t.ex. Sverige den lägsta spädbarnsdödligheten i världen. Medellivslängden i Sverige är hög och har ökat markant också under 1990-talet. Samtidigt rankades vården i Sverige först på 23:e plats i Världshälsoorganisationens, WHO:s, bedömning av olika länders vårdssystem. Olika mått ger olika resultat.

Vårdköer, resursbrist, rapporter om lägre produktivitet, administrativa problem och behov av tydligare rollfördelning motiveerade reformerna mot mer marknadslika system. Trots bristerna visade under samma tid andra studier en positiv hälsoutveckling i Sverige. Frekvenserna av sjuklighet och invaliditet minskade och utnyttjandet av sjukvården utjämnades.

Under 1990-talet fanns likartade motsägelser. Den ekonomiska krisen tvingade landsting och kommuner till nedskärningar inom vården. Under samma period ökade medellivslängden, och spädbarnsdödligheten fortsatte att minska. För viss vård blev det genom bättre metoder och ny teknik möjligt att trots begränsade resurser flerdubbla antalet behandlingar. De ökade ojämlikheterna i utnyttjande av sjukvård mellan grupper som uppmättes i början av årtiondet hade under 90-talets sista år på nytt utjämnats. (Hälso- och sjukvårdsrapport, 2001, Socialstyrelsen.)

Det finns många sätt att värdera hälso- och sjukvård. En vård som värderas högt med en måttstock kan värderas lågt med en annan. I en granskning av vården i Sverige "Management information and analysis for the Swedish Health Care System" anger AC Enthoven tre aspekter eller utgångspunkter:

- Att se till individernas upplevda subjektiva nytta
- Att avläsa hälsomått som dödlighet, sjuklighet, invaliditet etc.
- Att mäta vårdens effektivitet i samhällets sociala kostnader för sjukdom

Den svenska vården tar i avvägningen mellan att möta patienters direkta efterfrågan och att möta de största medicinska behoven ställning för det senare. Detta förklarar också att sjukvården i Sverige (1) rankas genomsnittligt eller lägre när den bedöms med mer subjektiva mått (2) rankas högt när man mäter hälsotal och förmåga att bota och (3) att nya frågor behöver ställas om förmågan att möta samhällets sociala kostnader för sjukdom.

#### *Den upplevda subjektiva nyttan*

Köer och svårigheter att nå fram till vårdgivarna färgar fortsatt den subjektiva bilden av vården. Det gäller väntetider till olika slag av operationer men också vid besök och kontakt med läkare.

Den svenska medborgaren gör i genomsnitt 2,8 läkarbesök per år jämfört med 6,1 besök inom EU. (WHO Europe).

Bakom skillnaden finns förklaringar som större vårdansvar hos sjuksköterskor, mödra- och barnhälsovården, medicinsk service inom äldreården, men tillgängligheten till läkarkontakt är en faktor som påverkar subjektiva bedömningar. Det finns också ett mönster i gjorda undersökningar att de som har egen erfarenhet som patient värderar vården högre än de vars omdömen speglar ett allmänt omdöme utan närliggande egna erfarenheter som patient eller anhörig.

#### *Vården värderad i hälsomått*

Den svenska hälso- och sjukvårdens starkaste sida är prioriteringen av medicinska behov och den förebyggande hälsovården. Resultaten avläses då inte genom subjektiva omdömen utan genom mer objektiva mått som t.ex. grad av överlevnad efter behandling för livshotande sjukdomar och spädbarnsdödlighet. Medellivslängd speglar främst det förebyggandet hälsoarbetet och den sociala politiken i stort men också vårdresultat.

En viktig fråga för utredningen är hur ändrade ägar- och driftsformer och nya drivkrafter i vårdsystemen kan komma att påverka avvägningen mellan sjukvård och förebyggande hälsovård. (Frågan behandlas utförligare i en särskild bilaga.) När Sverige i den internationella statistiken för år 2000 åter redovisade den lägsta spädbarnsdödligheten i världen angavs två huvudsakliga orsaker. Fler kvinnor har hört varningarna och slutar röka när de blir med barn och familjerna följer rekommendationen att spädbarn skall läggas på rygg för att minska risken för plötslig spädbarnsdöd.

### *Samhällets sociala kostnader för sjukdom*

Den svenska välfärdsmodellen med sitt anspråk att kunna erbjuda god vård till alla har som ett grundvillkor haft full sysselsättning. En hög förvärvsfrekvens och låg arbetslöshet har i sin tur varit och är en viktig faktor för att minska sociala problem och ohälsa. Här finns anledning till fortsatt stor oro. Medan de ekonomiska skadorna från 90-talets kris har kunnat repareras kvarstår problemen på arbetsmarknaden. Arbetslösheten har minskat men sjukskrivningarna ökar i närmast motsvarande grad med stort inslag av nya sjukdomsbilder.

## 1.5 90-talets reformer – har vården blivit effektivare?

De problem kring vården som uppmärksammades under 1980-talet speglade inte enbart uppbromsning av en tidigare närmast obruten ny resurstilldelning. Bilden av den svenska vården som effektiv, forskningsintensiv och av högsta internationella standard hade ifrågasatts av bl.a. ESO-rapporter som redovisat fallande produktivitet inom vården. En annan uppmärksam rapport från början av 1990-talet "Svensk sjukvård – bäst i världen? SNS 1992" diskuterade den svenska vården och angav brister som i rapporten beskrevs som brist på incitament för effektivitet, brist på gensvar gentemot konsumenternas preferenser och brist på incitament för samordning.

Förutom uppbromsningen av resurstilldelning fördes effektivitetsskäl fram som motiv för mer av marknadslika arrangemang och fler privata aktörer inom vården. Hur har vårdhuvudmännen



under 1990-talet lyckats komma till rätta med de påtalade bristerna?

*(1) Har vården blivit mer kostnadseffektiv?*

Generellt har det varit en period med snabba förändringar av behandlingsmetoder och teknik som inneburit kortare vård- och behandlingstider. Hjärtsjukvården, diabetesvården, ögonkirurgi med starroperationer och ortopedi med t.ex. höftledsoperationer är några av de områden där många fler får möjlighet till vård genom effektivare behandlingar. Inom hjärtsjukvården är t.ex. patienterna med kärlekskramp, hjärtinfarkt eller hjärtsvikt allt äldre samtidigt som dödligheten i sjukdomarna och återinsjuknandet minskat.

Samtidigt har en tendens att mer vårdkrävande äldre trängt undan de yngre inom vårdsystemet vänt. Ädelreformen och en annan ansvarsfördelning mellan landsting och kommuner har också gjort det möjligt att korta vårdtiderna på sjukhus. Nya ersättningsmodeller har också lett till att allas, även de äldres, genomsnittliga antal vård dagar minskat. Olika vårdgarantier inom och mellan landstingen har i sig också gett sjukhusen starka motiv att själva klara fler patienter. Det finns ytterligare utrymme för förbättringar med tanke på de skillnader i vårdkostnad som uppmättes.

Produktiviteten mäts som kvoten mellan prestation och kostnad. Besparingarna har därför i sig tvingat fram bättre resultat eftersom patienterna och deras behov inte har minskat. Ingen vet ännu de långsiktiga kostnaderna för hårt ansträngd personal, sjukskrivningar och utbrändhet.

*(2) Får patienterna under 90-talet bättre gensvar på sina önskemål?*

I den tidigare nämnda och i många avseenden ifrågasatta WHO-studien om olika länders vårdsystem, återfinns Sverige först på 23:e plats. Studiens kritiserade metod bygger bl.a. på subjektiva omdömen från ett antal s.k. nyckelinformatörer (key informants) och vägningar av vårdens omfattning i relation till landets ekonomi.

Det inbyggda dilemma som finns mellan målet att fördela vård efter medicinska behov och önskan att bättre möta patienternas preferenser och önskemål borde få mer uppmärksamhet i vårddebatten. Läke medelskrivning på patientens initiativ istället för efter det medicinska behovet är ett problem.

En studie av sjukskrivningar från Uppsala universitets kliniska forskningscentrum pekar på ett likartat problem. Inför ett beslut om sjukskrivning kan patienternas önskemål vara något annat än läkarens bedömning och vad skall då gälla? Var fjärde sjukskrivning

gjordes trots att läkaren bedömde att den inte var till hjälp eller till och med medicinskt skadlig. (Lars Englund – UU Kliniskt Centrum, Dalarna)

Viktiga frågor för utredningen är att belysa hur marknadsstyrning och vinstintressen inom vården, enligt studien, kan påverka prioriteringar. Finns risk att vården mer riktas mot patienternas önskemål och efterfrågan och att det sker på bekostnad av den medicinska prioriteringen till de mest krävande behoven och vårdfallen?

Läkarna och sjukvårdens alla anställda har den svåra uppgiften att dagligt fördela begränsade resurser i form av tid och pengar, i första hand efter de medicinska behoven och med lyhördhet för patienternas önskemål. Det finns också behov av att tydligare diskutera och skapa förståelse för vårdens prioriteringar. System för ersättning och kontroll bör också utformas så att de stöder vårdens prioriteringar och mål.

### *(3) Brist på incitament för samordning*

Samordningsproblemen inom vården är långt ifrån lösta. Hösten 2001 summerade t.ex. Äldrecentrum i en studie av äldrevården i Stockholm att problemen inte var brist på ekonomiska resurser utan brist på samordning. Att recept skrivs ut utan samordning är dyrt, kan skada patienterna och ge nya vårdkostnader. För var tionde patient som tas in för akut sjukhusvård är orsaken någon form av felaktig läkemedelsanvändning.

Närmare en tredjedel av tid och resurser inom sjukvården används för information. Ändå finns brister i vårdkedjorna som drabbar patienterna och orsakar stora kostnader. Här finns därför också en stor potential för förbättringar och besparingar genom bättre informationssystem och mer utvecklad samverkan.

I all sjukvård växer problemen bland annat genom uppdelningen i allt snävare medicinska specialiteter. Landsting, kommuner, försäkringskassor och till vissa delar staten har ansvar för skilda delar av en vårdkedja och även här brister samordningen när ansvaret går från en huvudman till nästa.

Samordningsproblemen fanns och finns inom vård helt i offentlig regi. Frågan är om ett ökat antal vårdgivare och konkurrens dem emellan bidrar till att skapa ytterligare problem? De stora sjukhusen har en särskild roll som nav i många vårdkedjor. Hur påverkas samordningen av hur de ägs och drivs?

## 1.6 90-talet – privata entreprenörers inträde i vården

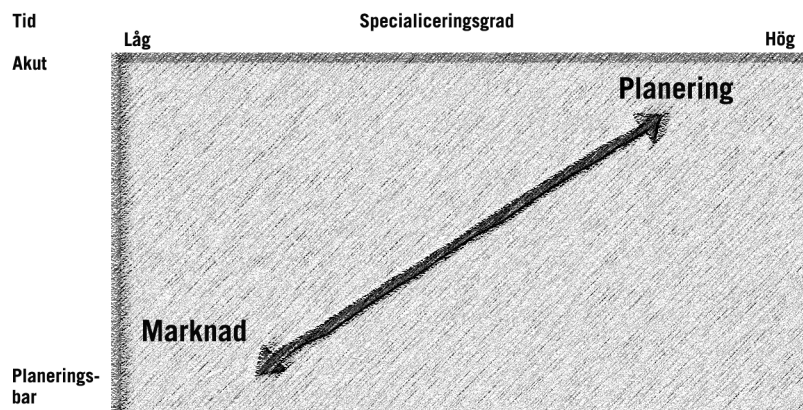
Från att vård och omsorg tidigare – med ytterst begränsade undantag – utförts i egen offentlig regi har under 90-talet en snabbt ökande andel av vården lagts ut på olika former av entreprenader.

Det finns i det flesta fall ett mönster för utvecklingen. Entreprenaderna har ofta startat med service- och kringtjänster som fastighetsskötsel, bevakning, städning, kök/catering för att sedan utsträckas till kliniska tjänster som laboratorietjänster och röntgen. För den medicinska vården har entreprenaderna i första hand omfattat olika former av rehabilitering, sjukgymnastik och senare primärvård och specialistvård.

### *Att beställa det som kan jämföras*

Det har också funnits en liknande logik när medicinsk behandling lagts ut på entreprenader. De har startat med t.ex. starroperationer eller ortopedisk kirurgi där diagnosen och det beställda är väl känt med goda möjligheter att värdera och jämföra kostnader och kvalitet. Detta är delar av vården som kan lämpa sig för marknadsmässig konkurrens och jämförelse.

*Figur 1.1* En schematisk bild för att ange hur tidsaspekter och specialiseringsgrad relaterar till planering resp. marknad i vården



(HSU 2000 SOU 1993:38)

Bevakningsuppdrag och ambulanstjänst ingår också bland de verksamheter som tidigt förts ut till upphandling. Det som främst beställs och ersätts är en beredskap och bemanning.

Utredningen söker utröna om det finns erfarenheter som kan vara till vägledning inför beslut om vilka delar av vården som är mest lämpade för konkurrensupphandling. Till skillnad mot det som hittills hänt i utvecklingen av privata entreprenader i den svenska vården representerar överlåtelsen av driften och försäljningen av verksamheten vid ett akutsjukhus och den stora upphandling av all akutsjukvård som våren 2002 förbereds av Stockholms läns landsting något helt nytt.

### *Vinstsyfte – forskning och utbildning*

För driften av de stora sjukhusen tillkommer ytterligare aspekter. Forskning och utveckling är avgörande faktorer för vårdens effektivitet och kvalitet. Utredningen skall granska påståenden att konkurrensupphandling och vinstsyfte i vården hotar att tränga undan klinisk forskning för att nå kortsiktig lönsamhet.

Liknande frågor kan ställas om utbildningen och om sjukhusens ansvar för utbildning av läkare och sjuksköterskor och andra yrkesgrupper.

Övergången från vård i offentlig regi till en mångfald vårdgivare ställer nya anspråk på regelverk eller institutioner som kan säkerställa att utvecklingen följer de grundläggande målen för hälso- och sjukvården.

### *Privatisering – vad menas?*

I svensk debatt är innebörden i begreppet privat vård ofta oklar.

Tablån nedan ger en bild av i vilka sammanhang som begreppet privatisering kan användas och grad och omfattning av privatisering.

*Figur 1.2* Grader av privatisering av produktionen, konsumtionen respektive finansieringen av välfärdstjänster

<i>Produktionen</i>	<i>Konsumtionen</i>	<i>Finansieringen</i>
Enbart offentlig produktion	Inga valmöjligheter	Enbart skatter
Begränsad konkurrensutsättning (privata entreprenörer)	Differentierat utbud och valmöjligheter	Skatter i kombination med avgifter eller försäkringspremier
Obegränsad konkurrensutsättning (fri etablering)	Val mellan producenter Kundval Öronmärkta bidrag Kontantförmån för fri disposition	

(Söderström, Lars m.fl. Privatiseringens gränser, SNS 2000.)

Det som avses är i regel att privata vårdgivare ges uppdrag att utföra vårdtjänster inom den offentligt finansierade vården. Privatisering med innebörd att också finansieringen blir privat (och frivillig) har ytterst få förespråkare i Sverige.

Däremot ställs frågorna om hur långt det offentliga åtagandet för finansiering kan sträcka sig respektive hur stora patientavgifterna kan vara utan att målet om vård på lika villkor hotas. Ökade inslag av privata försäkringar i de i övrigt generella system kan på sikt påverka det gemensamma systemets legitimitet.