

# Vård med omsorg

*– möjligheter och hinder*

*Betänkande från Delegationen  
för mångfald inom vård och omsorg*

*Stockholm 2007*



**STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR**

SOU 2007:37

# Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen fastställde den 12 april 2006 direktiven (dir. 2006:42) för en Delegation om villkor för idéburna organisationer inom den offentliga hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Delegationen inledde sitt arbete efter sommaren 2006 och antog namnet Delegationen för mångfald inom vård och omsorg. Inger Schörling förordnades 2006-04-15 till ordförande och Ola Johansson 2006-07-01 och Bosse Olsson 2006-08-20 till sekreterare i delegationen. Delegationens assistent har varit Sara Freeman.

Arbetet inriktades på att i ett delbetänkande ge underlag för en vid diskussion av villkoren för de små privata företagens, kooperativens och organisationernas medverkan i den offentligt finansierade hälso- och sjukvård och äldreomsorgen. Hur har deras verksamheter utvecklats i inriktning och omfattning? Hur ser de på vård- och omsorgssystemens utformning och villkoren för medverkan? Inom vilka områden finns behov av förändringar och vilka åsikter och förslag för de fram? Avsikten var att skapa ett underlag för en bred diskussion inför formandet av det slutliga betänkandet 2008.

Den 21 mars 2007 förordnade regeringen experter och sakkunniga att biträda delegationen. I anslutning till att regeringen utsåg experter och sakkunniga knöt delegationen till sitt arbete en referensgrupp med representanter för vård- och omsorgsföretag, patientorganisationer, etniska och religiösa organisationer samt andra organisationer berörda av delegationens uppdrag.

Den 3 maj 2007 beslutade regeringen genom tilläggsdirektiv begränsa delegationens uppdrag till att den 1 juni 2007 lämna ett betänkande.

Regeringens förordnande av experter och sakkunniga till delegationen och bildandet av referensgrupp kom därmed i ett mycket sent skede av delegationens arbete. Deras möjligheter att påverka

delegationens arbete och inriktning har därför varit kraftigt begränsad.

I regeringens tilläggsdirektiv inskränks uppdraget till att enbart omfatta en kartläggning över verksamhet som bedrivs av idéburna organisationer samt lyfta fram exempel på sådan verksamhet.

Det betänkande, som härmed överlämnas, är därför huvudsakligen en kartläggning av omfattning, och villkor och hinder för små privata företag, kooperativa företag och ideella organisationer att bedriva verksamhet inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Kartläggningen omfattar även litteratur och forskning, samt jämförelser med andra länder och EU:s påverkan inom vård- och omsorgsområdet

Delegationen har haft fokus på de företag som ingår i uppdraget men också på medborgaren, brukaren och patienten och relationen mellan social- och näringspolitiken.

Betänkandet är en dokumentation av de synpunkter och uppfattningar som kommit fram i ett nära samarbete med företagen och dess intresseorganisationer genom enkäter, djupintervjuer, intressemöten och arbetsseminarier (se vidare i referenslistan).

Vid arbetsseminarierna har en fördjupad diskussion utifrån olika problemställningar förknippade med delegationens uppdrag förts mellan forskare och praktiker.

I bilagor redovisas underlag och rapporter från arbetsseminarierna samt övriga av delegationen beställda underlag. När dessa ingår som underlag för fakta eller resonemang i betänkandet finns liksom för annat källmaterial hänvisningar.

Samarbete och kunskapsinhämtning har även innefattat kontakt med närstående utredningar och myndigheter, berörda departement genom expertgruppen och det civila samhället genom referensgruppen.

Delegationen överlämnar härmed sitt betänkande.

Stockholm 1 juni 2007

Inger Schörling  
ordförande

/Ola Johansson  
Bosse Olsson

**Sakkunniga:**

Anna Brooks, Socialdepartementet  
Ulrica Dyrke, Näringsdepartementet  
Marie Ericsson, Integrations- och jämställdhetsdepartementet  
Kent Ivarsson, Näringsdepartementet  
Helena Linde, Finansdepartementet  
Åsa Schedin, Socialdepartementet

**Experter:**

Cecilia Berglin, Sveriges kommuner och landsting  
Anna Ingmanson, Sveriges kommuner och landsting  
Lars Nyberg, Verket för näringslivsutveckling, Nutek  
Per Arne Sundbom, Konkurrensverket  
Stig Almquist, Socialstyrelsen

**Referensgrupp:**

Karin Abramsson, Lantbrukarnas riksförbund  
Hans Andersson, Cesam  
Eva Arvidsson, Equal Social Enterprises  
Birgitta Berggren, Coompanion Västernorrland  
Inga-Lill Björn, Astma- och Allergiförbundet  
Håkan Bystedt, Kooperativa institutet  
Per Eckerdal, Bräcke Diakoni  
Kurt Ericsson, PRIVO, VD Bergslagsgården  
Torill Findeisen, HSB Omsorg  
Per Fontin, Coompanion  
Julio Fuentes, SIOS, Samarbetsorganet för etniska organisationer i Sverige  
Ingela Holmertz, Röda korset  
Helena Kivisaari, Sverige-finska riksförbundet  
Björn Ljung, Praktikertjänst AB  
Arne Mårtensson, Kooperativa Förhandlingsorganisationen, KFO  
Simone Nadbornik, Judiska församlingen  
Shori Sand, Barnmorskemottagningen Storcken  
Peter Seger, Sophiahemmet  
Lotta Säfström, direktor Stiftelsen Stora Sköndal

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>11</b>
<b>Summary</b> .....	<b>15</b>
<b>1 Uppdraget – att kartlägga omfattning och villkor</b> .....	<b>19</b>
1.1 Att lyfta fram exempel och belysa möjligheter och hinder .....	19
1.2 Begrepp och definitioner .....	22
<b>2 Vård och omsorg – verksamheter i förändring</b> .....	<b>31</b>
<b>3 Kartläggning av omfattning och utveckling i Sverige</b> .....	<b>47</b>
3.1 Statistik och andra förutsättningar för kartläggningen .....	48
3.2 Hälsa- och sjukvården – alla landsting engagerar privata vårdgivare.....	54
3.3 En mer detaljerad bearbetning av SCB-statistik .....	58
3.4 Omvårdnadskooperativet Brismarksgårdens uppgång och fall .....	71
3.5 Vad säger vårddagarna? .....	75
3.6 Enkät till vård- och omsorgsföretag .....	76
3.7 Vill organisationer medverka?.....	88
3.8 Kartläggning – kompletterande perspektiv .....	88
3.9 Ett exempel inom hälso- och sjukvården – Vårdval Halland .....	95

3.10	Utveckling av vård och omsorg i EU-perspektiv .....	96
3.11	Forskning om idéburna organisationer.....	101
<b>4</b>	<b>Mångfald, vård, omsorg och värdegrund .....</b>	<b>105</b>
4.1	Mångfald, etik och värdegrund.....	105
4.2	Offentlig sektor, marknad och det civila samhället .....	109
4.3	Vård och omsorg – verksamheterna är mer och mindre marknadslika .....	114
<b>5</b>	<b>Motiv för mångfald – och hinder.....</b>	<b>119</b>
5.1	Samhällsförändringar ger motiv för mångfald av aktörer ....	119
5.2	Folkrörelser, föreningsliv och det civila samhället.....	121
5.3	De politiska partierna – och synen på det civila samhället .....	122
5.4	Makt inom vård och omsorg – institutionella lösningar .....	123
5.5	Fritt val gynnar mångfald.....	123
5.6	I stället för upphandling – stöd genom bidrag .....	125
5.7	Entreprenad eller att ”bygga eget” .....	125
5.8	Vård med omsorg – ingen gräns mellan kommuner och landsting.....	126
5.9	Privat finansierad vård och omsorg.....	127
5.10	Äldreomsorgen – nya vägar att möta intressen och behov .....	130
5.11	Mångfald i egen verksamhetsidé – att betjäna sin grupp .....	131
5.12	Drivkraft att arbeta för det allmännas bästa .....	139
5.13	Utbildning och kontakt med forskning.....	140

<b>6</b>	<b>Hinder för företagande på lika villkor.....</b>	<b>141</b>
6.1	Upphandling i konkurrens – medel eller hinder för mångfald?.....	141
6.2	Långsiktigt företagande – om finansiering, kapitalförsörjning, privat och offentligt ansvar .....	147
6.3	På lika villkor – möjligheter för små företag att hantera gemensamma angelägenheter .....	150
6.4	På lika villkor – om förutsättningar för kvinnors och mäns företagande .....	152
6.5	På lika villkor – om andra hinder och villkor för nystart och utveckling .....	153
6.6	Behov av stödstrukturer .....	156
<b>7</b>	<b>Idéer för vidare diskussion .....</b>	<b>159</b>
	<b>Referenser .....</b>	<b>163</b>
	<b>Bilagor</b>	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2006:42.....	171
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2007:63.....	179
Bilaga 3	Att tolka budskapen i vårdmöten över kultur- och kunskapsgränser, av Lisbeth Sachs.....	181
Bilaga 4	”Governance” – en utmaning för staten och för demokratin?, av Erik Amnå.....	191
Bilaga 5	Situationen för idéburna vårdgivare och små företag i andra länder, av Sven-Eric Bergman.....	223
Bilaga 6	Jämförelse av förutsättningar för idéburna vårdgivare inom EU/EES-området, av Clas Rehnberg.....	263
Bilaga 7	PM om Lagen om Offentlig Upphandling (LOU), av Roland Adrell och Carin Gustavsson.....	291



Bilaga 8	Rapporter från fyra arbetsseminarier .....	303
Bilaga 9	Enkäter till landsting och företag .....	369

# Sammanfattning

Detta betänkande är inte vad det var tänkt att vara.

Delegationen tillsattes i april 2006 och det egentliga arbetet inleddes i augusti 2006. Direktiven angav ett arbete i två steg.

Steg ett, att redovisa våren 2007, och innehålla en kartläggning av omfattning, villkor och hinder för små privata företag, kooperativa företag och ideella organisationers företag att bedriva verksamhet inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Steg två, att redovisas i ett slutbetänkande våren 2008, inkluderat eventuella förslag till författningsförändringar. Med dessa förutsättningar har delegationen planerat sitt arbete.

Förutsättningarna ändrades den 3 maj 2007, då Regeringen beslutade om tilläggsdirektiv, som inriktar uppdraget till att enbart omfatta ovan nämnda en kartläggning samt lyfta fram exempel. Vidare framgår av det nya direktivet att ett betänkande skall lämnas den 1 juni 2007.

På den begränsade tid som stått till förfogande har delegationen disponerat om materialet i enlighet med regeringens beslut.

**Kapitel 1** redovisar hur delegationen uppfattat och tolkat det ursprungliga uppdraget samt anger hur delegationen valt att använda för arbetet viktiga begrepp.

I **Kapitel 2** beskrivs de förändringsprocesser som skett inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Delegationen pekar på värdet av mångfald och av det civila samhällets möjlighet att medverka i samhällets gemensamt finansierade vård och omsorg.

**Kapitel 3** rymmer dels ett försök att från statistiska källor, samt egna genomförda enkäter, klarlägga omfattning och utveckling av ideella organisationers, kooperativs och de små privata vårdföretagens medverkan i den offentligt finansierade vården och omsorgen.

Kartläggningen visar att andelen är liten sett till vård- och omsorgssektorn som helhet. Den är också låg vid jämförelser med förhållandena i andra länder. Den ökning som ägt rum från början

av 1990-talet har främst skett genom att ett fåtal stora privata vård-företag expanderat sin verksamhet.

I en andra del av kapitlet söker delegationen att kartlägga och belysa orsaker till att förhållandena är som de är. Detta sker genom en historisk och politisk tillbakablick, genom jämförelser med länder med annan uppbyggnad av sina vårdssystem och genom en jämförelse mellan olika former för ersättning till vårdgivarna. En jämförelse görs också till en annan välfärdssektor, förskola och skola, som i Sverige haft en annan utveckling i fråga om mångfald och medverkan av ideella organisationer, kooperativ och små privata företag.

I kartläggningen ingår också en beskrivning av EU:s påverkan på vård- och omsorgsfrågorna samt en kort orientering om forskning med inriktning på det civila samhället.

**Kapitel 4** tar upp tre mer grundläggande utgångspunkter inför delegationens uppdrag. I ett avsnitt diskuteras frågan om hur mångfald och större utrymme för privata initiativ och aktörer kan förenas med de grundläggande principerna för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen om likabehandling och prioriteringar efter medicinska behov.

I en andra del diskuteras hur den offentliga sektorns relation till den privata kommersiella marknadens aktörer på viktiga punkter skiljer sig från den relation som finns till det civila samhället.

Ett tredje avsnitt vill visa på att vård och omsorg rymmer ett stort panorama av verksamheter, där vissa delar lämpar sig relativt väl för upphandlingar i konkurrens medan andra delar passar sämre.

**I Kapitel 5** belyses inom ett antal delområden motiv för mångfald och de olika former av hinder som finns.

I ett avsnitt tas ett hinder upp i form av att de svenska organisationerna i hög grad har varit och är intresseorganisationer mer inriktade på opinionsbildning gentemot de offentliga organen än på att på egen hand driva verksamhet inom välfärdstjänsterna. En kort diskussion förs om de politiska partierna och deras relation till civilsamhället. Partierna tycks unisont positiva, men skillnaden mellan höger och vänster består och från ömse håll omfattar man "sina" delar av civilsamhället. Ett avsnitt tar upp motiven för mångfald i relation till de etniska, språkliga och religiösa grupperna och de hinder organisationer mött när man sökt möta dessa behov. Ytterligare en diskussion förs om entreprenader i relation till genuint egen etablering av privat driven vård- och omsorgsverksamhet.

Kartläggningen och erfarenheten visar att de små privata företagen, de ideella organisationernas företag och de kooperativa företagen har bättre "överlevnadsprognos" när verksamhet utvecklas i egna och ägda anläggningar än i form av entreprenader.

**Kapitel 6** belyser med utgångspunkt från delegationens kontakt med företagen ett antal upplevda problem och hinder.

Bland hindren sticker offentlig upphandling ut markant. Övriga hinder är finansiering och kapitalförsörjning, möjligheter till former för samverkan inom områden som fortbildning, ekonomi- och personaladministration, juridik och IT, gemensam hantering de nationella vårdregistren, skattefrågor samt förhållandet i villkor med den offentliga sektorns egna verksamheter.

**Kapitel 7** beskriver i punktform de frågor som det finns ett behov av att vidare utreda och diskutera.

# Summary

This report is not the report that it was originally intended to be.

The Delegation was appointed in April 2006 and began work in earnest in August 2006. The terms of reference envisaged a two-stage process.

A report on the first stage was expected in spring 2007 and was to contain a survey of the extent to which small private enterprises, cooperative enterprises and enterprises run by non-profit organisations were operating in the publicly financed health and elderly care sector, as well as the conditions for and impediments to their operations.

A final report on the second stage, including proposed legislative amendments, if any, was expected in spring 2008.

The Delegation planned its work on the basis of these parameters. The intention was to include in the first report draft alternative proposals for measures to promote health and social care operations among the enterprises included in the Delegation's survey.

The parameters were changed on 3 May 2007 when the Government decided on supplementary terms of reference, limiting the remit to a mere survey of the operations being conducted, bringing out examples. Under the supplementary terms of reference, the Delegation will end its activities on 1 June.

In the limited time at our disposal, we have rearranged the material in accordance with the Government's decision. The report gives an account of the extent of the sector, and describes the conditions and impediments encountered on the basis of information from contacts with the enterprises concerned.

**Chapter 1** describes how the Delegation has understood and interpreted its original instructions and states how the Delegation has chosen to use certain terms that are important to its work.

In **Chapter 2** we describe the processes of change that have occurred in the health and medical care and elderly care sectors, and point out the value of diversity and participation by civil society in a health and care sector financed jointly by society.

The first part of **Chapter 3** consists of an attempt to clarify the extent and development of participation by non-profit organisations, cooperatives and small private care enterprises in publicly financed health and care services. This attempt is based on a number of statistical sources, supplemented by our own surveys.

The review shows that such enterprises account for a small proportion of the health and care sector as a whole. Their representation is also low compared with the situation in other countries. The increase that has occurred since the beginning of the 1990s has mainly been due to a small number of large private care enterprises expanding their operations.

In the second part of the chapter, we attempt to identify and shed light on the reasons behind this situation. We go about this by looking back at historical and political factors, by comparing the situation with countries where care systems are constructed differently and by means of a comparison between different forms of remuneration of care providers. A comparison is also made with another welfare sector, preschool and school, where the pattern of development in Sweden has differed in terms of diversity and participation of non-profit organisations, cooperatives and small private enterprises.

The review also includes a description of how the EU has affected health and care issues and a brief overview of research focusing on civil society.

**Chapter 4** takes up three more fundamental premises for the Delegation's work. A first section discusses the question of how diversity and greater scope for private initiatives and actors can be reconciled with the basic principles in health and elderly care of equal treatment for all and priority according to medical need.

A second section discusses how the public sector's relationship with actors in the private commercial market differs in important respects from its relationship with civil society.

A third section is intended to demonstrate that health and care services are a sector that embraces a broad panorama of activities, some of which are relatively suitable for competitive procurement while others are less suitable.

In **Chapter 5** we attempt to shed light on reasons that argue for diversity and on the different forms of impediments that exist, in a number of segments of the sector.

One section takes up the impediment that Swedish organisations largely have been, and still are, special interest organisations that concentrate more on shaping opinion in public bodies than conducting activities of their own within the welfare services. There is a brief discussion of the political parties and their relationship with civil society. The parties appear to be unanimously positive, but the difference between right and left persists and both sides embrace 'their' parts of civil society while throwing suspicion on others. Another section takes up reasons that argue for diversity with reference to ethnic, linguistic and religious groups and the impediments organisations have encountered when they have tried to meet these needs. Another issue discussed concerns contract work as opposed to genuinely independent establishment of health and care activities.

It emerges both from the survey and from experience that the small private enterprises, enterprises run by non-profit organisations and cooperative enterprises have better prospects of surviving when activities are developed in their own, privately owned facilities rather than in the form of contract work.

**Chapter 6** examines a number of problems and impediments found, on the basis of the Delegation's contacts with enterprises concerned.

Among the impediments, public procurement stands out prominently. Other impediments are financing and supply of capital, the possibility of making arrangements for cooperation in areas such as in-service training, financial and personnel administration, legal issues and IT and national care register, tax issues and general conditions compared with those enjoyed by the public sector's own operations.

**Chapter 7** describes in bullet form the issues that there is a further need to explore and discuss further.

# 1 Uppdraget – att kartlägga omfattning och villkor

Enligt direktiven är delegationens uppdrag att utreda villkoren för ”idéburna vårdgivare och små företag i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen”. I ett tilläggsdirektiv beslutade regeringen att inskränka uppdraget till att enbart omfatta en kartläggning.

I augusti 2006 tolkade delegationen att uppdraget till sin natur är ett främjandeuppdrag, dvs. att skapa goda och gynnsamma förutsättningar för de berörda företagen. Så har vi också arbetat fram till det att regeringen fattade beslut om tilläggsdirektiv.

Ett främjandeuppdrag är ett långsiktigt arbete som löper över flera år. Delegationen har därför endast byggt en grund för ett framtida egentligt främjandearbete.

Med offentligt finansierad verksamhet avser vi hälso- och sjukvård och äldreomsorg som helt eller delvis finansieras av den offentliga sektorn oavsett om denna finansiering sker genom bidrag eller uppdrag.

Direktiven talar om att delegationen skall ägna sig åt ”vårdgivare utan vinstsyfte”. Det är väl känt att de flesta små företag har helt andra drivkrafter än högsta möjliga avkastning på satsat kapital. I uppdraget är därför inkluderat vård- och äldreomsorgsverksamheter som ägs och drivs av små privata företag, kooperativ samt ideella organisationer.

## 1.1 Att lyfta fram exempel och belysa möjligheter och hinder

I direktiven framgår att delegationen skall lyfta fram offentligt finansierad verksamhet som kan tjäna som exempel på hur hälso- och sjukvårdsverksamhet och äldreomsorg kan bedrivas, men även visa på de hinder och problem som aktörerna möter samt visa på



verksamheternas betydelse och konsekvens för hälso- sjukvården och äldreomsorgen.

Delegationen har valt att belysa detta och ge exempel genom att;

1. *Upprätta, ge ut och sprida en tidskrift*  
Delegationen gav i november 2006 ut tidskriften ”En mångfald av möjligheter”. Skriften trycktes i 8 000 exemplar och spreds, förutom till departement och riksdagen, till myndigheter, kommuner och landsting samt till aktörerna inom vård och omsorg. I skriften har vi presenterat tretton porträtt av företag verksamma i sektorn. Skriften finns fortsatt tillgänglig på delegationens hemsida [www.sou.gov.se/godaexempel](http://www.sou.gov.se/godaexempel).
2. *Planera och genomföra en serie av arbetsseminarier*  
Delegationen bjöd i oktober 2006 in till bildande av en arbetsgrupp bestående av representanter från Arbetsgivaralliansen, Coompanion, Famna, KFO, Kooperativa institutet, Vårdföretagarna och Praktikertjänst. Arbetsgruppen har planerat att under år 2007 gemensamt genomföra sex arbetsseminarier med en därpå följande större och bredare konferens på temat ”Mångfald inom vård och omsorg”.  
Följande seminarier har genomförts;
  - Ökad mångfald i vård och omsorg i relation till behov, prioriteringar, etik och värdegrund (25 januari 2007, se bilaga 8 a).
  - Governance – en reflekterande överblick (22 mars 2007, se bilaga 8 b).
  - En sektor som välfärdsstaten inte kan undvara! (18 april 2007, se bilaga 8 c).
  - Upphandling - ett hinder eller medel för mångfald? (9 maj 2007, se bilaga 8 d).

Ytterligare seminarier var inplanerade för hösten 2007:

- Förutsättningar för fler och växande entreprenörer inom vård, hälsa och omsorg (planerades till 6 september 2007).
- Mångfald inom vård och omsorg – det civila samhällets ansvar för den gemensamma välfärden (planerades till 22 november 2007).

### 3. *Delta vid konferenser och seminarier*

Under perioden september 2006 – maj 2007 har delegationen medverkat vid sju utåtriktade aktiviteter i syfte att främja de företag som ingått i uppdraget.

Delegationen har också haft internationell kontakt med två studiegrupper från Storbritannien och en grupp från Kanada.

### 4. *Arbeta i nära relation med de olika intressegrupperna*

Delegationen har sökt nära samarbete med alla de aktörer som på ett eller annat sätt kan bidra till en utveckling av sektorn. Vi har därför genomfört 26 intressentmöten och djupintervjuer med representanter för vårdföretagens organisationer och nätverk.

Samråd har också skett med företrädare från Sveriges Kommuner och Landsting, Konkurrensverket, Socialstyrelsen, Verket för näringslivsutveckling, Folkhälsoenkätgruppen och Äldreboendedelegationen.

Ett antal nationella organisationer; patientorganisationer, humanitära organisationer, trossamfund, invandrarorganisationer, kooperativa organisationer har i en brevenkät tillfrågats om de har verksamhet eller planerar verksamhet inom vård- och omsorgsområdet. 25 organisationer har svarat att de har eller planerar verksamhet och de har också lämnat namn på kontaktpersoner för fortsatt dialog angående verksamhet och delegationens uppdrag.

En referensgrupp är därtill formad, bestående av 20 representanter för vårdföretagens organisationer och nätverk, patientorganisationer, invandrarorganisationer, trossamfund och sociala företag. Referensgruppen har vid två sammanträden och därutöver genom enskilda kontakter medverkat i arbetet med betänkandet.

Tre sammanträden har genomförts med den expertgrupp som regeringen förordnade från 21 mars 2007.

## 1.2 Begrepp och definitioner

I syfte att underlätta dialogen om innehållet i delegationens betänkande har vi valt att relativt ingående beskriva det språkbruk och de ord som vi i betänkandet valt att arbeta med.

### Mångfald

Delegationen har gjort en bred tolkning av begreppet mångfald och tolkar i begreppet in:

- mångfald av aktörer/företag, såväl i antal som i form,
- mångfald för att tillgodose etniska, språkliga och religiösa behov,
- mångfald av vårdformer i mening olika former för behandling,
- mångfald för att få en diagnos prövad, ”second opinion”.

I detta betänkande är tonvikten lagd på de två första punkterna. Delegationen har arbetat efter antagandet att mångfald generellt sett är ett önskvärt värde i vården.

### Konkurrens

Teorin om den perfekta konkurrensen anger förutsättningar som skall vara uppfyllda för att en ”ren” konkurrens skall anses råda:

- Produkterna är helt utbytbara
- Producenterna är många och oberoende
- Kunderna är många och oberoende
- Såväl säljare som kunder har perfekt information
- Marknadstillträdet är fritt

I verkligheten finns det dock knappast marknader där alla dessa kriterier är helt uppfyllda. Marknader med sådana konkurrensförhållanden som ovan beskrivs existerar nästan inte och i synnerhet inte i Sverige inom sektorn vård och omsorg. Eftersom konsumenten inte svarar för finansieringen saknas de normala mekanismerna för att etablera pris och för kostnadskontroll. Det är också så att olika former av vård och omsorg lämpar sig olika väl för att konkurreras ut. Se vidare kapitel 4.

## Offentligt finansierad hälso- och sjukvård och äldreomsorg

Hälso- och sjukvård delas in i den öppna vården och i den slutna vården.

Den öppna vården skall tillgodose grundläggande hälso- och sjukvård och har sin tyngdpunkt i förebyggande, diagnos och behandling och innefattar förutom primärvården och viss specialistvård också förebyggande och rehabiliterande vård samt viss komplementär vård.

Den slutna vården innefattar hälso- och sjukvård som kräver att patienten läggs in.

Samtliga ovan nämnda verksamheter som är offentligt finansierade har inkluderats i delegationens arbete.

Hälso- och sjukvårdslagen inkluderar även sjuktransporter, transporter av avlidna samt tandvård. De två sist nämnda inkluderas inte i delegationens arbete.

Äldreomsorgen består av en rad olika insatser inklusive särskilt boende som kan ges efter ett biståndsbeslut. I delegationens uppdrag har inte äldreboendet i form av senior- eller servicelägenheter inkluderats, även om vi indirekt tangerat frågan då boendet i många fall ligger nära de biståndsgrundande insatserna. Kooperativ och ideella organisationer har dessutom i många fall sökt integrera former för äldreboende med former av annan äldreomsorg.

## Civila samhället, ideella sektorn och ideella organisationer

Sedan lång tid har det runt om i världen organiserats ideellt baserade ekonomiska verksamheter som har stor betydelse för lokalsamhällets ekonomi och för många människor är den avgörande för överlevnad. I några afrikanska länder benämns det "Peoples Economy", i Tyskland "Solidarity Based Economy", i USA och Kanada "Community Economy", och i Storbritannien kallar många numer fenomenet för "Third Sector".

I aktuellt svenskt språkbruk används framför allt fyra begrepp som en övergripande och sammanfattande benämning på sektorn. Dessa begrepp är "tredje sektorn", "den sociala ekonomin", "ideella sektorn", och "civila samhället". Olika myndigheter, organisationer och företag föredrar att använda olika begrepp och lägger lite olika värderingar i ordet. Likaså skiljer det mellan vilka verksamheter som inkluderas i respektive begrepp.

Ideella organisationer kallas också för ”folkrörelser” eller ”idéburna organisationer”. Inom området vård och omsorg används också orden ”idéburna vård- och omsorgsorganisationer”, ”non-profit företag” och ”ideella sektorns vård- och omsorgsorganisationer”.

Betänkandet ”Frivilligt socialt arbete” (SOU 1993:82) argumenterar för att den mest relevanta och karaktäriserande benämningen för att göra en avgränsning bland dessa begrepp är ”frivilliga organisationer”. Bland annat skriver författarna att ”begreppet anknyter till vardagsspråket och har en lättillgänglig innebörd”. De menar också de att det är det dominerande språkbruket i flera andra länder.

Många företrädare för organisationerna i fråga menar dock att begreppet faktiskt inte har slagit igenom i Sverige. De menar också att begreppet är för starkt kopplat till de frivilliga arbetsinsatserna, och skymmer att organisationernas verksamhet drivs med professionell personal.

Språkbruket är alltså fortfarande spretigt och orden används olika i de berörda organisationerna och företagen. Vi väljer att i detta betänkande som sammanfattande benämning på denna typ av vård- och omsorgsföretag använda begreppet ”civila samhället” när vi talar om företag som är organisatoriskt fristående från den offentliga sektorn och som har andra syften än vinstutdelning som främsta drivkraft.

Många av dessa verksamheter drivs av ideella organisationer, religiösa organisationer, stiftelser, kooperativ och små privata företag.

Det är ideella organisationer och kooperativ som klassiskt har räknats in i begreppet idéburna organisationer.

### **Kooperativa företag**

De kooperativa företagen har sedan början av 1900-talet haft en egen definition som i stort sett brukats lika i hela världen.

Internationella Kooperativa Alliansen har beskrivit en kooperativ förening som ”en fristående sammanslutning av personer som frivilligt samverkar för att tillgodose sina gemensamma ekonomiska, sociala och kulturella behov och önskemål genom ett samägt och demokratiskt styrt företag”. Kooperativa företag förväntas arbeta efter de sju kooperativa principerna, som är frivilligt och öppet medlemskap, demokratisk medlemskontroll, medlemmarnas

ekonomiska deltagande, självständighet och oberoende, utbildning, praktik och information, samarbete mellan kooperativa föreningar samt samhällshänsyn.

### **Sociala företag**

Liksom övriga begrepp används begreppet socialt företagande olika i olika länder. I Storbritannien har regeringen beskrivit ett socialt företag som en verksamhet som har ett socialt ändamål, återinvesterar överskott i företaget eller lokalsamhället och som inte strävar efter maximal vinstutdelning. Ingen vikt fästs vid företagets juridiska form eller vem som är ägare. Allt inkluderas, från byföreningen som driver en livsmedelsbutik eller hälsocentralen som drivs av personalen till den nationella organisationen med tusen anställda som driver hemtjänst.

I Sverige, liksom i ytterligare ett par EU-länder, har begreppet sociala företag kommit att begränsas till företag som har som ändamål att integrera personer som står långt från arbetsmarknaden och där företagen huvudsakligen återinvesterar sina vinster i egna eller liknande verksamheter. Vidare krävs att dessa företag skapar delaktighet för medarbetarna genom ägande, avtal eller på annat väl dokumenterat sätt och att det är fristående från offentlig verksamhet.

### **Privata verksamheter**

Privata verksamheter ställs som motpol till offentliga verksamheter och innefattar, oavsett juridisk form, förutom de privat ägda företagen, såväl kooperativa företag som sociala företag och företag som genom ekonomisk verksamhet främjar ideella syften.

### **Privata företag**

Privata företag kännetecknas av att ägarskapet är fysiska och juridiska personer, affärsverksamheten är försäljning på en marknad, besluts- och styrelseformen är efter styrka (en aktie en röst) och att vinsten delas efter kapitalets storlek.

Nuteks studier av små företag visar att de två främsta skälen till att små företag startas är att företagaren/na vill förverkliga sina idéer (29 %) och arbeta självständigt (26,5 %).

Att tjäna pengar kommer på fjärde plats (11 %). Gruppen utbildning, hälsa, vård och andra samhällstjänster kommer på femte plats (9 %). I Nuteks studier av kvinnors företagande framgår också att många väljer att starta eget som ett sätt att få behålla jobbet.

De flesta småföretag har således inte siktat inställt på vinstutdelning. Många av de vård- och omsorgsföretag som ingår i delegationens arbete lever mycket efter devisen att ”vinst för ett företag är som syret för kroppen, det behövs, men det är inte meningen med livet”. Företagen drivs och styrs av många fler skäl än pengar och vinst.

Det är därför naturligt att betrakta dessa självständiga småföretag som både en del av det civila samhället och en del av marknaden.

De små företagen definieras som soloföretagen (0 anställda), mikroföretag (1–9 anställda) eller småföretag (upp till 50 anställda).

### Privatisering

Ytterligare ett begrepp som flitigt används är ”privatisering”. Den strikta betydelsen av ordet är när en offentligt finansierad och driven verksamhet helt flyttas över till en privat finansierad och driven verksamhet. Det allmänna språkbruket när det gäller vård och omsorg torde dock avse en offentligt finansierad verksamhet som har en privat utförare.

I anslutning till den statistiska kartläggningen i betänkandets kapitel 3 söker vi att i en schematisk bild markera privat respektive offentlig produktion av vård- och omsorgstjänster samt uppdelningen avseende privat respektive offentlig finansiering.

När det gäller privat utförande är det också viktigt att klargöra skillnaden mellan privata entreprenader i offentligt etablerade och ägda anläggningar och privat vårdverksamhet i företag som genuint byggts upp av privata aktörer.

Ytterligare en dimension, som kräver uppmärksamhet vid analys av statistik, är de fall då landstinget eller kommunen väljer att driva en verksamhet i privaträttslig associationsform som t.ex. aktiebolag eller stiftelse.

## Begreppen vinst och överskott

Begreppet vinst i sammanhanget offentligt finansierad vård och omsorg har orsakat omfattande debatt. Det finns därför anledning att reda ut och tydligt definiera vår användning av begreppen.

Vi använder ordet vinst liktydigt med ordet överskott i bemärkelsen att det behövs större intäkter än kostnader i allt framgångsrikt företagande. Det är liktydigt med skattelagstiftningen som anger att syftet med näringsverksamhet är att den skall drivas med vinst.

Enligt årsredovisningslagen redovisar ett företag sitt resultat i form av vinst eller förlust. Är resultatet en vinst kan den antingen balanseras i ny räkning eller ges till ägarna i form av utdelning. Balanseras resultatet återkommer det i framtida redovisningar. Det som är kännetecknande för de företag som delegationens arbete berör är att de till övervägande del använder sin vinst för att utveckla verksamheten.

## Fritt val

Begreppen för att beskriva medborgarens fria val av utförare har varit omdiskuterade. Det har talats om brukarval, kundval, vårdgivarval eller peng- och checksystem. Det finns inte någon bra beskrivning av vad som egentligen menas med de olika koncepten, men en form av valfrihet inryms i samtliga ord.

Valfrihet betyder enligt Nationalencyklopedin ”att kunna välja utan inskränkningar”.

Rent principiellt behöver ett valssystem inte innebära att det finns en stor andel privat produktion. Däremot förutsätter modellerna att det finns alternativa utförare att välja bland.

Under senare tid har begreppet fritt val alltmer börjat användas. Delegationen väljer att i betänkande använda begreppet fritt val för system där medborgarna genom sina val av utförare av vård, omsorg eller annan service även styr den ekonomiska resursfördelningen mellan utförare.



## Lagen om offentlig upphandling (LOU)

Frågan om offentlig upphandling av vård och omsorg sticker markant ut när hinder för företagande diskuteras. Vi har därför valt att redan initialt kort beskriva lagen. Texten är baserad på en PM författad av advokaterna Carin Gustavsson och Roland Adrell, Gärde Wesslau Advokatbyrå i Göteborg (se bilaga 7).

För en utförligare redovisning av upphandlingsreglerna som rör upphandling enligt kap. 6. LOU hänvisar vi till betänkandena ”Nya upphandlingsregler” (SOU 2005:22) och ”Tolkförmedling – kvalitet, registrering, tillsyn” (SOU 2004:15) samt Konkurrensverkets rapport ”Länsrätternas domar om offentlig upphandling” (2007:2). Vidare hänvisas till webbplatsen ([www.nou.se](http://www.nou.se)).

### *Allmänt*

Den 1 januari 1994 trädde lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU) i kraft i Sverige. Lagen tar sin utgångspunkt i EG-rättsliga principer och innehåller regleringar som syftar till att de större upphandlingarna sker i konkurrens. Tröskelvärden sätter gränser för vad som är större upphandlingar.

Även LOU omfattar upphandlingar som värdemässigt ligger under tröskelvärdena. För den typen av upphandling gäller bara vissa bestämmelser i lagen.

Det huvudsakliga syftet med lagen är att statliga och kommunala organ skall genomföra affärsmässiga och konkurrensneutrala inköp av varor och tjänster.

Vissa grundläggande EG-rättsliga principer måste alltid iakttas. Dessa är:

- likabehandlingsprincipen,
- principen om icke-diskriminering,
- proportionalitetsprincipen och
- transparensprincipen.

### *Implementering av nya upphandlingsdirektiv*

År 2004 antog EU två nya upphandlingsdirektiv (försörjningsdirektivet och det klassiska direktivet). Båda direktiven gäller upphandlingar över tröskelvärdet.

Den statliga utredningen ”Nya upphandlingsregler” (SOU 2005:22) respektive ”Nya upphandlingsregler 2” (SOU 2006:28) har lämnat förslag på hur direktiven på bästa sätt kan implementeras i svensk rätt.

#### *Hälso- och sjukvårdstjänster*

Beroende på om värdet av en vara eller tjänst överstiger tröskelvärdet skall olika kapitel i LOU tillämpas. Tröskelvärdet justeras vartannat år av Europeiska kommissionen.

Av bilagan till LOU framgår uttryckligen att hälso- och sjukvårdstjänster är en så kallad B-tjänst, vilket innebär att 6 kap. LOU alltid skall tillämpas även för upphandling under tröskelvärdet.

Inom t.ex. äldreomsorgen förekommer olika system av fritt val. Det finns motstridiga uppfattningar om LOU skall tillämpas på detta område.

De enskilda patienterna har ett särskilt intresse av kontinuitet i den verksamhet som utförs på entreprenad, bl.a. för att kunna etablera och vidmakthålla en god och långsiktig relation till vårdgivaren. Det framgår även av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att den enskilde skall vara tillförsäkrad kontinuitet och vården skall bygga på självbestämmande. En tillämpning av LOU, där man bortser från att väga kvalitet mot pris och där priset i praktiken blir strikt avgörande kan i praktiken lätt leda till byte av entreprenör efter varje ny upphandling.

#### *Upphandling enligt 6 kap. LOU*

Även om upphandlingar enligt nuvarande 6 kap LOU regleras i lagstiftningen som väntas, ligger denna typ av upphandlingar utanför det direktivstyrda området. Detta framgår uttryckligen av kapitel 17, ”Upphandling som inte omfattas av direktivet” (nya LOU).

För upphandling under tröskelvärdet samt B-tjänster gäller reglerna i Romfördraget. Detta innebär att de regler som styr de fyra friheterna (fri rörlighet för arbetskraft, varor, tjänster och kapital) skall tillämpas vid upphandling. Dessutom skall kraven på konkurrens, likabehandling och transparens iakttas.

Vid upphandling enligt 6 kap. LOU finns tre förfaranden:

1. förenklad upphandling,
2. urvalsupphandling och
3. direktupphandling.

De två förstnämnda förfarandena är likställda upphandlingsformer enligt 6 kap. LOU och den upphandlande enheten kan fritt välja vilken upphandlingsform som passar bäst i det enskilda fallet. Det framgår också klart att direktupphandling är tänkt som en undantagslösning, vilket är naturligt eftersom förfarandet i praktiken innebär att konkurrens inte uppkommer.

I reglerna om direktupphandling framgår bl.a. att synnerliga skäl under vissa förutsättningar kan tillämpas. Vad gäller vårdtjänster kan det noteras att det av propositionen 2001/02:142 framgår att undantaget för synnerliga skäl bör omfatta sådana hälso- och sjukvårdstjänster där patienten genom sin rätt till val av vårdgivare utsett tjänsteleverantören. I samma proposition anges dock också att ”kundvalssystem inom äldreomsorg, sjukvård, barnomsorg m.m. bör utredas i särskild ordning.”

En utredning om fritt val i handikapp- och äldreomsorg är nu tillsatt (dir. 2007:38). Den utredningen skall slutredovisas i januari 2008.

## 2 Vård och omsorg – verksamheter i förändring

Den offentligt drivna sjukvården och omsorgen i Sverige står på hög internationell nivå. I en aktuell jämförelse mellan EU-länder har Sverige högsta rankning i samtliga indikatorer som avläser uppnådda vårdresultat. (Euro Health Consumer Index)

Samtidigt ligger Sveriges vårdkostnader strax under det europeiska genomsnittet, vilket visar att svensk hälso- och sjukvård även är kostnadseffektiv.

Avancerad forskning och innovativa miljöer har bidragit till utveckling av globalt framgångsrika företag inom bl.a. medicinsk teknik och läkemedel. Även vårdtjänster bedöms kunna utvecklas till en form av tjänsteexport.

Vård- och omsorgsverksamheten har samtidigt svårt att klara växande behov och anspråk. För varje år vidgas möjligheterna att bota olika former av ohälsa. Chansen till överlevnad från olika former av livshotande sjukdomar ökar. Ju bättre vård- och omsorgsverksamheten utvecklas, desto svårare och mer omfattande blir uppdraget.

För att klara av detta pågår inom såväl vård- som omsorgsverksamheterna ett närmast oavbrutet reformarbete.

### **Vård och omsorg flyttar "hem"**

Metoderna effektiviseras och tiderna för sjukhusvård blir allt kortare. Behandlingar som tidigare innebar flera dagars sjukhusvistelse genomförs nu i många fall öppenvård. Antalet vårdplatser på sjukhusen har därför drastiskt minskat. Den fortsatta återhämtningen och läkningen sker på annan plats, oftast hemma.

Inom äldreomsorgen finns en motsvarande utveckling. Antalet vårdplatser i särskilt boende minskade från 118 300 år 2000 till 98 600 år 2006. Jämförelsevis bor allt fler i allt högre åldrar kvar i eget boende, där hemtjänsten träder in och hjälper till med de uppgifter de gamla inte längre klarar. På det sättet sker även äldreomsorgen i

ökad utsträckning i hemmet. (Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2006, Socialstyrelsen samt [www.sos.se](http://www.sos.se))

Att så länge som möjligt klara sig själv kan vara ett medel och behålla sina färdigheter och för att bevara vitalitet och hälsa, men det finns en gräns där man med kvalitet kan klara eget boende. Att bo kvar i eget boende kan också medföra otrygghet, ensamhet och nya risker. Ensamhet kan leda till depression och att nya mediciner blandas med andra. När de äldre kommer till de allt färre platserna i särskilt boende är de så svaga att de ofta saknar möjlighet att etablera de nya kontakter som boendet tillsammans med andra skulle kunna innebära.

### Ohälsa i andra former

När det gäller hälso- och sjukvården så kompletteras för Sveriges del bilden av effektivare vård, bättre hälsa och längre livslängd hos befolkningen av uppgifterna om en försämrad hälsoutveckling, främst när det gäller självrapporterad psykisk hälsa. Att vara fysiskt frisk är inte alltid samma sak som att må bra. Många faktorer samverkar för utvecklingen av det som kallas "tillitsbristens sjukdomar" (Lisbeth Sachs, Edgar Borgenhammar m.fl.).

En stor del av befolkningen har kommit att stå utanför arbetslivet. Brist på arbete, social gemenskap och en roll och uppgift kan i sig leda till sjukdom. Men många arbetar samtidigt för mycket, vilket också kan skapa stress och ohälsa. Sociala och ekonomiska skillnader som under lång tid minskat har åter vidgats.

Vi menar att analys och kartläggning av det civila samhällets och de små företagens medverkan i samhällets vård och omsorg bör ses i ljuset av sådana förändringsprocesser såväl inom vård- och omsorgssektorn som i samhället i stort. Vården och omsorgen flyttar hem. Socialt och ekonomiskt utanförskap och tillitsbrist skapar ohälsa.

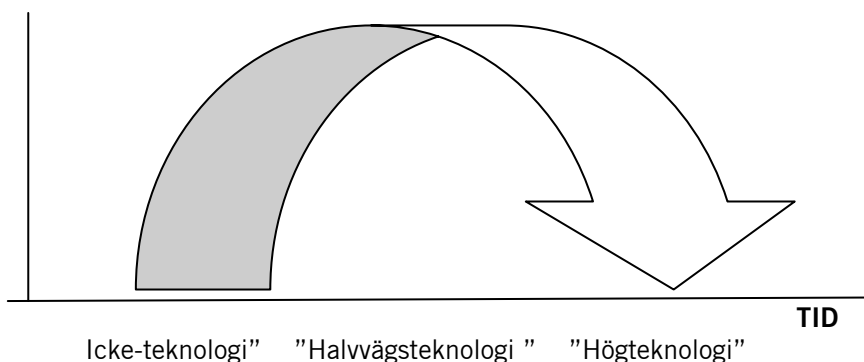
Det civila samhällets organisationer och de små företagen har då specifika förutsättningar och ett socialt kapital att förvalta när vården flyttar "hem" och när samtidigt tunnare sociala nät och brist på tillit alstrar nya vårdbehov.

## Vården bör flytta "hem"

Hälsoekonomen Lewis Thomas har redovisat en modell för medicinsk kunskaps- och teknikutveckling inom sjukvården. Modellen beskriver medicinsk teknikutveckling i tre steg.

1. En fas av "icketeknologi" där behandlingen egentligen endast kan underlätta livet för den sjuke – men inte bota.
2. Ett andra steg, "halvvägsteknologi" (som ofta uppfattas som "högteknologi"), som syftar till att kompensera funktionsbortfall från skada eller sjukdom. Hit räknas bl.a. transplantationer och annan avancerad kirurgi.
3. "Högteknologi" är inte kompensande utan bygger på ny kunskap om sjukdomars mekanismer som gör att det går att bota eller förebygga sjukdomen eller skadan.

Figur 2.1 UTGIFT per vårdfall



Källa: SOU 1993:39 HSU 2000 Hälsa- och sjukvården i framtiden – tre modeller

Enligt Thomas synsätt är högspecialiserad vård i regel endast en form av "halvvägsteknologi". Forskning och ny medicinsk teknik har gjort det möjligt att med det mycket stora sjukhusets resurser diagnostisera och behandla sjukdomar för vilka det tidigare saknats behandling. Men framsteget är bara halvvägs. Den verkligt medicinska högteknologin nås först när forskningen skapat de enkla och ofta kostnadseffektiva metoderna som gör att behandlingen eller de

förebyggande insatserna kan föras från den högspecialiserade nivån till primärvården eller ”hem”.

Högteknologins metoder kan vara vaccinationer, profylaktiska läkemedel, livsstil som förebygger eller botar eller ny teknik som gör att kontroller eller behandlingar kan ordnas i primärvården eller hemma.

Ett antal sjukdomar och diagnoser har gjort denna resa däribland tuberkulos, polio, magsår, många former av undersökningar och olika kontroller. Andra diagnoser och behandlingar väntar på liknande genombrott inom forskning.

I synnerhet när högteknologin tar form i förebyggande insatser och livsstil, så blir organisationerna, det civila samhället och de lokala vårdföretagen än viktigare aktörer när vården i högre grad vävs in i livet i övrigt.

### **Nya relationer mellan vårdgivare och vårdtagare**

Vi måste gå från att tänka i diagnoser och organisation till att tänka i hälsa och helhet, med individens behov i centrum, skriver Vårdförbundet i en rapport om företagande i vården.

För att kunna tillvarata en rätt till fritt val av såväl vård som vårdgivare är det nödvändigt att utbudet av vård präglas av mångfald som innebär att vården produceras i olika former och med olika vårdgivare, skriver Vårdförbundet vidare.

Även relationen mellan vårdgivare och vårdtagare förändras. Läkaren, sköterskan eller terapeuten möter allt oftare en patient som har större egen kunskap och tydligare åsikter om vilken vård han eller hon söker.

När det gäller brister i psykiskt välbefinnande, psykisk ohälsa och andra tillitsbristens sjukdomar visar forskning och erfarenhet att det som är möjlig och effektiv vård är mer än vad som ryms inom vård- och omsorgssystemen. Relationer, värdegrund, sociala och kulturella sammanhang håller hälsan vid liv och bidrar till att motverka och bota många former av ohälsa.

Vård och omsorg som möter människor och patienter utifrån en bredare uppfattning om vad som kan bidra till hälsa och bot behöver relationen till det civila samhället där människor har eller kan finna gemenskap och tillhörighet. Patienternas kunskap och egna val har också ökat intresset för, och efterfrågan av, förebyggande

hälsovård, friskvård och olika former av alternativ och komplementär vård. (Bilaga 3)

Vi återkommer till begreppet mångfald och dess många innebörder, men markerar redan här att medverkan från de ideella organisationerna, kooperativen och de lokala privata småföretagen helst bör ske med möjlighet att utveckla innehållslig mångfald med egna idéer och verksamhetsformer.

Både med avseende på hälso- och sjukvården och för äldreomsorgen gäller, som nämnts, att behoven i högre grad möts i mer öppna vård- och omsorgsformer. Frågorna ställs i vilken utsträckning samhällets frivilliga gemenskaper: ideella organisationer, patientorganisationer, kooperativ, lokala initiativ och privata företag skall kunna medverka och addera sina mervärden i den offentligt finansierade vården och omsorgen.

### **Att väga frågornas storlek och betydelse**

Delegationens uppdrag genomförs i ett politiskt upphettat läge. Från 1990-talet har debatten varit intensiv i frågor som rör privata utförare av offentligt finansierade tjänster. Särskilt intensiv har diskussionen blivit när den rör vård och omsorg. Från höger har man betonat nyttan av konkurrens för att tillgodose krav på höjd kvalitet, effektivare vård och omsorg och möjlighet att i ökad utsträckning kunna välja utförare av tjänster. Från vänster har man motsatt sig en ”privatisering” av de stora sjukhusen och i övrigt pekat på behov av regler så att inte vårdens prioriteringar och grundvärderingar sätts ur spel.

Från såväl höger som vänster har emellertid debatten letts in på något av ett sidospår när den snävt fokuserar på de ca tio procent av offentligt finansierade vård- och omsorgstjänster som har privata utförare.

Studier gjorda på uppdrag av bl.a. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting visar att:

- brukarna/medborgarna fäster större vikt vid frågor som kontinuitet och kvalitet än vilken som är utförare av tjänsten,
- det är stora skillnader i kostnad och kvalitet inom de 80–90 procent offentligt utförda tjänster,



- dessa skillnaderna är större än de som kan uppmätas mellan offentligt och privata utförare.

Det vill säga många andra för medborgaren, som patient, brukare och skattebetalare, betydligt mer väsentliga frågor har hamnat i bakvatten:

- Vilka är gränserna för det offentliga åtagandet? Och hur skall det finansieras?
- Vilken roll skall nationella, regionala och kommunala organ ha för att tillhandahålla, finansiera, organisera och kontrollera vård- och omsorgstjänster?
- Finns det vård- och omsorgsverksamhet som
  - a) inte bör överlåtas till privata utförare?,
  - b) lämpar sig att styckas i mindre delar?,
  - c) har stordriftsfördelar?
- Hur skall system utvecklas för att alla skall tillförsäkras en lika bedömning och behandling oavsett vart man bor, vilken utbildning man har, vilket språk man talar eller vilken religion man praktiserar osv.

Därutöver finns det ett antal underfrågor som måste ställas?

- Är den tillgängliga informationen för att brukaren skall kunna göra ett val tillräcklig? Och vilka val skall erbjudas medborgaren?
- Ska patienten få det hon vill ha eller det hon behöver? Vem/vilka skall avgöra behovet?

### **Politiska beslut och demografiska förändringar**

Ytterligare en större fråga är vilka konsekvenser redan demografiska förändringar kommer att få.

Behovet av vård och omsorg ökar med åldern och de närmaste decennierna ökar successivt andelen äldre i befolkningen. I en jämförelse med övriga Europa är påfrestningarna från de demografiska förändringarna i Sverige ändå relativt måttliga. Det som närmast sker är att de små barnkullar som i 1930-talets början utlöste makarna Myrdals upprop om "Kris i befolkningsfrågan", når de vård- och omsorgskrävande åldrarna. De skall tas om hand av en äldrevård anpassad till de tidigare stora barnkullarna. Ett klokt

beslut är att under den tid då vård- och omsorgsbehovet för en tid nu lättar, vidta åtgärder inför nästkommande mer krävande fas. (Föredrag av Gunnar Wetterberg, SACO)

Frågan om mångfald inom vård och omsorg relaterar till variation i innehåll och av utförare, men också till omfattningen av det offentliga åtagandet. Hur kommer det offentliga åtagandet att utvecklas i förhållande till det som redan görs av anhöriga, genom frivilliga insatser och av det civila samhället.

Vi återkommer till detta, men noterar redan nu, att debatten om utförare leder fel om den begränsas till att enbart handla om motsatsparet – offentligt eller privat. Uppdelningen missar att begreppet privat rymmer såväl företagen vars främsta drivkraft är vinstutdelning till företag som rymms i vår användning av begreppet det civila samhället.

- Relationen mellan det offentliga och de privata företagen för vilka vinsten är främsta drivkraft kan enklare definieras i termer av konkurrens och marknad.
- Relationen mellan det offentliga och vårdgivarna från det civila samhället rymmer även sociala nät och frivilliginsatser, som redan har stor betydelse men i framtiden än mer kan bidra till möta behoven av vård och omsorg.

Konkurrensutsättning inom ramen för ett givet offentligt åtagande kan stimulera till innovationer och nya arbetsformer som effektiviserar resursanvändningen. Men det civila samhället, organisationerna och de små lokala företagen kan, som nämnts, addera mer värden.

Ofta betonas att ”lika villkor” skall gälla för alla privata utförare, men risken är stor att det civila samhällets aktörer, inklusive de små privata företagen, inbjuds att medverka och konkurrera, på villkor som utformats efter de stora företagens förutsättningar.

### **Vård och omsorg – av tradition ett offentligt ansvar**

Jämfört med de flesta andra länder har det civila samhället i Sverige spelat en mycket liten roll som utförare av välfärdstjänster. Ofta jämförs det svenska, och de nordiska, vårdsystemen med det brittiska. Vården är skattefinansierad och utförs till mycket stor del

i offentlig regi. Formen för vårdssystem namnges ofta efter den brittiske ekonomen William H. Beveridge.

Som motsats ställs vårdsystemen där finansieringen sker genom obligatoriska försäkringar och där vården ges av en mångfald av vårdgivare. Systemen benämns Bismarck-modell efter den tyske kanslern Otto Bismarck, som i slutet av 1800-talet skapade ett socialförsäkringssystem som ålade arbetsgivarna att säkerställa allas rätt till vård och social trygghet.

Vi skall återkomma till Beveridge och Bismarck och skillnader i vårdsystemens uppbyggnad, eftersom dessa skillnader i hög grad påverkar såväl sammansättningen av vårdgivare och dessutom villkoren för upphandling och hur verksamheten berörs av EG-rättsliga principer. (Bilaga 5 och 6)

Det saknar emellertid all tidsmässig logik att namnge Sveriges vårdssystem efter det brittiska exemplet. Idén om vård och omsorg som ett gemensamt, kollektivt, och efter hand offentligt ansvar sträcker sig för Sveriges del sekler tillbaka i tiden. Tidigt fastslogs byarnas och städernas gemensamma ansvar för de ”sjuka och oförsörjda” och från det åtagandet utvecklades den offentligt drivna verksamheten.

Storbritanniens National Health Service, NHS, inrättades först efter andra världskriget. Under brinnande krig färdigställde William Beveridge och den arbetsgrupp han ledde planen för NHS.

### **Sverige – få privata vårdföretag**

Den svenska och nordiska modellen för vård och omsorg har historiskt varit att expansion och utveckling skett *inom* den offentliga sektorn. Det gäller sjukhusen (länslasaretten m.fl.) och primärvården (provinsialläkarna). Få sjukhus har etablerats privat och det finns endast få exempel där privat etablerade sjukhus tagits över av landsting. Samariterhemmet i Uppsala är ett exempel. Det har förts ideologiskt hetsiga debatter, men tidigt inrättade privata vårdinstitutioner som t.ex. Ersta, Sophiahemmet och Carlanderska finns fortfarande kvar.

Under mycket lång tid bäddade industrialisering och en unik tillväxt i ekonomin för ett ständigt vidgat offentligt åtaganden även avseende vård och omsorg. Vårdkostnadernas andel av samhälls ekonomin ökade, men accepterades eftersom även den privata köpkraften ökade. Så länge alla vårdbehoven kunde tillgodoses och

åtagandena vidgas var ifrågasättandet av den offentliga driften högst begränsad. Detta faktum gällde bland såväl medborgarna som hos vårdens personal och i de politiska partierna.

### **Resursbrist och privata alternativ**

Inte förrän sent 1900-tal togs några egentligt nya privata initiativ inom vården. I slutet av 1970-talet var efterkrigstidens rekordår över. Sverige fick en första period med högre arbetslöshet. Det blev svårare att klara alla behov med nya resurstillskott. De mer begränsade resurserna koncentrerades, i enlighet med givna prioriteringar, till akutvården och hälso- och sjukvårdens andra tyngre åtaganden. Vården började få problem när det gällde tillgänglighet och det påverkade mest de yrkesaktiva, som inte lika lätt fick tid för de mer vardagliga åkommorna. I början av 80-talet kom de nya privata initiativen när Cityakuten och andra liknande privata vårdgivare etablerade verksamheter, främst inriktade på att kompensera för bristande tillgänglighet i den öppna vården.

### **1980-talet – interna marknadsreformer**

Problemen att klara ökade vårdbehov fanns kvar under 1980-talet och studier pekade också på lägre produktivitet i svensk vård. Flera landsting genomförde reformer för att inom den egna organisationen skapa mer marknadslika relationer genom beställar-utförar-modeller. Modellerna fick skiftande form och namn som Dala- och Stockholmsmodellerna. I Bohusmodellen infogades ett första försök till finansiell samordning med försäkringskassan. (SOU 2002:31)

Reformerna, som genomfördes i såväl borgerligt som socialdemokratiskt styrda landsting, gjordes inom ramen för fortsatt offentlig drift, men trots det väckte de debatt. Skulle marknads-tänkande och interna marknader innebära förtur för de resursstarka?

## 1990-talet – nästa steg privata entreprenader

I början av 1990-talet inleddes en ny fas. Kärnverksamheter inom vård och omsorg började att läggas ut som entreprenader till privata utförare. En liknande utveckling hade redan inletts inom skola och förskola. Köerna för daghemsp plats fick föräldrar att ta egna initiativ med föräldrakooperativa daghem och i nästa steg trädde både organisationer och kommersiella företag in i både förskole- och skolverksamhet.

Inom alla välfärdssektorer, inte minst vård och omsorg, innebar den samhällsekonomiska krisen att landsting och kommuner sökte efter nya lösningar. Riksdagen antog 1993 lagen för offentlig upphandling, LOU (trädde i kraft i januari 1994), och den i praktiken närmast oprövade upphandlingen av vård- och omsorgstjänster infogades i lagstiftningen. (se vidare bilaga 7)

## Partiernas syn på privata utförare inom vård och omsorg

Trots debatten uttrycks i alla partiers program och andra skrivelser en positiv syn på ökad mångfald i vården. Personal-kooperativ, privata företag och ideella organisationer beskrivs som viktiga inslag i de offentligt finansierade verksamheterna. Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården, som lades fram av den socialdemokratiska regeringen vid millennieskiftet (prop. 1999/2000:149) efterlyser t.ex. specifika initiativ från landstingen för att få fram alternativa driftsformer och innefattar även ett särskilt stöd för en sådan utveckling.

Debatten mellan partierna gäller inte om privata vårdgivare skall kunna medverka i den offentligt finansierade vården eller inte, utan i högre grad om *var* och *hur* mångfald bidrar till bättre vård. Hur kan det ske utan att grundläggande prioriteringar och mål för vården hotas? Finns det delar av vården där privat drift eller driftsformer med ekonomiskt vinstsyfte inte bör tillåtas? Kräver större mångfald nya och andra krav på regleringar?

## Mångfald av såväl vårdgivare som vårdformer?

Mångfald uppstår inte av sig själv. Inom delar av vården och inte minst inom äldreomsorgen finns redan starka koncentrationstendenser bland de privata entreprenörerna. Formerna för upphandling

och andra villkor tycks inte i praktiken vara utformade för att främja mångfald bland utförare. Istället driver utvecklingen mot företagskoncentration och oligopol. (se vidare kapitel 3)

Politiskt uttrycks ofta att mångfald även bör inrymma variationer av arbetsmetoder och vårdformer. Men många upphandlingar av vård- och omsorgstjänster har motsatt verkan. Anbuderna från företagen blir i många fall detaljerat styrda av beställarnas anbudsunderlag bl.a. för att underlätta jämförelser. Verksamhet binds i kända och avtalade former. Valfriheten begränsas liksom utrymmet för nytänkande och utveckling.

I synnerhet påverkar en sådan snävare syn på anbud och uppdrag förutsättningar för de privata utförare som önskar medverka i vård- och omsorgsverksamhet utifrån en egen verksamhetsidé, vårdideologi eller önskan att möta en speciell grupps behov.

### **Mångfalden finns – mellan landsting och mellan kommuner!**

Den kommunala självstyrelsen är i Sverige en grundläggande norm. Jämfört med länder där vårduppgifterna lämnas till en mångfald av vårdgivare har vi i Sverige betydligt mindre av central nationell styrning. Svensk vård beskrivs vid internationella jämförelser som i allt för litet reglerad, "under-regulated". (European Observatory)

En nationell lagstiftning om skyldigheter och mål för hälso- och sjukvården och för den kommunala omsorgen kombineras med stor frihet för landsting/regioner och kommuner att efter skiftande förhållanden utveckla egna lösningar.

Verksamheten i egen offentlig regi och, åtminstone tidigare, en hög grad av politisk samsyn har ansetts vara tillräckligt som sammanhållande kitt, men resultatet har blivit mycket stora variationer både inom och mellan landsting och kommuner.

Det gäller hälso- och sjukvården där många studier pekar på spännvidden i val av organisation, metod och former för behandling och även inom äldreomsorgen där det finns mycket stora skillnader mellan kommuner när det gäller såväl kostnader som kvalitet. (Socialstyrelsen : Lika olika socialtjänst? 2007)

Förutom att det är en konsekvens av fler privata utförare och större mångfald inom vårdsystemet, finns även andra faktorer som talar för ett större behov av samverkan och sammanhållande planering.

- De lokala huvudmännen kan komma att utveckla vården i så motstridiga riktningar att de nationella målen för vård och omsorg hotas.
- Vårdens fortsatta specialisering ställer ökade anspråk på samordning.
- Vården över landstings-, region- och nationella gränser ökar och därmed behov av mer 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 dessutom fogas önskan från såväl företag som personalgrupper om mer långsiktiga och stabila villkor. För alla organisationer, även de politiskt styrda, gäller att motsättningar på ledningsnivå riskerar att skada motivation och sammanhållning. Verksamheter inom vård och omsorg utgör inget undantag.

Tydligt åtskilda politiska alternativ kan stimulera den politiska debatten men är det bra för verksamheterna om valutslagen leder till återkommande omställningar och reorganisationer? Frågan ställs också av vårdpolitiker. I Stockholms läns landsting har sedan 25 år tillbaka varje val inneburit skifte av landstingsmajoritet. I en gemensam artikel efterlyste t.ex. två landstingets politiker, Stig Nyman, (kd), och Anders Lönneberg, (s), samverkan över blockgränsen för att skapa stabilare villkor efter som verksamheten rymmer många långsiktiga beslut. (DN 2007-05-12)

Medicinsk-teknisk utveckling och växande vårdbehov ställer fortlöpande krav på förändring och anpassning på alla som arbetar inom vård och omsorg. Om, i sammanhanget, frågor som drifts- och ägarformer dessutom blir en återkommande politisk stridsfråga riskerar varje val att aktualisera nya omställningar.

### **Mer vård genom privata utförare – mer privat finansierad vård?**

I kartläggningen (kapitel 3) redovisas den närmare utvecklingen av den privat drivna vården och omsorgen och dess fördelning mellan verksamheter och vårdgivare.

Under de närmaste årtiondena kommer, som nämnts, allt fler människor att vara i åldrar där vårdbehoven ökar, men många av

dem kommer samtidigt att vara ekonomiskt resursstarka. Är det rimligt, också vägt mot många andra viktiga samhällsmål t.ex. ansvaret för miljön, att äldre med god privat ekonomi skall kunna efterfråga det mesta av annat, men inte ha möjlighet (eller beredskap) att efterfråga och betala för vård och omsorg?

Kan utrymmet för privat finansiering öka utan att prioriteringar och grundläggande principerna för vården och omsorgen sätts ur spel? Även i det perspektivet är det angeläget att granska förutsättningarna och villkoren för den privat finansierade vården och omsorgen.

### **Vård efter behov eller efter köpkraft?**

Prioriteringsutredningen under ledning av cancerläkaren och riksdagsledamoten Jerzy Einhorn lämnade förslag som ledde fram till ett enigt riksdagsbeslut om principer och riktlinjer för fördelning av vårdresurser.

I ett vårdssystem med större mångfald och antagligen ökat inslag av privat finansiering ställs nya krav på etisk reflektion till skydd för rättvisa och människors lika värde. I avsnitt 4.1 och i en seminarierapport (bilaga 8) förs en utförligare diskussion om etik och värdegrund bl.a. med hänvisning till den amerikanske filosofi-professorn John Rawls rättviseteori. Enskilda eller gruppers initiativ och ansvarstagande bör uppmuntras, men enbart om de enskilda initiativen utvecklas i former, som innebär att också de mindre gynnade beaktas.

### **Vård och omsorg genom det civila samhället – informell ekonomi**

En diskussion av formerna för finansiering av vård- och omsorgstjänster bör inte begränsas till enbart den formella ekonomin. Vid sidan av den offentliga finansieringen och en än så länge marginell privat finansiering av vård- och omsorgstjänster finns de frivilliga insatserna inom vård och omsorg.

Olika försök har gjorts att uttrycka det frivilliga och i huvudsak obetalda vård- och omsorgsarbetet i ekonomiska termer. Inom äldreomsorgen svarar anhöriga för stora delar av omsorgen. Det har också gjorts beräkningar av det frivilliga sociala arbetets omfattning som pekar på att det totalt motsvarar 300 000 årsarbeten eller mer.



Filip Wijkström och Torbjörn Einarsson, forskare vid Handelshögskolan, Stockholm, anger att det frivilliga arbetet år 2002 motsvarade 351 000 heltidsarbeten. Deras uppgifter visar också att det frivilliga arbetet genom medlemsorganisationerna fortfarande dominerar, men att ökningen av frivilliginsatser sker i former utanför formella medlemskap.

**Tabell 2.1 Fördelning av olika typer av arbete inom organisationerna**

	Avlönade årsarbeten	Ideellt arbete i motsv. årsarbeten	... utfört av medlemmar	... av frivilliga (utan medlemskap)
1992	90 000	294 000	253 000	41 000
1998		296 000	252 000	44 000
2002	99 000	351 000	246 000	105 000

*Källa:* Från nationalstat till näringsliv, Handelshögskolan i Stockholm, 2006

En tidigare utredning beräknade att den yrkesaktiva tiden dvs., pensionsåldern borde utsträckas till 79 års ålder för att vi i Sverige skulle klara att behålla en oförändrad relation mellan de yrkesaktiva och de som lämnat arbetslivet. (Åldrepolitik för framtiden, SOU 2003:91)

Ett mönster för framtiden är en ökad andel äldre i befolkningen och att många lämnar arbetsmarknaden med både god hälsa och god ekonomi. Frågorna bör ställas hur deras resurser både i form av pengar och mänsklig kapacitet i form av tid skall kunna bidra till den sociala omsorgen. Hur går det annars senare i livet när behoven av vård och omsorg blir de viktigaste?

Frågan är hur samhället och politiken kan stödja en utveckling inom vård och omsorg som tar till vara dessa resurser och dessutom med en bibehållen strävan att prioriteringar och principer om vård efter behov skall gälla.

Delegationens egen enkät visar att vård- och omsorgsföretag som har medlemsbaserade ägare har betydligt större andel frivilligmedverkan i sina verksamheter. Organisationen "Forum för frivilligt socialt arbete" pekar i sitt program på vikten av att frivilligarbetet utgår från en organiserad tillhörighet och medlemskap.

Mångfald och det civila samhällets medverkan i vård och omsorg kan ta till vara tid och kompletterande frivilligarbete, men också pengar. Vem ordnar insamling eller ger gåvor till en entreprenad?

Det kan vara svårt att jämföra insatser i form av tid för att vårda andra eller pengar från den privata ekonomin för att för egen del snabbare få önskad vård. Skillnaderna i storlek gör att politisk klokhet prioriterar insatser för att bevara och helst utveckla det civila samhällets medverkan i vård och omsorg.

Politiken kan utvecklas i en riktning där de privata initiativen ges rum i form av tidsbegränsade entreprenader, men också i former som stöder de privata initiativen till genuint egen etablering.

Mångfald gynnas av det senare och inte minst organisationers, kooperativens och de små privata företagens möjligheter att medverka i vården.

Dessutom är det, om ersättningsvillkor utformas på klokt vis, i de genuint privata etableringarna mer möjligt att kombinera offentligt och privat finansierad vård utan att grundprinciper om vård efter behov sätts ur spel. Ett mer utförligt resonemang om detta återkommer i kapitel 5.

### 3 Kartläggning av omfattning och utveckling i Sverige

Den helt dominerande andelen av vård- och omsorgsverksamhet i Sverige drivs av landsting och kommuner i egen regi. Den andel av den offentligt finansierade vården och omsorgen som utförs av privata vårdgivare har ökat från 1990-talets början, men främst genom tillväxt i några stora, nationellt verksamma och nu till stor del internationellt ägda vårdföretag. Det behövs ingen djupare analys för att konstatera att de små privata vårdföretagens, kooperativens och de ideella organisationernas andel av den offentligt finansierade vården och omsorgen är mycket begränsad.

I det följande skall vi trots väl kända och beskrivna statistiska svårigheter söka kartlägga omfattning och utvecklingstendenser.

Kartläggningen baseras främst på följande tidigare studier: "Skola, vård och omsorg i privat regi" (SCB, 2006:5), "Företagens framväxt i vård- och omsorgssektorn" (Nutek) samt "Konkurrens i Sverige 2006" (Konkurrensverket). Därtill har delegationen i samarbete med SCB bearbetat statistik, genomfört en egen enkät till landstingen och i samarbete med Nutek och vårdföretagens arbetsgivarorganisationer sändt ut en enkät till företag. Delegationen har också sändt en brevenkät till ett hundratal riksorganisationer för att få en uppfattning om organisationers intresse att som aktörer medverka i vård- och omsorgsverksamhet.

För kommunsektorn har material hämtats från Socialstyrelsens och Konsumentverkets rapporter samt från tillsynsansvariga vid några länsstyrelser.

Kartläggningens första del avser omfattning och utveckling och i en andra del söker vi att kartlägga villkor och hinder.

### 3.1 Statistik och andra förutsättningar för kartläggningen

#### Vad menas med offentligt och privat?

För att undvika missförstånd i kartläggningen behöver vi närmare reda ut vad som avses med begrepp privat, i dagligt tal också benämnt privatisering. Är vården eller omsorgen privat om finansieringen är offentlig men vårdutföraren är privat i form av ett företag, en organisation eller ett kooperativ? Eller är vården privat när den betalas genom en privat vårdförsäkring eller direkt från plånboken?

Även avseende de privata företag som är verksamma inom vård- och omsorgsverksamhet behöver begreppen förtydligas. Det finns privata vård- och omsorgsföretag som själva investerat, byggt upp och utvecklat sin verksamhet. Det gäller institutioner som Sophiahemmet i Stockholm, Carlanderska sjukhuset i Göteborg, Vidarklinikerna i Järna, många av företagen inom organisationen PRIVO och enskilda äldreboenden som ägs och drivs av kooperativ eller organisationer.

Andra privata vårdföretag är verksamma genom entreprenader där de under en avtalad period tar över driften av en verksamhet, som etablerats av landstinget eller kommunen. Det gäller sjukhus som S:t Görans sjukhus i Stockholm och sjukhusen i Simrishamn, Säffle och Kristinehamn och många vårdcentraler men framförallt ett stort antal kommunala äldreboende som lämnats på entreprenad. De stora vårdföretagen Capio, Attendo Care, Carema, Aleris och Förenade Care har sina verksamheter huvudsakligen inriktade på entreprenader.

En del av de privata vårdföretagen har i sin verksamhet både entreprenader och egna etableringar.

Skillnaden mellan de två formerna av privat vårdföretagande är av stor betydelse när det gäller att bedöma förutsättningar och villkor för de små privata företagen, kooperativen och de ideella organisationerna att medverka i den offentligt finansierade vården och omsorgen. När skillnaden inte framgår på annat sätt använder vi begreppet genuint privata vårdföretag för att särskilja företag eller verksamheter med egen etablering från entreprenaderna.

En ytterligare en komplikation uppstår när kommunen eller landstinget väljer att driva en offentligt ägd verksamhet i privaträttslig associationsform.

Nedanstående tablå söker att inom hälso- och sjukvården grafiskt redovisa i vilka olika former begreppet privat kan användas.

	Vårdgivare/Producent			
	Offentlig – Staten, landsting eller kommun		Privat	
	Offentlig förvaltning	Kommunalt bolag/stiftelse	Avtalad entreprenad	Genuint egen etablering
<b>Offentlig finansiering</b>	Ca 90 % av sjukhus och annan vård	Fåtal sjukhus och andra verksam- heter	t.ex. S:t Görans sjukhus/många äldreboenden	t.ex. Vidarklini- kerna, Privos vårdhem
<b>Privat finansiering</b>	Förbud enligt kommunal- lagen	t.ex. Stockholm Care AB m.fl.	Förbud i HSL som upphävs	Alt. medicin Kosmetisk kirurgi

### Något om relationer och storleksordningar – hälso- och sjukvård

För att ge en uppfattning om finansieringen av hälso- och sjukvården redovisas följande kostnadsangivelser. Avsikten är att överskådligt visa vad som är ”smått” och ”stort” mätt i jämförande ekonomiska termer.

De totala utgifterna för hälso- och sjukvården i Sverige inklusive tandvården var år 2005 ca 241 miljarder kronor, vilket motsvarade ca 9 procent av Sveriges BNP. Den offentliga sektorns samlade finansiering beräknades till 204 miljarder kronor (inkluderat läkemedel, kommunernas utgifter för hälso- och sjukvård samt utgifter för investeringar).

Patientavgifterna beräknades totalt vara ca 19 miljarder kronor med privata tandvårdskostnaderna som dominerande utgiftspost. Landstingens inkomster från patientavgifter för hälso- och sjukvård exkl. tandvård uppgick till 2,7 miljarder kronor. För patientavgifter för kommunernas vård finns inga uppgifter eftersom de är sammanbakade med äldreomsorgen.

Landstingens köp från privata vårdgivare var 2005 ca 14 miljarder kronor.

Som jämförelse beräknas att premieintäkterna för privata sjukvårdsförsäkringar år 2006 var ca 800 miljoner kronor och försäkringarna finansierade vård för beräknat ca 650 miljoner kronor. Det motsvarar 0,3 procent av de offentligt finansierade vårdkostnaderna och ca 5 procent av landstingens köp av vårdtjänster från

privata vårdgivare. (Uppgifter från SKL och samtal med försäkringsbolag)

### Associationsform speglar inte alltid huvudmannskap

Delegationens uppgift är att kartlägga omfattningen av vård- och omsorgsverksamhet, som drivs av ideella organisationer, kooperativ och av privata småföretag. Statistiken redovisar företagen efter juridisk associationsform. De kan vara; aktiebolag, kommanditbolag, ekonomisk förening, ideell förening, stiftelse eller enskild firma (fysisk person med F-skattesedel). Sedan millennieskiftet finns även registrerat trossamfund som en juridisk associationsform. Dessutom finns sedan några år tillbaka också möjligheten att registrera aktiebolag utan vinstsyfte. Endast ett (1) sådant bolag är hittills registrerat, och det är ett av kommuner samägt näringslivsbolag i Värmland.

Det finns kopplingar mellan typer av huvudmän/ägare och val av associationsform. Idealbilden skulle kunna se ut så här:

Huvudman/ägare	Associationsform för verksamheten
Flera enskilda ägare	Aktiebolag, Handelsbolag eller Kommanditbolag
En enskild ägare	Aktiebolag eller Enskild firma/ F-skatt
Personal- eller brukarkooperativ	Ekonomisk förening
Ideell organisation	Ideell förening eller Registrerat trossamfund
Ursprung från donation, filantropi	Stiftelse

Tyvär speglar den valda associationsformen inte alltid typen av huvudman. Såväl ideella organisationer som kooperativ väljer ibland att driva verksamheten i bolagsform. Omvänt finns aktiebolag som driver verksamhet t.ex. i form av stiftelse. Denna osäkerhet bör hållas i minne när kartläggningen baseras på den offentliga statistiken.

## Offentlig statistik speglar offentlig/privat verksamhet

Systemen för den svenska statistiken är främst uppbyggda för att tillgodose behoven i nationalräkenskaperna och i dessa har hittills inte verksamheter inom det civila samhället haft någon framskjuten plats. Vidare bygger den officiella svenska statistiken inom hälso- och sjukvård och omsorg till stor del på föreställningen att sådan verksamhet nästan uteslutande såväl finansieras som produceras i offentlig regi. Denna del av den offentliga statistiken är också väl utvecklad.

Statistiken om offentligt finansierad vård och omsorg som utförs av icke offentliga aktörer är inte lika god, men fullt tillfredställande om kravet endast är att få veta vad som drivs i offentlig respektive privat regi. Det går dock t.ex. i statistiken inte att särskilja på privata företag med vinstutdelning som främsta drivkraft och privata företag som har andra drivkrafter än vinstutdelning. Det går alltså endast i mycket begränsad utsträckning att uttala sig om i vilken utsträckning de kommersiella och icke kommersiella aktörerna påverkar utformandet och genomförandet av olika välfärds-tjänster.

Forskaren Filip Wijkström beskrev redan 1995 hur statistiken kan förbättras i syfte att kunna urskilja civilsamhällets aktörer (Ds 1995:30). I en studie på uppdrag av Socialstyrelsen och i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting, har Torbjörn Einarsson och Filip Wijkström hösten 2006 (publicerad mars 2007) kartlagt vilka statistiska kunskapskällor som finns tillgängliga och förfinat de tidigare upprättade förslagen hur statistiken kan förbättras och därmed sektorn avbildas på ett mer adekvat sätt. Förslag till förbättrad statistik bygger dels på det internationella klassifikations-systemet ICNPO (*International Classification of Non-Profit Organizations*), dels på FN:s rekommendationer för nationalräkenskaper (SNA) och benämns satelliträkenskaper.

Även om den statistik som används inom nationalräkenskaperna i Sverige inte enbart är baserad på juridisk form, så är det svårt att kartlägga en sektor som snarare skall baseras på verksamhetens syfte och resultat och inte på juridisk form. Den ideella föreningen Immanuelskyrkans församling i Stockholm bedriver t.ex. såväl stora hotell som äldreomsorg i den juridiska formen aktiebolag och bostadskooperativa HSB driver äldreomsorgsverksamhet genom HSB Omsorg AB. Delegationen har därför fått ägna sig åt uppfinningsrikedom och fotarbete för att med rimlig säkerhet ge en

bild av i vilken omfattning företag inom det civila samhället och lokala småföretag är verksamma inom sektorn.

Det blir i det närmaste en omöjlig uppgift för politiker att fatta beslut och svårt för tjänstemän att arbeta fram underlag om inte det finns ett tillförlitligt grundmaterial i form av bra statistik. Det är därför ett absolut måste att utveckla former för insamling av bra statistiska underlag.

### **Många vård- och omsorgsföretag, men hur många är verksamma?**

Företagen är hos skatteverket och bolagsverket alltså registrerade i juridisk form och den offentliga statistiken fångar sedan upp företagens angivna verksamhetsområden som anges av en s.k. SNI-kod (Svensk Näringsgrensindelning). SCB:s Företagsdatabas omfattar registrerade företag i samtliga juridiska former. År 2005 fanns där mer än 22 000 företag registrerade för verksamhet inom vård och omsorg. Det förefaller att vara många, men motsvarar endast ca 2,5 procent av landets samtliga registrerade företag, trots att 16 procent av landets anställda finns inom vård- och omsorgssektorn.

Vid sidan av Företagsdatabasen redovisar SCB genom den registerbaserade arbetsmarknadsstatistiken (RAMS,) alla företag där minst en person har sin huvudsakliga sysselsättning. Antalet vård- och omsorgsföretag enligt RAMS är något över 12 000. Nära hälften av Företagsdatabasens registrerade vård- och omsorgsföretagen är alltså vilande eller endast registrerade för bisysslor.

Av de ca 12 000 vårdföretagen enligt RAMS sysselsätter något mer än hälften endast en person. Där finns enmansföretagare i form av läkare, psykologer, sjukgymnaster m.fl. som driver egen verksamhet eller har uppdrag inne i en vårdcentral eller annat företag. Här finns också många som arbetar med komplementär eller alternativ medicin. Kommittén för alternativ medicin har t.ex. drygt 2 000 medlemmar, de flesta verksamma som enmansföretagare. Naprapatförbundet har över 700 verksamma medlemmar, de flesta enmansföretagare.

Antalet vård- och omsorgsföretag där mer än en person hade sin huvudsakliga sysselsättning var år 2004 drygt 5 000 och av dem sysselsatte något mer än hälften högst 5 personer. Av de ursprungligen 22 000 registrerade vård- och omsorgsföretagen visar det sig att det endast är ungefär en tiondel av de registrerade företagen som sysselsätter mer än 5 personer.



Företag som drivs i form av ideella föreningar har i genomsnitt 21 anställda, de som drivs som ekonomiska föreningar 25 anställda och för verksamheter som drivs som stiftelser är genomsnittet 41 anställda. År 2004 var i genomsnitt 3,4 personer sysselsatta i handelsbolagen. Företag som drivs i form av stiftelse eller ekonomisk eller ideell förening har därmed genomsnittligt fler anställda än handelsbolagen och även jämfört med aktiebolagen, som i genomsnitt har 15 anställda. (SCB, Nutek)

### **Civilsamhället och välfärdstjänsterna**

Vård- och omsorgsföretagen som drivs som ekonomiska- eller ideella föreningar eller stiftelser har genomsnittligt fler sysselsatta men de är få. Enligt Nuteks studie svarade ekonomiska föreningar för drygt tre procent av sysselsättningen i de privata vård- och omsorgsföretagen. Stiftelser och fonder svarade för nära sex procent av den privata sysselsättningen och de ideella föreningarna för tio procent. Sammantaget innebär det att ca 20 000 personer år 2004 var sysselsatta i den typen av företag. Är det mycket eller litet? Det motsvarar ca 20 procent av de privat anställda inom vård- och omsorgsverksamhet, men enbart tre procent av de totala antalet anställda.

En internationell jämförelse gjord av norska "Institutt for samfunnsforskning" ger liknande svar. Jämfört med andra länder svarar det civila samhället i de nordiska länderna för en mycket liten andel av sysselsättning inom välfärdsområdet. Den norska studien anger även den att andelen i Sverige är ca tre procent.

I en internationell jämförelse är alltså andelen liten. Vi återkommer i det följande till olika typer av jämförelser för att söka orsaker till skillnaderna.

Vi skall emellertid först beskriva utvecklingen från det att landsting och kommuner från 1990-talets början i ökad grad öppnade sina verksamheter för privata företags medverkan.

### **Andelen privata vårdgivare – utvecklingen från 1990-talet**

Först i samband med den samhällsekonomiska krisen i början av 1990-talet inleddes en utveckling där landsting och kommuner lade ut mer av sin verksamhet till privata utförare.

Den samhällsekonomiska krisen och de åtstramningar som tvingades fram innebar att antalet anställda inom landstingens slutna hälso- och sjukvård minskade med närmare 70 000. Cirka 12 000 fick annan arbetsgivare när sjukhus omvandlades till landstingsägda bolag, men nettominskningen av landstingens anställda i slutenvården var ändå drygt 50 000.

Antalet anställda i organisations- eller stiftelsedrivna sjukhus var i stort sett oförändrat, men anställningarna vid de stora privata vårdföretagen mer än fördubblades till drygt 6 000. (SOU 2002:31 Gun-Britt Trydegård). En liknande, men mindre stark tendens, fanns inom andra välfärdsområden. Kommuner och landsting bantade i den egna verksamheten, men öppnade för nya privata aktörer. (Välfärdsbokslut för 1990-talet SOU 2001:79)

En studie anger att sysselsättningen inom de privata vård- och omsorgsföretagen ökade från 41 000 år 1993 till 104 000 år 2004. (Nutek, Företagens framväxt i vård- och omsorgssektorn).

I takt med att samhällsekonomi förbättrats har under 2000-talet minskningen av antalet offentligt anställda inom vård och omsorg upphört, men det pågår en fortsatt omfördelning mellan verksamhetsformer. Såväl inom hälso- och sjukvården som äldreomsorgen sker en övergång från slutna till öppna vårdformer.

De privata företagen inom hälso- och sjukvård har haft en fortsatt stark ökning av ekonomisk omsättning, från ca 20 miljarder kronor vid millennieskiftet till över 35 miljarder kronor 2005. (SCB)

### **3.2 Hälso- och sjukvården – alla landsting engagerar privata vårdgivare**

Delegationen har i en enkät direkt till landstingen (se bilaga 9 a) sökt närmare uppgifter om och i vilken omfattning landsting väljer att lägga ut verksamheter till privat utförare.

Enkäten har upprättats i samverkan med "Nätverket Uppdrag Hälsa", som är ett frivilligt nätverk bestående av tjänstemän som arbetar med beställningar och uppdrag inom landstingen. Enkäten presenterades vid ett möte med nätverket i oktober 2006 och skickades därefter ut via nätverket till kontaktpersoner i 18 landsting/regioner. Delegationen tog sedan själv kontakt med resterande tre landsting. Totalt skickades alltså enkäten ut till samtliga 21 landsting.

Efter två påminnelser har samtliga svarat. Ett svar är dock så bristfälligt att det inte går att använda.

Vi bad i enkäten landstingen att bifoga förteckningar över de verksamheter som har privata utförare, alternativt ange exempel på verksamheter.

Det är få landsting som bifogat en sådan lista och det framgår av svaren att landstingen har valt skilda system för att lista privata företag. Det är därför vare sig möjligt eller meningsfullt att sammanställa dem. Av listorna och förtecknade exempel kan vi dock utläsa att det rör sig om sjukhus (Ersta, och Stockholms sjukhem, Vidarkliniken, Röda Korstes sjukhus, sjukhusen i Kristinehamn och Säffle), husläkare, vårdcentraler (här finns många angivna), BVC, MVC, familjeläkarmottagningar, paramedicin, urologi, sjukgymnaster, logoped, fotvård, och cancerrehabilitering (Lydiagården).

Av materialet går det med andra ord inte att dra mycket mer långtgående slutsatser av omfattningen av verksamheter som har privata utförare än vad SCB:s, Socialstyrelsens, Nutek:s eller Sveriges Kommuner och Landstings källor anger.

Ser man till all vård som bedrivs är det generellt sett alltså få offentligt finansierade verksamheter som läggs ut på privata utförare, knappt tio procent av all verksamhet. Ungefär två tredjedelar av de privata verksamheterna finns i de tre storstadsregionerna. Alla landsting har lagt ut någon verksamhet, (primärvård, rehabilitering och somatisk specialistvård) på någon privat genomförare.

Enkätens fråga 1 berör den hälso- och sjukvård som landstinget lagt ut på en privat entreprenad. Nitton av de tjugo svarande landstingen har lagt ut primärvård på minst en privat vårdgivare. Tretton har lagt ut somatisk specialistvård, tio rehabilitering och nio psykiatri/socialpsykiatri. I spännvidden 2–6 landsting har lagt ut ambulansverksamhet, komplementär/alternativmedicin, sjukhus, behandlingshem, friskvård, företagshälsovård för egen personal och annan verksamhet.

**Tabell 3.1** Har landstinget/regionen lagt ut någon av följande delar av hälso- och sjukvården på privat entreprenad?

Primärvård	Somatisk specialistvård	Rehabilitering	Psykiatri, socialpsykiatri	Annat *
19	13	10	9	2–6

\* Företagshälsovård, Ambulansverksamhet, Komplementär/Alternativ medicin, Sjukhus, Behandlingshem, Friskvård.

Fråga 2 handlar om landstinget har tecknat ramavtal med privat vårdgivare. Elva landsting har ramavtal med somatisk specialistvård och lika många landsting uppger att de har avtal med taxeläkare. Åtta har avtal med rehabiliteringsföretag och sju med psykiatri/socialpsykiatri. I spännvidden ett till fem landsting har ramavtal med primärvård, företagshälsovård (egen personal), annan verksamhet, behandlingshem, komplementär/alternativmedicin och sjukhus. Inget landsting har ramavtal för verksamheterna friskvård och ambulansverksamhet.

Tre landsting har i en kommentar angett att de inte gör någon skillnad på fråga ett och två. Av fler andra svar och kommentarer misstänker vi att flera av dem som svarat på enkäten haft liknande funderingar.

**Tabell 3.2** Har landstinget/regionen tecknat ramavtal med privata vårdgivare för någon av följande delar av hälso- och sjukvården?

Somatisk specialistvård	Taxeläkare	Rehabilitering	Psykiatri, socialpsykiatri	Annat *
11	11	8	7	1–5

\* Sjukhus, Behandlingshem, Primärvård, Komplementär/Alternativ medicin, Friskvård, Ambulansverksamhet, Företagshälsovård.

Fråga 3 gäller huruvida landstinget gett bidrag, projektmedel eller annan liknande finansiering till privata vårdgivare av hälso- och sjukvård. Endast tre landsting har genom bidrag anslagit medel till specialistvård, somatisk specialistvård, rehabilitering, friskvård och annan verksamhet (missbruksvård). Landstingen upplever alltså det tryggare att upphandla även i de fall där det är möjligt att ge bidrag.

## Politik för mångfald?

Nio av landstingen anger att de har ett styrande policydokument som anger en strävan att engagera patientorganisationer, ideella organisationer, kooperativ eller lokala småföretag som vårdgivare. Ett par landsting har i en kommentar preciserat att det handlar om mer eller mindre kraftfulla skrivningar i budgetdokumentet. Tre landsting säger att de vid upphandling värderar om avtalsparten är ett lokalt förankrat företag.

Tre landsting värderar särskilt huruvida företaget är en vårdgivare utan privat vinstintresse, det vill säga är en vårdgivare som återinvesterar eventuell vinst i verksamheten.

Tolv landsting har former/system för uppföljning och jämförelse av medicinska vårdresultat för de verksamheter som lämnas till privata vårdgivare. De flesta landstingen använder samma system som för uppföljning av den egna verksamheten.

Sjutton landsting har former/system för uppföljning och jämförelse av kvaliteten i omhändertagandet och bemötande av verksamhet som lämnas till privat utförare. Även här handlar det om samma system som landstinget använder för den egna verksamheten. Av kommentarerna går det att utläsa att det ofta rör sig om de uppgifter som skall lämnas till de nationella vårdregistren. Två till tre landsting har utvecklat egna, mer omfattande system.

Åtta landsting säger sig ha en efterfrågan av vård som specifikt betjänar etniska, språkliga eller religiösa grupper. Det handlar om verksamheter såsom psykolog/psykoterapi på annat språk, vårdcentral för flyktingar/asylsökande och omskärelse av små pojkar. Elva landsting svarar att de inte har mött en sådan efterfrågan.

## Sammanfattning av enkäten till landsting

Enkäten till landstingen ger endast en indikation om hur de väljer att hantera de företag som anlitas för att utföra offentligt finansierade tjänster. Det går alltså inte att dra alltför långtgående slutsatser. Vi har noterat följande fyra punkter:

- Det är tydligt att få av landstingen vid upphandling fäster vikt vid frågan om ett företag genererar vinst eller inte. Sådana urvalskriterier används nästan inte alls.

- Mycket få landsting väljer att använda sociala kriterier vid upphandling av verksamheter. Skälet är troligen att de upplevs svårare att utvärdera.
- Det är få landsting som använder tekniken att ge bidrag istället för att upphandla vård.
- Det är få landsting som fattat beslut om ett särskilt policy- och styrdokument i syfte att engagera patientorganisationer, ideella organisationer, kooperativ eller lokala små företag.

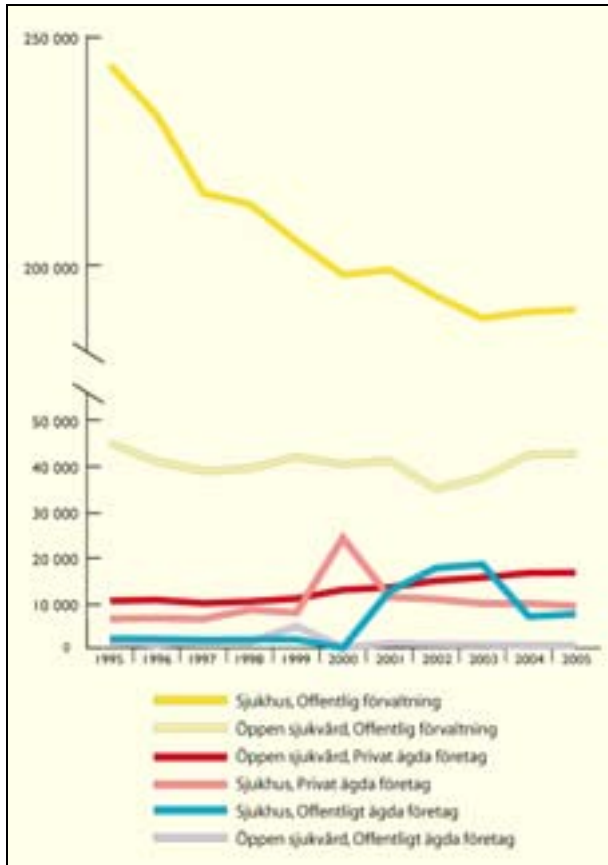
### 3.3 En mer detaljerad bearbetning av SCB-statistik

Enkäten till landstingen gav begränsad information om hur fördelning mellan olika typer av privata utförare har utvecklats. SCB har för delegationens egna beräkningar bearbetat och uppdaterat material som låg till grund för rapporten "Skola, vård och omsorg i privat regi" (SCB 2006:5).

Materialet är nedbrutet till en så låg nivå att uppgifterna får betraktas som relativt osäkra för vissa associationsformer och näringsgrenar. En förändring med ett litet antal personer kan ge dramatiska effekter i indexdiagram i tidsserien.

Översiktsdiagrammet över sysselsättningsutvecklingen inom hälso- och sjukvården under den senaste 10-årsperioden visar dels den markanta minskningen under 1990-talets åtstramning men också att den offentligt drivna vården dominerar. Sysselsättningen hos de privata företagen ligger fortsatt på en låg nivå.

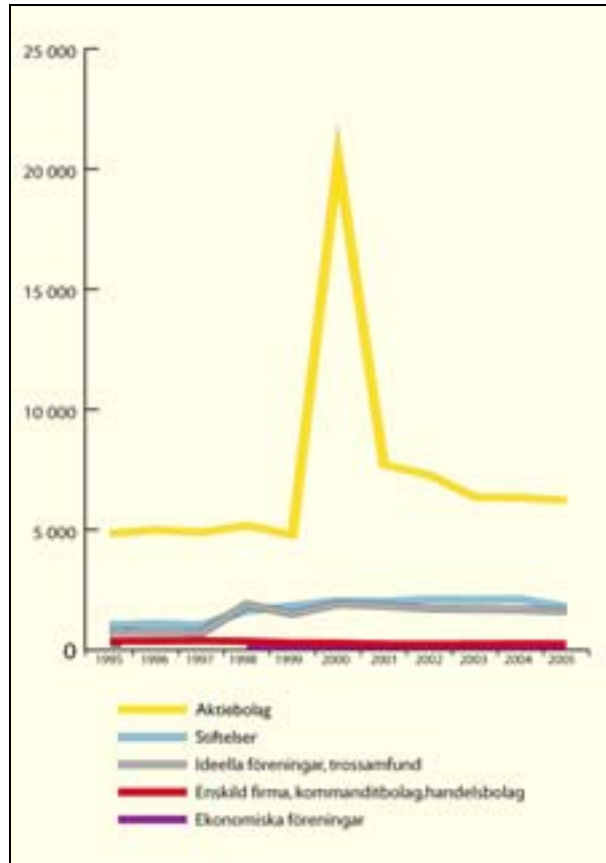
Figur 3.1 Hälsa- och sjukvården, antal förvärvsarbetande



Källa: SCB, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik, RAMS.

För att något närmare se fördelningen mellan olika typer av privata utförare har vi också tagit fram uppgifter om sysselsättning och associationsform för sjukhusvården respektive den öppna hälso- och sjukvården.

Figur 3.2 Sluten sjukvård, antal förvärsarbetande



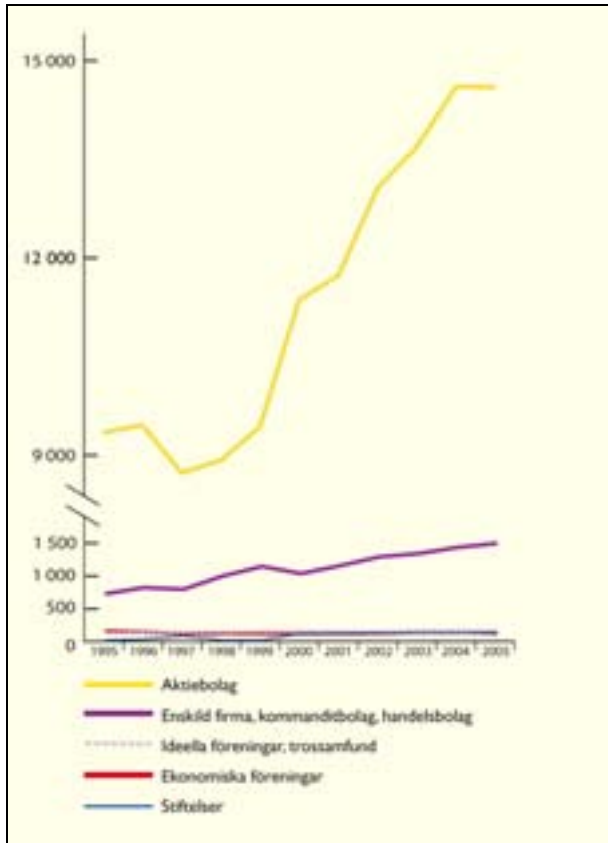
Källa: SCB, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik, RAMS.

Trendbrottet för den övre kurvan i diagrammet avser bolagisering och återtagande av landstingsjukhus till drift i förvaltningsform. I övrigt visar materialet att sysselsättningsökningen inom den privat drivna sjukhusvården varit relativt måttlig, att den främst gällt aktiebolagen och, att som tidigare nämnts, ökningen av sysselsättning under de senaste åren bromsats upp.

För de privata utförarna inom den öppna sjukvården gäller motsvarande tendens. Ökningen i sysselsättning sker huvudsakligen i aktiebolagen.



Figur 3.3 Öppen sjukvård, antal förvärvsarbetande



Källa: SCB, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik, RAMS.

Andelarna av sysselsättning i ekonomiska föreningar, ideella organisationer och stiftelser är så begränsade att förändringarna inte går att utläsa i ett översiktligt diagram.

Utvecklingen redovisas därför även i tabellform.

**Tabell 3.3 Öppen hälso- och sjukvård – antal anställda i privata företagsformer**

År	Aktiebolag	Ensk. firma, KB, HB	Ekonomiska föreningar	Ideella föreningar, trossamfund	Stiftelser
2000	11304	1021	113	124	106
2001	11676	1141	117	140	115
2002	13006	1276	119	125	117
2003	13627	1325	134	143	112
2004	14540	1419	137	141	110
2005	14534	1480	122	146	118

Källa: SCB, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik, RAMS.

### Om äldreomsorg

40-talisternas vårdbehov blir stora omkring 2020–2030 och det sammanfaller då med att 60-talisterna börjar uppnå pensionsåldern. Detta innebär att pensionskostnaden ökar samtidigt som andelen förvärvsarbetande minskar. I en internationell jämförelse förefaller de demografiska förändringarna i Sverige ändå som måttliga och de kommande åren har Sverige i motsats till övriga Europa, en betydligt gynnsammare situation då 1920- och 30-talets mindre årskullar närmar sig åldrarna då de kommer att behöva kommunal omsorg. Ett klokt beslut är därför att vi de kommande åren vidtar ett antal åtgärder för att kunna klara de ökade behoven i nästa fas.

### Ökning av privata utförare inom äldreomsorg bromsas upp

Även inom äldreomsorgen svarar kommunerna för en helt dominerande andel av såväl hemtjänst som särskilda boenden. Men förhållandena varierar. I Stockholms län svarar enskilda vårdgivare för en tredjedel av äldreomsorgen, medan andelen i Blekinge och Norrbottens län är 0,1 procent. (Konkurrensverket: Konkurrensen i Sverige 2006)

På kommunnivå har några av Stockholms förortskommuner (Danderyd, Järfälla, Solna) mer än hälften av äldreomsorgen utlagd till privata vårdgivare.

Endast 12 kommuner redovisar att äldreomsorgen helt och hållet sköts i egen regi, men i många kommuner är den privata andelen mycket liten. Ca 100 av landets kommuner anger att mindre än en procent av äldreomsorgens kostnader avser privata köp. (Lika olika socialtjänst? Socialstyrelsen 2007)

I kommunernas äldreomsorg ökade andelen anställda hos privata vårdföretag, från två procent år 1993 till 13 procent vid millennieskiftet, men det finns också liksom inom hälso- och sjukvården en tendens att ökningen av andelen privata utförare bromsats upp. Andelen köp av huvudverksamhet, dvs. omsorgstjänster, från privata företag inom äldreomsorgen ökade fram till år 2003 för att därefter minska. (Se tabell: Socialstyrelsen)

**Tabell 3.4 Andel huvudverksamhet inom äldreomsorg köpt från privata företag**

	Kommuners köp av huvudverksamhet Mkr	Kommunernas totala kostnad för äldreomsorg Mkr	Andel köp från privat företag Procent
1998	5 788	60 449	9,58
1999	6 210	63 705	9,75
2000	7 223	67 306	10,73
2001	8 237	71 424	11,53
2002	9 051	75 668	11,96
2003	9 496	78 245	12,14
2004	8 438	79 575	10,60
2005	8 554	80 257	10,66

*Källa:* Socialstyrelsen.

### Vilken form av privat utförande? Vilka privata företag?

Inom äldreomsorgen i form av särskilda boenden finns som för sjukvården två typer av privata företag; privata företag som genom entreprenadavtal tar över driften av kommunala anläggningar respektive privata företag som erbjuder särskilt boende i egna anläggningar.

Enskilt ägda anläggningar har funnits sedan länge, men den nu vanligaste formen är entreprenader där kommunen efter upp-

handling överläter driften av en eller flera enheter. Avtalet gäller en begränsad avtalsperiod och följs av ny upphandling, som kan leda till skifte till en ny entreprenör eller att kommunen återtar verksamheten.

När små privata företag, kooperativ eller ideella organisationer själva etablerat, äger och driver ett äldreboende finns i regel ett ramavtal med kommunen (eller flera kommuner) från vilket vårdplatser sedan avropas ”styckevis”. Ersättningen som i regel är per vårddygn fastställs vanligtvis i ramavtal med nivåer efter vårdbehov.

Modellen passar utmärkt för kommuner med någon form av fritt valsystem, men enskilt drivna äldreboenden finns även i andra kommuner. Plats söks då efter de äldres eller anhörigas önskan eller genom att kommunen anvisar plats, vilket sker framförallt när man saknar egna platser. Det händer, enligt uppgifter från de berörda företagen, inte allt för sällan att kommuner motsätter sig placering i enskilt boende för att i första hand utnyttja platser i egna anläggningar. Den som har skäl att ändå vidhålla sin önskan om plats kan överklaga kommunens beslut till länsrätten och i andra instans till kammarrätten. För de enskilt ägda anläggningarna ansvarar länsstyrelserna för både tillstånd och tillsyn.

Formerna för upphandling och ägandet av anläggningar har uppenbart stor betydelse för de små privata företagens, kooperativens och de ideella organisationernas vilja och möjlighet att medverka i den del av äldreomsorgen som inkluderar boende. För de flesta större sådana verksamheter gäller att de själva äger anläggningarna. Även för de kooperativa initiativen och för äldreomsorg i glesbygder finns samma tendens; de som byggt och äger anläggningar har en tryggare framtid än de som valt att gå in i entreprenader.

För hemtjänsten är förhållandena annorlunda. Verksamheten är ambulerande. Arbetet utförs hos vårdtagarna och behovet av egna lokaler och anläggningar är begränsat. Kommuner som infört former av fritt val har större variation och fler typer av vårdgivare inom hemtjänsten.

### **Äldreomsorgens finansiering**

När det gäller äldreomsorgen bidrar privat finansiering till enbart cirka 4 procent av kommunernas kostnader. Men det är svårt att trots det ange en exakt uppdelning mellan offentlig eller privat

finansiering. Det ena väver in i det andra. Den privata finansieringen varierar från individ till individ beroende av omsorgsbehov, disponibel inkomst och i vissa fall även av ekonomiska tillgångar. Äldre med låg inkomst men hög hyra (i eget boende eller särskilt boende) kan få bostadstillägg från Försäkringskassan, tilläggs-tjänster i både offentlig och privat regi, fixarservice innebär ytterligare åtaganden som utgår från såväl den äldres privatekonomi som den kommunala omsorgen.

Cirka en kvarts miljon äldre var år 2004 beviljade stöd i form av hemtjänst eller särskilt boende. Det motsvarar c:a 16 procent av de som är 65 år eller äldre. De flesta, 70 procent, är kvinnor. (Lika olika socialtjänst? Socialstyrelsen 2007).

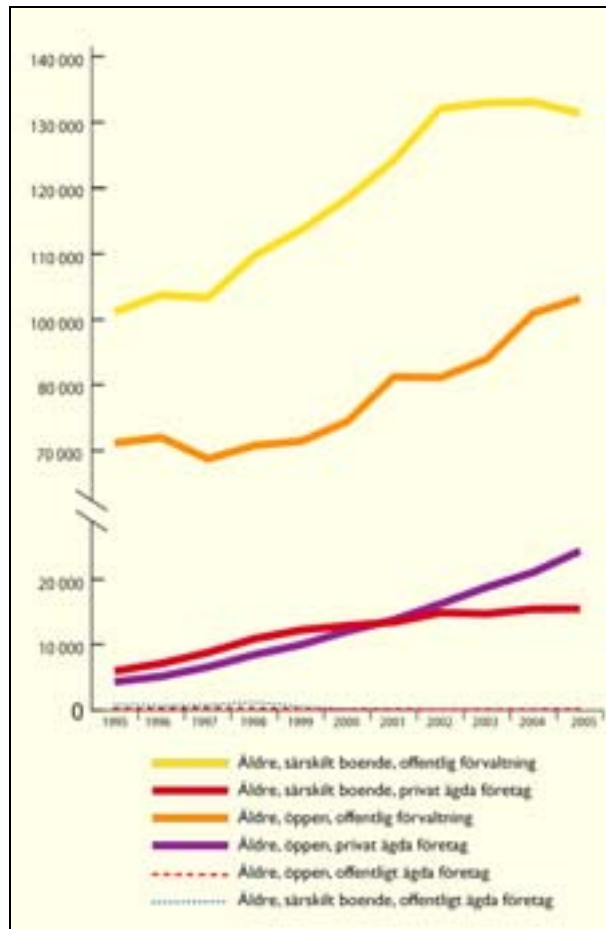
Innan kvinnorna själva har behov av kommunal omsorg har de i många fall som anhöriga svarat för omsorgen av sina män.

### **Äldreomsorgens aktörer**

På liknande sätt som för sjukvården har vi för äldreomsorgen sökt motsvarande uppgifter om hur sysselsättningsutvecklingen förändras inom de olika associationsformerna.

Den översiktliga bilden är även här att den kommunala driften är helt dominerande. Sysselsättningen i kommunerna fortsätter att öka inom hemtjänsten, men har däremot bromsats upp i den slutna äldreomsorgen med särskilt boende. Ändringen i sysselsättning speglar kommunernas minskning av antalet platser.

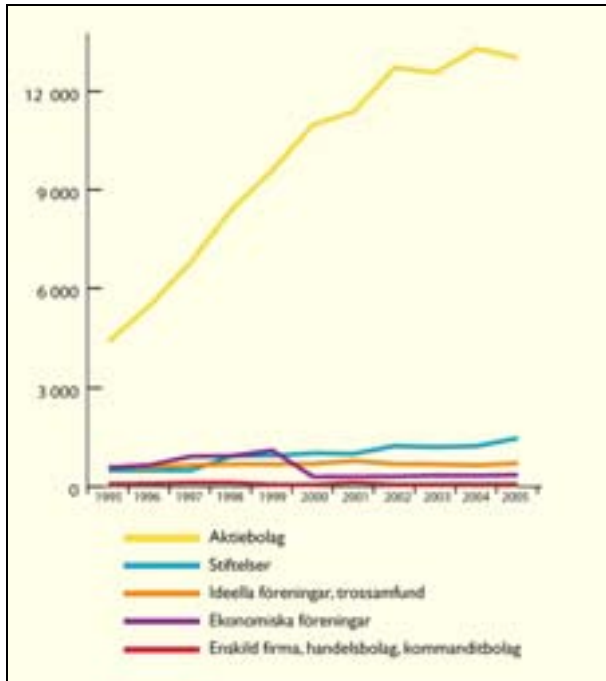
**Figur 3.4** Äldreomsorg (inklusive handikappomsorg för den öppna omsorgen (hemtjänsten m.m.), antal förvärvsarbetande



Källa: SCB, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik, RAMS.

På motsvarande sätt har vi också frågat hur den privata sysselsättningen fördelas mellan företagsformer. När det gäller äldreomsorg i särskilt boende har antalet sysselsatta i aktiebolagen mer än tredubblats från 1995 till 2005. Ingen av övriga företagsformer har över 2 000 anställda.

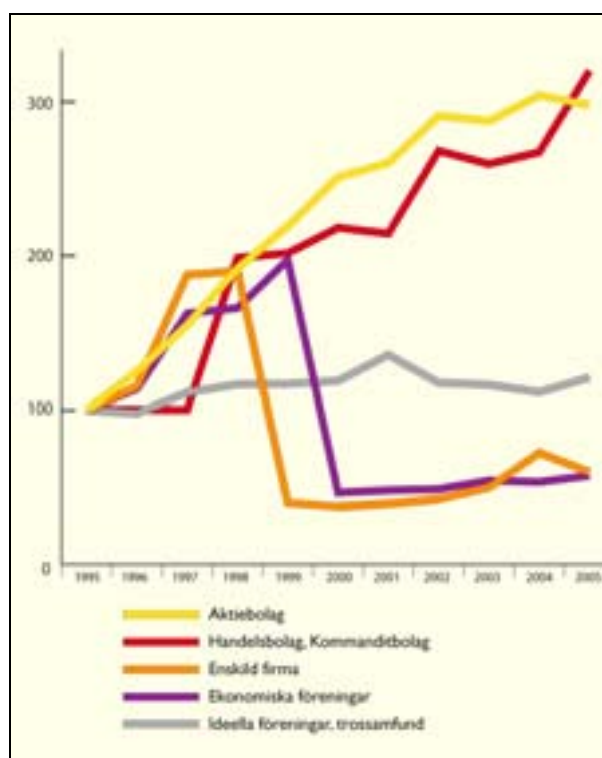
Figur 3.5 Äldreomsorg i särskilt boende, antal förvärvsarbetande



Källa: SCB, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik, RAMS.

För att närmare kunna se utvecklingen för övriga företagsformer inom äldreomsorg med särskilt boende redovisar vi i ett indexdiagram hur antalet anställda förändrats för respektive företagsform.

**Figur 3.6** Äldreomsorg i särskilt boende, antal förvärvsarbetande. Index: antal 1995=100



Källa: SCB, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik, RAMS.

Diagrammet visar inte förvånande den största ökningen för aktiebolag, handels- och kommanditbolag. För såväl ekonomiska föreningar som enskild firma (fysiska personer) finns en snabb uppgång under 1990-talet och en lika snabb minskning vid millennieskiftet.

Vi har sökt förstå varför. En delförklaring för ekonomiska föreningar är att kooperativa Riksbyggen överlät sin äldreomsorgs-verksamhet till ett av de stora vårdbolagen. Det kan finnas fler liknande överlåtelser, men en annan förklaring är troligen att upp- och nedgången speglar utvecklingen för de första formerna för s.k. avknoppning under 1990-talet. Personalgrupper gavs möjlighet att överta verksamheter för en första avtalsperiod, men förlorade uppdraget eller alternativt blev verksamheten uppköpt.

När regeringen nu tar ett nytt initiativ för avknoppning bör den granska tidigare erfarenhet och om möjligt skapa mer långsiktiga



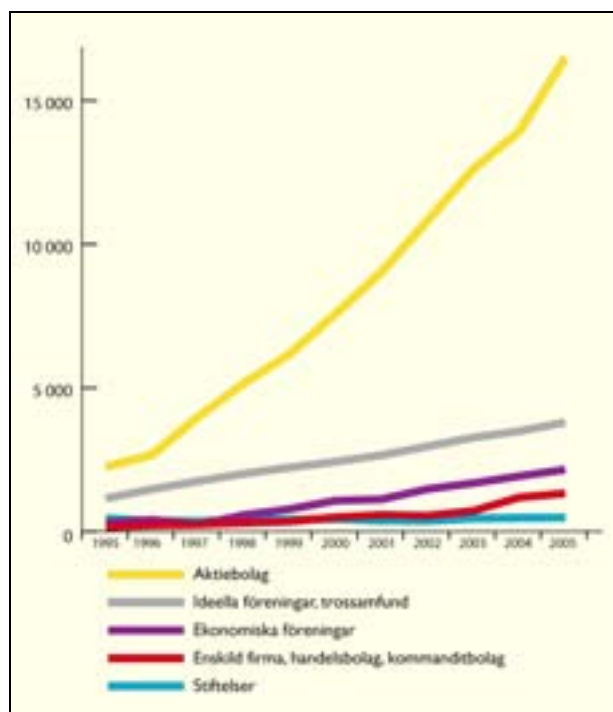
och stabila villkor för personal som tar steget att starta egen verksamhet.

Ett sätt som några kommuner prövat är att låta personalen ”öva” sig på att driva eget i form av kommunala intraprenader. Flera exempel finns t.ex. i Umeå kommun.

Antalet anställda i verksamheter som drivs som ideella föreningar är jämförelsevis mer stabilt, vilket antagligen speglar att verksamheterna i högre grad drivs i anläggningar som organisationerna själva etablerat och äger.

För den öppna äldreomsorgen finns för hela tioårsperioden enbart statistik som förutom hemtjänst till äldre även inkluderar den öppna omsorgen för funktionshindrade. Statistiken visar på en tydlig och hittills obruten ökning av sysselsättning inte bara för aktiebolag utan även för ideella- och ekonomiska föreningar.

**Figur 3.7** Äldreomsorg, öppen omsorg – hemtjänst (inklusive för funktionshindrade), antal förvärvsarbetande. Index: antal 1995=100

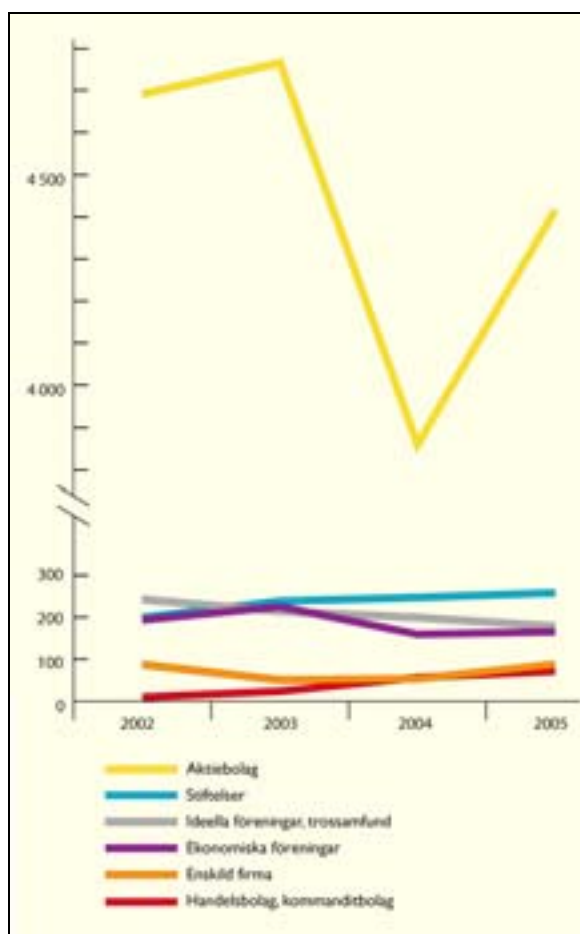


Källa: SCB, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik, RAMS.

Från år 2002 finns emellertid även statistik där hemtjänsten i äldreomsorgen redovisas separat. Den till äldreomsorgens hemtjänst avgränsade statistiken visar på en i stort sett konstant privat sysselsättning med tydlig dominans för privat sysselsättning i aktiebolag.

Den i den föregående figuren redovisade ökningen av sysselsättning i ideella och ekonomiska föreningar har inte skett i äldreomsorgen, utan helt och hållet inom handikappomsorgen och där det i assistansverksamheten finns en form av fritt val. Den som har rätt till personlig assistent enligt LASS har rätt att välja utförare.

**Figur 3.8** Äldreomsorg, öppen omsorg – hemtjänst (exklusive för funktionshindrade), antal förvärvsarbetande



Källa: SCB, Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik, RAMS).

### 3.4 Omvårdnadskooperativet Brismarksgårdens uppgång och fall

Det finns många exempel på verksamheter som av kommunen stimulerats att starta men som i ett senare skede förlorat den kommunala upphandlingen till ett större och starkare företag. Därmed anses många mervärden gått till spillo. Vi redovisar ett exempel hämtat från Jämtland.

*Den följande texten är författad av Maja Ölund och Hanna Forsberg, som var för sig vid olika tidpunkter skrivit C-uppsatser vid Mittuniversitetet inom områdena kooperation och socialt kapital. Båda uppsatserna har inkluderat empiriska studier. Författarna står själva för de värderingar som kommer i uttryck i texten.*

Hösten 1993 påbörjades diskussionen om att starta ett äldreboende i kooperativ regi i Hoting, ett samhälle i Strömsunds kommun, Jämtlands län. Fyra kvinnor drev frågan, som till stor del handlade om bygdens utveckling och överlevnad. Processen att få till stånd äldreboendet blev lång, men resultatet storartat. Våren 1997 stod äldreboendet Brismarksgården klar att tas i bruk. Brismarksgården hade 15 boendeplatser och drevs som ett personalkooperativ fram till utgången av 2006, med finansiering från Strömsunds kommun. Med en stark framtidstro och ett starkt engagemang skapades knappt 20 nya arbetstillfällen i ett samhälle präglad av utflyttning och negativ utveckling.

Brismarksgården blev under sin historia en känd verksamhet, både inom och utom landet. På grund av sin särprägel och starka lokala förankring tog de emot cirka 5 000 studiebesök, vissa så långväga som Japan.

Under 2006 upphandlade Strömsunds kommun för tredje gången äldreboendet i Hoting. Anbud lämnades in från Omvårdnadskooperativet Brismarksgården ekonomisk förening och Attendo Care AB. Upphandlingskriterierna vägdes och tyngst vägde pris och därefter vårdens kvalitet. Brismarksgården förlorade upphandlingen då de lämnat ett anbud drygt en miljon kronor högre än konkurrenten. Kommunen ansåg också att konkurrenten Attendo Care AB hade något högre index i fråga om kvalitet, vilket förvånat alla eftersom Brismarksgården just var känd för sin mycket höga kvalitet och för sitt väl utvecklade kvalitetssäkringsarbete.

Det förtroende och den utveckling som kooperativet upparbetat och skapat sedan 1993 slogs i spillror i och med den tredje upphandlingen. Under några månader avvecklades så Brismarksgården. Personalen erbjöds anställningar i Attendo Care, vilket hela personalen utom verksamhetschefen accepterade. Bolaget har idag samma uppdrag från kommunen som Brismarksgården hade.

### Syfte och metod

Syftet med denna artikel om Brismarksgården är inte att med avancerade ekonomiska beräkningar visa på Brismarksgårdens bidrag till Strömsunds kommuns lokala utveckling i bygden. Inte heller till att framhäva kooperativ som det enda sättet att bevara eller utveckla ett lokalsamhälle.

Syftet är endast att beskriva de mervärden som ett småföretag i kooperativ regi kan åstadkomma och hur de värdena kan gå förlorade när ett stort företag med andra drivkrafter tar över.

Artikeln bygger på intervjuer med Ulla-Britt Svensson, verksamhetschef på Brismarksgården, Roland Malm, kooperativ rådgivare vid tiden för Brismarksgårdens start och Eva-Marie Björklund, som i forskning ingående studerat äldrekooperativet Ingelsgården i Lövvik, Strömsunds kommun.

### Mervärden

Socialt kapital och lokalt förankrade och verksamma småföretag har positiva effekter på lokalsamhällets utveckling och överlevnad<sup>1</sup>. Brismarksgården har sedan 1993 byggt upp ett stort socialt kapital i form av nätverk och interaktion med ortens övriga företagare.

Detta gav framförallt tre viktiga resultat.

1. Det första är naturligtvis tillkomsten av 20 arbetstillfällen.
2. Det andra är att Brismarksgårdens blotta existens gav ett oerhört möjlighetsperspektiv för andra som ville starta liknande verksamheter.
3. Det tredje är att Brismarksgården blev ett gott exempel på hur man med ett medvetet genusperspektiv kan skapa framgångsrika, innovativa företagande kvinnor. Bara i Hoting har Brismarksgårdens

<sup>1</sup> Morris, S., (2000) *Defining the non-profit sector*. Voluntas- International voluntary and non-profit organizations. Vol 11 No 1, pp 25-43.

företagsamma kvinnor stimulerat många fler att hårt arbeta för bygdens lokala utvecklingen. Vida nätverk har också bildats och erfarenhetsutbytet har varit stort.

I startprocessen tog Brismarksgården hjälp av andra kooperativa äldreboenden för att få stöd, tips och idéer. De har sedan själva stått som värd för organisationer och sammanslutningar som behövt hjälp, tips och idéer om hur ett personalkooperativ inom äldreomsorg kan bedrivas. Brismarksgården har därför inte bara bedrivit äldrevård, de har själva gett stöd till andra företagare och knutit samman idéer, kunskaper och erfarenheter.

Brismarksgårdens personal benämnde ofta det egna köket som husets hjärta. Miljö- och hållbarhetstanken fanns som en röd tråd genom hela verksamheten. I möjligaste mån handlade de varor och tjänster lokalt och närproducerat, vilket bidrog till ett bra samarbete med näringslivet på orten. Men trots att det egna köket var en relativt påtaglig hög kostnad, ansåg man ändå att den var motiverad utifrån de kvalitativa, sociala och lokala hållbara värdena. Det stärkte ortens två livsmedelsaffärer genom att de solidariskt delade inköpen lika mellan dem. De sänkte sina kostnader genom att själv, genom frivilligt arbete, odla en del av det som köket behövde.

Omsorgen för verksamheten visades tydligast genom det oräkneliga antal timmar ideellt arbete som personal, anhöriga och ortsbefolkning bidrog med. Brismarksgården såg sig själva kort och gott som en träffpunkt. Verksamheten präglades också av frihet, ansvar och inflytande för såväl företagets ägare som de boende, anhöriga och ortsbefolkningen. De samarbetade även med grundskolan på orten, eleverna hälsade på och tog promenader med de äldre. Ett av motiven var att unga människor bör skapa intresse för äldrevård, eftersom det är de som skall ta över verksamheten en dag. En del företagare på orten sponsrade Brismarksgården ekonomiskt, eftersom de helt enkelt insåg att om det går bra för dem, så kommer alla att på något vis tjäna på det.

Efter den förlorade upphandlingen lever visserligen ett äldreboende med god kvalitet och ett antal arbetstillfällen vidare i Hoting. Men Brismarksgården åstadkom mycket mer. De lyckades att förena individperspektivet i vården med det omgivande samhällets lokalt hållbara utveckling. Brismarksgården hade som mål att återinvestera eventuell vinst direkt i verksamheten. Det har under Brismarksgårdens verksamhetshistoria resulterat i en effektivitet

långt utöver den ekonomiska, dvs. kostnaden för anställda och omsorgen. Det har varit ett klokt nyttjande av sociala, ekonomiska och materiella tillgångar, till nytta för såväl den privata som offentliga ekonomin.

I nyare forskning kring lokalsamhällens utveckling förklarar man de goda exemplen av framgångsrika lokalsamhällen med förmågan att förnya traditionella verksamheter och skapa självförsörjande företag. Man menar att sådana framväxter och förnyande processer hänger samman med att det finns en stödjande struktur kring ett sådant entreprenörskap<sup>2</sup>. Brismarksgården är ett exempel på ett förnyande av en traditionell verksamhet som skapat ett självförsörjande företag.

### Sammanfattning

- Arbetstillfällena på äldreboendet finns idag kvar. Men Brismarksgården värnade om andra företag på orten. Det är tveksamt om Attendo Care kommer att göra sina inköp lokalt och om de kommer att vara mån om ortens övriga företagare.
- Brismarksgården har under åren bildat stora nätverk över Sverige och världen. Den verksamhet som förr var en motivationshöjare för andra, kan idag bli ett avskräckande exempel för hur det kan gå i en stelbent byråkratisk process.
- Husets hjärta, köket, var en påtaglig och extra kostnad. Men ändå motiverad utifrån kvalitativa, sociala och hållbara värden. Sådana extra kostnader kan vare sig ett större företag med andra drivkrafter eller den offentliga sektorns egna verksamheter prioritera.
- Stödet från ortsbefolkningen och lokala aktörer var stort. Brismarksgården nyttjade tillgångarna genomtänkt och fick bland annat hjälp av åtskilliga timmar i form av ideellt arbete. De nyttjades även själva som draghjälp av andra aktörer. Större företag som inte är förankrade i orten eller den offentliga sektorn kan aldrig bygga och vidmakthålla ett sådant socialt kapital.

<sup>2</sup> Åhlström, P., "Receptet bakom välmående regioner". Nutek (2004). Lokal ekonomi för hållbar tillväxt. Stockholm: Nutek.

- Miljö- och hållbarhetstanken var genomförbar eftersom verksamheten präglades av ett direkt inflytande för såväl ägare som de boende, anhöriga och ortsbefolkningen. De hade inga andra krav eller mål än de som de satte själva.
- Det är uppenbart att ortens andra företagare hade nytta av Brismarksgården. Inte minst restaurangerna och hotellen som under åren tagit emot ca 5 000 personer som gjort studiebesök på Brismarksgården.

Sammanfattningsvis byggde Brismarksgårdens verksamhet på socialt kapital, intresse för den lokala utvecklingen och en mycket hög omsorgskvalitet. Den offentliga sektorn kan inte ens komma i närheten av de mervärden som det lilla kooperativet kunde uppnå. Men Strömsunds kommun kunde ha valt att stötta dem.

Ett litet företag kommer aldrig att kunna konkurrera mot ett stort företag med betydligt starkare ekonomiska muskler om det offentliga väljer att låta pris vara den avgörande faktorn och mer eller mindre bortse från de mervärden som skapas om verksamheten drivs på ett annat sätt. Det är för lätt att slå undan benen på sådana verksamheter som Brismarksgården och det går aldrig att nå mål som mer mångfald, lokal utveckling och ett stärkt socialt kapital om kommunen väljer att hantera upphandling så som Strömsunds kommun valde att göra i Hoting.

### 3.5 Vad säger vårdtagarna?

221 kommuner uppgav i en enkät (genomförd av Sveriges Kommuner och Landsting 2006) att de genomför brukarundersökningar inom äldreomsorgen. Huvudresultat är att de flesta brukare och anhöriga under denna period ger positiva omdömen om kommunernas vård och omsorg. Personalens kunnighet är viktig men personligt bemötande och förhållningssätt är ännu viktigare.

I vissa avseenden är omdömena mer kritiska. Man saknar information, vet inte riktigt vad biståndsbeslutet innehåller och man vet inte heller hur och var man framför kritik. Man anpassar förväntningarna till verkligheten och är tacksam att överhuvudtaget få hjälp. 75 procent av kommunerna har infört klagomålshantering och 25 procent har kvalitetsdeklarationer med äldreomsorgen som förebild.

Av de 248 kommuner som svarat har ungefär hälften svarat att de har brukare inom äldreomsorgen med särskilda behov på grund av etnisk tillhörighet. I stort sett samtliga kommuner satsar pengar på att utveckla samverkan med ideella organisationer.

### 3.6 Enkät till vård- och omsorgsföretag

Som tidigare redovisats i betänkandet är kunskapen om sektorns företagande lågt, främst på grund av att det statistiska underlaget har väsentliga brister.

Ett sätt att skaffa kunskap är att vända sig direkt till vård- och omsorgsföretag med frågor. Delegationen valde därför att i samverkan med Verket för Näringslivsutveckling (Nutek) utföra en enkätundersökning (se bilaga 9 b och c) bland vård- och omsorgsföretag som är medlemmar i arbetsgivarorganisationerna Vårdföretagarna Almega, KFO och Arbetsgivaralliansen samt till intresseorganisationen Viams medlemmar.

#### Urval

Totalt har de tre arbetsgivarorganisationerna ca 2 400 företag som medlemmar. Enligt dem är det absoluta flertalet företag också medlemmar i en arbetsgivarorganisation. Räknar vi bort medlemsgrupperna personliga assistenter, tandläkare, laboratorier, företagshälsovård samt läkare som ersätts enligt den nationella taxan är resterande antal medlemmar cirka 900. Arbetsgivarorganisationerna tog fram e-postadresser till 552 företag och Viam till 104 företag.

Tabell 3.5 Urval

<i>Mottagargrupp</i>	<b>Vård-, hälso- och omsorgsföretag</b>			
	<i>Mottagare</i>	<i>Ej kontaktbara</i>	<i>Svarande</i>	<i>Svarsfrekvens</i>
KFO medlemmar	80	0	44	55 %
Almegas medlemmar	395	4	174	45 %
Vårdförbundet	104	0	30	29 %
Arbetsgivaralliansen	77	1	46	61 %
<i>Totalt</i>	<i>656</i>	<i>5</i>	<i>294</i>	<i>45%</i>



552 av 656 enkäter sändes ut via e-post med en länk till en webb-enkät och 104 sändes av Vårdförbundet ut i pappersformat till Viams medlemmar. Enkäten innehöll 16 frågor och tog ca 10 minuter att besvara. De allra flesta företagen har valt att svara på samtliga frågor, alternativt lämnat en kommentar.

Webb-enkätens företag fick minst två påminnelser, dock skickades ingen påminnelse ut till pappersenkätens mottagare. Totalt valde 294 företag att besvara enkäten. Svarsfrekvensen för pappersenkäten är 29 procent och webb-enkäten 54 procent. Det ger en total svarsfrekvens på 45 procent. Det är alltså cirka en tredjedel av de befintliga företagen i målgruppen som besvarat enkäten.

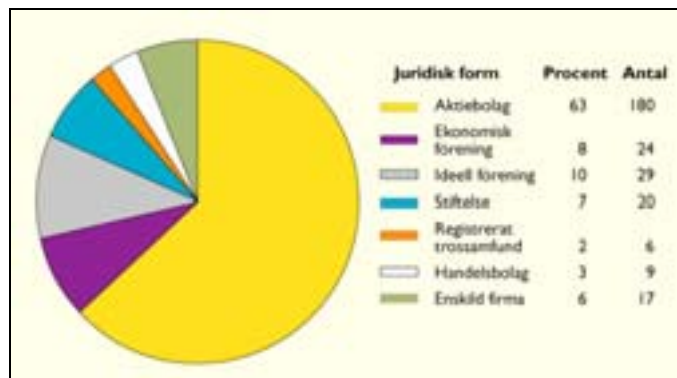
### **Bortfallsanalys**

Andelen svarande är relativt låg, framförallt bland Viams och Almegas medlemmar. Anledningen är i det första fallet det besvär det innebär att fylla i och posta en enkät. Dessutom utgick i detta fall ingen påminnelse. När det gäller Almegas medlemmar kan svarsfrekvensen ha dragits ner av att adresslistan även innehöll företag som inte tillhörde vård- eller omsorgsbranschen. I övrigt är det troligt att det framförallt är de allra minsta företagen som har avstått från att svara. Motsvarande tendens är känd från andra studier som vänder sig till små företag.

### **Undersökningens tillförlitlighet**

Enkätsvaren är analyserade med företagen uppdelade efter juridisk form. Eftersom antalet svarande företag i de flesta juridiska former är få, har vi valt att dela in företagen i två huvudgrupper. Där det är meningsfullt eller försvarbart har vi dock redovisat samtliga juridiska former. Det är dock riskfyllt att dra alltför säkra resultat av undersökningen. Resultaten bör istället ses som en fingervisning åt vilket håll tendensen visar.

Figur 3.9 Juridisk form



### Företagsform och motiv med verksamheten

En klar majoritet, 63 procent, av de företag som svarat drivs som aktiebolag. Den vanligaste drivkraften bakom dessa företag är en egen verksamhetsidé, nya arbetsformer eller delaktighet. Hälften av aktiebolagen angav detta som den idémässiga utgångspunkten för företagets ägare. Nästan 30 procent drivs utifrån brukar- eller patientgrupps intressen. Tolv procent av aktiebolagen drivs med ekonomisk vinst som främsta drivkraft.

Ekonomiska föreningar, handelsbolag och enskilda firmor står för 17 procent av de svarande. Ideella föreningar, stiftelser och trossamfund utgör tillsammans 19 procent. Ingen av företagen i dessa grupper har angett att de drivs med ekonomisk vinst som främsta drivkraft. Den vanligaste idémässiga utgångspunkten bland dessa företag är trosuppfattning. Värt att notera att det inte bara är trossamfund som anger detta alternativ, hälften av de ideella föreningarna och en femtedel av stiftelserna drivs av religiösa skäl.

Flera företag anger dock att man har flera drivkrafter, t.ex. en kombination av egen verksamhetsidé och en brukargrupps intressen. Av dem som angett annat än ekonomisk vinst till ägarna som huvudsaklig utgångspunkt är det några som också anger ekonomisk vinst till ägarna som en av drivkrafterna. Främst är det handelsbolag och enskilda firmor.

Det är lika vanligt att ha överskott/vinst som delmål bland dem som svarat att den huvudsakliga utgångspunkten är en patient- eller brukargrupps intressen eller religiös eller humanitär verksamhet

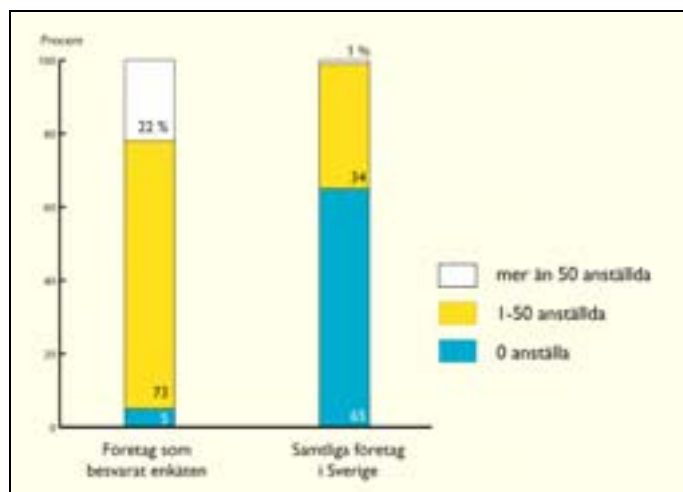
som bland dem som driver företaget utifrån en egen verksamhetsidé och personalens intressen.

### Antal anställda

Enkäten har besvarats av företag i alla storlekar. Medianföretaget har 10–19 anställda och omsätter mellan 1 och 5 miljoner kronor. Gruppen enskilda firmor skiljde sig från övriga organisationsformer genom att samtliga företag i denna grupp hade färre än tio anställda och omsatte mindre än 5 miljoner.

Cirka 5 procent av företagen har inte någon anställd. 78 procent är småföretag, det vill säga har färre än 50 anställda. Cirka åtta procent av företagen har mer än 200 årsanställda. Jämfört med hur företag i hela näringslivet fördelar sig, innebär detta en övervikt mot lite större företag, då 65 procent av alla företag saknar anställda. (Källa: SCB, Centrala företags- och arbetsställeregistret 2002).

Figur 3.10 Företag och antal anställda



## Omsättning

Med utgångspunkt i företagens svar går det att utläsa att 13 procent av företagen inom den del av vård- och omsorgssektorn som denna undersökning innefattar har en omsättning mindre än 1 miljon kronor. Cirka 42 procent har en omsättning mellan 1 och 10 miljoner, 38 procent mellan 10–100 miljoner och sju procent av företagen omsätter mer än 100 miljoner kronor.

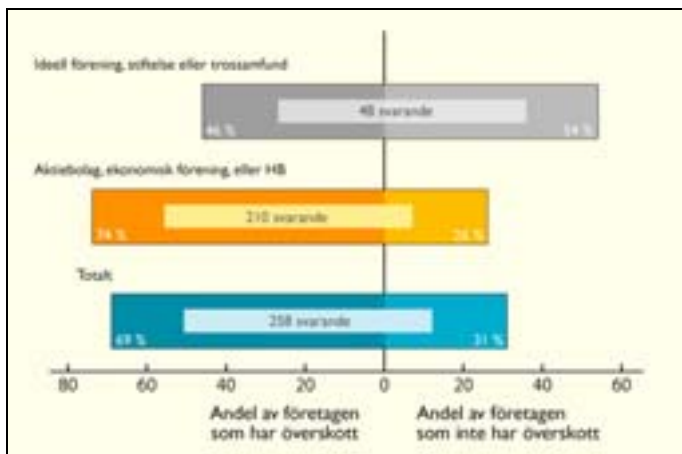
Kommentarer från några handels- och aktiebolag tyder på att företagen i gruppen med en omsättning på 10–100 miljoner kronor snarare ligger runt 10–50 miljoner än närmare 100. Detta styrks också av den bild som ges av antalet anställda i dessa företag och vilka områden de är verksamma inom.

Intressant är att det är ungefär lika vanligt bland aktiebolag som ideella föreningar och stiftelser (ca 10 procent) att ha en omsättning på mer än 100 miljoner kronor. Också bland trossamfunden finns exempel på företag som har en omsättning mer än 100 miljoner kronor.

## Företagsform och överskott

69 procent av företagen som medverkat i enkäten hade ett överskott att hantera i det senaste verksamhetsåret. Det är 80 procent av aktiebolagen och ca 50 procent av övriga juridiska personer som genererade ett överskott. Det betyder att hela en tredjedel av företagen överhuvudtaget inte har något överskott i sin verksamhet.

Figur 3.11 Överskott i verksamheten



### Hur används vinsten/överskottet?

De allra flesta, 82 procent, använde huvudsakligen sitt överskott för att investera i verksamheten. Det vanligaste är att företagen investerar sitt överskott i lokaler, utrustning eller kompetensutveckling, men nästan lika många använde det för att utöka det egna kapitalet. Sju procent av företagen har delat ut den största delen av vinsten som lön eller ersättning till ägare och/eller personal. Elva procent av företagen, (hälften aktiebolag och hälften handelsbolag), har huvudsakligen delat ut vinsten till ägarna.

Många företag har i kommentarer påpekat att de fördelat överskottet/vinsten på olika poster. Flera av de 11 procent som angett att de huvudsakligen använt överskottet till vinstutdelning till ägarna påpekar att de också har investerat en del i verksamheten, och vice versa. Några har i kommentarer sagt att de önskat kryssa samtliga svarsalternativ.

Tre svarande uppger att då de är icke vinstdrivande har överskottet använts till att sänka avgifterna för patienterna/besökarna eller genom att ta emot fler patienter/besök än vad de får betalt för. Ett fenomen som är väl känt i brukar-, patient- och ideellt ägda företag.

## Fördelning mellan vård och omsorg

De svarande företagen fördelade sig relativt jämnt mellan sjukvård och omsorgsverksamheter, såväl totalt som uppdelat efter juridisk form. Inget av de företag som är registrerat i den juridiska formen trossamfund bedriver hälso- och sjukvård. Många företag har haft svårt att klassificera sin verksamhet efter de givna alternativen.

Av kommentarerna framgår det tydligt att det beror på att det för utförarna själva inte är helt självklart vad som räknas som vård och vad som är omsorg. Det beror sannolikt på att många verksamheter som per definition klassificeras som kommunal omsorg i dagligt tal beskrivs som vård, t.ex. vård av äldre och funktionshindrade och vård i särskilda boenden. Om man tar hänsyn till dessa ”felklassificeringar” ser man att det i realiteten är en viss övervikt mot omsorgsverksamheter. Många av företagen arbetar inom flera områden och över hälften av de svarande har markerat annan verksamhet.

## Inriktning på verksamheten

Inom hälso- och sjukvården arbetar de flesta företagen inom områdena rehabilitering, primärvård och specialistvård. Därefter kommer gruppen sjukhus, friskvård och företagshälsovård. Endast ett fåtal företag arbetar med ambulansverksamhet och komplementärmedicin. Notera i sammanhanget att de företag som arbetar med alternativ medicin inte finns med i undersökningen. Bland de öppna svaren, som inte direkt går att härleda till något av svarsalternativen kan nämnas skolhälsovård, resevaccination, massage och härbärg för missbrukare.

Inom området omsorg driver de flesta företag sin verksamhet inom särskilt boende för äldre och sociala insatser för barn och unga. Därpå följer hemtjänst för äldre och boende för vuxna missbrukare. Den tredje gruppen består av öppna sociala insatser för funktionshindrade, missbrukare och sociala insatser för äldre. De företag som också markerat annat alternativ och som inte går att placera in i något av svarsalternativen driver verksamhet såsom familjevård, arbetsrehabilitering och daglig verksamhet för långtidsarbetslösa, stödboende för vuxna missbrukare och verksamhet för personer över 60 år.

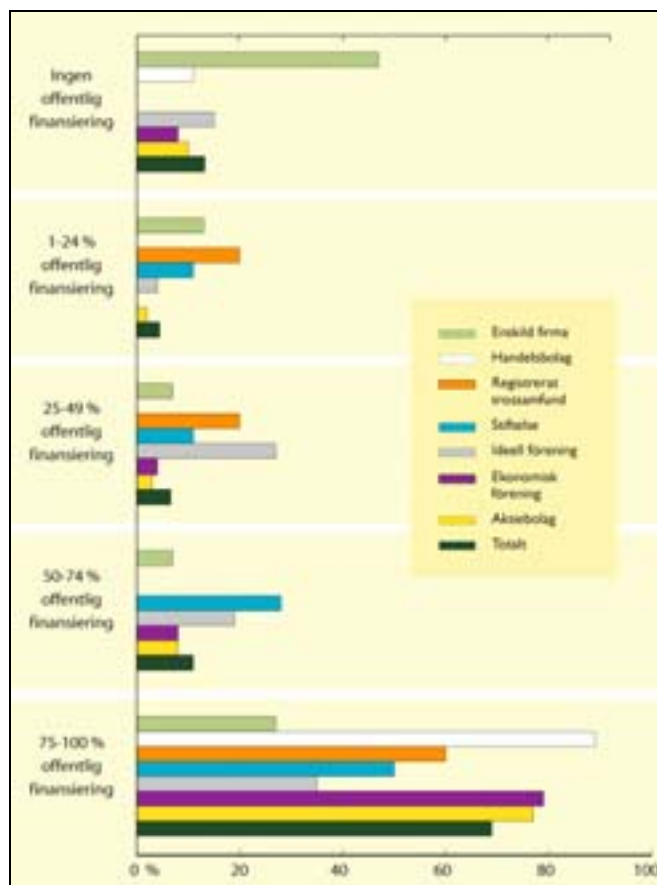
Aktiebolag, ekonomiska- och ideella föreningar samt stiftelser och enskilda firmor fördelar sig relativt jämnt mellan de olika omsorgsområdena. Stiftelserna har främst specialistvård, verksamhet för äldre och rehabilitering. Trossamfunden bedriver endast omsorgsverksamhet för vuxna missbrukare. Många av handelsbolagen driver verksamhet för funktionshindrade.

### **Offentlig eller privat finansiering?**

Lite mer än tio procent av företagen har ingen offentlig finansiering. Det är framförallt bland enskilda firmor (47 procent), stiftelser (15 procent) och aktiebolag (10 procent) som andelen företag utan offentlig finansiering är störst.

Bland aktiebolagen samt ekonomiska föreningar är mönstret att för dem som har offentlig finansiering, är detta en dominerande del av intäkterna. Bland stiftelser, ideella föreningar och trossamfund är det vanligare att man blandar olika inkomstkällor, vilket kan ses i figuren nedan.

Figur 3.12 Grad av offentlig finansiering



### Formerna för offentlig finansiering

Ungefär hälften av aktiebolag, handelsbolag, enskild firma eller ekonomisk förening har uteslutande offentlig finansiering. Motsvarande siffra för stiftelser, ideella föreningar och trossamfund är 10 procent.

Av de 240 svarande som har offentlig finansiering är det vanligast att få betalt per besök/plats genom ett ramavtal. Över hälften har denna ersättningsform. Därefter kommer entreprenadavtal, vilket 34 procent har. En mindre del, 9 procent,<sup>3</sup> av

<sup>3</sup> 22 personer har svarat att de får Projektbidrag och/eller öppet verksamhets- eller organisationsbidrag.



företagen, får bidrag till hela eller delar av sin verksamhet. Ofta kombineras bidrag med andra former av offentlig ersättning.

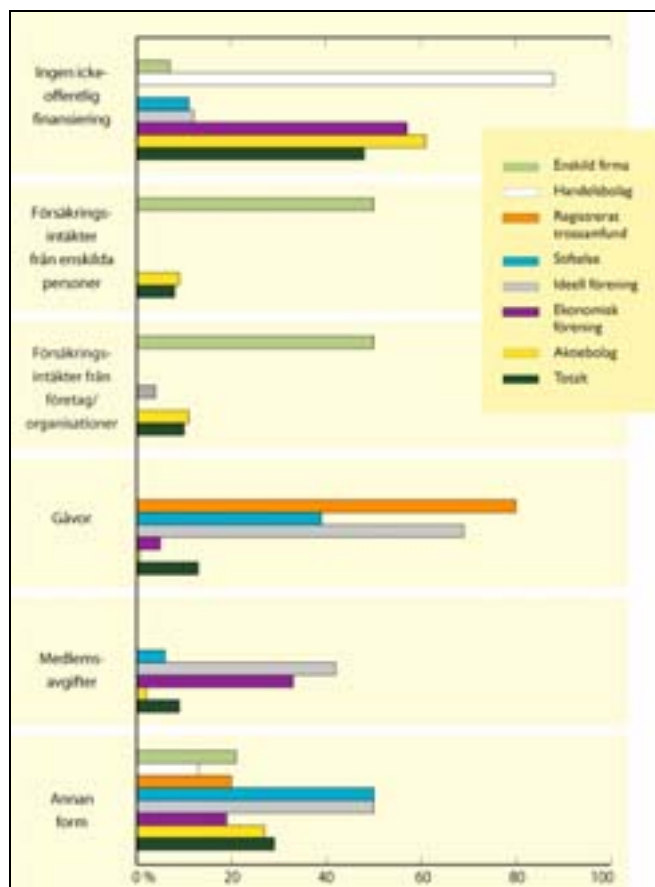
Ca 20 procent av företagen har svarat att de får annan offentlig finansiering. En stor del av dessa företag har i kommentarer angett att det rör sig om ersättning från försäkringskassan i form av LASS, assistansersättning, och ramavtal för arbetsrelaterad rehabilitering. De övriga som svarat annan finansiering anger att det handlar om EU-bidrag, generella bidrag till organisationen och statsbidrag.

### **Former för icke-offentlig finansiering**

Bland de 129 företag som har privat finansiering är den vanligaste formen genom avgifter som betalas av patienten själv, via försäkringar eller företag.

Tittar vi närmare på stiftelser, ideella föreningar och trossamfund är den främsta finansieringskällan gåvor. Hälften så många får inkomster från medlemsavgifter och ungefär lika många via anslag från huvudmännen eller från stiftelsekapital. Några få i denna grupp får även intäkter från patientavgifter eller från annan verksamhet.

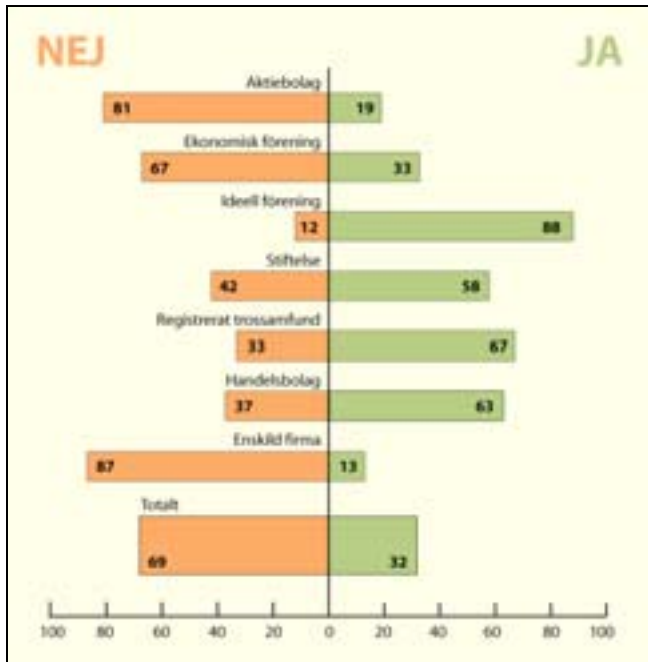
Figur 3.13 Företags- och finansieringsform



### Förekommer frivilliga arbetsinsatser i verksamheten?

En tredjedel av företagen har svarat att det förekom frivilliga arbetsinsatser i verksamheten. Av företagen som drivs som ideell förening har 88 procent frivillig medverkan. I det flesta fall (83 procent) rör det sig om mindre än 25 procent av den totala arbetstiden. I tre verksamheter (ca 4 procent) utgjorde de frivilliga insatserna mer än hälften av den totala arbetstiden, men ingen var beroende av oavlönat arbete. 42 procent rekryterade den frivilliga arbetskraften nästan enbart från en medlems- eller intresseförening.

Figur 3.14 Frivilliga insatser



### Sammanfattning av enkäten till företagen

Tack vare enkäten till företagen har vi fått svar på frågor som tidigare inte kunnat besvaras genom att studera offentlig statistik eller andra undersökningar. Svaren gör det också möjligt att bekräfta eller dementera antaganden och hypoteser som förs fram av olika parter i andra delar av betänkandet. Kortfattat är slutsatserna av studien följande:

- Det är andra faktorer än vinstutdelning som driver de flesta småföretag.
- De företag som ägs av de ideella organisationerna är vare sig små eller betydelselösa.
- Det verkar vara betydligt färre aktiebolag som ägs av brukar- eller patientorganisationer, etniska grupper, religiösa eller humanitära organisationer än vad som tidigare antagits.
- En tredjedel av företagen redovisar överhuvudtaget inte något överskott i sin verksamhet.

- De företag som redovisar vinst använder främst vinsten för att utveckla verksamheten.
- Många företag har frivilliginsatser i sin verksamhet. Nästan alla som drivs som ideell förening har sådan meddverkan.
- Inget av de företag som tar del av frivilliginsatser i sin verksamhet är beroende av denna obetalda arbetskraft.

### 3.7 Vill organisationer medverka?

Delegationen har i ett brev frågat ett urval av organisationer; patientföreningar, humanitära och religiösa organisationer, invandrarorganisationer och patientorganisationer om de har eller har intresse av att etablera vård- och omsorgsverksamhet.

Häften av de 30 organisationer som svarat har angett att de har etablerat egen verksamhet och att de har intresse att utveckla sin verksamhet. Sju organisationer har svarat att de inte nu har någon verksamhet, men intresse av att utveckla sådan verksamhet.

Organisationer som redan har verksamhet samt de som angett intresse att etablera egen verksamhet har dessutom lämnat namn på kontaktpersoner för fortsatt dialog.

Tio organisationer, bl.a. två av pensionärsorganisationerna, anger att de inte har några planer på egen vård- och omsorgsverksamhet.

### 3.8 Kartläggning – kompletterande perspektiv

Varför är andelen av kooperativ, föreningsdrivna och små privata lokalt förankrade vårdföretag så jämförelsevis liten i Sverige i förhållandet till många andra länder? Finns hinder i form av begränsande regler, formella inträdeskrav eller attityder hos politiker och beställare?

Vi söker utöver beskrivning av verksamheternas omfattning att också kartlägga hinder och villkor som kan ge förklaringar. Vi granskar bl.a. skillnader dels i relation till vårdsystem i länder med större mångfald av utförare och dels till samhällssektorer i Sverige där variationen av företagsformer är större, det gäller främst förskola och skola.

Det finns också betydande skillnader mellan landsting och kommuner när det gäller formerna för hur man engagerar privata

utförare. Påverkar sådana skillnader mångfald och sammansättning av de privata vårdgivarna?

Kartläggningen och den aktuella politiska debatten behöver även ses i ett tidsperspektiv. Historia, kultur och tradition är i regel den tyngst vägande orsaken till att länders vårdssystem är som de är.

### **Villkor och hinder genom historia och tradition**

När nu privat eller offentligt driven vård lyfts fram, som en politisk vattendelare mellan partierna, så är debatten av relativt färskt datum. Hälso- och sjukvårdens olika institutioner har i Sverige med endast få undantag byggts upp i offentlig regi. Det gäller allt från primärvårdens embryo i provinsialläkarsystemet till länslasaretten och universitetssjukhusen. Få institutioner har etablerats i privat form och det har funnits en stark politisk samsyn och uppslutning kring en gemensamt finansierad och offentligt driven vård och omsorg. Den politiska kontroversen är bara ett par årtionden gammal och i sak relativt begränsad.

Alla partier har uttalat sig och verkat för en ökad andel av privata vårdgivare och större mångfald. Den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården, som riksdagen antog år 2000, innehöll t.ex. ett riktat stöd till landstingen med villkor att de i primärvården fick in mångfald genom privata vårdgivare. Motsättningarna i riksdagen angående lagstiftning har begränsat gällt privata entreprenader för sjukhus, främst driften av akutsjukhus och universitetssjukhus.

För äldreården finns ett liknande, men något mer splittrat mönster. Även här har ett kollektivt, offentligt ansvar historiska rötter, men fler privata institutioner har startats och drivits av olika typer av organisationer. Åtskilliga sådana institutioner finns kvar, men många har lagts ner eller övertagits av kommunerna.

De politiska motsättningar som uppstått i uppbrottet från en gemensam historia och tradition handlar till en del om i vilken omfattning och i vilken takt som förändringar skall ske. En andra fråga gäller vilka privata företag och utförare som skall träda in när de offentligt finansierade verksamheterna öppnas för andra vårdgivare.

Debatten och föreställningar om det önskvärda har knutit an till internationella schabloner. En pol har varit sjukvården i USA som marknadsstyrd, ojämlig och med en stor del av befolkningen utan försäkringsskydd. Några kanske minns Roy Anderssons valfilmer

från 1980-talet. En andra pol har varit länder i Europa där möjligheterna till val mellan olika vårdgivare varit större. I synnerhet har man då fäst sig vid att organisationerna haft och har viktiga uppgifter inom vård och omsorg.

Frågan hänger kvar – i vilken riktning går förändringarna? Sverige (och de nordiska länderna) har få privata, sociala och ideella aktörer engagerade i hälso- och sjukvården. Det är ett historiskt och egentligen ointressant faktum. Den mer angelägna frågan är för Sveriges del varför den tillväxt av privata vårdföretag som nu sker i så hög grad koncentreras till ett relativt fåtal stora vårdföretag.

### **Villkor och hinder i systemuppbyggnad – internationell jämförelse**

De nordiska länderna har likartade, men långt ifrån identiska, vård- och omsorgssystem. Länderna har skattefinansiering och en stor andel av vård- och omsorgsverksamheten drivs i offentlig regi. Vid jämförelse med övriga Europa gäller också att ideella organisationer och det civila samhället i mycket liten omfattning är engagerade i den offentligt finansierade vården och omsorgen. (I bilagorna 5 och 6 ges utförligare internationella beskrivningar och jämförelser.)

En grundläggande skillnad mellan vårdsystemen är i vilken utsträckning finansiering och utförande av vård och omsorg är samordnat eller skilt från varandra. Medan landstingen och kommunerna i Sverige både finansierar och genomför merparten av vård och omsorg är t.ex. i Nederländerna försäkringsbolagen som finansierar vård i lag förbjudna att själva bedriva vårdverksamhet.

Rollfördelning mellan "beställare" och "utförare" som landstingen i Sverige började introducera under 1980-talet finns som grundsten i länder där finansieringen sker genom obligatoriska försäkringar. Separationen mellan finansiering och utförande är en viktig förklaring till den större mångfalden och variationen av utförare.

Men det bör också nämnas att utvecklingen i Nederländerna, Tyskland och andra länder med försäkringssystem i vissa avseenden går mot en mer integrerad "landstingsmodell". Det handlar om att hålla kostnaderna under kontroll. Av det skälet söker försäkringsbolagen att med försäkringsvillkor och avtal begränsa patienternas tidigare mer fria val av vårdgivare. Den tidigare större mångfalden kan på det sättet komma att begränsas.

Även i USA sker en liknande utveckling där tidigare mer öppna försäkringar ersätts av mer integrerade arrangemang (Health Maintenance Organisations, HMO:s) där de försäkrade endast har rätt att söka vård hos en avtalad, mer begränsad krets av vårdgivare.

Att gå från ett system till ett annat är med andra ord inte enkelt. Försäkringsmodellen har främjat mångfald och valmöjligheter. Sammanhållen finansiering och utförande har uppenbart inneburit bättre kostnadskontroll. Men försäkringsmodellen är en viktig förklaring till den större mångfalden av vårdföretag.

### **Villkor och hinder genom former för att ersätta vård- och omsorgsgivare**

Formerna för ersättning till vårdgivarna varierar. Det kan vara ersättning per besök, per utförd behandling eller per vårddygn. I andra fall baseras ersättningen på listade patienter eller befolkningen i det område man skall betjäna.

Förenklat kan sägas att relationen mellan finansiär och utförare i det försäkringsbaserade vårdsystem baseras på en ”ersättning per styck” vare sig det är ett läkarbesök, en operation, ett vårddygn eller annat. Kalkylerna och avtalen med vårdgivarna bygger på att ersättningen skall bidra till att täcka vårdgivarnas både fasta och rörliga kostnader.

Systemet är inte invändningsfritt bl.a. för att det tenderar att bli kostnadsdrivande. När varje insats ger en intäkt så tycks det också blir fler av just dessa insatser. Läkarbesöken blir fler när läkare ersätts per patientbesök. De genomsnittliga vårdtiderna är i regel längre när sjukhus får sin ersättning efter antal vårddygn. Om ersättning till sjukhusen i stället ges per operation eller annan behandling så blir som regel behandlingarna fler och vårdtiderna kortare. (SOU 2002:31)

Inget säger heller att många läkarbesök, eller frekvent bruk av kirurgiska ingrepp, verkligen bidrar till bättre hälsa, men ersättningar som är mer direkt knutna till besök och behandlingar gynnar tillgängligheten.

Någon enhetlig ersättningsmodell finns inte i de svenska landstingen. Formerna för att ersätta vårdgivarna varierar mellan olika typer av verksamheter men även mellan landstingen. Till tidigare finansiering i form av årliga verksamhetsbudgetar, har efterhand olika former av prestationsrelaterade ersättningar tillkommit.

När sådana ersättningar införts har behandlingarna snabbt blivit fler och då riskerat att spräcka landstingens kostnadsramar. Därför kombineras prestationsersättning i många fall med ett kostnadstak.

För den kommunala äldreomsorgen är ersättningen för särskilt boende i regel per dygn anpassat efter vårdtyngd. För hemtjänst är ersättningarna vanligtvis beräknade per timme med anpassning till dag-, kvälls- och helgtider.

### **Enhetliga ersättningar eller priskonkurrens?**

En tydlig skillnad i jämförelse med andra länder är förekomsten av upphandling och priskonkurrens i fråga om vård- och omsorgstjänster. Oberoende av ersättningsform är grundregeln att storleken på ersättningen i regel fastställs enhetligt genom framförhandlade taxor. (SOU 1999:149, bilaga 6)

Flera utredningar har i Sverige uppmärksammat de specifika svårigheter som upphandlingssystemet skapar i synnerhet för de små privata företagen, kooperativen och de ideella organisationerna. (SOU 2003:23).

Formerna för att fastställa ersättningar är därför också en faktor som påverkar möjligheten till mångfald bland vårdgivarna. De små privata företagen, kooperativen och ideella organisationerna kan klara att driva vård- och omsorgsverksamhet effektivt och med god kvalitet. Men de är i flera avseenden i underläge när det gäller att konkurrera med de stora vårdföretagen vid konkurrensupphandlingar.

### **Hinder genom de i Sverige valda formerna för upphandling**

Medan det stora företaget är verksamt nationellt (och internationellt) gäller för såväl det mindre privata vårdföretaget som det medlemsbaserade kooperativet eller den ideella organisationen att de är lokalt bundna. En förlorad upphandling kan det stora företaget ta igen på annan ort, men för de lokalt bundna företagen är den förlorade upphandlingen lika med nedläggning.

Som det svenska upphandlingssystemet utvecklats tillkommer ytterligare konsekvenser för de små ideella aktörerna. Kraven i anbudsunderlagen har blivit så omfattande att kostnaderna för att lämna anbud nu kan uppgå till mycket stora belopp. Kostnaderna



och andra krav är överkomliga för de större företagen som dessutom kan sambruka kompetens, skrivningar och beräkningar från andra anbud, men svåra att klara för de mindre företagen. Resultatet blir allt färre anbud. För att locka några att lämna anbud och för att slippa egna besvär (även hos beställarna tar en upphandlingsprocess mycket tid i anspråk) låter uppdragsgivarna sina upphandlingar omfatta allt större uppdrag och volymer, vilket i sin tur ytterligare begränsar konkurrensen till det fåtal företag som kan konkurrera på dessa villkor.

Att länder med försäkringssystem och mångfald av vårdgivare inte tillämpar konkurrensupphandling inom vård- och omsorgssektorn är en förklaring till den större mångfalden av aktörer.

I bilagorna 4 och 5 finns mer utförliga jämförelser med andra länders vårdssystem.

### **Perspektiv genom jämförelse med förskola och skola**

När det gäller de privat drivna förskolorna och de fristående grundskolorna står fördelningen mellan olika associationsformer i stark kontrast till vad som gäller inom vård och omsorg.

- Av de privata förskolorna drivs närmare hälften (44 procent) av föräldrakooperativ, ca 20 procent av enskilda huvudmän som Svenska kyrkan eller andra organisationer. Något över 20 procent av förskolorna drivs som bolag.
- Cirka 40 procent av de privata fristående grundskolorna drivs som aktiebolag, medan ekonomiska föreningar, ideella föreningar och stiftelser svarar vardera för mellan 15–20 procent av samtliga fristående skolor.
- De flesta fristående gymnasieskolorna, ca 60 procent, drivs som aktiebolag. Ytterligare ca 20 procent drivs av enskilda personer eller enkla bolag. Få drivs av organisationer, ekonomiska föreningar, stiftelser eller trossamfund. (SCB)

För förskolan och grund- och gymnasieskolan finns, liksom i fråga om rätten till personlig assistent, en form av fritt val. I båda exemplen visar det sig att det fria valet innebär en större mångfald av utförare och även en större variation av företagsformer.

Elevernas eller brukarnas individuella val skapar för utförarna mer av kontinuitet och långsiktighet i jämförelse med vård- och omsorgssektorns upphandling och entreprenader.

## En jämförelse med kommuner med fritt val i äldreomsorgen

Drygt 20 av landets kommuner har hittills infört någon form av fritt val inom äldreomsorgens hemtjänst. Ett tiotal har också infört motsvarande valmöjlighet för särskilt boende.

Ytterligare ett antal kommuner har på förfrågan från Sveriges Kommuner och Landsting uppgett att de förbereder införande av fritt val inom hela eller delar av äldreomsorgen.

SCB har på delegationens uppdrag också tagit fram uppgifter om antalet företag verksamma inom äldreomsorgen och fördelningen mellan associationsformer i de kommuner som har infört valsystem.

Resultatet förvånar inte. Antalet privata företag är fler och variationen av företagsformer är större i kommuner, som infört valfrihetssystem i jämförelse med övriga kommuner. Å andra sidan tillhör flera av de kommuner som har fritt valsystem de kommuner som redan tidigare satsat på att ha en stor andel privata utförare inom äldreomsorgen (liksom andra offentliga tjänster).

Det finns också skillnader mellan de dryga 20-tal kommuner som infört valsystem. Vissa kommuner, t.ex. Nacka och vissa stadsdelar i Stockholms kommun har infört fritt val där alla företag som uppfyllt ställda krav har fått möjlighet att söka uppdrag.

Andra, t.ex. Solna kommun, har mer strikt begränsat antalet företag och i vilka delar av kommunen som de kan erbjuda hemtjänst.

Om ett obegränsat antal företag kan söka uppdrag inom hemtjänsten kommer t.ex. mycket tid att gå åt till transport mellan glest utspridda vårdtagare. Resultatet blir en självsanering och utslagning så att antalet företag kommer i rimlig proportion till uppdragens omfattning. Å andra sidan kan en från början beslutad begränsning av antalet företag leda till att uppdragen delas mellan de redan stora privata omsorgsföretagen.

Formerna för fritt val kommer inte att kunna stöpas i en form. Regler och uppläggning måste ställas i relation till befolkning, boendeformer, geografi osv. Möjligheterna är t.ex. helt annorlunda i en stad jämfört med glesbygd. Det måste också finnas kvalitetsuppföljning och kontroll av tjänsternas innehåll men också så att systemet inte missbrukas. Ett val av hemtjänst eller personlig assistent kan omfatta betydande ersättningar till utförarna. Det får inte finnas otillbörlig påverkan när den enskilde väljer.

### 3.9 Ett exempel inom hälso- och sjukvården – Vårdval Halland

Fritt val inom vård och omsorg har i första hand främst diskuterats och utvecklats för just äldre- och handikappomsorgen, men möjligheten till fritt val finns också inom hälso- och sjukvården och i synnerhet inom områden med längre eller återkommande vårdförlopp som kroniska sjukdomar eller former av rehabilitering. En tidigare utredning "Vård vid livets slut" föreslog motsvarigheten till fritt val för palliativ vård.

Från 1 januari 2007 har Landstinget i Halland infört en form av fritt val för hela primärvården. Möjlighet att välja vårdenhet, en hälso- och sjukvårdspeng som följer varje invånare och lika arbetsvillkor oavsett driftsform är grundtankar i de politiska besluten om "Vårdval Halland". Det är samverkan för god vård som skall prioriteras, inte ersättning och antal patientbesök.

Den år 2006 av landstinget beslutade och i januari 2007 startade ersättningsmodellen skiljer ut sig bland de få modeller av fritt val inom hälso- och sjukvården som ett fåtal landsting fattat beslut om. I Halland gäller det till skillnad mot alla andra landsting, hela primärvården och hela närsjukvården samt särskilda uppdrag såsom ungdomsmottagning och mödrahälsovård.

Hallänningen, som hela tiden skall stå i fokus, får välja sin vårdenhet och om hon inte är nöjd har hon rätt att byta fyra gånger per år.

Aktörer som vill delta kan hos landstinget få en ackreditering, enligt av landstinget beslutade ackrediteringskrav. Varje hallänning får en av landstinget årligen beslutad hälso- och sjukvårdspeng. Denna peng kommer vårdenheten tillgodo genom hallänningens aktiva val. På så sätt får alla vårdenheter lika förutsättningar för sin verksamhet oavsett om de drivs i landstingets egen regi eller av privata vårdaktörer.

För att säkra att hallänningarna får den vård som motsvarar deras behov och att vården har hög kvalitet, har landstinget satt upp mål som varje vårdenhet skall uppfylla. Målen gäller tillgänglighet, täckningsgrad, medicinska resultat, kvalitet, följsamhet mot läkemedelsrekommendationer och hälsofrämjande arbete. Om vårdenheten inte uppnår målen får den avdrag på hälso- och sjukvårdspengen.

Varje vårdenheten får med de nya reglerna i praktiken ett större ansvar för att göra det bästa för "sina" vårdtagare. Alla kompe-

tenser skall användas, och när de inte räcker skall vårdenheten fungera som en lots vidare till annan vård.

Sammanfattningsvis syftar beslutet i Halland till:

- Verklig valfrihet för hallänningen.
- Kvalitetskonkurrens istället för priskonkurrens.
- En åldersviktad hälso- och sjukvårdspeng som följer invånarens val.
- Ökad valfrihet för vårdenheternas medarbetare att utforma vården.
- Fler specialister i den nära vården.
- Kvalitetskrav i form av mätbara mål.

### 3.10 Utveckling av vård och omsorg i EU-perspektiv

Genom den inre marknadens utveckling, Lissabonstrategin och EG-domstolens beslut påverkas de sociala och vård- och omsorgsfrågorna alltmer av EU. Detta trots att vård och omsorg formellt är en nationell angelägenhet. De kommande året/åren med bl.a. initiativ om lagstiftning (eller inte) av vård- och omsorgssektorn som undantogs från tjänstedirektivet blir avgörande för hur utvecklingen och framtiden inom sektorn kommer att se ut.

Den sociala sammanhållningen, de sociala och hälsorelaterade frågorna har funnits på Europiska gemenskapens (EG) därefter Unionens (EU) dagordning länge. Redan i Romfördraget från 1957 finns skrivningar om att främja ett nära samarbete mellan medlemsstaterna inom det sociala området och folkhälsan. I artikel 117 sägs uttryckligen att den gemensamma marknadens funktion kommer att främja en harmonisering av de sociala systemen.

Det första socialpolitiska åtgärdsprogrammet lades fram år 1974. Med utvidgat samarbete på allt fler områden har det ansetts nödvändigt att på allvar försöka hitta gemensamma lösningar på medlemsländernas olika sätt att organisera sin socialpolitik och att godkänna varandras system för sjukvård, omsorg och hälsovård, samt för pensions- och ersättningssystemen. Under de senaste åren har diskussionen och besluten bl.a. gällt huruvida tjänster i allmänhetens intresse, som t.ex. sjuk- och hälsovård, skall upphandlas och konkurrensutsättas och i så fall vilka tjänster.

## Sociala agendan – att modernisera den europeiska sociala modellen

En social agenda antogs år 2000 av Europeiska rådet vid mötet i Nice. Den är inte ett bindande dokument för medlemsländerna men eftersom alla har skrivit under och godkänt den har den ett stort politiskt värde. Den nya Agendan för tiden 2005–2010 presenterades av Kommissionen i samband med att Lissabonstrategin reviderades och är också en del av denna strategi (Lissabonstrategin har till mål att göra EU till världens mest konkurrenskraftiga och dynamiska kunskapsbaserade ekonomi).

Syftet är att modernisera den europeiska sociala modellen som anses stå inför stora utmaningar. Kommissionen pekar på den ökade konkurrensen på världsmarknaden, den tekniska utvecklingen och på Europas åldrande befolkning. För att utveckla modellen avser kommissionen bl.a. att:

- analysera de demografiska förändringarna inom EU och konsekvenserna av dem,
- stödja medlemsländerna i deras reformer av pensionssystemen och hälsovården,
- se över arbetsrättsliga regler så att de fungerar när nya arbeten, t.ex. visstidsanställningar, skapas.

Andra punkter i Agendan handlar bl.a. om pensionsrättigheter vid flytt mellan länder och att förbereda för en ny strategi för säkerhet och hälsa på arbetsplatserna. (Riksdagens EU-upplysning)

## EU:s befogenheter inom hälso- och sjukvård

För områden som rör hälso- och sjukvård är EU:s befogenheter begränsade till att omfatta folkhälsa. Det regleras i EG-fördraget under artikel 152. EU:s politik på hälsoområdet skall komplettera den nationella politiken. När det gäller ansvar för organisering och produktion av hälso- och sjukvård framgår av artikeln att EU skall respektera medlemsländerna fullt ut. Men under de senaste åren har EU:s inverkan på hälso- och sjukvårdsområdet ändå kraftigt ökat.

En starkt pådrivande faktor är att det i en rad domar i EG domstolen har fastställts att den inre marknadens regler och den fria rörligheten för varor och tjänster väger tungt och många kraf-

ter inom EU vill betrakta sjukvård som vilken tjänst som helst på marknaden. (källa Sveriges kommuner och landsting)

Det uppstår också problem med diverse gränsdragningar eftersom vård och omsorgdefinieras olika i olika medlemsländer. I Sverige gör vi t.ex. åtskillnad mellan sociala och medicinska insatser, vilket man inte gör flertalet EU-länder.

### **Tjänstedirektivet – ett permanent undantag för sociala tjänster?**

Tjänstedirektivet presenterades 2004 av kommissionen och har till syfte att underlätta företagsetableringar och tjänstehandel mellan EU:s medlemsländer.

Det ursprungliga förslaget har ändrats betydligt efter en omfattande kritik. Bland annat har hälso- och sjukvårdssektorn och sociala tjänster (i allmänhetens intresse) helt lyfts ut ur tjänstedirektivet när det röstades igenom av Rådet och Europaparlamentet 2006. Argumentet var att hälso- och sjukvård inte skulle eller kunde omfattas av samma regelverk som andra ekonomiska aktiviteter.

Frågan har skickats ut på en bred konsultation. Bland annat har kommissionen frågat om EU-lagstiftning vore den bästa vägen för att göra gränsöverskridande hälsovård lättare. Det fullständiga resultatet av konsultationen presenteras för hälsoministrarna under våren 2007 och ett agerande från EU väntas före årsskiftet.

I detta sammanhang måste nämnas att upphandling i den mening som avses i Sveriges LOU förekommer i ringa omfattning i EU-länder som Frankrike, England, Spanien, Tyskland och Nederländerna. Upphandling sker i någon mån vid köp av operationer av planerad kirurgi för att minska väntetider i t.ex. England. (Bilaga 6)

### **Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land**

Sverige omfattas av förordning 1408/71 om samordning av de sociala trygghetssystemen för personer som flyttar inom EES-området. Personer som omfattas av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har enligt förordningen rätt att få förhandstillstånd av Försäkringskassan för planerad utländsk vård. Efter beviljandet ersätter Försäkringskassan den utländska vårdgivaren. För akut vård krävs inget tillstånd.

Vid sidan av ovan nämnda förordning har personer som omfattas av det svenska systemet en på EG-fördraget direkt vilande rättighet att få hälso- och sjukvård och tandvård i ett annat land inom gemenskapen och under vissa förutsättningar få dessa ersatta av sjukförsäkringen. EG-domstolens praxis ger dock medlemsländerna rätt att under vissa förutsättningar begära att den som söker ersättning för vård i förväg skall ansöka om tillstånd.

Svensk lagstiftning innehåller inte något sådant krav på förhandstillstånd. Idag är det istället möjligt att söka vård utomlands och, såvida vissa förutsättningar som Försäkringskassan uppställt är uppfyllda, få kostnaderna för vården ersatta.

För att skapa en lagstiftning på området som reglerar rätten till ersättning för vårdkostnader med stöd av EG-fördraget föreslog regeringen i Ds 2006:4, rätten till ersättning för vård i annat EES-land, en ny lag med krav på förhandstillstånd för planerad vård på sjukhus. För akut vård och planerad som inte ges på sjukhus krävs enligt promemorian inget förhandstillstånd. Regeringen arbetar för närvarande med förslaget.

### **Ordförandeskap med olika fokus**

Medlemsländerna har lyft fram den sociala dimensionen i varierande grad under den tid de varit ordförande i EU. Under Sveriges ordförandeskap 2001 diskuterades vid en expertkonferens förordning 1408/71 om samordning av de sociala trygghetssystemen för personer som flyttar inom EES-området. Finland arbetade under sitt ordförandeskap hösten 2006 med att få en integrering av hälsa inom alla policyområden.

Under det pågående tyska ordförandeskapet, våren 2007, prioriteras de sociala frågorna och de demografiska problemen. Ett handlingsprogram på det sociala området och om den sociala dimensionen planeras av trojkan dvs. de tre ordförandeskap som närmast står det nuvarande i turordning.

Även arbetet med samordning av en social försäkringsförordning har hög prioritet för det tyska ordförandeskapet.

Flera institutioner på EU-nivå, Rådet, Kommissionen och Europaparlamentet arbetar med dessa frågor, liksom medlemsländerna, regionala och lokala myndigheter och arbetsmarknadens parter.

### Många nya åtaganden om hälsa i EU

Ett nytt hälsoprogram som skall ersätta det tidigare håller på att arbetas fram och skall gälla från 2009.

Kommissionen arbetar bl.a. med en vitbok hälsostrategi som förväntas bli klar sommaren 2007 och ett meddelande från kommissionen om äldreomsorgen med aspekt på kvalitet väntas inom kort.

EU lanserade förra året en hälsportal på Internet. Portalen tar upp 47 olika ämnen under sex rubriker. Hälsa, livsstil, miljö, hälsoproblem, vård och omsorg och hälsa i EU. Men än en tredjedel av EU:s invånare sökte information om hälsa på Internet. (Riksdagens EU-upplysning)

Portalen vänder sig både mot allmänheten och mot sjukvårdspersonal och forskare. Dessutom presenteras senaste forskning och statistik från medlemsländerna.

### En "silvrekonomi" uppstår

Demografifrågorna har som redan nämnts prioriterats av det tyska ordförandeskapet. Tyskland har stora problem med att alltför få barn föds och att därmed ålderspyramiden är "galen".

Men problemet är detsamma i hela EU liksom andra delar av världen; Japan, USA och även Ryssland. Det framgår med all tydlighet i kommissionens grönbok om demografi 2005 och i "The demographic future of Europe – from challenge to opportunity" 2006.

Samtidigt som man börjat se den demografiska framtiden i EU mer som en möjlighet och inte bara som ett problem eller en utmaning har ett nytt begrepp införts: "Silvrekonomi". Uttrycket kommer från USA och handlar framför allt om att se äldre människors ekonomiska potential. Den nya generationen äldre kan vara aktiva på arbetsmarkanden länge, är friska, köpstarka, socialt aktiva och förutses delta som volontärer och bidra till samhälls-ekonomi.

Att EU tar fasta på denna silvrekonomis möjligheter kan ses i planerade aktiviteter. Bland annat håller rådet på att utarbeta en resolution om att ta tillvara äldres intressen på marknaden. En högnivågrupp om demografi på kommissionen är redan bildad.



## Förändringarna påverkar lokala och regional nivåer

Vård- och omsorgsfrågorna påverkas alltmer av EU. Sveriges Kommuner och Landsting menar att det är nu är dags för formella samråd mellan regeringen och den lokala och regionala nivån inför EU-besluten. Ungefär 60 procent av verksamheten i kommuner och regioner påverkas av beslut i EU. Det är alltifrån ett äldreboende som kommunen bygger som måste upphandlas i alla EU-länder, eller lagen om livsmedelshygien som avgör hur tillsynen av restaurang och skolkök bedrivs, till EU:s arbetstidsdirektiv som inneburit förändringar av arbetstidens förläggning för sjukvårdspersonal och räddningstjänst. (Debattartikel i Norra Skåne 2007-03-28 Håkan Sörman VD och Elmire af Geijerstam, Chef för internationella sektionen SKL)

### 3.11 Forskning om idéburna organisationer

Delegationen skall enligt sina direktiv inom ramen för kartläggningen ge en översyn av den forskning som bedrivs om idéburna organisationer.

Riksbankens Jubileumsfond har sedan 2003 format en särskild områdesgrupp för forskning om civilsamhället. I december 2006 publicerades på gruppens uppdrag antologin "Det civila samhället som forskningsfält".

Bildandet av gruppen och antologin visar i sig att det finns ett ökande intresse för den del av samhällslivet som ligger utanför familjen men som inte heller är vare sig stat/offentlig sektor eller marknad. Arbetet med antologin har utgått från en identifiering av de avhandlingar som efter millennieskiftet lagts fram och där begreppen civilsamhälle, social ekonomi, frivillig/ideell sektor, ideella organisationer, sociala rörelser eller NGO's varit några av nyckelorden. Ett 60-tal svenska avhandlingar som svarar på dessa sökbegrepp har lagts fram enbart efter millennieskiftet. I en tidigare systematisk genomgång redovisas över 300 publikationer sedan slutet av 1980-talet och med stark ökning de senaste 10 åren. (Johan Vamstad, 2006)

Det civila samhället och dess organisationer finns inom och verkar i relation till många samhällsfält. Därför är det inte heller förvånande att forskning om det civila samhället sker inom många akademiska discipliner. Avhandlingar har lagts fram inom historia,

statsvetenskap, teologi, sociologi, juridik, ekonomi, medicin, data- och informationsteknik samt pedagogik. Forskningsöversikten visar också på stor spridning mellan universitet och högskolor. Vid de flesta lärosäten och med förankring i skiftande akademiska discipliner pågår och utvecklas en forskning om de organiserade verksamheterna i gränsområden mellan stat/offentlig sektor, marknad och den privata familjesfären. Historikern Torvald Karlsson har använt begreppet ”sprängfyllt tomrum”.

Det finns också ett antal institutioner och forskarmiljöer där det civila samhället och dess förutsättningar och villkor är utgångspunkten för forskningen. En sådan forskarmiljö utvecklas vid Ersta Sköndal Högskola, som är en av de fristående högskolorna, som har sin grund i det civila samhället. Där har etablerats en forskarmiljö med fokus på det frivilliga sociala arbetet. Vid t.ex. högskolorna i Växjö och Kalmar samt Södertörns högskola finns forskning med särskilt fokus mot social ekonomi och Kooperation.

Forskning med inriktning på ideella organisationer och non-profit-företag har utvecklats vid Handelshögskolan i Stockholm bl.a. genom stöd från Röda Korset.

I ett annat avsnitt av betänkandet tar vi upp begreppet ”governance” och det intresset som riktas mot relationen mellan stat/offentlig sektor och det civila samhället. Begreppet vinner in steg inom främst statsvetenskap, sociologi, organisationsteori och ekonomi och initierar där forskning om politikens relation till de fria organisationerna och det civila samhället. (Se vidare bilaga 4)

Det har när det gäller forskningen skett en tydlig förskjutning av fokus från en tidigare forskningslinje som ofta riktade in sig på de klassiska folkrörelsernas roll för den demokratiska utvecklingen och för politisk delaktighet till att se medborgarnas frivilliga organisering i relation till samhällets välfärdstjänster.

Lars Svedberg och L-E Trädgårdh pekar som redaktörer för antologin från Riksbankens jubileumsfond på denna förändring från tidigare folkrörelseforskning, inriktad på de klassiska folkrörelserna och deras relation till politik och demokrati, till en forskning med ett bredare fokus där det civila samhället blivit ett grundbegrepp.

Genom forskningen vid Handelshögskolan har Sverige också medverkat i ett mellan ett 20-tal länder internationellt samordnat forskningsprojekt ”The John Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project”, som samordnats från John Hopkins universitetet, USA.

En utförlig översikt av forskning i Storbritannien, Kanada och Sverige angående not-for-profit-organisationers medverkan i vård- och omsorgsverksamhet har tagits fram vid Ersta-Sköndals högskola av Julia Grosse.

Ett exempel är också det forskningsprojekt "Welfare and Religion in a European Perspective" som genomförs av det Diakonivetenskapliga institutet i Uppsala. Forskningsprojektet som haft stöd från Riksbankens jubileumsfond och från EU granskar och jämför kyrkornas roll som aktörer för välfärdstjänster i ett antal länder i Europa.

## 4 Mångfald, vård, omsorg och värdegrund

Inom ramen för delegationens samarbete med nätverken av företag och organisationer har ett antal arbetsseminarier genomförts för att belysa olika frågeställningar. Två av seminarierna har fokuserat på frågeställningar om mångfald inom vård och omsorg i relation till viktiga grundvärden. Ett första seminarium ställde frågan ”Hur påverkar mångfalden vårdens prioriteringar och värdegrund?”. Det andra seminariet behandlade begreppet ”governance” och frågeställningar i anslutning till politikens och den offentliga sektorns samverkan med det civila samhället. (Bilaga 8 a, b)

Detta kapitel refererar i avsnitt 4.1 och 4.2 direkt till de två seminarierna och anslutande material och samtal.

Avsnitt 4.3 följer upp återkommande diskussioner vid seminarierna och andra tillfällen om hur förutsättningarna för marknadslösningar och konkurrens varierar mellan skilda vård- och omsorgsverksamheter.

### 4.1 Mångfald, etik och värdegrund

”Inte varje angelägenhet i varje stad skall avgöras av kejsaren” skrev redan Dante Alighieri, 1265–1321, i skriften *Monarchia*.

Tanken att den mindre gruppens frihet, ansvar och autonomi kan behöva värnas från överordnade organs ingrepp och vilja att ta över beslut uttrycks i begreppet subsidiaritet. I Sverige har vi främst mött ordet i EU-sammanhang som uttryck för kompetensfördelning mellan unionen och medlemsländerna. Men subsidiaritet är i t.ex. den katolska socialläran ett centralt begrepp för kompetens- och ansvarsfördelning mellan individer, familj, de frivilliga gemenskaperna och samhällets överordnade organ.

Såväl inom EU som i andra sammanhang får *subsidiaritet* sin mening först när det balanseras med begreppet *solidaritet*. Medan

subsidiariteten värnar den mindre enhetens frihet och autonomi innebär solidariteten att den större enheten, ytterst staten (och nu även länder gemensamt) är skyldigt att solidariskt gripa in och ge stöd när den mindre enhetens kapacitet eller kompetens inte räcker.

Subsidiariteten uppmanar med andra ord samhället att tillåta, befrämja och kanske även ge starthjälp till projekt och uppgifter som enskilda och grupper vill utföra själva och rentav kan göra bättre än vad som staten skulle kunna åstadkomma i egen regi. Solidariteten skall å andra sidan se till att friheten inte leder till att enskilda eller grupper prioriterar sina egenintressen på sätt som skadar andra grupper eller enskilda och därmed samhällets och det allmännas bästa.

### **Mångfald – ett mångtydigt begrepp**

För att kunna diskutera etiska frågeställningar i anslutning till ökad mångfald inom vården och omsorgen krävs en tydlig bild av vad som menas med mångfald och i vilket sammanhang den eftersträvas. Krav på ökad mångfald kan till exempel gälla fler aktörer, fler vårdformer, fler alternativ när det gäller behandling, större delaktighet och mer insyn, möjligheter till "second opinion" för att pröva en diagnos eller större rätt/möjlighet för andra än doktorn att påverka.

Det kan också gälla större variation i personalgrupperna och ökad valfrihet när det gäller finansieringsformer och utbud.

När samhället omfattar en större mångfald ifråga om etnicitet, språk, kultur och religion ställer det också krav på mångfald inom vården och omsorgen för att klara möten över kultur- och språkgränser.

Mångfalden måste också ses i ett sammanhang och utifrån de styrsystem som finns inom vården. Det kan vara system som styrs utifrån fokus på medicinsk nytta och som baseras på att behoven ska tillgodoses, eller så kan det vara system som i högre grad tar hänsyn till patienternas önskan och val.

Mångfald lyfts fram som eftersträvansvärt, men är (eller bör) i första hand vara ett medel för att uppnå de inom medicinen, sjukvården och i den sociala omsorgen önskade målen. Variationen av former kan också komma att innebära att patienten och de

anhöriga utifrån den tillgängliga informationen själva kan göra val och påverka vårdens utformning och innehåll.

### **Prioriteringar – att välja medvetet och rättvist**

Prioriteringar handlar i grunden om att välja, helst på ett medvetet och rättvist sätt. När inte alla behov och önskemål i samhället kan tillfredställas, tvingas vi att välja hur offentliga liksom privata resurser ska användas på bästa sätt.

Hälso- och sjukvårdslagen anger tre grundprinciper för prioriteringar:

- människovärdesprincipen,
- behovs- och solidaritetsprincipen samt
- kostnadseffektivitetsprincipen.

De tre principerna ger sammanvägt en ”etisk plattform”, men hur skall de omsättas i praktiken? Hur ska målkonflikter hanteras? Vilken typ av beslutsunderlag behövs och vem eller vilka skall besluta?

I ett vårdssystem med ökad mångfald handlar etiken i ökad grad om att balansera frihet mot rättvisa. Rättviseperspektivet kan om det drivs för långt inkräkta på såväl nytänkande som grupper och enskildas initiativ och ansvar. En obegränsad frihet för enskilda och grupper kan å andra sidan leda till ökad ojämlikhet och social upplösning som berövar andra deras trygghet.

Etiska och juridiska begrepp om rättigheter och skyldigheter har därtill som utgångspunkt den oskiljaktiga samhörigheten av frihet och ansvar. Människans ansvar kan också ses som en brofunktion mellan frihet och rättvisa. En ansvarsfull frihet uppfattar kraven på rättvisa så att inte utövandet av frihet urartar i kaos. En ansvarsfull frihet hejdar samtidigt att krav på rättvisa glider mot ett förtryck, där friheten kvävs. (SOU 2002:31)

### **Människan – rätten som aktör och som person**

Människan är *aktör* i meningen att hon har olika egenskaper, kunskaper och färdigheter som också påverkar möjligheterna till aktivitet och handling. Men till människan knyts också begreppet *person*, som anger och understryker ett absolut människovärde.

Människans värde och hennes rättigheter är knutna till människan som person, alldeles oberoende av vem människan är och vad hon kan eller skulle kunna prestera. Personbegreppet knyter an till och förtydligar hälso- och sjukvårdslagens människovärdesprincip och måste vara tydligt inom hälso- och sjukvården och inte minst i omsorgen av de äldre. Behovet av vård och omsorg är ju i regel störst hos de människor vars autonomi och förmåga att som aktör ta egna initiativ eller hävda sina intressen är mest begränsad.

### **Politikens sfärer för frihet och rättvisa**

Politik och politiska beslut berör alla sidor av samhället och i all verksamhet vare sig den drivs offentligt eller privat finns det enskilda ekonomiska och/eller andra intressen invävda. Det finns områden där friheten och därmed aktörsperspektivet bör få dominera.

Även inom vård och omsorg måste finnas en frihetssfärer där aktörer ges rum för initiativ och handling, men det är främst en rättvisesfärer där personperspektivet måste få ha företräde. Oberoende av hur vården och omsorgen organiseras och ägs måste det sociala syftet vara säkrat. Sekundära mål kan vara ekonomiska men dessa mål måste underordnas de sociala syften, som handlar om att värna grundprinciperna om människovärde och vård efter behov.

### **John Rawls rättviseteori**

Det sociala målens företräde framför det ekonomiska har också formulerats av den amerikanske filosofen John Rawls. I det klassiska verket "A Theory of Justice" söker Rawls att lösa balansen mellan frihet och rättvisa i en form av kontraktsteori, som utgår från att rationella människor som vill befrämja sina intressen är beredda att pröva sina planer från en initial position av jämlikhet.

Samtidigt som alla intar en ursprunglig position accepterar alla att det sker bakom en slöja av okunskap (veil of ignorance), som gör att ingen ser "vem man är" i form av resurser, kunskap eller andra förutsättningar. Inför ett beslut är alla intressenter på det viset "nollställda". Vem som helst kan vara den initialt minst gynnade. Från den utgångspunkten anger Rawls som riktlinje för val av handlingsalternativ det allmänna rättvisebegreppet: Samhällets samlade sociala värden skall mest gynna de minst gynnade.

Rawls och hans teori för rättvisa lyfts ofta fram som etisk grundval för liberalism och marknadsekonomi. De privata initiativen, ägande och privata vinstintressen skall ha spelrum för att utveckla samhällen, men med villkor att de leder till att även de mest utsatta personerna får det bättre. Hälso- och sjukvårdslagens behovsprincip har uppenbara likheter med Rawls rättvisepincip. I den ursprungliga positionen skulle inte en enda person vilja stå utanför.

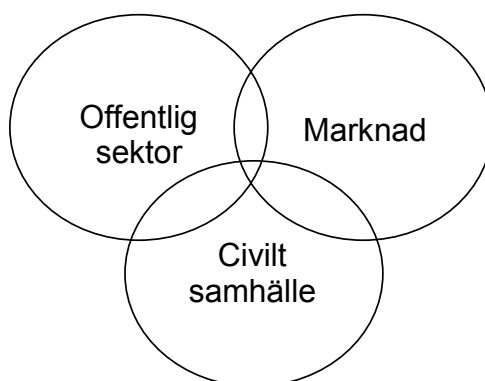
Etik och verkan av politiska beslut berörs även i följande avsnitt där vi söker belysa relationen offentlig verksamhet, marknad och det civila samhället. Vi pekar på risken att viktigt socialt kapital i det civila samhällets autonomi och ansvarstagande kan gå förlorat om de offentliga organen under parollen ”lika villkor” formar spelregler utan hänsyn till skillnaderna mellan marknaden och medborgarnas andra former för samverkan och organisering.

## 4.2 Offentlig sektor, marknad och det civila samhället

Samhällsorganisationen, i synnerhet beskrivningen av samhälls-ekonomi, har byggt på en grov uppdelning mellan offentlig och privat verksamhet. Det som inte sker inom den offentliga sektorn sker på den andra planhalvan – den privata. Men samhället och människors samverkan omfattar mer än offentlig verksamhet och marknad, vilket också börjar att uppmärksammas i forskning och analys av samhället. Det civila samhället förs in som en tredje part i relation den privata marknaden och den offentliga sektorn.



Figur 4.1 Offentlig sektor, marknad och det civila samhället



I vissa analyser infogas också en fjärde sfär – familjen och de familjenära gemenskaperna. I andra lyfter man den informella ekonomin och i ytterligare andra även den svarta ekonomin.

I den följande diskussionen håller vi fast vid ett trepartsförhållande enligt bilden ovan, men tolkar i begreppet det civila samhället in den informella ekonomin, de familjenära relationerna, anhörigvård och andra former av omsorg och hjälpsamhet som finns, men sällan räknas. Vi skulle, som tidigare nämnts, också kunna använda begreppen den sociala ekonomin, tredje sektorn eller ideella sektorn.

Inom många samhällsområden; t.ex. miljövård, fritids- och ungdomsverksamhet, flyktingmottagning, alkohol- och narkotikapolitik, äldreomsorg och rehabilitering efterfrågas insatserna från det civila samhället. Det är ingen isolerad svensk företeelse. Det civila samhällets roll betonas i allt från FN till mycket lokala sammanhang. Förändringarna av statens och den offentliga sektorns relation till andra aktörer (företagen och det civila samhället) har också lett fram till ny forskning inom flera vetenskapliga discipliner. Statsvetare, ekonomer, organisationsteoretiker m.fl. söker på olika sätt beskriva hur formerna för samhällsutveckling och samhällsstyrning förändras.

Det sker bl.a. med användning av begreppet *governance* för att klargöra skillnader gentemot *government*. Medan begreppet *government* mer vill förstå samhällsstyrning genom att granska hur makt, resurser och ansvar fördelas mellan och inom de politiska organen i en hierarkiskt uppbyggd samhällsorganisation är *governance* ett begrepp för en samhällsstyrning som är mindre hierarkisk och mer baserad på nätverk och horisontella relationer. (En utförligare

diskussion av governance och de teorier som utvecklats återfinns i bilaga 4. )

### Ett stegvis överlämnande av uppgifter och ansvar

Vi har i tidigare avsnitt belyst hur den svenska (och nordiska) skattefinansierade och offentligt drivna vården och omsorgen i allt väsentligt vuxit fram inom ett kollektivt och solidariskt ansvar. ”Våra sätt att fatta beslut i samråd och konsensus har rötter i forntid, vikingatid och medeltid. Vi har dragit till ting, stiftat landskapslagar, inte varit slavar och i begränsad omfattning herrar” (Bo Ekman m.fl. SvD 20070325)

Etikens solidaritetsprincip har för vårdens och omsorgens del satts på pränt och varit lagfäst allt sedan landskapslagarnas tid. De ”oförsörjda” skulle tas om hand i ett gemensamt ansvar. Det blev fattighus och fattigstugor och andra förstås mycket bristfälliga, men ändå organiserade arrangemang.

Grunden lades tidigt för ett lokalt gemensamt ansvar för social omsorg. Men ansvaret gällde enbart ”de försörjda”. I övrigt hade familj och släkt fram till relativt nyligen huvudansvaret för den sociala omsorgen. I back- och undantagsstugorna och genom andra arrangemang fanns de äldre kvar i nästa generations närhet. De bidrog med vad de klarade av och fick hjälp när det behövdes. Begreppet subsidiaritet var inte känt men ändå i bruk.

Relationen mellan det civila samhället och den offentliga sektorn kan ses som ett stegvis överlämnande av ansvar och uppgifter. Industrialisering, urbanisering, det gamla samhällets upplösning, kvinnofrigörelse och effektivare arbetsdelning har i förening med nya möjligheter till vård och behandling efter hand lett till att det offentliga åtagandet omfattat allt mer och dessutom alla.

Den sociala omsorgen begränsas inte längre till de annars ”oförsörjda” utan omfattar med den generella välfärden alla som behöver. Uttryckt på annat sätt har det offentliga åtagandet under långt tid vidgats och den informella ekonomin, omvårdnaden i familjen, frivilliginsatserna avlastats.

Trots det sköts fortfarande många sociala uppgifter genom familj och frivilliga insatser. Merparten av äldreomsorgen bedöms skötas av anhöriga. Pensionärs- och patientorganisationer och annat föreningsliv driver dagverksamheter, skapar gemenskap och sociala miljöer. Fanns inte de anhörigas och det civila samhällets insatser skulle kraven

på kommunernas omsorg raskt bli övermäktiga. (Ingelstam, Wijkström, Einarsson m.fl.)

### **Blir det lika med "lika villkor"?**

I olika sammanhang, i upphandlingar och även i delegationens ursprungliga direktiv betonas att villkoren för det civila samhällets aktörer skall vara "lika" och "icke-diskriminerande" i relation till andra privata vårdgivare. I diskussionen med det civila samhällets aktörer framhålls skillnaderna i förutsättningar och grundvillkor i statens/offentliga sektorns relation till de större företagen och dess relation till det civila samhällets små företag och organisationer.

Det bör hållas i minne när de offentliga organen från sin sida formar villkoren för samverkan.

### **Relationen till den privata marknaden**

Medan relationen mellan stat och det civila samhället i fråga om vård och omsorg utgör en följetong genom historien är i Sveriges de offentliga organens kontakt med företag och marknad för vård- och omsorgstjänster av mycket färskt datum.

Det är först under 1990-talet som vårdföretag i någon större omfattning genom entreprenader började ta över driften av olika verksamheter.

Det handlade sällan om att investera i nya anläggningar. Tvärtom hade landsting och kommuner med tanke på att antalet vårdplatser snabbt minskade i många fall ett överskott av moderna anläggningar och antal vårdplatser. För företag öppnades en marknad, med möjlighet att utan större egna investeringar ta över omfattande tjänsteuppdrag.

### **New public management**

New public management är en av flera teoribildningar inom ramen för governance-begreppet. Den går ut på att offentlig verksamhet kan effektiviseras om den utvecklas i mer marknadslika villkor. Praktiska förebilder etablerades i första hand genom Margaret Thatchers reformer i Storbritannien och delvis av president Ronald Reagans reformer i USA.

I Storbritannien fick New Public Management genomslag i form av privatiseringar och överlåtelser av verksamhet främst inom transporter, telekommunikation och statliga industrigrenar. För hälso- och sjukvården har reformerna där huvudsakligen gällt marknadsreformer inom ramen för ett fortsatt statligt ägande. (Palmås)

För Sveriges del drogs tillämpningen av den nya managementteorin längre än i andra länder bl.a. när Sverige från 1 januari 1994 inkluderade även de ”mjuka tjänsterna” som hälso- och sjukvård i den nationella upphandlingslagstiftningen.

### Oklarheter på flera plan

Upphandlingslagstiftningen öppnar för olika förfaranden, men betraktar i princip alla vård- och omsorgstjänster som likartade med samma förutsättningar för upphandling i konkurrens. I verkligheten är förstås tjänsternas form och innehåll, de geografiska förutsättningarna och andra grundvillkor för upphandling mycket olika. Lagstiftningen är mycket komplicerad och därmed svår att tillämpa. Det gäller för företagen, men även för de som i kommuner och i landsting gör upphandlingarna.

Flera utredningar har uppmärksammat problemen och pekat behovet av att hitta mer lämpade former för engagera vårdgivare. I synnerhet har utvecklingen inom äldreomsorgen noterats. (SOU 1999:149, SOU 2003:23).

Problemen, som uppmärksammats för äldreomsorgen, har emellertid direkta motsvarigheter inom åtskilliga delar av hälso- och sjukvården. Det gäller vårdformer med långvarig patientkontakt och därmed större behov av kontinuitet. Exempel kan vara vård för kroniska sjukdomar, psykisk och fysisk rehabilitering och geriatrik. Även för primärvården finns behov av kontinuitet och en fast etablerad vårdkontakt. Representanter från ett landsting har pekat på motsättningen mellan hälso- och sjukvårdslagen som uttalar rätten till en kontinuerlig, fast läkarkontakt och upphandlingslagstiftningen som i grunden utgår från att vårdtjänster återkommande skall öppnas för konkurrensupphandling för eventuellt byte av vårdgivare.

När den yrkesaktiva delen av befolkningen minskar medan andelen äldre ökar knyts förhoppningar till ökade frivilliga arbetsinsatser som kan komplettera och avlasta det professionella vård- och omsorgsarbetet. Delegationens företagsenkät visar att det är de

medlemsbaserade företagen som i större omfattning engagerar medverkan av kompletterande frivilliga arbetsinsatser.

Men engagemang genom frivilliginsatser kan helt enkelt inte upphandlas. Relationen mellan den offentliga sektorn och det civila samhället måste vara av annan art.

Om stat och kommun vill dra nytta av ideella organisationer för att de har andra egenskaper än den offentliga förvaltningen bör det ekonomiska stödet få en annorlunda och mindre styrande karaktär. Stödet bör i så fall inriktas på att säkra organisationens och dess verksamhets existens, inte att stödja en viss på förhand uppgjord produktion. (Johansson, Staffan: "Självständiga rörelser eller kommunala underleverantörer?")

Sett från organisationernas och de små lokala aktörernas sida är det viktigt att de offentliga organen i lagstiftning och på andra sätt tar hänsyn till skillnaderna i funktionssätt mellan marknaden och det civila samhället.

#### **4.3 Vård och omsorg – verksamheterna är mer och mindre marknadslika**

Landsting och kommuner ansvarar för många typer av vård- och omsorgsverksamhet. I vissa delar är uppdragen eller behandlingarna relativt standardiserade och resultaten lätt avläsbara. I andra delar som akutsjukvård eller högspecialiserad vård med nära koppling till forskning är uppdragen närmast omöjliga att i förhand definiera. I vissa vårdsituationer saknar relationen mellan vårdgivare och vårdtagare egentligen all betydelse. I andra fall är den relationen den kanske mest avgörande för vårdresultatet.

Kort sagt: förutsättningarna för marknadsmässiga jämförelser varierar mellan skilda vård- och omsorgsverksamheter och därmed förutsättningarna och villkoren för konkurrens och marknadslösningar.

## Fritt val – av särskilt värde för viss vård och för omsorg

Omsorg, omvårdnad, rehabilitering och behandling av kroniska sjukdomar är exempel på verksamheter som i regel omfattar längre vårdtider och därtill ofta förutsätter patientens eller vårdtagarens medverkan. Anhörigas och andras frivilliga insatser samverkar löpande med den professionella vården och omsorgen.

Kontinuitet i kontakten med vårdgivaren har mycket stort värde. Tidsaspekter, delaktighet och önskan om autonomt ansvar talar för att vårdtagaren, patienten eller dennes anhöriga så långt det är möjligt skall kunna välja vårdgivare. Tidsbegränsade vårdavtal och återkommande upphandlingar är då inget ideal.

Upphandlingen kan, om den skall ske, för fritt val bli en fråga om parallella ramavtal med olika utförare som sedan utgör alternativ för den enskildes fria val. Inslaget av konkurrens blir en kvalitetskonkurrens i vilken patienten och vårdtagaren har sista ordet.

Tillsyn och kvalitetssäkring skall göras fristående från huvudmannen. Ersättningarna avtalas generellt och lika för alla vårdgivare. Huvudmannen kan ha möjlighet att hindra överetablering och för stort utbud och å andra sidan möjlighet att sätta tak för antal vårdtagare hos en enskild vårdgivare för att säkra en mångfald.

Skyddet så att de mest vårdkrävande inte väljs bort av vårdgivare kan i första hand säkras genom variation i ersättningar så att de mest behövande får den omvårdnad, omsorg och rehabilitering han eller hon behöver. I andra hand bör regeln vara att vårdgivare inte har rätt att avvisa någon om där finns plats.

Kontinuitet och långsiktig patientkontakt är viktiga också för primärvården. Intressant är därför att olika former för sådant fritt val nu också är på väg inom primärvården i Sverige genom bl.a. Vårdval Halland och planerna i Stockholms läns landsting. Förebilder finns internationellt i många länder – geografiskt närmast i Danmark och sedan några år i Norge.

## Vård och omsorg – upphandling i konkurrens

Inom annan öppenvård och specialistsjukvård finns verksamheter där vårdinsatsen är relativt väl definierad och därmed möjligheten till marknadsmässiga jämförelser större. Patienternas kontakt med vårdgivaren är ofta tidsmässigt begränsad och behovet av kontinuitet därför mindre.

Det kan gälla planerad kirurgi för patienter med tydliga diagnoser, röntgen- och laborieteknik. Här sker en medicinskt teknologisk utveckling som gör det möjligt att föra mer av dessa behandlingar till dagkirurgi och till mindre vårdenheter närmare patienterna. Många exempel har lämnats som visar hur entreprenörer, patientorganisationer och andra aktörer kan bidra med nya lösningar som är kostnadseffektiva och samtidigt gör vården mer tillgänglig.

Det kan vara verksamheter som utvecklas inom ramen för ett sjukhus men också i egna kliniker eller i olika former av närsjukvård.

### **Akutsjukhus, högspecialiserad vård – planering (samordning)**

Med ökad komplexitet ökar också behovet av planering och samordning. Generellt visar, såväl internationella som svenska erfarenheter, att det för denna del av vården främst är planering, bättre samordning och ansvarsfördelning mellan vårdgivarna som ökar vårdens effektivitet.

Den högspecialiserade vården har efter hand utvecklats i allt mer avgränsade specialiteter. En följd av det är att många av specialiteterna betjänar relativt få patienter. Ekonomiska skäl men också patientsäkerhet talar för behovet av samordning och begränsning till färre enheter. Det är ju också vad som nu sker genom en samordning av rikssjukvård.

### **Var passar fritt val, upphandling eller planering?**

Den svenska upphandlingslagstiftningen sträcker sig längre än vad den gör i de flesta andra länder. Den omfattar med de alternativ den anger alla typer av vård- och omsorgstjänster utan hänsyn till att tjänsterna i sig är av skiftande karaktär.

För vissa tjänster är tidsaspekter, kontinuitet och långsiktig kontakt mellan patient/vårdtagare och vårdgivare av mycket stor betydelse, i andra fall knappast alls.

I andra fall är den vårdtjänst som skall utföras jämförelsevis standardiserad och därmed möjligheterna större att renodlat jämföra kostnader och uppnådda resultat.

Ytterligare en aspekt avser på vilka sätt det är möjligt att nå bättre kostnadseffektivitet. Även här varierar förutsättningarna.

Inom områden som rehabilitering, äldreomsorg, den öppna psykvården handlar kostnadseffektivitet till stor del om att skapa bra samverkan med egen- och anhörigvård eller med stödjande sociala nät och frivilliginsatser. På liknande sätt kan kontinuitet i kontakten med primärvården skapa tillit och trygghet som i sig kan spara kostnader.

I andra fall uppstår effektivitetsvinster genom nya och smidigare processer. Initiativet till en sammanförd enhet för bröstcancerdiagnos (Stockholms bröstklirik) har kortat tiden för diagnoser till timmar istället för veckor, och samtidigt kraftigt reducerat kostnaderna och tidsmässigt och psykologiskt förenklat livet för patienten. Ögonkirurgi och många andra former av standardiserad planerad vård är exempel på hur innovativa förändringar gett stor besparingar och underlättat för patienterna. Patientorganisationens kliniker för behandlingar av psoriasis och andra hudsjukdomar är ett liknande exempel.

För den avancerade sjukhusvården är det främst strukturrationalisering i form av planering och ansvarsfördelning som ger kostnadseffektivitet och dessutom bättre vårdresultat. Det är ju också grunden för samverkan för rikssjukvården.

Den avslutningsvis redovisade tabblån kan ses som en öppen, indikativ karta för att visa hur skilda delar av vård och omsorg relaterar gentemot bedömningar av tidsaspekter, värdet av kontinuitet, möjligheter att avläsa kostnader och resultat samt en form av bedömning av i vilka former man kan uppnå högre kostnadseffektivitet.



Typ av vård/omsorg	Rikssjukvård Akut sjukhusvård	Planerad kirurgi Standardiserad specialistvård	Omsorg, Rehab, Geriatrisk, Primärvård
Tidsaspekt för vård- omsorgskontakt	Kort, tillfällig	I regel kort, tillfällig	Långvarig
Standardiseringsgrad (möjliga jämförelser)	Relativt låg	Hög	Relativt hög
Potential för effektivisering	Strukturförändringar Samordning	Nya metoder Effektivare process	Förebyggande egen- vård – frivilliga insatser
Styrning, resursfördelning	Planering (t.ex. Rikssjukvården)	Upphandling och priskonkurrens	Störst värde av fritt val, kundval etc.
Aktörer	I huvudsak offentliga – stark koppling till forskning och utbildning	Ett fält för entreprenörer Specialiserade vårdföretag/kliniker	Aktörer från det civila samhället men även lokalt förankrade privata företag

Tablån, som sammanfattar resonemang med aktörer, skall inte ses som en exakt karta. Den ger ändå en indikation inom vilka delar av vård- och omsorgsverksamheter som olika aktörer har sina möjligheter och mervärden. (SOU 2003:23, Karl-Henrik Pettersson, Norman och Arvidsson )

## 5 Motiv för mångfald – och hinder

Kartläggningen i tidigare avsnitt visar att jämförelsevis få vård-företag i Sverige drivs av små privata företag, kooperativ eller organisationer. När välfärdstjänster sedan ett par årtionden i ökade omfattning öppnats för privata utförare har förändringen främst skett genom utvecklingen av ett fåtal större företag.

I det här kapitlet söker vi att från olika synvinklar belysa motiven för ökad mångfald, men också hindren. Diskussionen förs från samhällsperspektiv med fokus på behov, organisationernas och politikens roll och de villkor som vårdssystem skapar.

I kapitel 6 följer en redovisning av mer företagsnära synpunkter angående villkor och hinder som framkommit i delegationens intervjuer och samtal med de berörda företagen och deras intresseorganisationer.

### 5.1 Samhällsförändringar ger motiv för mångfald av aktörer

Skall vården och omsorgen i Sverige utvecklas mot mångfald finns starka skäl att förbättra villkoren för de små privata företagens, organisationernas och kooperativa företagens medverkan:

- Mångfalden behövs i form av alternativa utförare men också i form av varierande metoder och arbetsformer för att ge valfrihet för såväl patienter/brukare som för personal.
- Genom stimulans till de små vårdmiljöerna skapas möjligheter att pröva och utveckla nya arbetssätt.
- Vårdverksamheter som drivs genom föreningar och organisationer kan i högre grad mobilisera kompletterande, frivillig insatser.

- Möjligheterna att möta behoven hos skilda etniska, språkliga och religiösa grupper ökar om deras egna organisationer får möjlighet att direkt bidra genom egen verksamhet.
- I takt med vårdens specialisering och större avstånd mellan politiker och väljare har sambanden mellan medborgarnas ansvar och rättigheter försvagats. Vårdverksamhet som ägs och utvecklas nära patienter och brukare eller genom medlemsbaserade organisationer kan bidra till att återskapa delaktighet och ansvar. (Dir. 2006:42)

Mångfald skall innebära variation av verksamhetsformer och öppenhet för nya idéer och arbetssätt. Istället för betoningen av "lika villkor" bör villkoren för de små företagens och organisationernas medverkan i vård och omsorg ta större hänsyn till skillnader i identitet och grundläggande motiv. Mångfald blir då även en möjlighet att bättre möta patienters och vårdtagares skiftande behov.

### Uppdrag för sin egen grupp eller allmänt?

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

Organisationer som utgår från en specifik egen vårdideologi eller metod har ingen annan ambition än att vända sig till de som söker just den vårdformen. I andra fall t.ex. ett äldreboende kan motivet vara att forma en specifik profil och vårdmiljö anpassad främst till specifika intressen.

Det civila samhällets aktörer kan bidra till mångfald och möta specifika behov, men många av dem anser att deras möjligheter minskar om uppgiften avgränsas till att driva entreprenader.

Men bilden är inte entydig. Det finns också personalkooperativ, gemenskapsföretag, humanitära och religiösa organisationer som driver verksamheter för en vid och allmängiltig målgrupp – eller i andra fall för att ge stöd till särskilt utsatta grupper; hemlösa, papperslösa, flyktingar med särskilda trauma.

Genom lagstiftningen och formerna för upphandling har relationen mellan beställare och utförare hittills i huvudsak utvecklats

enligt entreprenörsmodellen. Landstingen och kommunerna definerar i ett anbudsunderlag den uppgift som man vill överlämna till en privat vårdgivare. Men hur påverkar rollen som entreprenör organisationens idémässiga identitet, anknytningen till medlemskretsen och annat som utgör organisationens ursprungliga kärna. Kan man upphandla antroposofisk vård i konkurrens?

Skall villkoren för nya företag förändras och förbättras behövs en grundligare diskussion, i första hand hos beställarna, om innebörden i begreppet mångfald. Mångfald bidrar till verklig valfrihet när aktörer med skilda arbetsformer, verksamhetsidéer eller vårdideologier får forma alternativ som möter individers och grupper skiftande intressen och behov. Hur värdesätts demokratisk delaktighet, värdet av kompletterande frivilliga insatser eller specifika arbetsformer i ett upphandlingsförfarande?

Starka skäl talar för lösningar som öppnar för patienternas och brukarnas egna val. Det är ju också till mycket stor del inom områden där värdet av fritt val är stort som organisationer, föreningar och de små lokala företagen har eller vill utveckla sin verksamhet.

## 5.2 Folkrörelser, föreningsliv och det civila samhället

Organisationer och folkrörelser har i Sverige främst agerat som intresseorganisationer, som samlat upp och fört fram sina önskemål och krav till politiker och de offentliga organen. Rollerna som intressebevakare och kravställare har efter hand ytterligare accentuerats inte minst genom medias roll för opinionsbildning och påverkan.

Eftersom vården varit och är en del av samhällets kollektiva åtagande har rollen som företrädare och kravställare varit den naturliga. Offentliga organ skall leverera de grundläggande välfärdstjänsterna. Undantagen där organisationerna trätt in har varit när nya sociala eller andra behov framträtt och lämnats olösta. Därför inrättades 1800-talets privata sociala inrättningar som Ersta och Sophiahemmet och i nutid t.ex. Röda korsets traumacenter för asylsökande, Noaks ark för stöd till AIDS-drabbade, kvinnojourerna och många organisationer för stöd till hemlösa.

Under det senaste 10–15 åren har emellertid relationen mellan den offentliga sektorn och organisationerna förändrats.

- Befolkningsutvecklingen och prognoser för samhällsekonomi har väckt frågor om den möjliga omfattningen av samhällets åtagande.
- Ny betoning av individuell valfrihet förutsätter fler och alternativa vårdgivare.
- Sedan Sverige blev medlem av Europeiska unionen har vi, som nämnts, kommit i närmare kontakt med social ekonomi och med vårdssystem där små privata företag, kooperativ och organisationer har viktiga roller.
- I FN och i andra internationella organ betonas i ökad grad civilsamhället och de ideella organisationernas roll.

Det civila samhället uppmärksammas och efterfrågas i större omfattning. Gentemot "folkrörelsetraditionen" att organisationer driver sina gruppers intressen gentemot det offentliga och krav är det nu samhällsorganen som vänder sig till organisationerna med olika uppdrag och önskemål.

Delegationens brevenkät till riksorganisationer visar på ett vaknande intresse. Ett drygt 20-tal organisationer svarade att de redan har eller har planer på egen verksamhet inom hälso- och sjukvården eller äldreomsorgen.

### **5.3 De politiska partierna – och synen på det civila samhället**

Hos alla partier tycks finnas en stark tilltro till medborgarnas egen organisering och till att det civila samhället skall kunna spela en större roll i vård- och omsorgsarbetet. Trots ett samlat politiskt stöd för det civila samhället har emellertid mellan partierna funnits och finns preferenser och därmed också tveksamhet och motstånd till civilsamhällets olika delar.

Å ena sidan har vänstern och socialdemokratin i första hand haft "sina" kollektiva folkrörelser. Fackklubben, arbetarekommunen och Konsum formade lokalt arbetarrörelsens civila samhälle och offentlighet. Samtidigt har andra delar av civila samhället ifrågasatts som allmosor och välgörenhet och socialt frivilligt arbete ibland till och med setts som strejkbryteri.

Å andra sidan av har borgerligheten på motsvarande sätt haft mer anknytning till "sina" delar av civilsamhället; frikyrkligheten, de humanitära och sociala föreningarna, nykterhetsrörelsen och

producentkooperationen och samtidigt kritiskt betraktat de andra delar av civilsamhället som frihetskränkande kollektivism.

Det har funnits och kanske fortfarande finns en kamp om begreppen. Det civila samhället omhuldas, men selektivt för sin åtråvärda politiska och ideologiska nytta.

Återkommande i dialogen med parterna är behovet av tydliga och långsiktiga spelregler. En tydligare samsyn om civilsamhällets möjligheter bör kunna växa fram när dess olika delar tydligare ser sina likheter. Vilket bl.a. sker när de gemensamt hotas av att en utveckling där identitet och egenart ställs åt sidan av roller som tjänsteleverantörer under beställarkontrakt.

#### **5.4 Makt inom vård och omsorg – institutionella lösningar**

Mångfald innebär omfördelning av ekonomiska resurser, makt och inflytande. Vi har inte möjlighet att här närmare gå in på i vilken form makt och institutionella lösningar blir ett hinder för förändring, men många exempel finns även inom den offentligt drivna vården och omsorgen. Det kan gälla hur resurser och inflytande fördelas mellan primärvård och sjukhus. Hur ansvars- och rollfördelning sker mellan specialistvård och specialisten i form av hus- eller allmänläkaren. Hur man från den medicinska professionen ser på olika former av komplementär eller alternativ medicin. Hur man i den kommunala omsorgen ser på resursfördelningen mellan egen verksamhet och uppköp.

På det ekonomiadministrativa planet uppkommer många liknande avvägningar mellan verksamhet i egen regi och vårduppdrag som läggs till andra utförare.

Makt, resursfördelning och remisser är olika sätt att påverka var och hur offentligt finansierad vård blir tillgänglig.

En större möjlighet för patienten eller vårdtagaren att välja vårdgivare innebär även det en förskjutning av makt.

#### **5.5 Fritt val gynnar mångfald**

Motiven att införa fritt val i vård och omsorg är att öka vårdtagarnas valfrihet avseende utförare, innehåll och inriktning. Fritt val innebär dessutom ökade möjligheter för små privata och

kooperativa företag samt frivilligorganisationer att ta sig in på marknaden. Fritt val ses också som ett system som tar fasta på en långsiktig kontinuitet, vilket inte minst brukarna inom t.ex. äldreomsorgen anger som det viktigaste kravet på bra omsorg.

Valet främjar alltså konkurrens med fokus på kvalitet och bemötande och för vård- och omsorgstagare ökar möjligheten till kontinuitet i kontakten med vårdgivaren. Relationen består så länge vårdgivaren uppfyller kvalitetskraven och väljs av tillräckligt många för att klara sin ekonomi. Fritt val är till uppenbar fördel för små företag och organisationer som är geografiskt bundna.

Drygt 20 kommuner har hittills infört fritt val inom äldreomsorgen och intresse för liknande system finns inom hälso- och sjukvården. Landstinget i Halland sjösatte 1 januari 2007 "Vårdval Halland" som ett första konsekvent genomfört system där vården styrs genom patienternas val och primärvården sedan blir lots och beställare av olika former av specialistvård. Landstinget i Stockholm väntas under hösten 2007 att följa efter med en liknande modell, möjligen med ännu starkare betoning av långsiktighet och aktiva val.

I "Vårdval Halland" får vårdenheterna en enhetligt fastställd ersättning för varje person som aktivt väljer eller accepterar ett preliminärt förslag om vårdgivare. Ersättningen är i några få steg uppdelade efter ålder och vårdbehov och skall även täcka kostnader för annan specialistvård. Vårdenheten där patienten är listad får därmed också ett vidare ekonomiskt ansvar.

I andra fall förutsätter fritt val en från den aktuella vårdgivaren oberoende bedömning av den enskildes vård- eller omsorgsbehov.

Grunden för det fria valet inom äldreomsorgen läggs genom beslut av biståndshandläggaren. Inom hälso- och sjukvården kan läkarremissen eller försäkringskassans bedömning av t.ex. rehabiliteringsbehov få motsvarande innebörd.

Huvudmännen skall granska och kontrollera att vårdgivarna uppfyller legitimationskrav och andra kvalitetskrav. De bör också se till att en saklig och jämförbar information finns lätt tillgänglig och att vårdgivarnas samlade kapacitet står i rimlig proportion till de behov som finns.

Fritt val skall innehålla kvalitetskonkurrens, men det handlar om att hitta balans mellan det samlade uppdragets storlek och vad som krävs för att företagen skall kunna uppnå ekonomisk bärkraft.

Skyddet mot att de mest vårdkrävande väljs bort av vårdgivare bör också 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. I Vårdval Halland är t.ex. regeln att vårdenheterna inte får neka någon som önskar lista sig. Om de anser sig ha nått kapacitetstaket har de rätt till tre månaders respit för att bygga ut sin kapacitet.

## 5.6 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. ges stödet i regel i form av bidrag.

Även inom skolväsendet har stödet till fristående skolor formen som bidrag.

Det finns på liknande sätt många 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, metod eller annan särart, vara svår att upphandla. Landsting och kommuner kan, enligt fler jurister, i sådana fall redan idag i högre grad välja att stödja verksamheten genom bidrag.

## 5.7 Entreprenad eller att "bygga eget"

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 möjlighet att söka uppgifter och kontrakt på andra håll. De små privata företagen och kooperativen och även verksamhet som drivs av en förening eller organisation är på annat sätt geografiskt bundna.

Upphandlingssystemet och den osäkerhet det skapar, i synnerhet för geografiskt bundna organisationer och företag med endast ett



arbetsställe, är en viktig förklaring till att den privat drivna vården och omsorgen i så hög grad koncentreras till ett fåtal stora vård-företag.

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 i verksamheten nya frågor om framtiden och leder upphandlingen till skifte av entreprenör följer en ny period av omställning.

Kartläggningen av bl.a. sysselsättning i olika företagsformer (kap. 3) pekar på att variationen är mindre i företag som drivs som ideella föreningar. En orsak kan vara att de är knutna till breda medlemsrörelser och därmed mindre till enskilda personer, men en annan orsak är att dessa verksamheter i regel drivs i egna anläggningar, dvs. i mindre omfattning genom entreprenader.

Egna anläggningar ger kontinuitet men det finns hinder i form av svårigheter med finansieringen.

## **5.8 Vård med omsorg – ingen gräns mellan kommuner och landsting**

Inte alltför sällan riskerar människor att komma i kläm där gränserna går mellan kommunernas ansvar för social omsorg och landstingens vårdansvar. Det gäller t.ex. svaga och multisjuka äldre, de psykiskt svaga och de med behov av rehabilitering att de ofta befinner sig i ett slags gränsland där det är oklart vem som har ansvar och vem som betalar – jo, det är skattebetalarna men är det via skatten till kommunen eller skatten till landstinget?

Att ha stora vård- och omsorgsbehov, som kommunen och landstinget delar ansvaret för att tillgodose kan innebära snabba och ibland besvärliga omställningar. Tre dagar efter att landstingets läkare anser en patient vara medicinskt färdigbehandlad skall kommunen ta över patienten, annars kommer löpande räkning. Åt andra hållet har kommunen omsorgsansvar för den psykiskt sjuke, men inte när samma person anses behöva psykiatrisk vård. Då faller ansvaret på landstinget, men hur länge?

Många av de små privata vårdföretagen och organisationernas vårdverksamhet fungerar för den enskilde som en form av överlappande struktur där personen kan bli kvar i ett sammanhang även om hälsotillståndet förändras så att kostnadsansvaret skiftar.

Medan de privata företag som arbetar med avtalade entreprenader arbetar inom avtalets ram finns för de genuint privata företagen en större frihet att flexibelt ta emot och betjäna de skilda uppdragen. Delegationen har noterat många exempel där de små företagen med verksamhet i egna anläggningar har särskilda möjligheter att verka överbryggande mellan kommunala och landstingskommunala uppdrag.

## 5.9 Privat finansierad vård och omsorg

Den offentligt drivna vården skall enligt kommunallagen endast betjäna egna medborgare. Men akut vård skall ges till alla och överenskommelser gör det möjligt att ta emot patienter från andra landsting för annan vård. Lagen öppnar också för att erbjuda privatfinansierad vård till patienter från andra länder. Sådan vård avser huvudsakligen högspecialiserad vård och där det svenska patientunderlaget är begränsat och det därför finns tillfällig överkapacitet. Vården som ofta bygger på avancerad utrustning ges vid några av universitetssjukhusen genom särskilt bildade bolag.

Landstingens sjukhus och andra institutioner kan inte vid sidan av det offentliga uppdraget ta emot privatpatienter. Behovet av privatfinansierad vård har därför hittills tillgodosetts av läkare, läkarhus, kliniker och sjukhus som byggts upp och ägs privat. Den privat finansierade vården får stort utrymme i debatten, i synnerhet i relation till att dess omfattning ännu är mycket begränsad.

Cirka 270 000 svenskar har nu en privat sjukvårdsförsäkring. De flesta är försäkrade genom sina arbetsgivare och ökningen av antalet försäkrade sker främst genom gruppförsäkringar. Vissa företag försäkrar enbart s.k. nyckelpersoner, andra hela sin personalgrupp.

Nuvarande antal försäkrade motsvarar ca 3 procent av befolkningen men andelen av utförda vårdtjänster via försäkringarna är betydligt mindre eftersom de flesta försäkrade är i åldrar med låga ohälsotal. Rätten att teckna ny försäkring upphör i de flesta bolag från 65 års ålder dvs. innan vårdbehoven börjar öka. Individuella försäkringar tecknas först efter en hälsodeklaration. Gruppförsäkringar förutsätter att de försäkrade är fullt arbetsföra.

Den samlade premieintäkten till försäkringsbolagen var år 2006 enligt uppgift ca 800 miljoner kronor och de utbetalade vårdkostnaderna ca 650 miljoner kronor. Jämfört med den offentligt

finansieringen av hälso- och sjukvård, ca 204 miljarder kronor motsvarar de privata sjukvårdsförsäkringarna hittills en mycket liten andel, ca 0,3 procent.

Försäkringsbolagen har genom avtal utvecklat olika former av samarbete. Länsförsäkringar samverkar med Praktikertjänsts dotterbolag Riksakuten som svarar för vårdplanering. Försäkringsbolaget If har ett liknande samarbete med Capiokoncernen genom det av koncernen ägda Läkarhuset i Örebro. Försäkringsbolaget Skandia har ett antal Skandiamottagningar men också en egen central vårdplanering. Efter vårdplaneringen kan den privat försäkrade oberoende av försäkringsbolag få vård genom i stort samma nätverk av privata vårdgivare.

Merparten (ca 75 %) av vård genom vårdförsäkringar handlar om öppenvård. Vårdvolymen är ännu mycket begränsad och även för de privata vårdgivare som nu betjänar privatpatienterna är den vården fortfarande en rätt begränsad del av verksamheten.

Debatten om den privatfinansierade vården har ytligt rört sig kring begreppet ”gräddfiler”, men det finns en mer komplex bakgrund av hur former för ersättningar och incitament verkar inom vård och omsorg.

Ett motiv för att likställa regler för tidsbegränsade entreprenader från landstingen med egen verksamhet är att utgångspunkten för nästföljande upphandling snedvrids om den tidigare entreprenören under avtalstiden byggt upp egna verksamheter i sjukhuset vid sidan av det offentliga uppdraget.

Ett annat handlar om rättvisa villkor mellan de privata företagen. Avtalet för en sjukhusentreprenad har i regel kostnadstak för vård av landstingets patienter. När taket för vård av landstingets patienter nåtts kan extra intäkter från privatvården vägas mot jämförelsevis lägre marginalkostnader då vårdresurserna finns på plats.

Landstingens avtal med de genuint privata vårdgivarna är i många fall mer begränsade. Vårdinsatserna ersätts oftast mer renodlat ”per styck” efter någon form av ramavtal. Det finns även i dessa avtal i många fall ett kostnadstak, men det är inte alltid som t.ex. remitteringarna är så många att taken nås. Ur ett rent ekonomiskt perspektiv representerar därför patienter eller vårdtagarna i de fallen ett mer ”lika värde” oberoende av om vården betalas av ett landsting, genom privat försäkring eller av patienten direkt ur egen ficka.

Villkoren liknar mer de som råder i länder där vårdkostnaderna täcks genom de sociala försäkringarna och tvärt emot en allmän

föreställning bör risken att pengar och betalningsförmåga går före medicinska behov då vara mindre.

### Jämförande exempel – Storbritannien

Inom brittiska National Health Service har länge vissa NHS-sjukhus betjänat den skattefinansierade vården, men parallellt haft avdelningar, ”private wings”, för privat finansierad vård.

Erfarenheten av detta s.k. ”two-tier-system” har visat att resurser från privatfinansiering inte inneburit att köerna till den skattefinansierade vården blivit kortare. I brittisk debatt har man talat om att systemet skapat felaktiga incitament, genom att köer och länge väntetider till skattefinansierad vård varit förutsättningen för vårdgivarnas extra inkomster från privatvården.

Storbritannien har under senare år till stor del avvecklat privatvården inom NHS, samtidigt som man med konkurrensupphandlingar från privata vårdföretag sökt korta vårdköerna. Upphandlingen har främst gällt planerad vård t ex ögonkirurgi, knä- och höftledsortopedi.

Storbritannien har vid sidan av NHS en vid jämförelse med Sverige mer omfattande privatvård, som betjänas av privatläkare och privatsjukhus. (Samtalsanteckningar + material UK)

I en rapport till generaldirektören för sysselsättning, arbetsmarknadspolitik och socialpolitik i Europeiska kommissionen 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, 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.

*Source:* “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)

## 5.10 Äldreomsorgen – nya vägar att möta intressen och behov

När det gäller äldreomsorgen svarar den enskilde för kostnaderna för mat och boende samt för omsorgskostnaderna upp till ett maxbelopp (maxtaxa). Det finns också ett förbehållsbelopp som innebär att den gamla alltid skall ha ett bestämt minsta belopp över från pension och andra inkomster när hyra, mat och kostnader för omsorgen är betalda. Efter beräkning av inkomst och ekonomiska tillgångar kan det också bli fråga om bidrag till hyreskostnaden genom bostadstillägget för pensionärer.

Förutsättningarna varierar från individ till individ. Det som gäller är att kommunens äldreomsorg träder in i den takt som den egna förmågan att klara eget liv och omvårdnad försvinner. Vad det sedan innebär av kostnader för kommunerna varierar.

När det gäller vård och omsorg genom ideella organisationer, kooperativ eller stiftelser tillkommer i många fall en form av kompletterande privat finansiering genom gåvor, testamenten eller insamlingar från en medlemskrets.

Diskussionen om mångfald inom äldreomsorgen bör, enligt delegationens mening, handla om hur en rätt till fritt val skall kunna utvecklas i skilda typer av kommuner; stad, glesbygd och hur det skall vara möjligt att kombinera det offentliga omsorgsåtagandet med former av privat finansiering.

Vi har bl.a. genom de tidigare redovisade verksamhetsporträtten sett flera exempel där ideella organisationer eller lokala äldrekooperativ etablerat egna äldreboenden (av typ seniorlägenheter) i anslutning till boenden med högre omsorgsnivåer upp till dygnet-runt-omsorg.

En fördel är, när det fungerar idealt, att det skapas miljöer där de något piggare äldre kan bidra till den sociala och mänskliga miljön till de med stora omsorgsbehov. En annan är att de äldre kan söka sig till ett nytt boende medan de fortfarande har förmåga att etablera nya kontakter.

Problemen i form av ensamhet, social isolering och också medicinska och andra risker när många äldre kanske allt för länge bor kvar i ordinärt boende har uppmärksammats. Den tidigare regeringen tillsatte en äldreboendedelegation och dess arbete fortsätter med ny ordförande.

Många exempel visar redan att organisationer, kooperativ och entreprenörer kan bidra med alternativa lösningar för boende som

kan passa olika grupper och intressen. Det som erbjuds är ett alternativ till att bo kvar i den ursprungliga bostaden med ökade insatser av hemtjänst fram till dess att omsorgsbehoven är så stora att alternativet är särskilt boende.

Den individuella bedömningen av biståndsbehov måste vara grunden för beräkning av kommunernas ekonomiska åtaganden, men i verksamheter som söker att överbrygga gränser mellan vårdnivåer måste finnas möjligheter till mer flexibel användning av resurserna.

Ytterligare ett problem att lösa är de äldres rätt att välja boende och omsorg i en annan kommun. I synnerhet i kontakten med de etniska organisationerna har man pekat på sådana svårigheter.

Det fria valet kommer att vara en viktig förutsättning. Äldre som fritt och för egna pengar av idémässiga, etniska, språkliga, religiösa skäl sökt sig till en viss gemenskap måste så långt det är möjligt ha rätt att leva kvar i den miljö man valde.

### **5.11 Mångfald i egen verksamhetsidé – att betjäna sin grupp**

Mångfalden inom vård och omsorg behöver i ökad grad också att utvecklas med hänsyn till att Sverige har en etniskt alltmer blandad befolkning. Prognoser visar att andelen äldre utrikes födda kommer att stiga snabbt under de närmaste decennierna. En siffra som nämnts är att det år 2010 kommer att finnas ca 170 000 utrikes födda, som då är äldre än 65 år.

I den informationstidning som delegationen gav ut hösten 2006 presenterades två exempel på verksamheter för äldre som riktade till specifika religiösa och språkliga grupper: det judiska ålderdoms- och vårdhemmet i Göteborg och dagverksamheten för äldre assyrier vid syrisk-ortodoxa församlingshemmet i Tynnered, Göteborg.

Båda exemplen visar på de särskilda behov som uppstår när äldre utrikes födda når åldrarna när de behöver samhällets omsorg. Språkligt blir de äldre än mer beroende av sitt ursprungliga modersmål. Annan kulturell bakgrund gör att kunskapen om rätten till omsorg i många fall är mycket begränsad.

Vid de judiska äldreboendena i Göteborg och Stockholm är nästan alla överlevande från koncentrationslägen. I de gemensamma boendena finns kontakterna kvar från församlingen och det judiska

livet. I de gemensamma måltiderna gäller kosher-mat, man firar sabbat och de judiska högtiderna.

Den assyriska invandringen till Sverige härrör främst från flyktinginvandring under 1970- och 80-talen. Många av de som nu behöver äldreomsorg kom till Sverige som anhöriga till barn som kommit som flyktingar. Deras språkkunskaper är nästan obefintliga. Dagverksamheten i församlingshemmet är den viktigaste sociala träffpunkten. Behovet är stort av att även av hemtjänst på modersmålet och man frågar också efter äldreboende med assyrisk/syriansk profil för alla som nu är utspridda på olika äldreboenden i Göteborg.

Andra etniska och språkliga grupper för vilka behoven av äldreomsorg nu växer hör till dem som kom till Sverige genom arbetskraftsinvandringen från 1950- och 60-talen.

Den största gruppen är den finsk-språkiga. Där finns också de flesta exemplen på att särskilda institutioner och verksamheter inrättats inom äldreomsorgen. Det har skett dels i egen regi genom de finsk-språkiga organisationerna och dels genom att kommunerna ordnat särskilda finskspråkiga avdelningar och hemtjänstteam.

Eftersom sverigefinnarna är en nationell minoritet har Socialstyrelsen i en tidigare rapport redovisat hur olika kommuner organiserat och genomfört äldreomsorgen för finsktalande.

Av rapporten framgår bl.a. följande:

- I 55 av landets övriga kommuner finns det någon form av verksamhet/lösning som syftar till att erbjuda äldreomsorg med finsktalande personal.
- Det finns 13 särskilda boenden i kommunal regi där en del av verksamheten vänder sig till äldre finländare samt ett särskilt finsk-språkigt äldreboende som drivs av en ideell förening.
- I två kommuner finns det hemtjänstgrupper där insatserna mer kontinuerligt görs av finsktalande personal.

Från ett nationellt perspektiv framträder en mångfald av olika verksamheter och lösningar, men ur den enskildes perspektiv är alternativet till den ordinarie äldreomsorgen i stora delar av landet närmast obefintlig, konstaterar Socialstyrelsen. (Äldreomsorg för finsktalande i Sverige, 2001-110-11, Socialstyrelsen)

## Nationellt nätverk för äldre med invandrarbakgrund

Med stöd från Socialdepartementet genomförde samarbetsorganet för etniska organisationer i Sverige, SIOS, för några år sedan ett särskilt projekt "Nationellt nätverk för äldre med invandrarbakgrund".

Projektet genomfördes i Stockholm, Göteborg och Malmö, där de flesta personer med annan etnisk bakgrund finns, men andra orter tillkom efter intresse från föreningar: Linköping, Norrköping, Örebro, Borås, Västerås och Avesta.

Den finska gruppen ordnade även aktiviteter och temadagar i Hällefors, Älvkarleby, Gävle, Tyresö, Umeå, Söderhamn, Borlänge, Sundsvall och Haparanda.

Följande 14 organisationer deltog i projektet Assyriska riksförbundet, Chilenska riksförbundet, Finlandssvenskarnas riksförbund, Grekiska riksförbundet, Iranska riksförbundet, Italienska riksförbundet, Kurdiska Riksförbundet, Polska riksförbundet, Portugisiska riksförbundet, Serbernas riksförbund, Spanska riksförbundet, Sverigefinska riksförbundet, Syrianska riksförbundet och Turkiska riksförbundet.

Frågeställningar och erfarenheter spreds både vågrät (på regionnivå mellan olika föreningar tillhörande olika förbund) och lodrät (på förbunds nivå bland föreningarna i varje förbund).

I summeringen av projektet anges följande punkter som viktiga för utvecklingen av omsorg som möter behoven hos äldre med annan etnisk bakgrund.

1. Äldreomsorgen tar inte hänsyn till de etniska minoriteternas behov
2. Ett kulturellt perspektiv för att förklara etniska minoriteters sociala förhållanden anläggs ofta
3. Etniska minoritetsorganisationer har små möjligheter att påverka äldreomsorgens utformning
4. Relationen till pensionärsorganisationerna bör utvecklas
5. Ändamålsenlig statistik bör tas fram
6. Anställning av språkkunnig personal
7. Skriftlig och muntlig information på det egna språket
8. Öppen dagverksamhet/dagcenter för äldre
9. Etniska äldreboenden

I rapporten från projektet redovisade också några riksförbund sina diskussioner och erfarenheter. Vi återger två belysande exempel.



## Kapi – grekiska äldrecenter

Kapi betyder "äldrecenter" på grekiska och äldre i Grekland är medlemmar och betalar en symbolisk medlemsavgift till ett kapi omfattande en kommun eller en kommundel. Varje "kapi" styrs av en styrelse med representanter för kommunen och pensionärerna och verksamheten, som bekostas av bidrag från staten och olika organisationer samt medlemsavgifterna, bygger framför allt på de äldres egna insatser.

Man organiserar grupper för teater, hantverk, trädgårdsodling eller självhjälsgrupper med uppgift att stödja medlemmar som behöver hjälp i hemmet eller för läkarbesök m.m. Kapis medlemmar får även fortlöpande hälsokontroller och kurativt stöd. Det finns idag flera hundra kapi i Grekland och ambitionen är att stärka samhörigheten med och mellan de äldre samt att öka äldres oberoende och minska deras sociala isolering.

Det grekiska förbundet rapporterar om "kapiverksamhet" i Sverige efter grekisk förebild i samarbete med grekiska föreningen i Rinkeby, Stockholm. Verksamheten har anpassats efter svenska förhållanden och har nu pågått under drygt 10 år.

Socialstyrelsen beviljade medel för försöksverksamhet. Samarbetspartner har varit Socialtjänsten i Stockholm och Rinkeby stadsdelsnämnd.

Ett bekymmer under alla år har varit att tillförsäkra ekonomiskt bidrag för föreningen. Ansökan skall lämnas från år till år det har varit svårt att få en långsiktighet i verksamhetsplaneringen.

Under SIOS-projektet sökte riksförbundet att sprida erfarenheterna med en modell för föreningar att arbeta efter. I flera fall mötte man oförståelse från kommunerna inför frågan om verksamhet för äldre med annan etnisk bakgrund.

I kontakt med en kommun fick t.ex. den grekiska föreningen veta att en förening är berättigad till verksamhetsbidrag endast om man har minst hundra medlemmar som är över 65 år samt att föreningen skall vara ansluten till ett pensionärsförbund.

I en annan ansåg kommunen att ca hundra organiserade grekiska pensionärer utgjorde ett för litet underlag för att beviljas medel för dagverksamhet.

## Italienska riksförbundet

Även italienare kom till Sverige som arbetskraftsinvandrare och många har nu nått åldern då behoven av äldreomsorg uppstår. Italienska Riksförbundet rapporterade i projektet om planerna om *Casa del Sole*, ett solens hus i Sverige för äldre italienare. Förbundets redogörelse illustrerar mycket levande såväl behoven och drömmarna som de hinder man mötte. Så här skriver man:

### Italienska riksförbundets rapport

Det började 1995 med vissa larmrapporter: isolerade italienare i äldreården, som inte kunde svenska och som inte hade någon kontakt med andra italienare. Vi hörde även om pensionärer som flyttade till Italien och flyttade tillbaka därför att de inte lyckades återbosätta sig där. Därför bestämde vi oss på Italienska riksförbundet för att göra en kartläggning av önskemål och behov.

Här gjorde vi våra första två fel. För det första tog vi inte hänsyn till att det inte är så uppskattat att tala om sjukdom, ålderdom eller död bland många folkgrupper. Italienare är inget undantag. Man vet att de kommer, men man föredrar att inte tänka så mycket på dem, och ännu mindre att tala om dem.

För det andra, gjorde vi ett frågeformulär och publicerade det i riksförbundets tidning samt skickade runt den till alla föreningarna. Men frågorna var felställda: *Vad tänker Ni göra när Ni blir riktigt gamla? Flytta tillbaka till Italien*, var det självklara svaret. *Har Ni någon dröm för Er ålderdom?* Här tänkte vi att svaren kunde bli: *bo nära mina barn* eller något liknande. Svaret blev i de flesta fall: *Fred på jorden*.

Vi samlade hundratals värdelösa svar och bestämde oss för att göra om det hela, med direkta kontakter i föreningarna. Vi erbjöd samtal, smörgåsar och dricka och ställde frågorna en gång till. Då blev det tydligt att de beskrev en dröm, inte ett projekt. Många hade inga släktingar kvar i hembyn, de hade ingen bostad där, de visste inte hur det var med servicehus, hemhjälp, osv.

Vi började sedan förklara vad vi tänkte göra (det krävdes en massa möten för detta). Det blev vårt tredje fel: vi var överambitiösa. Vi talade om att grunda ett servicehus för italienare, med en långvårdsavdelning. Fint hus, fin utsikt, italiensktalande personal, tillgång till italiensktalande läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster,

italiensk matlagning med vin till maten, italienskt bibliotek och videotek samt närhet till en italiensk förening.

Vi gjorde en ny kartläggning och intresset var stort, men önskemålen var mycket olika. Några ville ha ett rum, några ville ha två, några ville flytta genast och andra planerade att göra det om två år, t.o.m. om femton år. Några ville äga lägenheten och andra, majoritet, ville hyra den. Men alla tyckte att Casa del Sole, som vi hade kallat drömhuset, var en riktig dröm. Med stor entusiasm och lite kunskap började vi besöka en serie redan fungerande servicehus eller lokaler som kunde användas för ändamålet. Vi pratade med kommunalpolitiker i Stockholm, i Nacka kommun, osv. Vi skrev till många instanser och beskrev projektet.

Så småningom började vi sänka vår ambitionsnivå. Vårt underlag var kvantitativt för litet för ett helt servicehus. Vi började planera en italiensk avdelning i ett redan fungerande servicehus. Vi besökte några där vi fick veta att föreståndarna var intresserade.

Vid den tidpunkten upptäckte vi de första hindren.

Vår kartläggning gällde hela landet, men vi var tvungna att begränsa intagningsområdet till Stockholms län. Många från Västerås och Eskilstuna hade sagt att de gärna skulle flytta till Stockholm om det blev något. Sedan fann vi att det t.o.m. i Stockholms län inte var lätt att ta emot en Stockholmsbo i Nacka eller tvärtom.

När vi äntligen upprättade en lista med intresserade från Stockholm och besökte ett servicehus vars föreståndare var intresserad av att ha en italiensk avdelning, dök det upp ett annat hinder: plats i kön. Vi kunde inte sätta femton italienare före i kön. De fick komma en i taget. Och med detta försvann hela projektet med en italiensk avdelning.

Nu vilar projektet. Vi vet inte om vi orkar att driva det i Stockholm en gång till. Tre-fyra av de ursprungliga intresserade har hunnit gå bort under tiden. Vi hade entusiasm men inte tillräcklig kunskap.

Vi vet ungefär vad vi skulle behöva för att kunna driva projektet på nytt:

- Att det finns en politisk vilja. Att myndigheterna i kommuner och landsting ser det som nödvändigt och bra, som en mänsklig rättighet, att en grupp italienare lever nära varandra på äldre dagar. Och att myndigheterna finner ett sätt att underlätta detta, både när det gäller intagningsområden, olika köer eller andra problem.

- Att det upprättas ett register om vårdpersonal, från läkare till undersköterska, fotvårdare, osv., som talar italienska. Att detta utgör en merit i yrkeskarriären och lönesättningen.
- Att det upprättas ett språkregister för äldre italienare, så att vi får ett bättre underlag.

*Källa:* Rapport om projektet Nationellt nätverk för äldre med invandrabakgrund, SIOS, 2003.

Det italienska exemplet pekar på flera hinder. Ett exempel gäller samverkan mellan kommunerna och möjligheterna att välja omsorg i en annan kommun.

En kommun kan köpa vårdplats i en annan kommun, men en kommun är också ansvarig för att erbjuda omsorg om en äldre person med behov av hemtjänst eller särskilt boende flyttar dit. Vilka är rättigheterna och vilka är reglerna?

Ett annat – svårigheten att ta initiativ som grupp när biståndsbedömningen är högst individuell.

### Andra synpunkter från SIOS

Äldreomsorgen är idag anpassad till en majoritet av Sveriges befolkning, menar SIOS i sin rapport. Det är svensk husmanskost, svenska högtider och det svenska språket som gäller.

På nationell nivå verkar det som om det finns en mångfald av erbjudanden, men för den enskilde är alternativen få.

Studier visar att etniska grupper är underrepresenterade bland hemtjänsters vårdtagare. Det har tolkats som uttryck för kulturella skillnader, att man i olika grupper ser det som familjens skyldighet att ta hand om de äldre. Det finns dock alternativa förklaringar – språket. De som inte talar svenska söker hemtjänst i mindre utsträckning än de borde göra och skälet torde, som den finska studien visat, ligga i att kommunernas utbud på hemtjänster inte anpassats till dessa äldres förutsättningar.

SIOS pekar i rapporten också på att relationerna mellan de etniska organisationer och pensionärsorganisationer präglats av försiktighet. Det är viktigt att på riksnivå etablera en dialog om de gemensamma frågorna för att främja kontakter och dialog på lokalnivå.

Att människor skall kunna kommunicera på ett språk som andra förstår ligger till grund för att de skall få sina omvårdnadsbehov tillgodosedda. Detta gäller organisationens alla led, från kommunens biståndsbedömare till hemtjänstassistenten. Behovet av språkkunnig personal börjar bli uppenbart och blir efter hand en allt viktigare fråga. Det är därför viktigt att kommunerna aktivt arbetar med rekrytering av språkkunnig personal och utarbetar rutiner kring detta.

Varje kommun eller t.o.m. varje stadsdel har utvecklat olika former för äldreomsorg eller verksamhet för äldre. Många av dessa verksamheter kräver biståndsbedömning som regleras av olika föreskrifter. Det är svårt för den enskilde som inte kan svenska att få information om vilka rättigheter respektive skyldigheter som gäller.

### Öppen dagverksamhet

I projektet har SIOS märkt att anordnandet av öppen dagverksamhet är något som etniska minoritetsföreningar kan göra med framgång. Den öppna dagverksamheten ligger nära det som föreningarna sysslar med idag, fast den kräver mer resurser.

Social samvaro förebygger psykisk ohälsa och främjar fysiskt välbefinnande. Öppen dagverksamhet eller ett dagcenter för äldre är en verksamhetsform som bidrar till att äldre träffas, umgås och får information och kunskap om olika frågor. Detta kan kombineras med förebyggande besök av sjuksköterskor och läkare som talar de äldres modersmål.

Öppen dagverksamhet avlastar även sjukvården. Dokumenterade erfarenheter finns. Äldre som ofta deltar i dagcenterverksamhet har mindre behov av sjukvård. Kring en sådan verksamhet är det lätt att utveckla olika former av lokala nätverk eller väntjänst som bryter den isolering som många äldre hamnar i.

Etniska minoritetsföreningar berättar i SIOS rapport att de i sina kontakter med myndigheter mött liten förståelse för sina planer för att starta öppen dagverksamhet. Samma erfarenheter redovisades i ett av delegations seminarier från två som arbetade bland finskspråkiga respektive assyriska äldre i Göteborg (Bilaga 8).

Föreningar uppger dessutom att när de organiserar verksamhet för äldre i en kommundel eller kommun kommer det folk från

andra delar av kommunen eller länet. Det innebär att en kommun eller kommundel finansierar hela verksamheten.

### **Etniska äldreboenden?**

Etniskt äldreboende är omdiskuterat. I den offentliga debatten befarar man att det kan leda till ännu större isolering och avskärmning. I projektet tyckte man att ett lyckat etniskt äldreboende kan ha positiva effekter som främjar integreringen av de äldre och kan därigenom vara ett led i samhällets insatser som tillförsäkrar allas rätt till en värdig ålderdom.

Etniskt äldreboende kan organiseras på olika sätt. Det kan finnas separata ålderdomshem, avdelningar eller mer eller mindre strukturerade grupper i befintlig verksamhet, beroende på hur den lokala strukturen i kommunen eller stadsdelen ser ut.

Det som är viktigt är att det finns alternativ att välja mellan och att kommunerna tar hänsyn till de etniska minoritetsgruppernas behov och införlivar det i sin verksamhetsplanering. De etniska organisationerna kan då också vara viktiga partners både som kunskapskällor och för informationsförmedling.

### **5.12 Drivkraft att arbeta för det allmännas bästa**

För all verksamhet behövs motivation. För vinstsyftande verksamhet är just vinsten en tydlig drivkraft. I länder där s.k. not-for-profit-organisationer spelar en större roll för välfärdstjänsterna främjas på olika sätt människors engagemang i organisationerna.

I t.ex. Kanada ingår medverkan i socialt frivilligt arbete som en del i gymnasieskolans scheman. Där och även i USA utgör frivilligt arbete i sociala organisationer en merit för högre studier och värderas också av arbetsgivarna.

Även i svenska organisationer nämner man nu att unga människor i ökad grad engagerar sig i verksamheter av intresse, men också för att arbetet ger viktiga erfarenheter som värderas av andra arbetsgivare.

### 5.13 Utbildning och kontakt med forskning

Även de små vård- och omsorgsföretagen behöver närhet till och kontakt med forskning och ett utvecklingsarbete som tar sikte på specifika vårdinriktningar och behandlingsformer. Det sker också i många fall. Psoriasisförbundets samarbete med Karolinska institutet som bl.a. innebär att patientorganisationen gett möjlighet att bygga upp ett unikt patientregister är ett exempel. Andra patientorganisationer har liknande viktiga roller.

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 ideella organisationer 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.

Det behövs också särskild kunskap och utbildning för att leda företag som har bas i en medlemskrets eller inkluderar inkluderar kompletterande frivilliga insatser till det professionella arbetet.

Särskilda utbildningar för entreprenörskap inom vård och omsorg utvecklas i olika former. Omsorgs- och entreprenörsprogrammet i Grythyttan (Örebro universitet) och entreprenörutbildningen i Leksand är två exempel. Ett annat är det program för ledarutveckling genom Ideell Arena.

## 6 Hinder för företagande på lika villkor

### 6.1 Upphandling i konkurrens – medel eller hinder för mångfald?

Efter våra samtal med en rad jurister och företrädare för delegationens intressegrupper, står det utom allt tvivel att frågan om upphandling av vård och omsorg enligt Lagen (1992:1528) om Offentlig Upphandling (LOU) är en synnerlig komplicerad fråga.

Området verkar vara ett juridiskt paradiset, där många inblandade jurister tar tillfället i akt att tolka och beskriva hur frågan egentligen skall tolkas och besvaras. På den ena kanten finns uppfattningen att i stort sett allt skall upphandlas inom vård och omsorg och på den andra kanten sägs att detta är en grov misstolkning och att kommuner och landsting själv kan fatta beslut om vad som är lämpligt att upphandla eller inte. Båda parter hänvisar till landets främsta experter inom området.

Många av de organisationer och myndigheter som valt att lämna yttrande på upphandlingsutredningen ("Nya upphandlingsregler" SOU 2006:28) betonar också att det är nödvändigt att frågan om upphandling av vård och omsorg utreds ytterligare. Sveriges offentliga inköpare föreslår t.ex. i sitt remissvar på SOU 2006:28 om att välfärdstjänster bör undantas från reglerna om offentlig upphandling. Likaså framhåller flera av aktörerna inom delegationens arbete att det bör vidare utredas huruvida det är lämpligt eller inte att upphandla vård och omsorg.

Det är sannolikt också skälet till att regeringen valt att ge Konkurrensverket i uppdrag att utreda de legala inträdeshindren på vård- och omsorgsmarknaderna. I uppdraget till Konkurrensverket ingår att särskilt studera de regelverk som innehåller hinder vilka kan hämma en utveckling. Rapporten skall lämnas till regeringen senast den 1 juli 2007. Utredningen om fritt val inom äldre- och handikappomsorgen (dir. 2007:38) har dessutom i uppdrag att utreda förutsättningarna för ökad valfrihet när det gäller vård,



omsorg, stöd och service, inklusive särskilt boende som ges till äldre. I direktiven sägs vidare att förslagen skall främja en mångfald av utförare, både i fråga om storlek och inriktning.

I denna utredning har vi därför endast sökt klarlägga vissa fakta om lagen (se kapitel 1) samt relativt ingående beskriva det som framkommit i samtal med de parter och intressenter som ingår i delegationens arbete. Fakta om lagen baserar sig främst på de faktauppgifter som vi hämtat ur PM av Clas Rehnberg, Karolinska Institutet i Stockholm (se bilaga 6), respektive advokaterna Carin Gustavsson och Roland Adrell, Gärdé Wesslau Advokatbyrå i Göteborg (se bilaga 7).

Utvecklingen mot en större andel av privata vårdgivare, som inleddes under 1990-talet visar att utvecklingen, trots allt tal om mångfald, går mot koncentration till ett fåtal stora vårdföretag.

En allmän uppfattning som vi mött är att om inte villkoren förändras lär den utvecklingen fortsätta, vilket i sin tur kan få som resultat att landsting och kommuner blir mer restriktiva att lämna ut verksamheter till upphandling. Både avseende hälso- och sjukvård och kommunernas äldreomsorg finns en tendens att ökningen av de privata företagens andel av de vård- och omsorgstjänsterna har bromsats upp och planat ut från år 2001 och 2002. Landsting och kommuner anger skilda orsaker, i vissa fall är det brist på anbudsgivare, i andra fall ovilja att bidra till ytterligare koncentration bland de privata företagen. Upphandlingsförfaranden har i sig också visat sig så komplicerade att landsting/kommuner av den orsaken hellre avstår.

Avknoppning till nya företag genom att personalen tar över 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 tolkningen och tillämpningen av reglerna för upphandling tycks hämma framväxten av nya vårdgivare och därmed bromsa en politiskt önskvärd utveckling. Flera utredningar har tagit upp problematiken med upphandling inom vård- och omsorgssektorerna vilket också varit vårt uppdrag.

Vi har valt att göra djupintervjuer med en rad aktörer. Särskilt tongivande är de tre arbetsgivarorganisationerna Vårdföretagarna, KFO och Arbetsgivaralliansen. Dessa tillsammans organiserar ca 2 400 företag. Dessa och andra i referenslistan nämnda aktörer

pekar på att upphandlingsunderlagen alltför ofta sätter ett för starkt fokus på priset och det direkt mät- och jämförbara. Anbudsunderlagen är dessutom så detaljrika att det krävs omfattande arbete, juridisk och ekonomisk kompetens för att kunna besvara dem. Företagen talar om att det kan kosta allt ifrån 15 000 till 50 000 kronor att hantera ett anbudsunderlag. Många av de ideella organisationerna, kooperativen och de små privata företagen har inte sådana resurser att avsätta för anbudsgivning, vilket leder till att vissa leverantörer slås ut ur upphandlingen eller väljer att inte lägga anbud.

De menar vidare att kommuner och landsting nästan aldrig väljer att ta hänsyn till att lokalt verksamma privata företag, kooperativ och organisationer kan tillföra vårdverksamheten såväl kompletterande värden som förankring i lokalsamhället, medlemmars frivilliga insatser, kopplingar till annan social eller kulturell verksamhet osv. Sådana kvaliteter, sociala kriterier, efterfrågas i regel inte i underlagen och ingår därför inte heller i bedömningen av anbud. Många menar att landsting och kommuner vid upphandling av vård- och omsorgstjänster i ökad utsträckning bör, som meriterande villkor, kunna lyfta fram sådana och andra liknande sociala värden för verksamheten.

Aktörerna konstaterar också att ett ofta politiskt uttalat mål är att låta medborgarna få ta del av ett varierat utbud av varor och tjänster där flera företag av olika storlek och med olika inriktning kan konkurrera. Ett sådant mål, menar aktörerna, går inte att uppnå med nuvarande tillämpning av lagen.

I SOU 2006:28 redogörs för en rapport som Nutek låtit göra. Av rapporten framgår att små företag vanligtvis har svårt att vinna upphandlingar. De främsta hindren handlar om:

- kostnaderna för att ta fram anbud,
- den korta tid som företagen får på sig att ta fram anbud,
- de krav som ställs på företaget,
- att olika upphandlande enheter använder olika utvärderingsmodeller,
- att anbud kan bli underkända av formella skäl som inte har betydelse för den vara eller tjänst som upphandlas och
- att företagen blir bundna av de anbud som läggs, vilket kan medföra att de tvingas binda upp resurser under lång tid utan att vara säkra på att få ett kontrakt.

Frågan om upphandling är som tidigare nämnts ett av de hinder som sticker ut bland andra av företagen upplevda hinder. Fritt tolkat har de intressenter som delegationen mött i sitt arbete fört fram tre olika lösningar. Underlagen för följande tre alternativ är alltså anteckningar från djupintervjuer, intressentmöten, seminarier och olika dokument som aktörerna försett oss med. Vi har valt att ge texten en juridisk utformning.

### **Alternativ 1. Låt kapitel 6 i LOU övergå till att vara en separat lag**

LOU är en formalistisk lagstiftning och det finns därför stort utrymme för att göra misstag vid anbudsgivning. Lagstiftningen upplevs som krånglig och svårtillgänglig. Det föreligger ett behov av att förenkla och förtydliga regelverket. Särskilt måste det tydliggöras om och i så fall när en kommun eller landsting måste upphandla vård och omsorg samt hur sociala kriterier kan och bör tillämpas på området.

Genom att lyfta ut kapitel 6 från LOU och placera regelverket i en separat lag åskådliggörs att det föreligger skillnader för denna typ av upphandling i förhållande till vad som gäller för de upphandlingar som helt styrs av EG-rättsliga direktiv. Det bör även ge större utrymme för mer flexibla förfaranderegler. En dylik lagstiftning skulle också kunna ta sin utgångspunkt i kommuners och landstings behov vad gäller såväl varor som tjänster i stället för det utpräglade leverantörsperspektivet som EG-rätten bygger på.

### **Alternativ 2. Förtydliga hur nuvarande lag skall användas**

Kommuner och landsting har redan idag en grundlagsstadgad skyldighet att iaktta likabehandlingsprincipen. Vidare följer direkt av kommunallagen att kommuner och landsting har skyldighet att ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet, vilket får anses tillförsäkra att kommuner och landsting gör affärsmässiga upphandlingar.

Av bl.a. SOU 2002:31 och 2003:23 framgår att det kan ifrågasättas om delar av den vård och omsorg som landsting och kommuner idag bedriver lämpar sig för att upphandla, eftersom det finns en risk att ett upphandlingsförfarande kan motverka att

andra, för politiken och medborgarna, viktigare mål och värden går till spillo. Lagstiftningen bör därför ge utrymme för att överlåta frågan om en viss tjänst inom sektorn skall upphandlas eller inte till det kommunala självstyret.

Det har också diskuterats om direktupphandling skall få tillämpas om kostnaderna för själva upphandlingsförfarandet överstiger värdet av upphandlingen eller om en upphandling av tjänster som innefattar hälso- och sjukvårdstjänster eller socialtjänst inte är ändamålsenlig eller riskerar att försämra kvaliteten i vården eller omsorgen för en enskild individ.

Ett visst stöd för att vidta direktupphandlingar för hälso- och sjukvårdstjänster finns i propositionen 2001/02:142. Det är dock oklart i vilken utsträckning som det är möjligt att göra direktupphandling med stöd av detta. Det är ändå mycket som talar för att det finns skäl för att i lag tydligt uttrycka och utöka möjligheten att använda direktupphandlingar avseende hälso- och sjukvårdstjänster.

Ytterligare ett alternativ är att utreda om det finns möjlighet att i lagen föra in en föreskrift med innebörden att det i de fall det med hänsyn till kvaliteten i vården eller omsorgen för en enskild individ kan anses särskilt betydelsefullt att vid utförande av tjänsten endast begära anbud från en anbudsgivare.

I SOU 2006:28 presenteras också förslag om att upphandlande myndigheter och enheter bör ställa sociala krav vid upphandling i den utsträckning det är påkallat med hänsyn till upphandlingens art. Det bör utredas i vad mån man i detta avseende kan ställa som krav, eller värdera vid utvärderingen, att en verksamhetsutövare bedriver sin verksamhet utifrån vissa värden eller liknande (exempelvis brukarorganisationer). En modell som återfinns i USA, men som i Europa veterligen inte är prövad, är att i en kommunal äldreomsorgsplan bestämma att en viss del (exempelvis 10 procent) av äldreomsorgen i kommunen skall bedrivas av ideella organisationer eller små företag. Att därefter hänvisa till äldreomsorgsplanen i förfrågningsunderlaget bör kunna accepteras utifrån upphandlingsjuridiska principer.

Det finns ett tydligt behov av ökad utbildning och information inom området. Detta gäller såväl för upphandlande enheter som för anbudsgivare. Genom bättre utbildning till de upphandlande enheterna kan de upprätta tydligare förfrågningsunderlag. Ett rätt utformat förfrågningsunderlag gör det enkelt och förutsebart för anbudsgivarna att lämna anbud. Det är därför viktigt att den upp-

handlande enheten är noggrann och eftertänksam vid utformandet av detta underlag. Det är även i samband med utformningen av förfrågningsunderlaget som det är möjligt för politiker, användare och andra intressenter att påverka innehållet i den upphandlade tjänsten. Det är viktigt att arbeta fram gemensamma råd för upphandlingsprocessen, t.ex. vad som gäller för att kunna tillämpa sociala kriterier vid upphandlingar och i vilken utsträckning politiska överväganden och politiska policys skall beaktas.

Detta alternativ (lite olika motiverat) stöds av bland annat av Stockholms läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Sveriges kommuner och landsting, Almega och Coompanion – Kooperativ utveckling.

### **Alternativ 3. "Runda lagen" genom fritt val**

Alternativ tre är egentligen inget eget alternativ och kan med fördel kombineras med alternativ ett eller två ovan, vilket också påpekas av många av företagen och intresseorganisationerna som vi talat med.

Det handlar om att underlätta för landstingen och kommunerna att finna alternativa metoder för att leverera vård och omsorg för att tillgodose krav från brukare och vårdtagare om kontinuitet och önskan om att själv få välja leverantör av den tjänst de önskar eller behöver. Landstingen bör kunna snegla på reglerna i LASS när de olika nya systemen skall utformas.

I detta utvecklingsarbete är det ett par punkter som bör beaktas.

1. Ett fritt val kommer inte att fungera om det saknas en av tjänstemän utarbetad, hos intressentgrupper förankrad och av politiker beslutad plan, policy eller motsvarande, där förutsättningar tydligt är utredda och fastställda.
2. Det behövs betydligt bättre kvalitetsuppföljningar för att den enskilde skall kunna göra ett vettigt val och för att rätts-säkerheten skall tryggas. Det är idag uppenbart att avsaknaden av bra utvärderingar och uppföljningar innebär att det är svårt att säga vilken utförare som bäst kan tillgodose olika enskilda behov. Dessutom visar erfarenheten att det är svårt för den enskilde individen att framföra klagomål på grund av den beroendeställning som de befinner sig i till såväl den som ger hjälpen som den som skall betala den.

3. Det har i olika utredningar framhållits att det är väsentligt att LOU inte begränsar möjligheten för slutanvändaren, vårdtagaren, att bestämma vilken leverantör som skall utföra tjänsten, dvs. det fria valet av tjänst.

Vi noterar att den nyligen tillsatta utredningen om fritt val har som huvudfokus att lämna konkreta förslag till hur denna fråga kan lösas.

Vi noterar också att frågan om det är möjligt att över huvud taget förfara så som ovan beskriv inte rättsligt är prövat enligt nuvarande lagstiftning.

Företrädare för den ovan beskrivna linjen är bl.a. Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte (Famna), Kooperativa Institutet och Praktikertjänst.

**Tabell 6.2 Effekter av lagen om offentlig upphandling**

LOU är en lagstiftning som...	Lyft ut kap. 6	Behåll och förtydliga	Runda kap. 6
... gynnar tillkomsten av nya småföretag	X		X
... stimulerar en mångfald av metoder, utförare och etniska behov	X		X
... befrämjar lokal utveckling, långsiktigt företagande och kontinuitet	X		X
... underlättar avknoppning till personalen	X		X
... understödjer medborgarens behov av kontinuitet	X		X

X = sker alternativt kan ske om kommun och landsting så beslutar.

## 6.2 Långsiktigt företagande – om finansiering, kapitalförsörjning, privat och offentligt ansvar

Med finansiering avses det kapital som ett företag har behov av för att finansiera investeringar eller tillfälliga underskott i rörelsekapitalet. Man kan använda olika strategier för finansiering. Det kan ske med lån, krediter, ägarkapital eller bidrag. Egenfinansiering innebär att man använder egna samlade eller löpande inkomster.

Begreppet kapitalförsörjning avser det kapital i form av lån och riskvilligt kapital som företag behöver utöver det som företaget själv kan generera.

Kunskapen om de små företagens behov av finansiering och kapitalförsörjning är inte komplett. De få studier som gjorts har varit små och såväl avgränsade som begränsade till ett visst perspektiv. Större studier över tid inkluderande fallstudier saknas i det närmaste. Det saknas dock inte erfarenheter och åsikter i frågan, men mycket litet av det som uttrycks är belagt eller har stöd i studier.

Nutek genomför emellertid regelbundet omfattande enkätstudier av företagens villkor och verklighet. I dessa studier är kapitalförsörjning i små företag en av de faktorer som studeras. Dessa studierna inkluderar dock sällan de juridiska formerna ekonomisk förening, ideella föreningar och stiftelser.

I Nuteks rapport "Företagens villkor och verklighet 2005", går det att utläsa att 1/3 av befintliga företag anser att det finns goda eller mycket goda förutsättningar att klara sin kapitalförsörjning. 90 procent av de 44 procent företagare som år 2005 sökte kapital beviljades också lån eller kredit. Vi vet dock mycket lite om de 56 procent som inte sökt lån eller kredit. Behöver de inte kapital? Söker de inte för att de tror att det ändå inte går? Eller känner de inte till möjligheterna?

Bland dem som sökt och beviljats finns det vissa skillnader om man får kredit eller inte. Det kan bero på om det är en man eller kvinna, en etnisk svensk eller någon med utländsk härkomst, eller var företaget geografiskt bedriver sin verksamhet. Kvinnor, personer med utländskt ursprung och företag i glesbygdgen har generellt sett det svårare än män, etniska svenskar och företag i större städer att klara sin finansiering och kapitalförsörjning.

Det har också stor betydelse i vilken bransch som man är verksam. Tillverkande företag har lättare att få kapital än tjänsteföretag.

De riktigt små företagen har dessutom ofta bekymmer med sitt rörelsekapital på grund av att såväl större företag som myndigheter ofta dröjer väldigt länge med att betala fakturor och andra fordringar.

Inför start behöver också ett företag kapital. Här vet vi från andra studier som Nutek gjort att många blivande företagare hade önskat att de på ett förmånligare sätt skulle kunnat samla kapital inför en start av ett eget företag.

På uppdrag av Nutek har också mindre studier gjorts av de företag som startar och drivs inom den sociala ekonomin (Källa: "Lokal ekonomi för hållbar tillväxt", Nutek). Det handlar främst om företag som valt den juridiska formen ekonomisk- och ideell

förening, men också om så kallade "levebrödsföretag", dvs. företag som drivs i syfte att klara egen försörjning. En klart övervägande del av dessa företag driver också sin verksamhet inom tjänstesektorn. Studierna visar tydligt på att företag som drivs av en ekonomisk- eller ideell förening har svårare att få tag på kapital än andra företag och man talar om ett finansiellt utanförskap. De små verksamheter som ändå startat får ofta sitt kapital i form av ofta oönskade kortsiktiga bidrag, med starka begränsningar i hur de kan användas. De större företagen, som sedan länge passerat startfasen, har ofta större bekymmer med att få tillgång till kapital i samband med att de vill växa och investera. Lösningen står många gånger att finna i hur dessa företag lyckas med att mobilisera privat kapital, då de offentliga finansierarna och bankerna ofta är avvisande att ge lån och krediter till andra former än privatägda aktiebolag.

Sammanfattningsvis är det ända relativt lätt och enkelt att klara sin kapitalförsörjning om företagaren är en etnisk svensk man som valt formen aktiebolag och tillverkar en typisk industripryl. Kvinnor eller ideella organisationer som startar ett tjänsteföretag i form av ekonomisk- eller en ideell förening upplever det betydligt kärvarare att få ett lån eller en kredit.

Inom området vård och omsorg är behovet av kapital väldigt olika. Mycket beror på om det privata företaget själva skall svara för investeringar i lokaler och utrustning eller om de endast tar hand om själva driften av verksamheten.

Kommun och landsting har tidigare ofta spelat en viktig roll för att klara kapitalfrågan genom att gå i borgen för lån, eller garantera krediter som företag behöver för att kunna bygga hus, investera i utrustning eller klara sitt rörelsekapital. Detta är dock allt mindre förekommande och det skiljer sig dessutom väsentligt i olika delar av landet.

Länder med betydande inslag av privata vårdgivare 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.

Även om finansiering och kapitalförsörjning för företagen inom sektorn vård och omsorg inte är en avgörande fråga för framgång eller inte, så upplever åtminstone de företag som är egna etableringar att det finns behov av justeringar, nytänkande och attityd-



förändrande insatser i såväl banker, som offentliga kreditinstitut och beslutande politiska församlingar.

Samtalen med parterna ger vid handen att det krävs av det offentliga att de fortsätter stimulera framtagandet av nya kapitalförsörjningslösningar som bygger på att såväl offentligt som privat kapital mobiliseras. Det kan handla om kreditgarantiföreningar, lokala/regionala fonder (modell Kanada), statliga kreditgarantier, borgen, lokala riskkapitalbolag och microlån. Ofta handlar det för gruppen vård och omsorgsföretag om att få tillgång till så kallat mjukt kapital t.ex. rörelsekapital, men de företag som vill växa upplever också att det saknas tillväxtkapital.

Ett sätt att förbättra de små företagens rörelsekapital, påpekar företagen, är att kommuner och landsting väljer att, så som det sker inom barnomsorgen, betala företagen i förskott och sedan i slutet av året reglera förhållandet.

Ytterligare en idé som presenterats är att ge företagen bättre möjligheter att få fram investeringskapital genom insamlingar, gåvor eller andelsägande genom former för avdragsrätt.

Några av intressenterna pekar också på möjligheten för regeringen att liksom regeringen i Storbritannien uppmärksamma affärsbankerna på den marknad som kan gå förlorad om de väljer att inte tydligare engagera sig i branscher (såsom vård och omsorg) som framgent förväntas växa.

### **6.3 På lika villkor – möjligheter för små företag att hantera gemensamma angelägenheter**

Landsting, kommuner och större företag har goda möjligheter att inom sig samordna fortbildning av personalen, inköp, ekonomi-administrationen, juridisk kompetens såsom hantering av anbud, IT- och informationssystem. De har också bättre förutsättningar att investera i olika verktyg som underlättar arbetet.

Med detta som grund är det rimligt att ställa sig frågan om detta är ett hinder för de små företagen att delta på lika förutsättningar som de större företagen inom området vård och omsorg?

Den största gruppen företag inom delegationens arbete, de privata småföretagen, har löst flera av dessa behov genom att bilda bransch- och intresseorganisationer. Praktikertjänst AB, som är ett producentkooperativt företag med drygt 2 000 delägare, ger sina medlemmar support för att klara t.ex. ekonomihantering, admini-

stration men också personalsocialt stöd. Liknande lösningar hittar vi i organisationerna PRIVO, Svensk företagshälsovård och Privattandläkarna. Arbetsgivarorganisationen Vårdföretagarna svarar också för genensamma småföretagarangelägenheter såsom lobby, remissvar och opinionsbildning.

Några frågor faller dock mellan stolarna. En viktig fråga är hur småföretagen på lika villkor som de större företagen och den offentliga sektorn kan bli delaktiga i de nationella vårdregistren, genom att leverera in och få tillgång till dessa uppgifter. Detsamma gäller för nationella standarder för vårddokumentation. Vårdföretagarna har haft visst inflytande i de organ som fram till nu hanterat frågan. De känner sig också manade att hjälpa sina medlemsföretag att finna en lösning, men de är inte beredda att ta ansvar för den vidare praktiska hanteringen. För företagen handlar det om frågor som investeringar i ny utrustning och programvara, utbildning av hur systemen och verktygen fungerar och om system för certifiering att kunna komma in i systemen. Beroende på hur systemen administrativt organiseras kan det också bli besvärligt för små företag att få tillgång till systemen om, t.ex. den administrativa indelningen är landstings- eller kommungräns och företaget har verksamhet i två landsting eller kommuner.

Ännu en fråga är hur de små företagen på ett bättre sätt skall kunna organisera sig för att få tillgång till juridiska spetskunskaper, t.ex. i upphandlingsfrågor. Många små företagare efterlyser en, med betoning på en, stark branschorganisation modell LOS i Danmark (Landsforeningen af opholdssteder, botilbud og skolebehandlingstilbud, [www.los.dk](http://www.los.dk)).

De kooperativa företagen har för sin del också format mindre branschnätverk och intressesammanslutningar. Dessa är dock betydligt svagare än de privata småföretagens organisationer. Också bland de kooperativa företagen har arbetsgivarorganisationen mer eller mindre frivilligt tagit ansvar för ett par gemensamma frågor. Dessutom driver såväl Kooperativa Institutet som Coompanion – Kooperativ Utveckling frågor som i högsta grad syftar till att bevaka de kooperativa företagens intressen inom området vård och omsorg. Liksom för småföretagen faller vissa frågor mellan stolarna och den mest iögonfallande är frågan om journalhantering. Frågor som juridisk och ekonomisk spetskunskap löses i många fall direkt eller indirekt av den till hälften statligt finansierade rådgivningsorganisationen Coompanion, som har verksamhet i hela landet.

De ideella organisationernas företag har löst sitt problem på ett likartat sätt som de kooperativa företagen. De har organiserat lösare nätverk, men framförallt är det den gemensamma branschorganisationen Famna som med små ekonomiska resurser tar ett stort ansvar. Även hos de ideella organisationerna är frågan om de nationella vårdregistren central, men också behovet av gemensamt stöd när det gäller kapitalförsörjning och stärkt kompetens inom områdena affärsmannaskap, upphandling och juridik är delvis olöst.

#### **6.4 På lika villkor – om förutsättningar för kvinnors och mäns företagande**

Tillväxten i Sverige från 1960-talet och framåt skedde framförallt i stora basindustriella företag. Det var i dem som arbetstillfällen skapades och det var där som tryggheten fanns. Också utbildningen riktades främst in på att utbilda anställda. Om småföretagandet fick man på 1960–80-talet som elev i skolan veta mycket lite eller inget alls.

Att driva företag ansågs då av många som något som vissa privilegierade ägnade sig åt och bland företagarna framställde man företagandet som något mycket krångligt, besvärligt och missgynnat sätt att försörja sig på.

Frågan diskuterades dock flitigt på 1990-talet och sedan dess har klara förbättringar skett, dock återstår fortfarande en hel del arbete.

Såväl Nutek som Institutet för tillväxtpolitiska studier (ITPS) har i studier konstaterat att det snarare handlar om kultur och attityder till småföretagande, än trösklar och hinder som utgör skälen till att andelen av befolkningen i Sverige som försörjer sig som företagare tillhör bland de lägsta i Europa.

Värt att notera i detta sammanhang är att antalet nystartade företag i sig inte är ett tillräckligt bra mått. De företag som startar måste ha förutsättningar att bli livskraftiga företag som kan försörja dem som är verksamma i företaget. Ingen tjänar på att samhället stimulerar fram ett fattigföretagande (Källa: Det osedda entreprenörskapet. Elisabeth Sundin).

Det är också betydligt färre kvinnor än män som driver företag i Sverige. En viktig förklaring är att företagandet är lika köns-segregerat som arbetsmarknaden i övrigt. Män återfinns inom branscher såsom bygg och tillverkning och kvinnor i branscher såsom vård, omsorg och detaljhandel.

Bilden av en ”riktig” företagare, i såväl offentliga som privata stödstrukturer inom och utanför de offentligt finansierade är fortfarande en medelålders etnisk svensk man, som driver ett pryltillverkande företag.

Sektorn vård och omsorg har också i högsta grad präglats av en storskalig struktur som dessutom haft ett betydligt större medicinskt inflytande än ekonomiskt-administrativt. Det vill säga kulturen att driva eget inom denna sektor (vissa få delar undantagna) har varit ännu lägre än inom andra samhällssektorer.

Studier, gjorda bland annat på uppdrag av Nutek, visar att män som startar företag upplever ett behov av att få bolla idéer och tankar, få hjälp att prioritera övergripande frågor och sin tid samt ett behov av att få kontakt med andra som gjort ungefär samma resa. Förutom dessa behov som männen har och åtföljande stödinsatser, upplever kvinnor ytterligare svårigheter som nästan alltid har att göra med genusfrågor. Det är ofta män som är rådgivare och de ger råd om företagande i en sektor som de ofta har liten kunskap om. Kvinnor säger i intervjuer att de i många sammanhang ofta tvingas bevisa att de är bättre än sina manliga kollegor. Likaså upplever många kvinnor att de inte blir tagna på allvar hos när de söker stöd i flera av rådgivningsorganisationerna. ”Inte skall väl du lilla gumman” präglar inte allt för sällan rådgivningssamtalet. Till detta kommer det faktum att kvinnor faktiskt tar ett större ansvar för barn och hem än vad män gör.

Att huvuddelen av de verksamma inom sektorn vård och omsorg är kvinnor, att de i praktiken inte får en bra rådgivning, att regler och paragrafer hindrar nyföretagande och att de tar ett större ansvar för hemmet är viktiga grundskäl till att få företag startas inom sektorn vård och omsorg.

## **6.5 På lika villkor – om andra hinder och villkor för nystart och utveckling**

Förutom de tidigare nämnda hindren för små privata företag, kooperativ och ideella organisationer att driva vård och omsorg har följande hinder identifierats.

## F-skattefrågan

Den samlande bedömning som skattemyndigheten skall göra för att betrakta något som näringsverksamhet innebär i realiteten att många nya företagare inom offentligt finansierad vård och omsorg i praktiken har svårt att få en F-skattesedel. Främst stupar det på regeln om självständighet, vilket innebär att det är en nackdel om man tidigare varit anställd i den verksamhet som knoppas av och om det nya företaget också har denna tidigare arbetsgivare som enda kund. Värt att notera är ändå att läkare har betydligt lättare att få F-skattesedel än en undersköterska.

Intresseorganisationen Vårdföretagarna och Företagarna driver uppfattningen att i stort sett alla som vill skall kunna få en F-skattesedel.

## Momsfrågan

Det är tre olika momsproblem som är aktuella. Det första rör den s.k. Ludvikamomsen, som allt för ofta ställer till bekymmer för nya företag. Många kommuner och nya företagare känner inte till regeln om möjligheten till den momskompensation på 6 procent som är möjlig att få om bara kommunen ansöker om att få den.

Den andra momsfrågan handlar om inbetalning av moms. Många nya företag tvingas idag att agera gratisbank då de i praktiken måste betala in moms innan de fått den om de skall följa reglerna till punkt och pricka.

Den tredje momsfrågan handlar om att man som företagare är bunden till de leverantörer som ingår i ett entreprenadavtal. Är den kommunala verksamheten i sin helhet inte momspiktig kan man heller inte byta leverantör för en del och sedan dra av den moms som man betalar för dessa varor och tjänster. Detta betyder i praktiken att det lilla företaget inte kan bedriva verksamheten på lika villkor som den kommunala eller landstingskommunala verksamheten.

## Betalning av fakturor

Många kommuner och landsting är slarviga med att betala sina fakturor från företagen. Enligt svenskt näringsliv är det inte ovanligt att små företag får vänta mellan 40 och 60 dagar innan de

får betalt. Det lilla företaget törs heller inte klaga på detta förhållande på grund av att de då är rädda att tappa den uppdragsgivare som man är beroende av.

### **Kommunen är både utförare, betalare och granskare**

Ytterligare hinder som flera företag pekar på är att de upplever att kommunen och landstinget, medvetet eller omedvetet, betar sig nonchalant mot de företag som man köper tjänster av. Kommunen eller landstinget sluter avtal med ett företag men prioriterar lika fullt i första hand sina egna verksamheter och först när de är fullt ut nyttjade väljer man att köpa tjänster från de företag som de slutit avtal med. För det lilla företaget, som tror och planerar för att ta emot patienter och kunder, kan följden bli att de får avveckla verksamheten, men även för en stor verksamhet kan det innebära stora svårigheter.

Likaså anser många företag att det är orimligt att bli granskade av sin främsta konkurrent, kommunen. Företagen drar sig också för att bemöta orättvis kritik, med risk för att förlora uppdraget från sin främsta kund, den granskande kommunen.

Villkoren är också olika beroende om den drivs offentligt eller privat. Ett exempel är att det inom äldreomsorgen går alldeles utmärkt att utan högskoleexamen vara ansvarig för en stor verksamhet med många hundra anställda i offentlig regi. Att få tillstånd för att driva en liten verksamhet med ett fåtal anställda i privat regi kräver dock 120 poängs högskoleutbildning. Kraven ställs från den tillståndsgivande myndigheten länsstyrelsen och ibland ställer också kommunen motsvarande krav.

Trots stora ansträngningar från kommunernas sida klagar dock många av vård- och omsorgsföretagen fortfarande på att det är väldigt omständligt att ta sig igenom de olika instanser inom kommunen som möjligen skulle kunna sätta käppar i hjulet för företaget om t.ex. ett visst tillstånd saknas.

Ytterligare en orättvisa som företagen talar om är att de sällan får del av särskilda statliga bidrag till kommuner och landsting för utveckling av vård och omsorg. Dessa pengar går ofta endast till de offentligt drivna verksamheterna. Det finns dock goda exempel på kommuner som har en nära dialog med de privata aktörerna om hur utvecklingspengar bäst bör användas.

## 6.6 Behov av stödstrukturer

Enligt Nutek (Studien "Företagens villkor och verklighet 2005") anser sig ca 80 procent av dem som startat och driver företag ha tillgång till den rådgivning och information som de behöver. De blivande företagen vänder sig i första hand till släkt, vänner och fackmyndigheter såsom skatteverket och bolagsverket för råd och stöd. En rimlig slutsats av detta är att det i Sverige fortfarande i första hand är personer med kunskap om företagandets villkor som startar och driver livskraftiga företag.

Den stödstruktur som offentligt och privat byggdes under 1970- och 1980-talet var i hög grad inriktad på varuproduktion männens branscher. I mitten av 1990-talet tilltog visserligen tjänsteföretagandet, men verktygen för information och rådgivning har inte anpassats tillräckligt väl för att tillgodose vare sig tjänsteföretagens eller de företagsoerfarna kvinnornas behov.

I mitten av 1980-talet skapades dessutom lokala och regionala krafter nya stödstrukturer som riktade till de såväl otraditionella, som ovana och oerfarna grupper av företagare. Dessa stödstrukturer, i form av kooperativa utvecklingscentrum, stöd till kvinnors och invandrades företagande, har fått avsevärd statligt finansiering. Trots detta så tilltog inte företagandet så som man hoppats på.

Många företag upplever att de inte omfattas av de offentliga system som har till uppgift att stödja nyföretagandet. Organisationerna Vårdföretagarna och Famna får många samtal från såväl de som skall starta nytt som de som vill utvidga sin verksamhet. De båda organisationerna diskuterar aktivt hur frågan skall hanteras.

Förutom att regler och paragrafer kanske skall ändras eller tas bort, krävs avsevärda insatser för att öka antalet livskraftiga nystartade företag inom sektorn vård och omsorg.

Intressenter har påtalat att det såväl handlar om riktade informations, coachnings och rådgivningsinsatser för start, etablering och tillväxt (inklusive finansieringsrådgivning) som nya former för att underrätta kapitalförsörjning. Insatserna skall framförallt riktas till de såväl ovana som otraditionella grupper av potentiella företagare inom vård- och omsorgssektorn.

Åsikterna bland parterna går isär om dessa insatser skall tillföras i redan befintliga strukturer såsom ALMI, IFS, Coompanion och Nyföretagarcentrum, eller om det finns behov av att forma nya

stödstrukturer där organisationer såsom Famna och Vårdföretagarna direkt eller indirekt kan bli mottagare.

Nuteks studier visar också på att de offentliga finansiärerna, samtidigt som resurser tillförs, på olika sätt bör stimulera organisationerna att i ökad utsträckning samverka med varandra med "kundens" behov tydligt i centrum. Ambitionen, menar Nutek, borde vara att "en dörr in" skall gälla i varje region på det sätt som man just där finner det lämpligt.

Då en huvuddel av de potentiella företagarna inom sektorn är kvinnor krävs också att uppdrags- och bidragsgivarna ställer tydliga krav på att personalen i organisationerna är väl förtrogna med de erfarenheter som kvinnor har av den rådgivning som sker i organisationerna.

Vid så kallade avknoppningar betonar också företagens intressentorganisationer att det krävs ett långsiktigt och förtroendefullt samarbete mellan företagen och landstinget/kommunen när personal i egen regi skall ta över offentligt driven verksamhet.

Nutek anser det vidare rimligt att det offentliga ikläder sig någon roll som kontrollant och garant av att den offentligt finansierade stödstrukturens aktörer har erforderlig kompetens inom det område som de verkar.



## 7 Idéer för vidare diskussion

Kartläggningen av omfattning, villkor och hinder för små privata företag, kooperativ och ideella organisationers medverkan i den offentligt finansierade vården och äldreomsorgen har rest ett antal frågor.

Avslutningsvis söker vi att i ett antal punkter ange frågeställningar att vidare diskutera och eventuellt hantera.

### **Mångfald**

I betänkandet har vi diskuterat begreppet mångfald. Företagarna menar att mångfald måste betyda mer än att skilda entreprenörer utför av beställarna angivna tjänster. Mångfald måste ge rum för verklig valfrihet genom att aktörer med skilda arbetsformer, verksamhetsidéer eller vårdideologier får forma alternativ som möter individers och grupper skiftande intressen och behov.

*Vilka förutsättningar finns att hos beställare i landsting och kommuner stimulera en grundligare diskussion om innebörden i begreppet mångfald?*

### **Entreprenader eller genuint privata vårdföretag**

Kartläggningen visar att kontinuitet är viktiga förutsättningar för små och lokalt förankrade vårdföretag. Företagen har bättre förutsättningar att utveckla sin verksamhet om de sker i genuint egen verksamhet än om de sker i tidsbegränsade entreprenader.

*Vilka är möjligheterna att stödja en sådan typ av vårdföretagande? En väg är ett ökad möjligheter till fritt val för patienter och vårdtagare.*

### **Fritt val inom vård och omsorg**

Ett fritt val ger bättre möjligheter att möta patienters och vårdtagares olika behov. Regeringen har nyligen tillsatt en utredning om fritt val inom äldre- och handikappomsorg. I vissa landsting utvecklas valsystem inom primärvård och andra delar av hälso- och sjukvården. Patienternas valmöjlighet skapar mer långsiktiga villkor även för vårdgivarna och är därför ett medel för att främja större mångfald av aktörer, men fritt val bör kombineras med former för kostnadskontroll.

*Vilka är förutsättningarna för att vidga möjligheterna till fritt val?*

### **Offentlig finansiering – och privat**

Omfattningen av privat finansierad vård är mycket begränsad, men dess andel kan komma att öka. Internationella exempel visar att blandad offentlig och privat finansiering kan förenas med prioriteringar och vård efter behov. Men det finns också motsatta exempel.

*Hur värnas grundprinciper om prioriteringar och vård efter behov om vården öppnas för mångfald och mer av finansiering?*

### **Vård och omsorg – kompletterande frivilligt socialt arbete**

Kartläggningen visar att vårdföretag med anknytning till en brukar- eller medlemskrets har särskilda möjligheter att kompletterande frivilliga arbetsinsatser.

*Behövs mer frivilligt socialt arbete? Skall det få stöd och stimulans?*

### **Offentlig upphandling**

I de flesta samtal med intressenter har, oavsett vad samtalen egentligen handlat om, frågan om offentlig upphandling enligt LOU kommit upp. Den har överskuggat allt, vilket också gör att frågan återkommande tas upp i betänkandet. Från olika källor, såväl företag som organisationer, jurister och i litteratur har vi samlat underlag och i avsnitt 6.1 formulerat deras uppfattningar i tre olika alternativa förslag.

*Formerna för upphandling är avgörande om målet är en större mångfald inom vård och omsorg. Frågan är vilka underlag som bör tas fram förändring av lagen eller för ändrad tillämpning?*

### **Finansiering och kapitalförsörjning**

Kartläggningen visar att kunskapen om såväl små företags som organisationernas företags behov av finansiering och kapitalförsörjning är bristfällig. Företagen efterfrågar nya lösningar. Förslag till lösningar skisseras i avsnitt 6.2.

*Vad kan landsting och kommuner göra som beställare? Hur kan finansiering och kapitaluppbyggnad stimuleras via skattesystemet eller på annat sätt?*

### **Statistik**

När det gäller möjligheterna att korrekt beskriva omfattningen av privat drivna verksamheter inom offentligt finansierad vård och omsorg, visar våra försök att uppgiften är i det närmaste omöjlig eftersom grundläggande statistik inom området inte finns tillgänglig. Vi har också i betänkandet redogjort för att det finns en mall till modell för att kunna förbättra statistiken.

*Frågan är om underlagen räcker för att fatta erforderliga politiska beslut och ge myndigheter i uppdrag att hantera insamlandet av den statistik som erfordras för att kunna beskriva de olika företagen på ett adekvat sätt?*

### **Gemensamma angelägenheter**

Stora företag och organisationer har andra förutsättningar än de små att klara gemensamma angelägenheter. Kartläggningen visar också på att det finns flera frågor som de små har ett behov av att samordna. En del frågor är till sin natur sådana att de själva måste lösa problemet andra är beroende av att t.ex. det offentliga tar sitt ansvar. Frågan om de nationella vårdregistren är en sådan.

*Hur klarar stat, landsting och kommuner att beakta de små företagens behov vid utformandet av systemen för patientdata och journalhantering?*

### **Kvinnor och mäns företagande**

Det är på intet sätt en överraskning att förutsättningarna för företagande bland kvinnor och män skiljer sig. Detta visar också vår kartläggning.

*Frågan är hur de offentliga organen kraftfullt kan agera för att öka kunskapen om genusfrågor och därmed bidra till att minska eller undanröja hinder?*

### **Andra hinder och villkor**

I vårt arbete har vi också funnit andra mindre, men för företagen väsentliga hinder. Det handlar bl.a. om f-skattesedel, moms, betalning av fakturor och kommunens roll. I kapitel 6.5 redogörs för frågorna.

*Vilka ytterligare studier behövs för att kunna fatta beslut?*

### **Stödstrukturer**

Stödstrukturernas betydelse för en tillväxt av fler och starkare företag har dokumenterats på olika sätt av inte minst den näringspolitiskt ansvariga myndigheten Nutek. Också företagens intresseorganisationer betonar denna fråga. Mycket av kunskapen om problemen och dess lösningar tycks finnas men politiska beslut saknas.

*Är underlagen tillräckliga för politiska beslut eller saknas något?*

### **Utbildning – forskning**

Kartläggningen har visat på behov av utbildning anpassad för entreprenörskap och företagande inom vård och omsorg. Exempel från bl.a. patientorganisationers verksamhet pekar också värdet av nära kontakt mellan företagets verksamhet och den medicinska forskningen.

*Hur kan staten bidra till att möta behoven av utbildning och till kontakt mellan organisationer, företag och forskning?*

# Referenser

## Kapitel 1

### Böcker, tidskrifter och andra dokument

*Delegation om villkor för idéburna organisationer inom den offentliga hälso- och sjukvården och äldreomsorgen*: Kommittédirektiv 2006:42, Socialdepartementet.

*Delegation om villkor för idéburna organisationer inom den offentliga hälso- och sjukvården och äldreomsorgen*: Kommittédirektiv 2007:63, Socialdepartementet.

*Lag om offentlig upphandling*: SFS 1992:1528.

*Länsrättens domar – om offentlig upphandling*, 2007:2; Konkurrensverket.

*Nya upphandlingsregler 2*: SOU 2006:28.

*Nya Upphandlingsregler*: SOU 2005:22.

*Tolkförmedlingen – kvalitet, registrering, tillsyn*; SOU 2004:15.

*Ändringar i lagen om offentlig upphandling m.m.*: Proposition 2001/02:142.

### Intressentmöten djupintervjuer och andra möten

Konkurrensverket. *Kristian Viidas*, konkurrensakkunnig.

## Kapitel 2

### Böcker, tidskrifter och andra dokument

*Aktuellt om äldreomsorgen*: Sveriges kommuner och landsting, november 2006.

*Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus*: Proposition 2004/05:145.

*Euro Health Consumer Index 2006*: Health Consumer Powerhouse.

- Health Care Systems in Transition*: European Observatory, 2000.
- Hjalmarsson, Ingrid och Norman, Eva, *Att välja hemtjänst*, Socialstyrelsen, 2004.
- Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller*: SOU 1993:39 HSU 2000.
- Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763*.
- Ingelstam, Lars, *Ekonomi på plats*, Centrum för kommunpolitiska studier, Linköping 2006.
- Johansson, Eva, red; *Äldrekooperativ – delaktighet och gemenskap*: Kommentus, 2004.
- Lika olika socialtjänst – kommunala skillnader, prioriteringar, kostnader och verksamhet*: Socialstyrelsen, 2007.
- Lönnberg, Anders och Nyman, Stig, *Vi behöver samlingsstyrelse inom landstingspolitiken*: DN Debatt 2007-05-12.
- Molander, Per och Andersen, Torben M, *Alternativ i välfärdspolitiken*: SNS Förlag, 2002.
- Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvård*: Proposition 1999/2000:149.
- Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg av äldre*: Proposition 2005/06:115.
- Nordén, Hans, *Fri och villig – om ideellt arbete i välfärdslandet*: Premiss förlag, 2006.
- Palmås, Karl, *Den barmhärtige entreprenören*: Agora, 2003.
- Pettersson, Karl-Henrik, *Den svenska sjukvården – hur långt kan vi låta marknaden ta hand om vården?*: Forum för småföretagarforskning, FSF 2006:2.
- Socialutskottets betänkande 2004/05:SoU18: *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus. Vad är det för vinst med privat driven äldreomsorg?*: Svenskt Näringsliv, april 2006.
- Web-plats, Sveriges Kommuner och Landsting*: www.skl.se
- Wijkström, Filip och Einarsson, Torbjörn: *Från nationalstat till näringsliv*, Handelshögskolan i Stockholm, 2006.
- Vinst för vården*: SOU 2002:31.
- Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2005*: Socialstyrelsen 2006.
- Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2006*: Socialstyrelsen 2007.
- Vårdens svåra val*: SOU 1995:5.
- Vägval i kommunal äldrepolitik – ett underlag för politiska prioriteringar*: Svenska Kommunförbundet, 2001.
- Äldrepolitik för framtiden*: SOU 2003:91.

### Intressentmöten djupintervjuer och andra möten

SACO, *Gunnar Wetterberg*, samhällspolitisk chef.  
 Ansvarsutredningen, *Mats Swegfors*, Landshövding, Utredare.  
 Forskare, *Karl Palmås*, Göteborg.  
 Forskaren, *Erik Amnå*, Örebro.  
 Professor, *Lars Ingelstam*, Stockholm.  
 Professor, *Erwin Bischofberger*, Stockholm.  
 Sveriges Kommuner och Landsting, *Cecilia Berglin*, handläggare,  
*Lena Lundström*, tf sektionschef.  
 Vårdförbundet, *Anna-Karin Eklund*, förbundsordförande, *Eva-  
 Lisa Krabbe*, förbundssekreterare.

### Kapitel 3

#### Böcker, tidskrifter och andra dokument

*Skola, vård och omsorg i privat regi – en sammanställning av statistik  
 1995–2005*: 2006:5, SCB.  
 Bubb, Stephen, *Choice and Voice – the Unique Role of the Third  
 Sector*: Acevo, november 2006.  
 Einarsson, Torbjörn och Wijkström, Filip, *Modell för sek-  
 torsöverskridande statistik*: Handelshögskolan i Stockholm,  
 2006.  
*Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/123/EG*: 2006.  
*Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/123/EG*: December  
 2006.  
*Frivilligt socialt arbete, kartläggning och kunskapsöversikt*: SOU  
 1993:82.  
*Fördraget om upprättandet av Europeiska Gemenskapen*: EU 2003.  
*Föredraget om upprättandet av europeiska gemenskapen*: 25 mars  
 1957, senast reviderad i januari 2005.  
*Företagens framväxt i vård- och omsorgssektorn*: R 2007:02, Nutek.  
*Handlingsprogram för forskning. Ideell verksamhet förutsättningar,  
 organisering och betydelse*: Erik Amnå (red.) Stockholm: Ds  
 1995:30, Civildepartementet .  
 Jönsson, Per-Olof, *Privat vård och omsorg, R 2006*: Nutek: 2006.  
*Klassiska direktivet 2004/18/EG*.  
*Konkurrensen i Sverige 2006:4*: Konkurrensverket, 2006.  
*Offentligt- privat partnerskap*: Sveriges Kommuner och Landsting:  
 2005.

- Palmås, Karl, *Den barmhärtige entreprenören*: Agora 2003.
- Pestoff, Victor, *A New Architecture for the Welfare State*: Mitt-universitetet, 2006.
- Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land*: Ds 2006:4.
- Sammanställt kompletterande material PM 2007-02-12*: SCB, 2007.
- SvD Brännpunkt 2007-03-25*, Bo Ekman m.fl.
- Svedberg, Lars, Trädgård, Lars red. *Det civila samhället som forskningsfält*: Gidlunds förlag, 2007.
- The demographic future of Europe – from challenge to opportunity*: EU 2006.
- There's more to business than you think – a guide to social enterprise*: Social Enterprise Coalition, ISBN 0-9546076-0-0, 2003.
- Tjänstedirektivet. 2004/17/EG*.
- Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster*: SOU 1999:149.
- Web-plats. EU upplysningen*. [www.eu-upplysningen.se](http://www.eu-upplysningen.se)
- Web-plats*. [www.scb.se](http://www.scb.se)
- Web-plats. Verket för Näringslivsutveckling*: [www.nutek.se](http://www.nutek.se)
- Wester, Mia, *Gör det nu!*: Vårdförbundet, Ordkompaniet, 2003.
- Wijkström, Filip och Einarsson, Torbjörn, *Från nationalstat till näringsliv?*: Handelshögskolan i Stockholm, 2006.
- Vinst för vården*: SOU 2002:31.
- Välfärdsbokslut för 1990-talet*: SOU 2001:79.
- Är det möjligt? – om villkor för småföretagande inom vård- och omsorgssektorn*, R 2004:4: Nutek 2004.

### **Intressentmöten djupintervjuer och andra möten**

- Verket för näringslivsutveckling (Nutek), *Malin Gawell, Jörgen Lindell, Hanna Sjöberg, Maria Corell, Kerstin Wennberg, Kaj Hjulbäck, Kristina Nyström, Karin Östberg, Björn Sandström*. AvecoUK/England. *Stephen Bubb*, VD.
- Folkrörelseutredningen, *Berndt Lindholm*, sekreterare.
- Forskare, *Gun Britt Trydegård*, Stockholm.
- Medicoop, *Per-Olof Jönsson*, VD.
- Professor, *Lars Lindqvist*, Växjö/Kalmar.
- Professor, *Victor Pestoff*, Östersund.
- Studieförbundet Vuxenskolan, *Raymond Svensson*, projektledare.
- Sveriges Kommuner och Landsting, *Cecilia Berglin*, handläggare, *Lena Lundström*, tf sektionschef.
- Äldreboendedelegationen, *Monica Albertsson*, Sekreterare.



## Kapitel 4

### Böcker, tidskrifter och andra dokument

- Bischofberger, Erwin: *Etiska synpunkter på vårdens ägarformer*. SOU 2002:31.
- Dante Alighieri, *Monarchia*: 1200-talet.
- Fleischhauer, K, Hermerén G, *Goals of Medicine in the Course of History and Today*. Stockholm: Kungl. Vitterhets Historie och Antikvitets Akademien, Almqvist & Wiksell International, 2006.
- Hermerén, G, *Sjukvårdetik i tider av förändring, I: Etiska utmaningar*, red. Kristofer Hanson, Studentlitteratur, Lund, 2006.
- Johansson, Staffan: *Självständiga rörelser eller kommunala underleverantörer?*
- Pettersson, Karl-Henrik, *Den svenska sjukvården – hur långt kan vi låta marknaden ta hand om vården?* 2006:2: Forum för småföretagarforskning.
- Rawls, John, *A Theory of Justice*: Oxford University Press, 1972.
- Richard Norman & Niklas Arvidsson, *People as Care Catalysts*: John Wiley & sons, 2006.
- SvD Brännpunkt 2007-03-25*, Ekman, Bo m.fl.
- Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster*. SOU 1999:149.
- Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa*. SOU 2003:23.

## Kapitel 5

### Böcker, tidskrifter och andra dokument

- Hälso- och sjukvårdslagen 1982*:763.
- Aidemark, Lars-Göran, Lindqvist Lars och Rydberg, Lennart, *Mångfald i vården – att skapa alternativa driftsformer*: Landstingsförbundet, 2003.
- Bubb, Stephen, *Choice and Voice – the Unique Role of the Third Sector*: Acevo, november 2006.
- Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus*: Socialutskottets betänkande 2004/05:SoU18.
- Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus*: Proposition 2004/05:145.
- Hjalmarsson, Ingrid och Norman, Eva, *Att välja hemtjänst*: Socialstyrelsen, 2004-123-39.

- Johansson, Eva, red: *Äldrekooperativ – delaktighet och gemenskap*: Kommentus, 2004.
- Mer värde för pengarna*, slutbetänkande: SOU 2001:31.
- Molander, Per och Andersen, Torben M, *Alternativ i välfärdspolitiken*: SNS Förlag, 2002.
- Nordén, Hans, *Fri och villig – om ideellt arbete i välfärdslandet*: Premiss förlag, 2006.
- Palmås, Karl, *Den barmhärtige entreprenören*: Agora, 2003.
- Pettersson, Karl-Henrik, *Den svenska sjukvården – hur långt kan vi låta marknaden ta hand om vården?* 2006:2: Forum för småföretagarforskning.
- Vad är det för vinst med privat driven äldreomsorg?*: Svenskt Näringsliv, april 2006.

### **Intressentmöten djupintervjuer och andra möten**

- Forskare, *Karl Palmås*, Göteborg.
- Forskaren, *Erik Amnå*, Örebro.
- Professor, *Lars Ingelstam*, Stockholm.
- Professor, *Erwin Bischofberger*, Stockholm.
- Professor, *Victor Pestoff*, Östersund.
- Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige (SIOS), *Julio Fuentes*, verksamhetssekreterare.
- Socialdepartementet. *Lina Pastoreck*, utredare, *Titti Palmqvist*, Utredare. *Johanna Möllerberg*, utredare. *Anders Ekberg*, analyschef.

## **Kapitel 6**

### **Böcker, tidskrifter och andra dokument**

- Företagens framväxt i vård- och omsorgssektorn*: R 2007:02, Nutek.
- Företagens villkor och verklighet 2005*: Nutek 2006.
- Hedberg, Charlotta och Pettersson, Katarina, *Innovativa företagare i vård och omsorg, Kulturgeografiska institutionen*: Stockholms universitet 2006.
- Hur få fler sociala företag som utförare av offentliga tjänster*: EQUAL Socialt företagande, m.fl., Nutek 2006.
- Kapitalförsörjning i små företag*, R 2006:05: Nutek, 2006.
- Lag om offentlig upphandling*: SFS 1992:1528.
- Lokal ekonomi för hållbar tillväxt*, B 2006:1: Nutek, 2006.

- Nya upphandlingsregler 2.* SOU 2006:28.
- Nyföretagandet i Sverige 2003–2004, S2005:008:* Institutet för tillväxtpolitiska studier, 2005.
- Social ekonomi i Värmdö, program för att främja den sociala ekonomin och partnerskap i Värmdö kommun:* Värmdö kommun 2006.
- Sundin, Elisabet och Tillmar, Malin, *Förekomsten och villkor för små företag i mindre kommuner:* Nutek, 2006.
- Web-plats. Konkurrensverket. [www.kkv.se](http://www.kkv.se)
- Web-plats. Verket för Näringslivsutveckling: [www.nutek.se](http://www.nutek.se)
- Web-plats. Verket för Näringslivsutveckling: [www.nutek.se](http://www.nutek.se)
- Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa.* SOU 2003:23.
- Ändringar i lagen om offentlig upphandling m.m.* Proposition 2001/02:142.

### Intressentmöten djupintervjuer och andra möten

- Almega, *Ulf Lindberg*, näringspolitisk chef.
- Attendo Care, *Håkan Borelius*, VD.
- Bräcke diakoni, *Per Eckerdal*, VD.
- Coompanion – Kooperativ utveckling Stockholm, *Roland Malm*, rådgivare äldreomsorg.
- Coompanion, Föreningen Kooperativ Utveckling, *Curt-Olof Mann*, organisationssekreterare, *Per Fontin* ordförande.
- EKO-banken, *Annika Laurén*, VD, *Paul Granted*, IT-utveckling.
- EQUAL, Socialt Företagande, *Eva Arvidsson*, ordförande, *Eva Johansson*, projektledare.
- Famna, *Lars Pettersson*, kanslichef.
- Finansdepartementet, *Margareta Palmstierna*, jurist.
- Företagarna, *Christina Linderholm*, ekonom, *Arvid Malm*, analytiker.
- Juristfirman, *Yngve Karlsson*, jurist, Stockholm.
- Kavat Vård, *Catharina Tavakolina*, *Kent Edström*.
- KFO, *Lars Trapp*, ansvarig för området hälsa vård och omsorg.
- Kooperativa Institutet, *Håkan Bystedt*, VD.
- Praktikertjänst. *Björn Ljung*, affärsutveckling.
- Privo, *Kurt Eriksson*, ordförande.
- Professor, *Elisabeth Sundin*. Norrköping.
- Spenshult, *Ingemar Petersson*, VD.
- Stockholms läns Landsting, *Kjell Lundin*, *Pia Barksenius*, *Monica Tietze Wirén*, Utvecklingskansliet.
- Svenska Naprapatförbundet, *Jan Arvidsson*, ordförande.

Vårdförbundet Almega, *Ari Kirvesniemi*, förbundsdirektör, *Gösta Jedberger*, ordförande.

Vårdförbundet, *Anna-Karin Eklund*, förbundsordförande, *Eva-Lisa Krabbe*, förbundssekreterare.

Värmdö kommun *Lars Bryntesson*, oppositionsråd.

Västra Götalandsregionen, *Torkel Andersson*, Regionutveckling.

Äldreboendedelegationen, *Monica Albertsson*, sekreterare.

Östersunds kommun, *Jens Nilsson*, kommunalråd, Reves.

# Kommittédirektiv



## **Delegationen om villkor för idéburna organisationer inom den offentliga hälso- och sjukvården och äldreomsorgen**

**Dir.  
2006:42**

Beslut vid regeringssammanträde den 12 april 2006.

### **Sammanfattning av uppdraget**

En särskild delegation tillkallas med uppdrag att utreda villkoren för idéburna organisationer inom den offentliga hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. I begreppet idéburna organisationer innefattas bl.a. frivilligorganisationer, ideella organisationer, kooperativ, organisationer utan vinstsyfte, folkrörelser m.m.

Delegationen skall

- kartlägga omfattningen av idéburna organisationers verksamhet inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen och inriktningen på denna,
- lyfta fram offentligt finansierad verksamhet som i dag bedrivs av idéburna organisationer eller små företag och som kan tjäna som exempel på hur hälso- och sjukvårdverksamhet och äldreomsorg kan bedrivas, men även visa på de hinder och problem som idéburna aktörer och små företag möter samt verksamheternas betydelse och konsekvens för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen,
- se över vilka initiativ som kan behövas för att villkoren för idéburna vårdgivare i möjligast mån skall kunna likställas med villkoren för mer kommersiellt inriktade vårdgivare bl.a. när det gäller etablering av verksamhet och kapitalförsörjning,
- utreda vilka existerande organ för samverkan som finns för idéburna vårdgivare och små företag bl.a. när det gäller frågor som rör juridik, ekonomi, IT m.m. samt hur förutsättningarna och metoderna kan utvecklas ytterligare inom dessa områden,
- göra en analys av hur bestämmelserna i LOU förhåller sig till de särskilda omständigheter som råder inom äldreomsorgen,

- utifrån de allmänna utgångspunkterna i uppdraget lämna förslag till åtgärder som delegationen finner motiverade för att ta bort eventuella hinder för idéburna vårdgivare och när så anses nödvändigt, identifiera behov av författningsändringar,
- genomföra sitt uppdrag i samråd med företrädare för idéburna organisationer, brukare, landsting, kommuner, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och andra berörda organisationer, myndigheter och statliga kommittéer.

## Bakgrund

De flesta privata aktörer inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är aktiebolag. Det finns dock ett antal kategorier av organisationer som bedriver vård inom den offentliga hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. De benämns frivilligorganisationer, ideella organisationer, kooperativ, idéburna organisationer, organisationer utan vinstsyfte, folkrörelser m.m. Ett samlingsbegrepp som kan användas för de uppräknade kategorierna är idéburna vårdgivare. Utöver att bedriva hälso- och sjukvård och äldreomsorg har denna typ av organisationer ofta en uttalad profil när det gäller verksamhetens inriktning, idéer för hur vården skall bedrivas, betoning av särskilda värden eller andra komplementära bidrag till verksamheten.

I många länder svarar idéburna organisationer för stora, i vissa fall dominerande, delar av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. I Sverige har idéburna vårdgivare haft relativt svårt att starta och utveckla verksamhet, även om det finns flera exempel på aktörer som verkat under en lång tid. Idéburna vårdgivare bedriver framförallt verksamhet inom vård- och omsorg om äldre, annan omsorg och olika former av rehabilitering. Många av de idéburna vårdgivarna har verksamheter som både omfattar social omsorg och hälso- och sjukvård. När det gäller mer komplex verksamhet, som driften av sjukhus, finns det endast ett fåtal idéburna vårdgivare. Några exempel är Ersta sjukhus, Röda Korsets sjukhus, Spenshult reumatikersjukhus och Vidarkliniken.

Den snabba ökning av privat driven men offentligt finansierad hälso- och sjukvård och omsorg som främst skedde under 1990-talet, har i huvudsak skett genom kommersiella vårdföretag. Omfattningen av sjukvård och omsorg utförd av idéburna

vårdgivare har däremot varit i stort sett oförändrad. Av betänkandet Vinst för vården (SOU 2002:31) framgår att medan de offentligt anställda inom hälso- och sjukvården minskade med 65 000 personer från år 1993 till år 2000, så ökade antalet anställda i privata vinstsyftande vårdbolag med 5 000. För privata vårdgivare utan vinstsyfte minskade däremot antalet anställda med ca 1 000 personer.

Formerna för upphandling och kapitalförsörjning samt förutsättningarna för nätverk och samverkan är faktorer som kan påverka möjligheterna för idéburna vårdgivare att etablera verksamhet inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Möjligheterna till medverkan i forskning, utveckling och utbildning är andra faktorer som avgör hur förutsättningarna för dessa organisationer utvecklas.

I betänkandet Vårda vården (SOU 2003:23) framhålls att en viktig förklaring till att idéburna vårdgivare har svårt att starta och utveckla verksamhet inom hälso- och sjukvården är den svenska vårdens tradition och historiska uppbyggnad. Vård- och omsorgsverksamhet har från reformationen och framåt i huvudsak varit ett gemensamt samhällligt ansvar, först inom ramen för kyrkan, sedan genom kommuner och landsting. Det är också i den traditionen som ansvarsförhållanden, organisation och regelverk utvecklats.

Hälso- och sjukvården och äldreomsorgen skall även fortsättningsvis vara gemensamt och solidariskt finansierad. Det finns däremot utrymme för andra vårdgivare som genom nya idéer och arbetssätt kan komplettera den offentligt drivna vården och äldreomsorgen. Det finns därför skäl för att ta bort eventuella hinder och utveckla möjligheterna för idéburna vårdgivare att delta som komplement i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Utredningen om Vårdens ägarformer lyfter fram bl.a. följande motiv i sitt slutbetänkande Vårda vården (SOU 2003:23):

- 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.

Av regeringens proposition om driftsformer för offentligt finansierade sjukhus (prop. 2004/05:145, bet. 2004/05:SoU18, rskr. 2004/05:308) framgår att regeringen delar de motiv för att underlätta för vårdgivare i den ideella sektorn som framhålls i utredningen *Vårda vården*. Regeringen framhöll därför i propositionen att en särskild delegation bör tillsättas för att utreda villkoren för organisationer utan vinstutdelningssyfte och små företag.

### Uppdraget

Delegationen skall göra en översyn av förutsättningarna för idéburna vårdgivare och små företag i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

#### *Kartläggning av nuvarande verksamhet*

För att få en aktuell bild av omfattning och inriktning när det gäller den verksamhet som bedrivs av idéburna vårdgivare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, skall delegationen inledningsvis kartlägga verksamheten. Inom ramen för denna kartläggning skall även en översyn göras av den forskning som bedrivs om idéburna organisationer. Nämnas kan att kartläggningar tidigare har gjorts av den ideella sektorns verksamhet inom den sociala omsorgen och då i betänkandet *Frivilligt socialt arbete – kartläggning och kunskapsöversikt* (SOU 1993:82). Delegationen skall också redogöra för hur situationen för idéburna vårdgivare ser ut i andra länder när det gäller omfattningen av verksamheten och under vilka förutsättningar vårdgivarna verkar. Utvecklingen inom EU när det gäller villkoren för idéburna vårdgivare skall också belysas.



### *Lyfta fram exempel*

Delegationen skall inledningsvis även lyfta fram exempel på offentligt finansierad hälso- och sjukvård och äldreomsorg, både i och utanför Sverige, som i dag drivs av idéburna vårdgivare eller små företag. Sådana verksamheter kan tjäna som exempel på hur hälso- och sjukvård och omsorg kan bedrivas men även visa på de hinder och problem som idéburna vårdgivare och små företag möter samt dessa verksamheters betydelse och konsekvens för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

### *Etablering och finansiering*

Utredningen om Vårdens ägarformer framhåller i sitt slutbetänkande Vårda vården (SOU 2003:23) att idéburna vårdgivare till skillnad mot vinstutdelande bolag inte kan söka sig till aktiemarknaden och riskkapital för finansiering av investeringar och rörelsekapital. Banker och andra låneinstitut anses av utredningen ha relativt begränsade erfarenheter av kooperativ, ideella föreningar, ekonomiska föreningar och stiftelser. Vårdavtalens korta löptid kan försvåra möjligheten att få fram kapital för investeringar och betalningsöverenskommelser i avtalen kan ställa krav på att vårdgivaren har ett visst rörelsekapital. Länder med betydande inslag av vårdgivare utan vinstutdelningssyfte har ofta olika system för att underlätta kapitalförsörjningen som exempelvis skattefrihet för överskott som används för utveckling. Utredaren skall se över vilka initiativ som kan behövas för att villkoren för idéburna vårdgivare i möjligast mån skall kunna likställas med villkoren för mer kommersiellt inriktade vårdgivare bl.a. när det gäller etablering av verksamhet och kapitalförsörjning.

### *Samverkansformer*

Idéburna vårdgivare och små företag kan ha sina fördelar främst genom småskaligheten och att verksamheten utvecklas och leds nära patienterna och brukarna. Det kan till exempel handla om verksamheter med särskild språklig eller kulturell kompetens. För de idéburna vårdgivarna, liksom för andra små företag, kan småskaligheten medföra nackdelar. För en rad funktioner som inköp, ekonomiadministration, juridisk kompetens, avtalsteknik, hante-

ring av anbud och IT- och informationssystem behöver idéburna vårdgivare och små företag på grund av sin småskalighet ofta nätverk eller andra former för samverkan för att kunna konkurrera med större aktörer. Delegationen skall därför redogöra för vilka existerande organ för samverkan som finns samt lämna förslag till hur förutsättningarna och metoderna för nätverk kan utvecklas ytterligare.

#### *Lagen om offentlig upphandling och äldreomsorgen*

Regeringen framhöll i propositionen 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre, att en utredning bör tillsättas med uppgift att göra en översyn av villkoren när kommunerna skall bedriva äldreomsorg i andra former än i egen regi. Möjligheterna att göra detta på annat sätt än efter upphandling enligt bestämmelserna i lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU) skall därvid analyseras.

Som skäl anfördes bl.a. att en upphandling innebär ett omfattande arbete både för kommunen och för entreprenörerna. För verksamheterna som skall upphandlas kan själva upphandlingsförfarandet skapa oro både hos de äldre och hos personalen om hur vården och omsorgen kommer att utformas av en eventuell ny vård- och omsorgsgivare och med delvis ny personal. Regelverket kring offentlig upphandling är dåligt anpassat till de särskilda omständigheter som råder när det gäller äldreomsorgen. Ett enklare förfaringsätt än en offentlig upphandling kan då underlätta.

Mot bakgrund av ovanstående skall delegationen därför göra en analys av hur bestämmelserna i LOU förhåller sig till de särskilda omständigheter som råder när det gäller äldreomsorgen. I det arbetet skall särskild hänsyn tas till den fortsatta beredningen av Upphandlingsutredningens betänkande Nya upphandlingsregler 2 (SOU 2006:28). Delegationen skall även samråda med Nämnden för offentlig upphandling.

## Uppdragets genomförande

Delegationen skall lämna förslag på åtgärder som syftar till att förbättra förutsättningarna för idéburna vårdgivare och små företag som vill verka som komplement i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Delegationen skall även, när så anses nödvändigt, identifiera behov av sådana författningsändringar som är nödvändiga för att uppnå målen med de föreslagna åtgärderna. Föreslagna åtgärder skall syfta till att hitta metoder för att likställa villkoren mellan idéburna vårdgivare och andra mer kommersiellt inriktade vårdgivare. Åtgärderna får dock inte medföra att förutsättningarna för en kategori vårdgivare försämras eller att konkurrensen på annat sätt snedvrids.

Idéburna vårdgivare och små företag med verksamhet i Sverige konkurrerar bl.a. med vårdgivare i andra EU-länder. Delegationens förslag måste därför vara förenliga med EG-rättsliga principer om fri rörlighet och icke-diskriminering.

Delegationen skall följa det arbete som drivs av andra utredningar och myndigheter och som kan påverka de förslag som delegationen avser att lämna.

Delegationen skall genomföra sitt uppdrag i samråd med företrädare för idéburna organisationer, brukare, kommuner, landsting, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och andra berörda organisationer, myndigheter och statliga kommittéer för att kunna fånga upp olika intressenters synpunkter på och om idéburna vårdgivares deltagande i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Förslagets konsekvenser skall redovisas enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). Särskild vikt skall läggas vid att redovisa förslag till finansiering i de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det allmänna liksom i vilken utsträckning förslagen påverkar den kommunala verksamheten och självstyrelsen.

### Tidsplan för arbetet

Delegation skall senast den 1 april 2007 lämna ett delbetänkande med en kartläggning över verksamhet som bedrivs av idéburna organisationer samt exempel på sådan verksamhet.

Delegationen skall lämna sitt slutbetänkande senast den 1 mars 2008.

(Socialdepartementet)

# Kommittédirektiv



**Tilläggsdirektiv till Delegationen om villkor  
för idéburna organisationer inom den  
offentliga hälso- och sjukvården och  
äldreomsorgen (S 2006:02)**

---

**Dir.  
2007:63**

Beslut vid regeringssammanträde den 3 maj 2007

## Ändring av uppdraget

Med stöd av regeringens bemyndigande den 12 april 2006 har den dåvarande vård- och äldreomsorgsministern i Socialdepartementet tillkallat en särskild utredare med uppdrag att utreda villkoren för idéburna organisationer inom den offentliga hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Enligt direktiven (2006:42) skulle ett delbetänkande lämnas senast den 1 april 2007 och ett slutbetänkande senast den 1 mars 2008.

Uppdraget inskränks till att istället enbart omfatta en kartläggning över verksamhet som bedrivs av idéburna organisationer samt lyfta fram exempel på sådan verksamhet. Ett slutbetänkande skall lämnas senast den 1 juni 2007. Därmed skall delegationen ha slutfört sitt uppdrag.

(Socialdepartementet)

# Att tolka budskapen i vårdmöten över kultur- och kunskapsgränser

Lisbeth Sachs

Docent i socialantropologi

Jag har funderat en hel del på hur jag bäst ska kunna bidra till behovet av reflektion som delegationen inbjuder till i sina arbetsseminarier.

Jag kan ju bara utgå från det som är mitt ämnesområde och de erfarenheter jag fått genom min egen forskning. Det blir därför en kombination av konkreta fallbeskrivningar och några begrepp som jag tror är grundläggande för det framtida arbetet kring den etniska mångfaldens problematik i vård och omsorg – det som jag är ombedd att tala om här. Jag kommer också avslutningsvis att beröra det jag ser som något av ett paradigmskifte inom medicinsk forskning kring alternativa behandlingsval – något som jag menar kan leda till en förändrad syn på sådana behandlingars legitimitet.

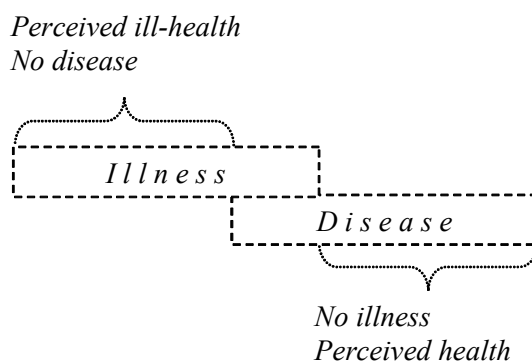
Som antropolog har jag ägnat mig åt hälso- och sjukvårdsmöten mellan människor med olika kultur och kunskap. Mina studier har givit mig fruktbara möjligheter att tänka på svensk vård med hjälp av människor från andra världar. Jag har fått syn på hur de kulturella uttrycken för hälsa, sjukdom och medicinsk verksamhet kontinuerligt byggs och förändras i möten mellan kunskapsvärldar; mellan medicinskt utbildad personal och människor med helt andra kunskaper.

Frågor som antropologen ställer kring hälsa och sjukdom är ofta grundade i någon form av kommunikationsproblematik. Man studerar hur behandling och terapi bedrivs och kommuniceras, och man vill kunna beskriva hur idéer kring sjukdomskategorier uppkommer och förmedlas *i den lilla situationen* och hur just det situationella i sin tur avspeglar samhällets sjukvårdspolitik, medicinska etik och grundläggande ideologi.

När vi vill fokusera på *den* etniska, språkliga och religiösa mångfald som dagens svenska hälso- och sjukvård har att möta, frågar man sig hur den komplicerade kunskapsöverföringen ser ut när både kultur och olika erfarenheter och idéer skiljer sig. Jag har valt

att ta upp ett par exempel på *hinder* som jag kan se när viktiga budskap kring en persons hälsa ska kommuniceras, men där personens tolkning leder till handlingar som blir problematiska för den som ansvarar för vården.

Många av de människor med annan etniskt bakgrund som kommer in i svensk hälso- och sjukvård, har *inte* i sina hemländer haft tillgång till *hälsokontroller*. Mina erfarenheter bland en grupp turkiska arbetsinvandrare som kom till Sverige i slutet av 1960- och början av 1970-talet till förorterna Tensta och Rinkeby är att just hälsokontrollerna var något av det mest exotiska som de mötte här. Att gå till en läkare när man inte var sjuk var något märkligt. Att vi i Sverige genom den medicinskt tekniska utvecklingen har medel och möjligheter att undersöka människans inre och uttala sig om subtila förändringar som inte känns, dvs. att man är sjuk utan att känna sig sjuk, är något exotiskt i sig. När man dessutom genom samma medicinska teknik kan få besked om att man är frisk fast man verkligen känner sig sjuk, frågar man sig vad det är för läkare och vård vi har i Sverige.



Begreppen *Illness* och *Disease* har visat sig användbara när man vill reda ut skillnaderna mellan det synliga och det osynliga, det kända och det okända i kroppen. Begreppen introducerades för att skilja patientens subjektiva upplevelse och förnimmelse av sjukdom och lidande som finns rotad i en viss social situation och kultur dvs. (*illness*) från den biomedicinska synen på "avvikande tillstånd i olika organs struktur och/eller funktion" dvs. (*disease*). (där *illness* och *disease* överlappar kan man säga att sjukvården har sitt bästa

behandlingsläge – lidandet motsvaras av patologi som förhoppningsvis går att behandla).

I de extremsituationer som jag nämnt finns några av de problem som man måste hantera i en mångfald i vården över kunskaps och kulturgränser. Låt mig ta ett par exempel:

Det första handlar om extremfallen till vänster, illness utan disease.

De turkiska invandrarkvinnorna som jag lärde känna under flera år inför mitt avhandlingsarbete – ”Onda ögat eller bakterier” – hade ofta värk i kroppen. Värken kunde bero på belastning av olika slag men också den s.k. ”svenska värken”, den man fick därför att man längtade hem och var allmänt nedstämd och desorienterad i det nya landet. När kvinnorna sökte hjälp för sin värk fick de reda på att det inte fanns något fel i kroppen. När de efter att ha sökt olika medicinska experter till sist reste till sina läkemän i byn där hemma, blev de genast mycket bättre. (Här kommer vi in på frågor om läkande effekter som jag behandlar i min senaste bok ”Tillit som bot”. Jag återkommer till det senare).

De andra extremfallen till höger, disease utan illness, har direkt med den hälsokontrollerande verksamheten att göra. Kvinnorna från Anatolien kom att kallas, och ofta faktiskt ofrivilligt tas med, till hälsokontroller. När de och deras barn började hälsoundersökas i Sverige och då till exempel fick veta att de bar på en sjukdom, eller ett anlag till en livshotande sjukdom, trodde de inte på läkaren. Ett positivt test på Pap-smear, dvs. ett eventuellt förstadium till cervix-cancer, eller en skugga på mammografibilden, förhöjda värden vid undersökning av blodtryck och kolesterol, uppfattades av kvinnorna som både oseriöst och obegripligt. Kände man sig inte sjuk så var man inte sjuk. Två syskon som bar på adrenogenitalt syndrom men som inte hade några symtom ansågs helt friska av föräldrarna. När läkaren ställde sin diagnos avfärdades den till och med som farlig. När symtom så småningom uppstod tolkade föräldrarna det så att läkaren genom att säga att barnen var sjuka, när de inte var det, faktiskt hade satt sjukdomen på barnen. Ord från läkemän eller magiker ansågs bära på starka krafter. Ord kunde både läka och skada.

Det var också vid sådana här tillfällen då svenska läkare gav besked att de var sjuka när de kände sig helt friska som invandrarfamiljerna besökte sina traditionella läkemän och kvinnor i hembyarna i Anatolien för att få reda på hur det egentligen förhöll sig.



De här exemplen är hämtade ur mitt fältarbete för många år sedan. Men själva frågeställningen lever kvar och är lika relevant idag. Det handlar ju om hur det vi uppfattar som självklart och ser som god hälso- och sjukvård kan innebära stora problem för människor med andra kunskaper och annan kulturell bakgrund.

Men hur ska man då tänka när det gäller hur människor reagerar på, och ibland faktiskt far illa av, en vård som man kan uppfatta som välutvecklad och modern på alla sätt?

Jag vill beskriva några bakgrundbegrepp. Det är begrepp som jag ser som väsentliga för en reflektion kring det faktum att rätten till vård i vårt land tillkommer alla människor oavsett kunskaper, idéer och synsätt vad gäller hälsa och sjukdom. Önskemålen om hur man ska bli bemött och behandlad skiljer sig åt. Det handlar om begreppen 1) kommunikation, 2) evidensbaserad medicin, 3) autonomi och ansvar.

## Kommunikation

Alla som arbetar med människor inom hälso- och sjukvård vet att det inte bara gäller att hitta sätt att upptäcka, beräkna och bedöma sjukdomar och sjukdoms risker utan också att hitta sätt att presentera sådana beräkningar och bedömningar för den det angår. Mätvärden ska kommuniceras, biomedicinska samband tydliggöras och olika slags bilder av kroppens inre tolkas och förklaras. Man kan till och med hävda att det huvudsakliga vårdarbetet utgörs av samtal. Och det är i det interaktiva samtalet som båda parternas kommunikativa kompetens är viktig. Att det skulle finnas en neutral information är en myt. De som söker vård och information om sitt tillstånd tar *inte* till sig nakna fakta. De tolkar alltid fakta med hjälp av sin tidigare förståelse, sina värderingar och sina känslor. De som får rådgivning eller information lär sig det som berör just dem. Fakta är fakta för dem, fakta som laddas med deras egna livserfarenheter.

I mina studier har jag sett hur möten mellan patient och vårdare, där samtalet varit det viktigaste verktyget, kunnat pågå utan att parterna alls blivit medvetna om att de inte talar om samma sak. Det är inte nödvändigtvis så att läkare i allmänhet är medvetna om att deras information omtolkas och kanske förvanskas till det som är möjligt att förstå för patienten. Dessutom är ju som vi sett en

medvetenhet om att information alltid tolkas på människors egna villkor bara en del av komplexiteten.

För att patienter ska kunna bedöma om en läkare är kapabel måste framförallt läkarens kompetens och auktoritet bli övertygande. Man måste känna tillit till den person som tycks råda över liv och död. Jag vill hävda att tillit är en grundläggande förutsättning för en fungerande vård. I min bok "Tillit som bot" diskuterar jag placebofenomenet i tid och rum. Hur avgörande tilliten till en viss vårdform egentligen är för läkande, har vi inte så djupa kunskaper om idag.

## Evidensbaserad medicin

Den evidensbaserade medicinen syftar till att klinisk medicin ska bygga på bästa möjliga vetenskapliga underlag integrerat med den enskilde läkarens kliniska kunskap och erfarenhet – eller med andra ord: "vara en praktisk filosofi, som innebär att varje åtgärd i sjukvården ska vara baserad på bästa möjliga tillgängliga kunskap".

Den evidensbaserade medicinen som alltmer kommit att uppfattas som en eftersträvansvärd vårdform ställer speciella krav på människor i vårdmöten. Förutom det jag har sagt om kommunikation av medicinska budskap, finns i vår värld idag en så utvecklad forskning att läkare själva säger sig ha problem att följa med i den. Forskningen rusar framåt och den kliniska verksamheten hinner inte med.

Det finns därför en komplexitet i evidensbaserad medicin som har sin tyngdpunkt i själva kommunikationen av de vetenskapliga resultaten. Men det är inte bara svårigheterna i information och interaktion som orsakar problem. I olika studier framgår också att det finns osäkerheter där den kliniska verksamheten måste pågå samtidigt som forskningen leder till nya insikter. Det gäller framförallt vissa cancersjukdomar och deras behandling. Evidensbaserad medicinsk vård ställer mycket stora krav på dagens läkare. Men hur sådana krav hanteras har enligt min mening inte tillräckligt diskuterats.

## Autonomi och ansvar

Autonomi för en sjuk patient i förhållande till experthjälp är en av de grundläggande etiska frågor som delegationen har att ta ställning till. Autonomibegreppet har alltmer kommit att stå för något positivt inom sjukvård och medicinsk behandling. Vad det får för betydelse är ännu inte utrett i djupstudier kring patientens rättigheter. Den litteratur som finns rör framförallt situationer där patienter inte kan föra sin egen talan, t ex hos små barn, vid demens eller i livets slutskede.

I studien kring Patientens rätt som jag deltog i vid Socialstyrelsen (2003) och som tog upp frågan om "second opinion", såg vi på autonomibegreppet som den ambition man sätter upp för att ge patienten en frihet att välja hur han/hon ska behandlas vid en allvarlig diagnos. Undertexten i berättelserna som vi samlade in bland ett antal cancer patienter talar ett klart språk. Här är samtliga personer vilsna när det gäller att utnyttja valfriheten. Vid diagnostillfället slår en mörk vägg mot patienten och det innebär att allt annat avstannar. Nu gäller bara att på alla sätt ta sig fram till den hjälp som behövs för att överleva. Sätten att göra det är olika men under alla fantasifulla och varierande sätt att söka efter rätt behandling, finns ett rop på hjälp. "Hur ska jag överleva? Vem ska ta ansvaret för att jag får den vård jag behöver? Vem har den sakkunskap som behövs för att råda mig i den här situationen?" Att ge en människa autonomi måste naturligtvis hela tiden vägas mot de behov av sakkunnig hjälp som finns. I materialet står en önskan om råd och hjälp från patientens sida mot värdet av att ge patienten autonomi och eget ansvar från de medicinskt ansvarigas sida. Kanske bland annat därför att den evidensbaserade medicinen inte var entydig i just de här fallen.

Låt mig spegla den här situationen mot de turkiska kvinnornas reaktioner när de fick information om att dom var sjuka utan att känna av det. De tyckte *inte* att läkarna i Sverige hade tillräckliga kunskaper. De sökte sig till en s.k. "second opinion" i sitt hemland bland läkemän som har en annan syn på sjukdomsorsaker och behandlingar. Samtidigt är dom ju svenska medborgare och ansvaret för deras hälsa ligger då ytterst inom svensk hälso- och sjukvård?

Eller vem har egentligen ansvaret för beslut om behandlingsstrategi vid allvarlig sjukdom hos en patient idag? Enligt medicinsk tradition alltsedan begynnelsen skall läkaren göra allt för att utifrån

sina medicinska kunskaper hjälpa patienten. När man fört fram frågan om individperspektivet och patientens rätt inom hälso- och sjukvården har man samtidigt öppnat för en motsättning vid behandling av svår sjukdom. Det gäller inte bara för patienten som får svårigheter att själv ta beslut, utan också för de personer inom vården som enligt lagstiftningen har ansvar för att patientens hälsa ska komma i första rummet. Ansvaret innebär att vetenskap, sakkunskap och beprövad erfarenhet ska styra behandling. Var ska egentligen ansvaret ligga?

Kraven som har införts för att stärka patientens ställning har ställts på *vårdgivaren* i hälso- och sjukvårdslagen och på hälso- och sjukvårdspersonalen i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Det är grundläggande frågor som ändå blir svåra när man tänker på etnisk mångfald.

1. *Individuellt anpassad information* (men som framgår av de fallbeskrivningar jag tagit upp kan man aldrig komma ifrån att dom alltid tolkas på grundval av speciella kunskaper och livserfarenheter i en speciell kultur)
2. *Möjlighet att välja behandlingsalternativ* (vilket ju också i vissa fall kan innebära att resa till ett hemland där betrodda magiker och läkemän med helt andra sätt att se på sjukdom och behandling tar sig an utvecklingen – ger behandlingar eller råder personen att göra något som man kanske inom svensk sjukvård anser är helt förkastligt)
3. *Möjlighet att få förnyad medicinsk bedömning*, s.k. ”second opinion” (även här kan det gälla alternativa bedömningar av olika läkemän och kvinnor utanför svensk kontroll).

Det jag har tagit upp om rätten till alternativa behandlingsval gäller ju inte bara de människor som kommer från andra samhällen och länder. Det har visat sig att människor överlag alltmer använder sig av alternativa och komplementära behandlingsmetoder vid sjukdom. För att på ett mer organiserat och medvetet sätt möta sådana strömningar har man i västvärlden på senare år skapat forskningscentra där man vill söka kunskap om olika behandlingsmetoder utanför skolmedicinen för att på sikt kunna integrera dem i vardaglig hälso- och sjukvård.

Också i Sverige har ett sådant center nyligen skapats. På KI finns sedan ett år tillbaka Osher Centrum för Integrativ Medicin (OCIM). Att man på KI börjat intressera sig för de här frågorna

har bl.a. sin grund i vad som kommit fram vid en del uppmärksammade neurofysiologiska experiment. Där har man med hjälp av en s.k. Pet-kamera kunnat följa hur hjärnan hos två grupper personer – som fått placebo respektive ett morfinpreparat – svarar på samma introducerade smärta. Hjärnan svarar på samma sätt om människor *förväntar* sig smärtlindring – något som också upplevdes i båda fallen. Det är den här forskningen som gör att jag tycker att det är befogat att tala om ett paradigmskifte när det gäller kunskaper om människors tillit till behandlingar och vårdmöten. Kunskaperna man får anser forskarna med tiden ska kunna bli användbara inom all slags hälso- och sjukvård.

Jag menar att man genom den här satsningen klart visat att man börjar grundforska kring känslor och den inneboende kraft som människor har och som har med hälsa och sjukdom att göra. Neurofysiologerna har enligt min mening genom sina studier av placeboeffekter faktiskt kunnat visa att såväl sockerpiller som magiska behandlingsmetoder har effekter om tilliten finns med.

De första forskningsprojekten har påbörjats och en professor är under tillsättning vid Osher Centrum. Neurofysiologen Martin Ingvar har sökt professuren och sitter i ledningsgruppen, dit jag också knutits som sakkunnig. Två sådana Center finns sedan ett antal år i USA bl.a. vid Harvard Medical School.

Verksamheten inom forskningen har tre huvudsakliga inriktningar:

1. Forskning om verkningsmekanismer och effektivitet för behandlingsmetoder som inte är representerade i den etablerade hälso- och sjukvården.
2. Forskning gällande integration av biologisk och psykologisk kunskap av relevans för fysisk och psykisk hälsa.
3. Samhällsvetenskapligt och/eller folkhälsovetenskapligt inriktad forskning kring användande av integrativ medicin.

Det jag försökt göra med mitt inlägg här är att använda fallbeskrivningar som spegel för en möjlig reflektion kring vår egen vård. Givetvis sker förändringar för andra och tredje generationens invandrar- och flyktingkvinnor. Unga kvinnor som anpassas in i det svenska samhället blir inte sällan storkonsumenter av akut sjukvård här. Bristen på den äldre generationens visdom i deras närhet, nya kunskaper om att man kan bära på sjukdom utan att det känns, nya ansvarsområden vad gäller de små barnen och inte minst

till exempel längtan efter det smärtfria födandet, gör att dessa kvinnor söker svensk vård i allt större utsträckning. Den ständiga folkvandringen och flykten från länder utanför vår värld till oss öppnar upp nya perspektiv på och ett nytt intresse för kommunikation mellan människor i sådana vårdmöten. Och det är just detta som utredningen av delegationen för mångfald inom vård och omsorg har att beakta i sitt arbete.

En diskussion om mångfald i vården måste naturligtvis utgå ifrån att den svenska sjukvården redan är på väg att utveckla en mångfald av vårdformer, men att kunskaperna om hur den ska hanteras i praktik, regelverk och utbildning blir en stor utmaning för framtiden.

# ”Governance” – en utmaning för staten och för demokratin?

*Erik Amnå, professor i statskunskap,  
Samhällsvetenskapliga institutionen, Örebro universitet  
med medverkan av pol. mag. Alexander Lowejko*

## Sammanfattning

Över stora delar av världen står begreppet governance i centrum för diskussioner om både hur samhället styrs och hur det borde styras. Det används både som en beskrivande och som en normerande term. Till skillnad från ”government” där ett politiskt centrum auktoritativt styr allt från initiering till genomförande av ett politiskt program, har begreppet governance vunnit terräng som ett mer adekvat synsätt på nutida samhällsrelationer. Det kan ses som ett försök att finna en bättre avbildning av nationalstaternas svårigheter att ensamt mobilisera såväl de finansiella resurser som den legitimitet en modern samhällsstyrning behöver. Det gäller särskilt i sammanhang av ökad komplexitet där många olika aktörer – politiska, ekonomiska och ideella – agerar på flera nivåer och samordnar sina insatser inom vad som bäst kan liknas vid nätverk. Dessa så kallade governance-nätverk med ömsesidigt resursberoende och samarbete framställs rentav som en fjärde form av samhällsorganisering vid sidan om den statliga hierarkin (styrning), den privata marknaden (konkurrens) och det ideella civilsamhället (deltagande genom samtal). Governance-begreppet kan också brukas i mer normativa syften. Det kan framställas som något eftersträvansvärt för att det svarar mot idéer och värden man åtrår, en dämpad roll och ett minskat utrymme för staten till exempel.

I den här översikten presenteras hur det här synsättet på samhällsstyrning växer fram dels för att beskriva framträdande drag i samtida politiska styrprocesser, dels som ett mer ideologiskt färgat reformprogram. Här för också en diskussion om vad governance betyder för särskilt statens roll och demokratis utveckling.

## 1 Uppdraget

I stora delar av världen står begreppet *governance* i centrum för diskussioner om hur samhället styrs och borde styras. Från kommunal till global nivå är *governance* föremål för en intensiv uppmärksamhet inom såväl samhällsforskning som politiskt och administrativt utvecklingsarbete. Det används både som ett beskrivande begrepp och som ett normerande begrepp. Inte alltid hålls dessa båda aspekter isär.

*Governance*-begreppets globala utbredning förklaras förmodligen med att det både fångar upp och förstärker två breda trender i samhällsutvecklingen:

Fastän det inte dominerar alla politikområden eller arenor för politikskapandet, så har *governance* blivit det förhärskande politiska regleringssättet i vår rika, funktionellt differentierade, mångkulturella och demokratiska samhälle.

(Benz & Papadopoulos 2006a:1)

Den ena handlar om finansiell ansvariga, effektiva och ansvarsutkrävande organisationer. Ofta går den under engelska namn som "corporate governance" när det gäller den nya förvaltningsteorin "New Public Management" respektive "good governance" inom biståndspolitiken och inte minst Världsbankens propagerande för begreppet och tillhörande "best practices". Det handlar om särskilda kvaliteter i den administrativa praktiken i myndigheter och andra organisationer som verkställer politiska beslut; inkluderingen av anställda, ägare eller intressenter i vid mening i organisationen. Här betonas förankring, delaktighet och deltagande. Men här innefattas också förutsättningarna för dessa processer såsom rättsstatlighet och genomskinlighet. Att just Världsbanken på detta sätt själv vidgade sin ekonomiska agenda till att omfatta också klara politiska värden utgör också i sig ett intressant exempel på *governance*. En ekonomisk organisations intressen kläs också uttryckligen numera i ett politiskt språkbruk, vilket i sin tur också kan avspegla en maktambition

*Governance*-diskussionerna vetter åt en flerdimensionell kritik av den traditionella staten. Man ifrågasätter statens legitimitet och kritiserar samtidigt det byråkratiska, oekonomiska och ineffektiva sätt staten sköter sina uppdrag på. En insikt om statens tillkortakommanden glider på det viset nästan omärkligt över i en argumentation för statens tillbakadragande eller åtminstone mot statens



traditionella hierarkiska styrning av samhällslivet. Därtill tycks den svenska statens dåliga ekonomi under 1990-talets krisår ge en särskild anledning att i vårt land ifrågasätta statens effektivitet att hantera sina uppgifter.

Begreppet förknippas med stora potentialer för att öka effektiviteten men också för att fördjupa demokratin och legitimiteten i de offentliga åtagandena. Det får ibland närmast ställning som ett metabegrepp, en politisk-administrativ överideologi. Det är därför ingen överdrift att påstå att det är ett generellt standardsättande och normgivande riktmärke i samtida policyutveckling och samhällsarbete. Det blir ett "catchword" som kamouflerar många olika strävanden och ärenden. Därmed löper det naturligtvis också risken att rymma så många synsätt och företeelser att varje försök att precisera en mer stringent betydelse omintetgörs.

Syftet med den här översikten är att vara ett klagörande, nyanserande och kritiskt diskussionsunderlag kring governance-begreppet från demokratisynpunkt. Närmare bestämt är det tre frågor som särskilt ska belysas:

1. Hur kan man förstå den samtida *framväxten* av governance som en beteckning för ett nytt slags samhällsstyrning?
2. Hur *används* begreppet?
3. Vilka *konsekvenser* kan en utveckling mot ökade inslag av governance i policy-processerna tänkas ha för demokratin i allmänhet och civilsamhället i synnerhet?

Källmaterialet utgörs huvudsakligen av texter ifrån den pågående internationella samhällsvetenskapliga debatten inom framförallt statsvetenskap och sociologi.

## 2 "Governance"

### 2.1 Framväxten

Synen på staten som samhällsaktör har förändrats. Statens dominerande roll är ifrågasatt. Staten har inte bara blivit mer uppluckrad, sårbar eller öppen gentemot sina "undersåtar". I en tid av globalisering och ökad samhällelig komplexitet är det hart när omöjligt för staten att styra. Därför har staten också blivit mer beroende av andra externa aktörer. Det tycks som om staten allt mera sällan själv förmår uppbåda tillräckliga resurser för att genomföra politiska reformer. Eller har den bara bytt skepnad? Spelar en illa uppdaterad begreppsvärld oss bara ett spratt?

Governance betecknar i de sammanhang sådana processer:

... i alltmer komplexa och fragmenterade samhällen, där staten inte längre har förmågan att styra på egen hand, genom vilka en samhällsordning i någon grad upprätthålls, mål fastställs, politiken utvecklas och service levereras (Atkinson 2003:103).

Därtill kommer att omgivningen blivit mer ostyrbar. En viktig aspekt i governance-diskussionerna gäller växande svårigheter för en offentlig aktör – stat, landsting eller kommuner – att mobilisera tillräckliga resurser för att vidta åtgärder inom olika politiska fält. Det kan exempelvis gälla stora investeringar inom flyg, järnväg och vägar. Partnerskap som överskrider de formella och rättsliga gränserna mellan olika samhällsfärer kan då övervägas. Det kan framstå som en lösning där flera av de inblandade, inte minst finansiellt och kunskapsmässigt, skulle kunna bidra till lösningar som gynnar dem alla.

Men det kan också gälla att upprätthålla samhällsservicen inom personalintensiva omsorgsförvaltningar för psykiskt sjuka eller funktionshindrade, ensamma, gamla och barn. Där efterfrågas i synnerhet frivilliga, dvs. obetalda insatser av ideella, inte minst kvinnor. Deras medverkan kan exempelvis organiseras med hjälp av frivilligcentraler och volontärverksamhet som kommunala förvaltningar administrerar direkt med enskilda medborgare. Det kan också ske genom upphandling och kontraktering av organisationer inom det civila samhället, kanske i samband med att delar eller en hel offentlig verksamhet förs över i privat/ideell regi. I historiskt ljus rör det sig inte sällan om att föra tillbaka verksamheter som

välfärdsstaten en gång övertog från ideella organisationer som bedrev social verksamhet, utbildning etcetera.

När staten saknar både resurser och legitimitet i tillräcklig omfattning för att ensam sköta styrningen av politiken och samhällsförvaltningen tvingas den samarbeta för att importera dessa ”bristvaror” i utbyte mot delad auktoritet i processer där alltså många externa aktörer måste samordnas:

Politisk makt och institutionell kapacitet härleds i mindre och mindre utsträckning ur statens formellt konstitutionella makt utan mer ur en förmåga att hålla samman och koordinera resurser från offentliga och privata aktörer och intressen. (Peters och Pierre 2001:115)

## 2.2 Definitioner

”Governance” är inte bara svåröversatt. Det är också svårt att definiera. Forskarna tycks lägga in tämligen olika innebörder i begreppet. Den här uppräknningen är bara ett exempel för att visa hur olika analytiker väljer att förstå begreppet:

1. Pierre & Peters betraktar governance som ett samlingsord för hela *styrelseprocessen* – government *inklusive* governance, dvs. både staten i sin gamla styrsystem och staten i dess nya skapnad som väsentlig aktör i nätverksliknande relationer (2000:1);
2. Andra menar tvärtom att governance står i motsatsförhållande till government eller att governance vuxit fram som en *kritik av government*. De hävdar att governance är en annan styrningsform bortom den traditionella styrformen (Rhodes 1996, 1997; Björk m fl 2003:21-22);
3. Åter andra, exempelvis Jessop, menar att government är institutioner och aktörer som agerar medan *governance är processerna för government*;
4. Kooiman ser governance som ett *resultat* av olika typer av governing; interaktionen kan vara antingen i form av inblandning, samspel eller intervention (Kooiman 2003);
5. Sørensen och Torfing (2005: 197) ser vad de kallar governanenätverk som:
  - i. en ganska stabil horisontell artikulering av *sinsemellan beroende*, men operationellt autonoma aktörer,
  - ii. vilka samspelar genom *förhandlingar* av samtal, diskussioner och intensiv maktkamp,

- iii. som äger rum inom ett *ganska institutionaliserad ramverk* av regler, normer, kompetens och sociala idéer,
- iv. vilka är *självreglerande* inom externt givna gränser, och
- v. som bidrar till produktionen av *offentliga syften* i en bred känsla av visioner, idéer, planer och regleringar.

Men bristen på entydighet bör inte undanskymma att begreppet ändå kan fånga något väsentligt. Det vore att kasta ut barnet med badvattnet. Viktigast för den här översikten är att beskriva de bakomliggande synsätten på staten och den samtida politiken som diskuteras i forskningen kring governance. I huvudsak kan man urskilja två sådana synsätt. Det ena är som en beskrivning av hur det går till när staten anpassar sig till förändringar i sin omvärld. Den andra är ett begrepp om vad staten får för roll när det gäller att samordna många olika aktörer kring handlingar för ett gemensamt intresse.

### 2.3 Kognitivt förändringstryck

Governance-diskussion utvecklas i samma takt som den gamla förståelsen av staten och statsförvaltningen som färgas av den byråkratiska idealtypen överensstämmer allt mindre med hur staten verkligen ser ut och opererar. Det gäller hela den liberaldemokratiska föreställningen om staten som en neutral verkställare av de lagar som stiftats av parlamentet och de förordningar som utfärdats av regeringen.

I åtminstone fyra avseenden har de antaganden som den klassiska byråkratimodellen bygger på ifrågasatts (Kjær 2004). För det första utför statsförvaltningen i växande utsträckning mer än snävt reglerande uppgifter; en stor del handlar om att ge samhällsservice. Men den senare typen av samhällsförvaltningen innehåller moment som går långt utanför en klassisk byråkratroll. Med tiden fungerar den traditionella hierarkiska kontrollen som modell allt sämre för denna stora del av samhällsförvaltningen. Politiken expanderade demokratins räckvidd långt utöver den smala rättsstatens domäner.

För det andra kom allt starkare individualiserade pluralistiska värderingar i konflikt med den korporatism där stora organisationer representerade mer kollektiva intressen. Från en renlärig byråkratisynpunkt innebar korporatismen att det organiserade, sektoriserade civilsamhället gjorde ett slags by-pass-operation förbi den

representativa demokratin och dess generella välfärdsmodell. Ansvar för den typen av statliga beslut kunde inte utkrävas i allmänna val utan blev mer "privatiserade" till civilsamhällets interna demokratiska processer.

För det tredje omkullkastade internationaliseringen av ekonomin, tydliggjort med EU-medlemskapet, den nationella suveräniteten som förutsättning för den gamla förvaltningsmodellen. Aktörer inom nationalstaten var exempelvis inte längre enbart beroende av den nationella skattebasen utan kunde få loss medel ur övernationella fonder.

En betydande utmaning för det gamla synsättet på staten och statsförvaltningen kom, för det fjärde, också från politiskt-ekonomiskt håll. Utifrån rationalistisk teori ifrågasattes rimligheten i att bortse från att också byråkrater handlar i egenintresse för att exempelvis få sina budgetar att växa men också att tillfredsställa alltmer professionella medarbetares krav på delaktighet och inflytande. Det gäller exempelvis att kunna möta kompetenta medarbetares och medborgares krav på delaktighet och insyn – till skillnad från gamla tiders underdåniga utförande av order. En liknande utvecklingsriktning går från centraliserat beslutsfattande där implementeringen förväntas ske mer eller mindre slaviskt på lokal nivå till en "framförhandlad självstyrning" (Sterling 2005).

Dessa insikter och värderingar gjorde tillsammans att jakten på nya synsätt och nya modeller intensifierades under slutet av det förra århundradet. En av dem kom att sammanfattas som "New Public Management" (NPM). På det sättet försökte man överföra principer från det privata näringslivet till den offentliga sektorn, till exempel genom att ersätta regelstyrning med mål- och resultatstyrning. Dörrarna öppnades också för privatisering av den statliga infrastrukturen, främst i Storbritannien under Thatcher och i USA under Reagans ledning. De ideologiska förändringar deras politik stod för i form av New Public Management satte in den offentliga sektorns uppgifter i ett nytt perspektiv (Björk m.fl. 24). Nära knuten till denna utveckling är också konkurrensutsättningen av inte minst chefstjänster och serviceproduktionen. Men den mest utbredda praktiska tillämpningen av NPM är nog ändå decentraliseringsreformerna inom till exempel skolans område, beställar-/utförarmodeller inom stora delar av den offentliga förvaltningen liksom entreprenader inom olika serviceområden.

Till NPM kan man också föra de idéer om brukarinflytande som vi vanligtvis kanske förknippar mer med demokratireformer än för-

valtningsmodeller. Poängen här är dock att i kontrast mot den centrala hierarkiska styrningen som tilldelar medborgaren en ställning som underordnad och undersåte, argumenterar NPM för att bemäktiga "kunderna" och göra verksamhetsansvariga chefer ansvariga inte bara uppifrån gentemot sina chefer utan underifrån av brukarna. På det sättet bröts det hierarkiska "top down"-synsättet ned med löfte om att ge plats åt ett "bottom up"-perspektiv på den offentliga förvaltningen.

Vill man, kan man se flera av dessa förändringar som ett svar på den demokratiska utveckling och fostran som lett till att medborgarna frigjorts från underordning och i stället tagit plats och höjt sin röst med självrespekt och politiskt självförtroende. Förvaltningsreformer som svar på demokratiska landvinningar, om man så vill.

Den här dimensionen av governance-begreppet handlar sammanfattningsvis om eroderingen av en den klassiska byråkratiska organisationsmodellen. Bakgrunden är en mestadels kognitivt baserad kritik av de gamla styrsystemens kapacitet att hantera den värdemässiga och demografiska mångfald liksom den allmänna individualisering som egentligen den demokratiska utvecklingen lett till. Den noterar empiriskt hur länk efter länk i en rätlinjig och enkelriktad styrkedja brister. I förlängningen av dessa empiriska iakttagelser iscensattes försök att hitta former som reparerar förlusterna ifråga om effektivitet och legitimitet. Många av dem innebar imitationer av modeller som utvecklats inom det privata näringslivet, andra lånar in föreställningar från framför allt civilsamhället.

Mer konkret innebär governance som politisk strategi inte sällan att man också ingår finansiella partnerskap eller handlar upp och kontrakterar entreprenörer från näringslivet eller civilsamhället för specifika serviceåtaganden. Bakom en sådan policy kan man ibland, men långtifrån alltid, återfinna ideologiska bevekelsegrunder.

## 2.4 Ideologiskt förändringstryck

Sammanfattningsvis har det här avsnittet visat på olika governance-synsätt på vilken roll som den mer eller mindre förändrade staten har eller bör ha. Pierre och Peters (2005) urskiljer några olika teoretiska positioner i governance-debatten utifrån vilka uppfattningar av staten som man utgår från. Det är modeller som skiljer sig åt ifråga om statens roll. Den första modellen är *etatistisk* och utgår

från att staten är och bör förbli den huvudsakliga aktören i samhällsstyrningen. Den är en tämligen stereotyp föreställning av närmast idealtyp med en fortsatt stark tilltro till statens suveräna styrkapacitet. Mycket government, litet governance.

Den andra governance-modellen är den *liberal-demokratiska* erkänner och bejakar ett samarbete mellan offentliga och privata sektorn när det gäller att styra samhällsutvecklingen. Det är förvisso inget jämlikt förhållande; staten har rätt att välja ut de lämpliga företrädarna för de olika intressen och sektorer som utgör ganska stabila och svårforcerade segment i samhället.

Den tredje modellen är den *statscentrerade* ger såväl staten som det civila samhället bestämda roller. Staten är inte i toppen av en styrhierarki utan snarare inbäddad i ett starkt civilsamhälle. Den gör prioriteringar och sätter mål men det sker i ett institutionellt utbyte med organiserade intressen. Den påminner om den skandinaviska samhällsmodellen inklusive också dess svårigheter att anpassa till förändrade yttre, ekonomiska villkor, menar Pierre och Peters (2005).

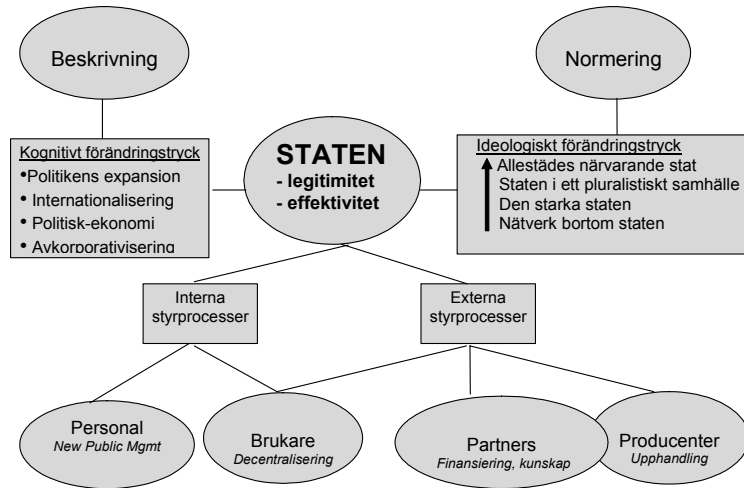
Den fjärde, "*governance without government*", tilldelar den mest blygsamma rollen för de politiska institutionerna av alla modellerna. Det handlar här om interorganisatoriska, självstyrande nätverk (Rhodes 1997). Det är det mest radikala alternativet till klassisk "government" men reser också frågor av både empiriskt slag – finns det ens en antydning till den här utvecklingen på annat än några enstaka policy-fält – och mer normativt slag – hur ska exempelvis ett samhälle hållas samman och hur ska man kunna utkräva ansvar?

Governance har dock inte bara blivit positivt mottaget inom det vetenskapliga samfundet. Många forskare ställer sig kritiska till om begreppet är till någon nytta som vetenskapligt begrepp liksom om det handlar om en ny beskrivning av sedan mycket länge bekanta utvecklingsdrag (Kjær 2004).

## 2.5 Governance – en sammanfattande figur

I följande figur sammanfattas den hittills förda diskussionen. Å ena sidan kan man följa governance-diskussionen som en beskrivning av hur en rad yttre faktorer påskyndar statens sökande efter legitimitet och effektivitet; ett kognitivt förändringstryck. Å andra sidan kan man också uppfatta diskussionen som en ideologiskt driven plädering för radikalt olika uppfattningar om staten, inte minst dess

storlek och samhällsroll; ett ideologiskt förändringstryck. Längs endera eller båda spåren kan man sedan föra diskussioner om hur staten bör förändras såväl internt som externt i förhållande till medarbetare, brukare, finansiärer respektive producenter inom staten, marknaden och/eller civilsamhället.





### 3 Svagare stat – starkare demokrati?

I det här avsnittet ska två kontroverser refereras. Det ena gäller huruvida governance leder till en försvagad stat eller om det bara är så att staten byter skepnad för att till och med stärka sin handlingskraft. Den andra gäller huruvida governance-nätverken innebär att den demokratiska infrastrukturen eroderar eller om de öppnar för deltagande från många olika aktörer och därigenom skulle kunna tillföra en ökad öppenhet och pluralism i samhällsförvaltningen.

Den här diskussionen är viktig. Den handlar om sådana effekter som är avsedda men också om sådana effekter som inte var avsedda. Den handlar dessutom om både önskvärda och icke-önskvärda effekter.

#### 3.1 Staten

##### 3.1.1 Svagare eller starkare stat?

Governance är en styrningsform som inte uteslutande förlitar sig på statens legitimitet, auktoritet och legitimitet. Nya så kallade nätverk, regimer och partnerskap tillskapas som ett svar på en försvagad stat. Staten urholkas, reduceras, marginaliseras och kompletteras. Dess suveränitet minskar steg för steg till följd av globalisering, europeisering och privatisering. I förlängning av den tanken diskuteras en statslös samhällsstyrning. Men det är möjligt att det mer handlar om en stat på distans, en stat som styr på nya vägar än tidigare. Vi bara inte känner igen den gamla institutionella strukturen eller de gamla arenor eller ansiktena på de många aktörer som vi återfinner där (Hysing 2006).

Det finns alltså skäl att kritiskt diskutera påståendet om att statens makt *har* minskat. Därmed inte sagt att det kan finnas andra, mer ideologiska skäl, som gör att man *önskar* reducera statens inflytande. Vi ska återkomma till de båda frågorna om en stund. Den nya styrmodellen kan ideologiskt byggas upp utifrån en nyliberal idétradition där man menar att den offentliga servicen bör skötas av andra aktörer än staten under mer marknadslika former. För att komma tillrätta med byråkrati och de effektivitetsproblem som stat, kommuner och landsting har, kan man vilja införa en högre grad av konkurrens inom den offentliga sektorns verksamheter. I den mån staten ska ha fortsatt synligt deltagande krävs även inom dess verksamhet en förändring mot en mer bolagsliknande

styrning. Detta skulle i så fall leda till en konkurrenssituation där staten skulle tvingas effektivisera sin verksamhet och hitta nya vägar för att konkurrera med de icke-statliga aktörerna.

Även på andra områden finns det skäl varna för att använda ett styrningsbegrepp där staten *antas* försvagad bara därför att man inte känner igen dess uppenbarelseformer eller uttryckssätt. ”Governance med government” är det perspektiv som vissa forskare anbefaller för studier i modern samhällsförvaltning. Det vore att grovt underskatta den raffinerade och snart sagt allestädes närvarande staten i det moderna samhället att låta påskina statens bortvittrande. Snarare vittnar ett sådant perspektiv om ett naivt och okritiskt förhållningssätt som förväxlar form och innehåll.

Nej, staten har i det moderna samhället en mycket stark ställning i allt socialt och ekonomiskt liv. Civila och privata aktörer, enskilda och kollektiv är i mycket stor utsträckning indragna i och underkastade den offentliga regleringen. Staten anger spelreglerna och präglar även icke-statliga aktörers handlingar (Taylor 2005). Om staten förändras, kanske det rentav handlar om att den återcentraliserar och återför makt den under en tid lånat ut. EU kan vara ett exempel i den riktningen på flera politikområden. Regiondiskussionerna kan vara utslag av samma utveckling. Så kan en relativt extrem variant av en statsuppfattning beskrivas. Den andra extremen längs samma linje är den urholkade staten, som beskrivits ovan.

Det handlar snarare om en stat som justerar sina arbetsformer för att passa bättre till de nya förutsättningar som gäller för samtida politikskapande. Staten styr mer och mer genom andra. Den draperar om sig från en auktoritär roll i kraft av en konstitutionell makt till en samarbetspartner som skapar förutsättningar för andras agerande (*facilitator*). Staten uppträder som grindvakt, meta-guvernör, nätverksmanager eller sköter styrningen mer på distans (Hysing 2006). Inte så mycket kvar av den styrning genom direkt närvaro som utmärkt svensk förvaltningspolitik tidigare.

Man kan även ifrågasätta hur omfattande det nya i den här typen av styrning egentligen är. Historiskt sett har den svenska staten ett tätt samarbete med intresseorganisationer från privat och civil sektor. Inom olika politiska fält har styrformer under olika tider utvecklats som i hög grad kan karaktäriseras som mjuka och som i betydande delar förutsätter samarbete (Hysing 2006). Ibland har utvecklingen hejdats; nu tycks det exempelvis finnas en betydande

tilltro till lösare, horisontella samverkanssystem. Men samtidigt tilltar tilltron till mer legala instrument av tillsynskaraktär.

Sett ur ett sådant perspektiv består governance-begreppets viktiga bidrag till samhällsdebatten till att vi mer ihärdigt uppmärksammar och problematiserar de villkor och de externa relationer som statlig politik handlar om. Det hjälper oss att se statens handlande i ett bredare och mer inkluderande perspektiv. Det relativiserar staten, offentlig politik och politiskt handlande.

Ur denna synvinkel kanske inte fenomenet är det nya eller ens det viktigaste utan den principiella och ideologiska inramningen av det. Därmed återkommer vi till utgångspunkten. Governance handlar också om att tillföra legitimitet och vinna medborgares förtroende för politiska åtgärder genom att åberopa för medborgarna viktiga värden och mervärden.

En viktig aspekt av legitimiteten handlar om governance-nätverkens konsekvenser för demokratins utveckling. I den mån staten genomför förändringar i styrelseformerna till förmån för mer marknadslika villkor är det alltså viktigt att den ekonomiska effektiviteten ökar i relation till den demokratiska trade-off man samtidigt genomför. Så länge den offentliga verksamheten upplevs vara just en offentlig tjänst som man har möjlighet att påverka genom politiskt deltagande behöver inte de demokratiska värdena vara i fara. Om däremot de offentliga verksamheterna upplevs vara omöjliga att påverka genom deltagande och istället en form av konsumtionsdemokrati där den demokratiska aspekten är valet att konsumera eller att avstå från att konsumera har strukturen förändrats i så hög grad att sättet att tänka demokrati förändras i grunden. Tanken att demokrati är en form av gemensamt beslutsfattande övergår till en mer individualistisk syn där marknaden sätter agendan.

### 3.1.2 En nätverkande stat?

Gamble menar att staten skapar förutsättningar för ekonomin men att ekonomin sedan kan styras utan att staten involveras (Gamble 1999:111). Alla kapitalistiska stater, menar han, har många former av ekonomisk governance. Statens synliga deltagande kan vara begränsat men dess möjligheter att styra kan trots detta vara stora. Staten kan vi betrakta som den aktör som har störst möjlighet att påverka den ekonomiska kulturen och på detta sätt styra riktningen

för hur ekonomin ska utvecklas. Detta kan man tolka som att staten alltid har varit utmanad av andra starka aktörer men staten har trots allt förblivit den aktör som sätter spelregler och garanterar möjligheterna för ett ekonomiskt system att fungera. Det är dessutom de folkvalda som tar beslut och som godkänner de direktiv som exempelvis kommer från den Europeiska Unionen. Politikerna har möjlighet att delegera inflytande till olika aktörer. Längs den här linjen kan man alltså argumentera emot påståendet att staten är utmanad och försvagad. För att få klarhet i diskussionen bör man alltså, enkelt uttryckt, försöka skilja på beskrivningar och värderingar.

Gemensamma angelägenheter kan alltså lösas av staten, marknaden eller civilsamhället. Antingen kan det ske inom ”helägda” statliga arrangemang. Eller också kan staten, företag eller civilsamhället på olika sätt bygga gemensamma nätverk där deras olika resurser kopplas ihop på smarta vägar.

I en tilltagande komplex och dynamisk omgivning, där hierarkisk samordning försvåras för att inte säga omöjliggörs och möjligheterna att avreglera är begränsade på grund av marknadsmisslyckanden, framstår governance som görlig inom ramen för policy-nätverk som kan erbjuda en effektiv horisontell koordinering av intressen och handlingar av offentliga och privata aktörer, vilka är beroende av varandras resurser (Börzel 1998:263).

Governance-nätverken kan alltså framställas som en fjärde form av samhällsorganisering vid sidan av de tre ovannämnda: den statliga hierarkin (styrning), den privata marknaden (konkurrens) och det ideella civilsamhället (deltagande och samtal). I den här meningen är nätverk alltså inte enbart som en form av samverkan i största allmänhet. Istället är det en samhällelig struktur jämförbar med de andra med sin egen logik. Governance men framför allt metagovernance kan inte förstås utan att kopplas till just nätverksstyrningen, den så kallade andra generationens nätverk. Utmärkande för den föregående, den första generationens governance var å ena sidan en form av liberal-pluralistisk politik av kanske företrädesvis amerikanskt snitt, å andra sidan en mer korporativistisk eller statskorporativistisk politik som vi känner igen från Skandinavien.

Nätverk får allt större betydelse inom olika vetenskapsdiscipliner, organisationsteori, företagsekonomi, nationalekonomi, sociologi, statsvetenskap med flera strålar samman för att undersöka

detta fenomen empiriskt. En av svårigheterna med att studera nätverk är det är ett svårdefinierat och dynamiskt begrepp. Nätverken kan beröra allt från enstaka informella kontakter kring en viss sakfråga till mer formaliserade samarbeten med en mängd aktörer i stora frågor. I och med att de aktörer som gör anspråk på inflytande från staten vuxit har även nätverkens sammansättning blivit allt mer komplex.

Forskningen kring policynätverk härleds till Bentley och Truman, vilka menar att alla individer ingår i grupper baserade på deras mönster av interaktioner. Vissa av dessa grupper utövar makt över andra grupper och har då blivit politiserade. Staten är ett av dessa centra för dessa organiserade grupper (Björk m.fl. 2003:85-86).

Nätverksmodellen blir särskilt intressant om man ser staten som organiserad i och del av nätverk. Statens olika myndigheter, departement, avdelningar och även individer i statens tjänst interagerar och utbyter information samt inhämtar information från varandra och andra organisationer. Interaktion mellan staten och organisationer blir här naturlig. Att studera både nätverken inom staten – staten som en sammansättning av många olika offentliga organisationer på olika nivåer – är inte någon ny forskningsgren. Inte heller kan man säga att samarbeten över gränsen mellan stat och organisationer är något nytt fenomen (Scharpf 1997).

Uppkomsten av policynätverk kan förklaras på olika sätt, dels utifrån att aktörer har en gemensam grund att stå på, man kan samlas kring ett gemensamt problem eller policyprogram. Trots att dessa aktörer ibland kan ha olika uppfattning eller utgångspunkt så bidrar nätverket till gemensamma fördelar eller uppfattas som det bästa sättet att nå gemensamma mål. Dels kan nätverken uppstå som ett utbyte av resurser och ömsesidigt beroende. Aktörerna behöver utbyta resurser för att nå sina mål, maximera sina möjligheter att påverka resultatet och undvika att bli beroende av andra aktörer utanför nätverket. Nätverken måste hållas samman genom ett kitt av gemensamma värden (Sabatier 1998).

I samtida nätverksforskning kan man principiellt urskilja två skolor: en anglosaxisk och en tysk (Börzel 1998). Britter och amerikaner ser nätverk som uppstår på olika policy-områden som olika slags avstämningar och medlingar mellan skilda intressen. Det handlar helt enkelt om relationer mellan staten och intressegrupper som ser olika ut på olika policyområden. Det rör sig om en specifik form av interaktion där logiker från statens hierarkiska förvaltnings-system, näringslivets marknader och det civilt samhällets kombine-

rade autonomi och altruism används som kompletterande maktresurser

Tyska forskare betraktar däremot policy-nätverken som en alternativ struktur till hierarkin och marknaden, helt enkelt som en särskild form av governance. Deras utgångspunkt är att moderna samhällen kännetecknas av en funktionell differentiering med delvis självständiga samhälleliga sub-system. Nätverken erbjuder då en samordningsmekanism för mobilisering av resurser i situationer när dessa är vitt spridda mellan offentliga och privata aktörer. Trots skilda intressen påstås nätverken kunna producera kollektiva nytigheter genom frivilliga förhandlingar. De kan dessutom skapa kompletterande, informella länkar mellan olika typer av beslutsare genom kommunikation och förtroende som överlappar institutionaliserade samordningsstrukturer, delvis oberoende av de formella relationerna mellan dem. Nätverken kanske inte tjänar som beslutsfora i strikt mening men är väsentliga för information, kommunikation och inflytandemöjligheter när besluten förbereds. De kompletterar och motverkar de obalanser som kan uppstå i formella strukturer. De minskar slutligen transaktionskostnaderna för komplicerade beslut (Börzel 1998:255 f.). Nätverk har med andra ord sin egen logik; att samarbeta i nätverk blir ett mål i sig.

### 3.2 Demokratin

Governance-diskussionernas förhållande till makt är också intressant. De förs sällan i termer av social kontroll eller konfliktladdad maktutövning. Istället präglas den mer av management som en form av social produktion. En pragmatisk nyttoinriktning med fokus på leveransduglighet dominerar. Governance-diskussionerna utgår över huvud inte från föreställningen om att maktförhållandena är ett nollsummespel. Istället domineras de av plussumme-föreställningar; mängden makt är inte konstant, alla kan vidga sin maktsfär samtidigt (Taylor 2005).

Vid en viss punkt närmar man sig ofta det övergripande demokratiska ramverket, demokratins infrastruktur. Där man också måste kalkylera med risk för en utveckling från en demokrati med stark deltagardemokrati till en tunn konsumtionsdemokrati (Premfors 2000). Men det paradoxala kan också inträffa; samtidigt som marknaden framstår som det eftersträvarsvärda idealet, kan något paradoxalt governance-utvecklingen också ses som uttryck

för en djup misstro mot marknadens förmåga att effektivt och legitimt lösa sociala problem. Ur den synvinkeln måste det finnas en stat – som möjliggör och som inte ”ror” men som ”styr” (Osborne och Gaebler 1992). Man efterfrågar nya kombinationer av marknader, hierarkier och nätverk som har kapacitet motverka deras kontraproduktiva, inneboende mekanismer för att istället öka möjligheter för deltagande, decentralisering och innovationer. Sådana självorganiserade, interorganisatoriska nätverk framställs som yttersta instrument för handlingsorienterade regeringar (Rhodes 1997:110).

### 3.2.1 Starkare eller svagare demokrati?

Det finns både starka och svaga demokratiska kvaliteter i governance-strukturerna (Bogason 2000); Bogason och Musso 2006; Taylor 2005). De demokratiska argumenten för governance handlar i första hand om värdet att fler får tillgång till de offentliga besluten. Det ökar inte bara kompetensen och kunskapen utan också representativiteten. Fler berörda medborgargrupper involveras och görs delaktiga. De tränar sig i att delta i politiskt beslutsfattande. De uppövar tolerans och sina färdigheter att lösa konflikter fredligt. De utvecklar också den mellanmänniska tillit som sammanfattas i termer av socialt kapital, vilket i sin tur gör att såväl samhällslivet som affärlivet kan sänka sina transaktionskostnader. Mångas medverkan motverkar hemlighetsmakeri och ljusskygga uppgörelser.

Governance-system skapar också möjligheter för decentralisering och ökat lokalt självstyre. Politikens lokala nivåer vitaliseras och effektiviseras genom att medborgargrupperns engagemang och kunnande kan tas tillvara och ges utrymme. En mer omfattande ”opportunity structure” erbjuds. Det kan antingen ske inom ramen för den offentliga sfären eller genom samarbete mellan främst den civila och offentliga sfären. I det senare fallet hålls alternativa demokratiska strukturer vid liv genom medlemsbaserade organisationsliv. Det utgör också en viktig förutsättning för en mångfald där också samhällskritik från många olika håll har ett demokratiskt värde.

Sørensen och Torfing har i ett antal artiklar kritiserat de statsvetare som menar att demokrativärdena åsidosätts genom en högre grad av governance-styre. Styning genom nätverk, formella eller

inte, menar de är den nya metoden som man bör forska kring. Den första generationen av governanceforskning i början av 1990-talet ägnade sig åt att identifiera att någonting var på väg att hända (Sørensen och Torfing 2005:206)

Den andra generationen tenderar acceptera att nätverken existerar och är någonting vi får leva med. Även om det kan vara smärtsamt och motbjudande, måste man ändå inse deras existens. De pockar på uppmärksamhet. Exempelvis gäller det att identifiera de mekanismer som ligger bakom nätverken, hur dessa nätverk kan regleras och vilka effekter de har på demokratin. Målsättningen är att utveckla demokratin i de redan existerande governance-nätverken. Samtidigt som man identifierar farorna med nätverksstyrning så försöker man också finna vägar att utforma nätverk för att öka deltagandet i beslutsfattande. Nätverk kan fungera åt båda hållen då det dels kan involvera fler människor men samtidigt riskerar att stänga ute vissa grupper från beslutsfattandet. Genom att beslutsfattandet blir mer utspritt i olika typer av nätverk finns också möjlighet för medborgarna att delta i sådana nätverk. Torfing och Sørensen talar om en formalisering av nätverken för att öka dess demokratiska legitimitet.

Utgångspunkten att governance-nätverk är här för att stanna är dock något problematisk. Man måste utveckla den empiriska governance-forskningen för att kunna visa om det finns ett demokratiskt skäl att implementera governance-styre eller om staten i själva verket aktivt ska motarbeta nätverk som gör anspråk på inflytande. Sørensen och Torfings aktuella governanceforskning är alltså på väg att lämna frågan *om* vi ska ha governance och vill istället lägga diskussionen kring *hur* governance-styret ska utformas. Hoppas man över de väsentliga frågorna om varför vi ska öka governance-styre för att i stället diskutera hur det ska utformas så har man redan accepterat och bidrar till att förstärka den strukturförändring som governance innebär. Det är därför viktigt att fortsätta ifrågasätta i vilka sammanhang governance-idéer är lämpliga.

Det är dessvärre inte så enkelt att ju fler som deltar, desto bättre för demokratin:

Eftersom governance betyder politikskapande mellan aktörer som representerar olika offentliga och icke-offentliga intressen, blir frågor om deras auktorisation, bidrag till att legitimera politikskapande och ansvarighet centrala. Det gäller särskilt deltagande av privata aktörer, av aktörer som representerar 'civilsamhället' och av experter. Inkluderingen av sådana aktörer betyder inte i sig mer demokratisk legitimitet



i governance./.../Legitimitet beror också på pluralismen i åsiktsrepresentationen, och på den interna organiseringen av icke-offentliga aktörer. Det beror också på de specifika frågor som står på dagordningen, till exempel om det gäller mer tekniska ärenden som erfordrar adekvat expertis, eller om besluten avser resursfördelning eller värden bland identifierbara samhällsgrupper (Benz & Papadopoulos 2006b, sid. 290 f.).

Det finns åtminstone fyra kritiska aspekter på frågan om governance kan vidmakthålla eller rentav få demokratisk betydelse. Den första gäller *tillträdet* till governance-nätverken. Det är inget offentligt rum utan ett rum för särskilt inbjudna. Vad innebär det för den politiska jämlikheten – i relationen till den representativa demokratin? Det finns skäl att fråga sig om den starka staten och de starka finansiella aktörerna automatiskt iscensätter en ojämlig maktutövning som marginaliserar röster och intressen som skulle ha kommit fram inom ramen för en gammeldags statscentrerad representativ demokrati.

Det andra problemet handlar om *insynen*. Kan man verkligen säkerställa transparens och öppenhet inom ramen för processer vars poäng handlar om tystnad och hemligheter? En bakgrund till effektivitetsargumentationen tycks just vara att komma ifrån den offentlighet som sägs försvåra ”förhandlingsdemokratiska” lösningar.

För det tredje finns det en fråga som hänger nära samman med de båda andra; ifall tillträdet till beslutsrummen är begränsat och insynen reducerad, minskar givetvis möjligheterna att utifrån styra processerna i förväg eller under hand genom debatter och diskussioner. Det ligger i sakens natur. Men finns det ens skäl att tro att man i efterhand ska kunna *utkräva ansvar* av våra förtroendevalda? Det förefaller illusoriskt att tro att medborgarna ska ha en chans att i allmänna val fokusera de politiskt ansvariga – annat än i symbolisk mening. Och möjligen är det tillräckligt.

För det fjärde finns det problem som uppmärksammades i presentationen av civilsamhällets inbäddning, nämligen risken för att den starka staten även i sin nya skepnad *koloniserar* och likriktar civilsamhället. Därmed skulle såväl den pluralistiska som den demokratiska poängen med governance genom civilsamhället gå förlorad. Mångfalden i samhällsservicen skulle inte bli så stor, inte heller träningen i demokratiska färdigheter och dygder. I ett läge av höggradigt statsberoende finns det en risk att självstyret får stå tillbaka för en mer professionaliserad serviceproduktion. I en konkur-

rensutsatt jakt efter nya offentliga kontrakt kan även aldrig så ideella organisationer genomgå förändringar som radikalt tonar ned karaktären av idealtypiska självständiga altruistiska sällskap och gör dem till antingen hård standardiserade kvasi-offentliga eller vinstsökande kvasi-privata *look-alikes*. Det kan vara en utveckling som man enklare kan fördrå eller applådera ur andra synvinklar än just demokratins. Som en marknadsagerande organisation kan vilja tillmötesgå statsnyttan och i utbyte mot tillfredsställelsen att få erbjuda en service i linje med sin övertygelse kan man vara beredd att ge upp en del av självständigheten.

Detta är exempel på frågor som forskningen inte har några enkla eller generella empiriska svar på även om det här och var finns fallstudieundersökningar. Vad vi åtminstone kan göra i det läget är att lyfta fram de kritiska frågorna och precisera dem. I det syftet har Sørensen och Torfing angett tre huvudkriterier i bedömning av governance-nätverkens demokratiska hållfasthet. Dessa borde kunna användas inför det att ett governance-nätverk tillskapas men också som kriterier för ett slags uppföljning under hand eller för en utvärdering i efterhand.

Governance-nätverkens teoretiska förankring (Sørensen och Torfing 2005):

1. Kontroll genom folkvalda – meta-governance
  - a. Design av nätverket
  - b. Formulering av målen med nätverket
  - c. Deltagande i nätverket
2. Representation genom medlemmarna i deltagande grupper och organisationer
  - a. Val och instruktioner av representanter
  - b. Formandet av en upplyst förståelse av representanternas aktiviteter
  - c. Möjligheter att uttrycka olika åsikter och kritisera representanterna för vad de åstadkommer
3. Ansvarighet gentemot territoriellt och funktionellt urskiljbara medborgare
  - a. Debatt och diskussion av de beslut som fattas i governance-nätverken
    - i. Genomskinlighet
    - ii. Tillgång till dialogmöjligheter
    - iii. Lyhördhet hos deltagarna i governance-nätverket
  - b. Efterlevnad av ett sammanhållande demokratiskt regelverk

- iv. Inkludering av alla relevanta och berörda i en öppen policy-diskussion
- v. ii. Röst och sortimöjligheter, respekt för andra uppfattningar, vilja till konsensuslösningar
- vi. iii. Genomskinlighet

Eftersom legitimiteten är det ena av två huvudskäl bakom governance-arrangemangen är dessa särskilt viktiga att kvalitetssäkra ur demokratisk synvinkel. Liksom alla demokratiska arrangemang handlar inte governance-nätverken om antingen-eller, om de är demokratiska i sig eller inte. Snarare gäller det om de nya eller nygamla sammansättningarna av offentliga, civila och privata aktörer är tillräckligt demokratiska. De förtroendevalda tar en risk. Väljarna kommer att utvärdera inte bara de politiska sakresultatens utan också processernas kvaliteter. De förtroendevaldas risktagande får sedan, som vanligt, utvärderas i de allmänna valen.

### 3.2.2 Ett annat slags demokrati?

Visserligen tycks de som forskar om samtida samhällsstyrning i växande utsträckning resa frågor om hur governance förhåller sig till demokratin. Men hittills har dock frågorna om legitimitet, inte demokrati stått i förgrunden. Nu reses emellertid allt tydligare frågor om demokratisk legitimitet. De gäller dels hur politiska makt-havare ska kunna igenkänna och legitimera den vanliga representativa modellen med ett cirkulärt förhållande mellan väljare och valda som gör det möjligt att i slutändan utkräva ansvar. När allt kommer omkring kan man utgå ifrån att ur ett medborgarperspektiv upplevs bara sådana beslut bindande där auktoritativa beslutsfattare kan identifieras.

Oftast handlar governance-diskussion hittills om att utveckla styrprocesser med beaktande av demokratins restriktioner. Om styrprocesser i nationalstatsdemokratins slagskugga. I en långt radikalare uttolkning av governance ställs emellertid frågan om governance rentav skulle vara ett embryo till ett annat slags demokrati än den representativa, en så kallad associativ demokrati? Den idén bygger på att civilsamhället skulle återta de ansvarsområden som fanns där innan staten kom och övertog dem. Man vill komma åt dess klassiska demokratiskt-deliberativa mekanismer men också

dra nytta av att civilsamhället numera är alltmer välorganiserat och professionaliserat.

Governance skulle alltså representera en styrning genom självstyrande frivilligorganisationer. Att överlåta samhällsansvaret till civilsamhället skulle emellertid kräva en demokratisering av civilsamhället. Men en sådan demokratisering, menar man, skulle kunna lösa de växande governance-problemen inom den offentliga sektorn som inte marknaden har någon lösning på. Därigenom skulle också diskussionerna om governance och samhällsstyrningen i allmänhet, som idag används företrädes av tekniska och vetenskapliga eliter, demokratiseras (Hirst 2000).

## 4 En nätverkande stat och ett nygammalt civilsamhälle – governance på svenska<sup>1</sup>

### 4.1 Import av effektivitet och legitimitet

Governance-synsätt hämtar gärna sin näring ur ideologiska normer om antingen marknadens drivkrafter om risktagande och vinst eller om civilsamhällets värden om altruism, medmänsklighet, etcetera. Syftet är att ersätta de förluster ifråga om effektivitet och legitimitet som sägs utmärka staten.

När det gäller vård och omsorg är det emellertid i lika hög grad fråga om att utveckla relationerna till civilsamhället i samma syfte. Då gäller emellertid ett delvis likadant, delvis avvikande effektivitetsargument; när småskalighet och frivillighet (obetalt arbete) kombineras åstadkoms kostnadseffektiva system för en varierad samhällsservice. Staten kan och bör dra sig undan för att lämna ett ökat spelrum åt entreprenörer som inte närs av det ekonomiska entreprenörskapets incitament. Snarare handlar om rakt motsatta krafter, nämligen oegennyttiga, ideella övertygelser.

Statens legitimitet är ifrågasatt av helt andra skäl än när det gäller marknadens statskritik. De marknadsförankrade och de civilsamhällsförankrade synsättet sammanfaller dock i synsättet att staten bör dra sig tillbaka, i varje fall när det gäller produktionen av samhällsservice. Den kan skötas bättre – effektivare och mer pluralistiskt – av andra. Staten kan varken upprätthålla en optimal resursallokering eller ett starkt varierat serviceutbud.

Nu behöver emellertid inte civilsamhället ses som ett radikalt alternativ till offentligt finansierad, ägd eller reglerad samhällsservice. I olika delar kan ideella organisationers involvering ses som komplement och korrektiv till offentlig driven service. Så har också historiskt varit fallet när skolor och vårdinrättningar har drivits av ideella organisationer. Skattemedlen har legitimerats genom att man antagit att de använts till allmän nytta, som professionellt intressanta pionjärer och prototyper.

En av de största fördelarna med att ha fler aktörer som erbjuder tjänster som traditionellt varit statens uppgift sägs alltså vara pluralism och effektivitet. Frivilligorganisationer och privata företag som bedriver verksamheter har ett egenintresse och förmodas därför sköta sin verksamhet mer effektivt än staten. Möjligheten att

---

<sup>1</sup> Avsnittet bygger på dels en antologi om civilsamhället (Amnå 2005), dels Erik Amnås kommande bok *Jourhavande medborgare*. (Lund: Studentlitteratur 2008)

bedriva verksamhet i icke-offentlig regi ger också ett bredare utbud av verksamheter. Ett exempel på detta är de många diversifierade friskolorna som finns runt om i landet. Man menar också att verksamheter som bedrivs på detta sätt har större möjligheter och incitament för att vara lyhörda mot sina brukare, eftersom valfriheten ökat och man tvingas arbeta efter de ekonomiska lagarna om utbud och efterfrågan (Dahlberg 2005). Dessutom visar Dahlberg (2005) att privata aktörer snarare kompletterar de statliga verksamheterna än ersätter dem. Detta gör att utbudet och valfriheten för medborgare/brukare skulle öka. Genom valfriheten kan dessutom medborgarna ställa högre krav på de offentliga verksamheterna och tvinga dem att bli mer lyhörda. En större lyhördhet mot medborgarna skulle kunna i sin tur leda till ett ökat intresse för deltagande. Detta skulle öka deltagandet samtidigt som det skulle minska behovet av informella nätverk mellan beslutsfattare och andra aktörer för att undersöka möjliga lösningar på problem.

#### 4.2 Ett civilsamhälle i strukturell och kulturell omdaning

En aspekt av den generella governance-diskussionen gäller förhållandet mellan civilsamhället och staten (Amnå, 2006 a, b). Det är viktigt att den förs på ett sätt som inte utgår från mer eller mindre idylliserande föreställningar om vare sig staten eller civilsamhället. I syfte att bibringa klarhet när det gäller det samtida svenska civilsamhället vill vi därför belysa några av dess kritiska utvecklingsdrag.

För det första är det knappast någon tvekan om att det svenska civilsamhället nu återkommer som en betydande producent av välfärd och trygghet. Det sker först av allt beroende på välfärdsstatens tillkortakommanden. Antingen direkt eller indirekt inviteras det att bli en partner, tack vare sin kostnadseffektivitet och prestige. Både i form av det folkrörelsebaserade sociala arbetet och ideella/frivilliga insatser, som har en lösligare organisation.

För det andra är det en ny mix av civilsamhällen som återvänder. Å ena sidan känner vi igen dess produktion av välfärdstjänster bland barn, äldre, funktionshindrade etcetera. Den återvänder och axlar den roll som den hade före välfärdstaten. Och den insatsen är, som man visar på Sköndal Ersta högskola, högst betydande och något växande. Å andra sidan, har den nu omvandlats från en institution som ger svagare medborgargrupper en tydlig röst till en

som företrädesvis ger dem den nivå av social service som välfärdsstaten inte kan leverera. Det tenderar att sugas bort från inputsidan av det politiska systemet – från opinionsbildning, artikulering och visionering – till outputsidan – till en kontrakterad servicecentreprenör. Den har blivit en viktig kugge i de kommunala governance-strukturerna för att tillskjuta tillit och säkerhet. Det är dock ett slags politisk-administrativ kultur som är bedrägligt mysig. Alla ska sitta i samma båt. Men vem som har det yttersta ansvaret och vem medborgaren ska kunna hålla ansvar är inte alltid lätt. Utvecklingen mot mer och mer av governancelika samarbetsformer harmonierar också med den omskolning som också kännetecknar en del lokala demokratiexperiment i Västeuropa, där medborgare blir *co-producers*, *Mitgestalter* eller på svenska medskapare (Montin 2007). Ingen ska dock tro att förändringen enbart rör sig på ytan.

För det tredje är det nämligen de frivilliga – inte medlemmar som återvänder. En viktig del av civilsamhället består förstås av till stor del av frivilligt socialt arbete. Fler och fler människor involveras. De flesta svenskar gör sådana insatser. Men färre är medlemmar, alltfler saknar en koppling till något demokratiskt föreningsarbete. Den säregna nordiska, demokratiska kombinationen av att vara både medlemmar och frivilligarbetare försvagas. Frivilliga sociala aktiviteter av självorganiserade, medlemsbaserade och ickeprofessionella föreningar lämnar nu plats åt serviceorienterade, kundinriktade organisationer av avlönade professionella. Det är en anmärkningsvärd förändring.

Det är möjligt att servicekvaliteten kan höjas men stora delar av medlemskapets mekanism av deltagande, inflytande och ansvarsutkrävande sätts ur spel. Detta är delvis en effekt av kontrakteringen, där stat och kommun kräver professionell standard i utbyte mot skattemedel. Men samtidigt hotas den pluralism som ju är en av poängerna med frivilligarbetet. Det är ur en synvinkel förståeligt att Socialstyrelsen kallar in IOGT-NTO på utvecklingssamtal där myndigheten säger sig vara missnöjd med folkrörelsens målformuleringar blir det inte bara löjeväckande utan alarmerande. Från engagemangets synpunkt är det osäkert vilken effekten blir. Vi vet att utformning av serviceinstitutionernas procedurer för beslutsfattande, servicen och tjänstens kvalitet på olika, mer eller mindre indirekta sätt, har en återverkan på medborgarnas förtroende för och lojalitet gentemot det allmänna och därmed för hennes samhällsengagemang. Men det återstår att göra jämförande studier av vad överföringen eller kontraktering av serviceleveranserna från

offentlig till civil eller kvasioffentlig regi på ett visst område har för betydelse i dessa avseenden.

För det fjärde genomgår delar av det svenska civilsamhället en remarkabel metamorfos. Civilsamhället återvänder också som en ersättare för de politiska partier som nu tycks vara i färd med att lämna civilsamhället för att växa ihop med den offentliga sektorn. Som vi sett är det följdriktigt. Det är för att de egentligen inte behöver sina medlemmar längre som de kan ömsa skinn från ”medlemspartier till väljarpartier” (Bäck och Möller, 2003). Men utvecklingen är inte entydig. I samma stund som delar av civilsamhället, bildligt talat, suggs upp av den offentliga sektorn sker en intressant omgruppering bland de gamla folkrörelserna. En del av dem håller på att radikaliseras. Deras genuina kärlek till välfärdsstaten tycks bli alltmer villkorad. Vi minns det så kallade Påskupp-roppet, där omkring 150 000 människor i 64 organisationer och 25 trossamfund 2005 framgångsrikt krävde amnesti för flyktingar. Det tycks alltså finnas en gräns för det politiska tålmodet hos de organisationer som i stor utsträckning är beroende av regeringen för sin verksamhet.

Detta har i sin tur att göra med en femte utvecklingstrend, nämligen den globalisering av det svenska civilsamhället som gör att när det nu återvänder så har det lärt sig ett nytt språk: mänskliga rättigheter. Historiskt sett har civilsamhället haft en större internationell förankring än välfärdsstatens institutioner. Flera av dem är sprungna ur utländska organisationer. Nu ser vi tydligt hur BRIS, patientorganisationer, Rädda Barnen och andra trotsar den politiska majoritetsdemokratien och dess kommunala självstyrelser med politiska representanter. Istället åberopar den internationella konventioner och är beredda att dra sina förtroendevalda inför domstol. Juridiken ska lösa politikens problem. Civilsamhället gör en by-pass på nationalstaten. Men fortfarande är det överenskommelser mellan nationalstater som lägger regelverket för organisationernas självstyre.

Och civilsamhället utvecklar, för det sjätte, parallellt i rask takt sina relationer också med marknaden. Ibland skapar marknaden det civilsamhälle den anser sig behöva, till exempel läkemedelsindustrin organiserar fram en patientorganisation som kräver helst fri tillgång till deras mediciner. Amnesty samarbetar med H&M. Den svenska delen av Världsnaturfonden samarbetar med Volvo. Båda jobbar också tillsammans med ICA. Medan däremot Attac och Jordens



vänner föredrar att se företagen huvudsakligen som måltavlor (Cedstrand, 2005).

Det svenska civilsamhället är för närvarande stadd i en delvis dramatisk utvecklingsprocess; både dess förankring i det medlemsbaserade samhälls-engagemanget och dess relationer till statsförvaltningen omförhandlas. Till våra tidigare iakttagelser om bidragens betydelse för organisationernas fortbestånd måste också några generella förvaltningspolitiska dragen läggas.

Ur den traditionella liberala demokratin synvinkel uppstår ett omedelbart hot mot de demokratiska potentialerna i civilsamhället. Om alla involverats och blivit samstämmiga, kanske bara en stor tystnad uppstår när samhällsstyrningen övergår till vad Bang kallar "culture governance" (Bang, 2003). Själva föreställningen om civilsamhället som en autonom sfär eller aktör utmanas. Genom politiska åtgärder ska civilsamhället engageras för att bli mer aktivt i det politiska styret av det sociala livet. Förvisso med möjligheter till påverkan och insyn. Men demokratin lever av tydliggjorda motsättningar. Att alla "måste" hjälpas åt och kommunicera med varandra för att kompensera allas enskilda försvagning av styrning, makt och legitimitet.

Men jämlikheten mellan parterna är naturligtvis låtsad. En aldrig så "mysig governancekultur" (Peters och Pierre, 2004, sid. 78) får svårt att skyla över vem som har ansvaret i kraft av det demokratiska mandatet, beslutskraften, pengarna och sanktionsmöjligheterna – ytterst i kraft av ett legitimt våldsmonopol. Den nya Leviathan kan därför anta bilden av någon som...

...försöker att penetrera varje individ och grupp i syfte att få alla sociala system eller institutioner att organisera och inrikta sig i linje med 'good governance'-retoriken. /.../ Kulturell governance syftar till att bemäktiga så många som möjligt, inte främst för deras egen utan för att hjälp deras organisationer att skapa den minimala helhetssyn, sammanhållning och effektivitet de behöver men som de inte längre kan få från sina gamla styrsystem.  
(Bang, 2003, sid. 247)

En slutsats man kan dra av detta resonemang är att de svenska diskussionerna om governance som en koppling mellan stat och civilsamhälle behöver föras inte bara utifrån ideologiska önskvärldheter utan på grundval av kunskap om pågående förändringsprocesser, där naturligtvis governance i praktiken utgör en förändringsfaktor.

## 5 En stat i omvandling – avslutande reflektioner

Governance-diskussionen handlar om att inom ramen för en växande komplexitet finna sådana processer och system som både är effektiva och legitima. Dels måste man alltså finna goda politiska strategier som på ett effektivt sätt når de mål man sätter upp. Dels måste också själva beslutssystemet med alla sina processer vara legitima. Detta gäller politiskt beslutsfattande på lokal nivå såväl som politik på europeisk eller global nivå (Scharpf 1997). Den governance-diskussion som inte förmår att beakta båda dessa kriterier är dömd att bli utan politisk verkan.

Till sist ska bara fyra sammanfattande slutsatser av den här lilla översikten över governance-diskussionen presenteras.

För det första kan ibland verkligheten tyckas förändras på ett så omfattande sätt att nya begrepp och modeller behöver utvecklas för att förstå vad som händer. Begreppet governance kan ses som ett sätt att tillfredsställa det behovet. De gamla modellerna och tankesätten släpar efter. Governance är helt enkelt ett nytt redskap för att bättre beskriva verkligheten. Så kan man, helt odramatiskt och öppet, se på dess framväxt inom samhällsforskningen. Det öppnar ögonen. Det beskriver mer än de gamla begreppen och modellerna gjorde.

Men varför, kan man ändå undra, har det fått en sådan exempelös spridning, ett sådant genomslag? Och varför har det sådana generella anspråk? Förmodligen därför att governance-begreppet, för det andra, utstrålar en sådan ideologisk attraktionskraft att det blir en behållare också för önskningar om hur samhället borde vara och utvecklas. Från skilda håll kan man mötas kring sina idéer och värderingar kring den gemensamma strävan mot mindre stat. Civilsamhällets organisationer av skilda slag har ett överlappande intresse med dem som på nyliberal grund vill hejda den offentliga sektorns eller statens expansion. På det sättet blir governance till en trojansk häst som förmår rätt många olika viljor att samsas kring en strategi med kanske övergående gemensamma intressen.

Man bör, för det tredje, i en diskussion som inte bara skall föras innanför de akademiska murarna, betänka att governance-begreppet lämpar sig föga för allmänt folkligt bruk. Det är ett oöversatt engelskt ord. Tillsammans med det faktum att det är ganska svårt att definiera är det klokt att vara försiktig med att använda det i vidare, politiska kretsar.

Till sist, som vi gång på gång varit inne på tidigare, bör man i governance-diskussionerna förbehålla sig rätten att fråga sig huruvida begreppet fångar något nytt empiriskt fenomen eller om det huvudsakligen handlar om ett nytt begrepp. Som nytt begrepp kan det definitivt ha ett värde. Det har förvisso redan inspirerat till mycket viktig samhällsforskning om hur staten förändras i en komplicerad flernivåstyrningskedja från lokal till global nivå. Men oavsiktligt kan det också leda till en historielöshet. Vad är governance exempelvis i förhållande till vad Gunnar Heckscher fann när han studerade staten och organisationerna i Sverige för drygt ett halvsekel sedan:

Schematiskt uttryckt innebär vad som skett att organisationerna i många avseenden fått fungera som statsorgan.  
(Gunnar Heckscher, 1951)

## Referenser

- Amnå, E., red. (2005). *Civilsamhället. Några forskningsfrågor*. Gidlunds/Riksbankens Jubileumsfond: Hedemora/Stockholm.
- Amnå, E. (2006a). "Still a Trustworthy Ally? Civil Society and the Transformation of Scandinavian Democracy." *Journal of Civil Society* (2)1:1–20.
- (2006b). "Autonomous Arenas of Pluralism or Contracted Coordinators of Governance? Response to Lorentzen's and Wijkström's Commentaries on my Article 'Still a Trustworthy Ally? Civil Society and the Transformation of Scandinavian Democracy' *Journal of Civil Society* (2)3:267–270.
- Atkinson, R. (2003). 'Addressing urban social exclusion through community involvement in urban regeneration', in R. Imrie, and Raco, M. (eds.) *Urban Renaissance? New Labour, Community and Urban Policy*. Bristol: The Policy Press.
- Bang, H. P. (2003). A new ruler meeting a new citizen: culture governance and everyday making. I H. P. Bang (red.), *Governance as social and political communication*. Manchester: Manchester University Press.
- Bang, H. P. & Sørensen, E. (1999). The everyday maker: A new challenge to democratic governance. *Administrative Theory & Praxis* (21): 325-341.
- Benz, A. & Papadopoulos, Y. (2006a). "Introduction. Governance and democracy: concepts and key issues", i Benz, A. & Papa-

- dopoulos, Y. (ed.) *Governance and Democracy. Comparing national, European and international experiences*. Oxon: Routledge.
- (2006b) "Conclusion – actors, institutions and democratic governance: comparing across levels" i Benz, A. & Papadopoulos, Y. (ed.) *Governance and Democracy. Comparing national, European and international experiences*. Oxon: Routledge.
- Bogason, P. (2000). Public policy and local governance: institutions in postmodern society. Cheltenham: Edward Elgar.
- Bogason, P., & Musso, J. A. (2006). The Democratic Prospects of Network Governance. *The American Review of Public Administration* 36(1):3–18.
- Björk, P., Bostedt, G. & Johansson, H. 2003. *Governance*. Lund: Studentlitteratur.
- Bäck, M., & Möller, T., red. (2003). *Partier och organisationer*, 6 rev. uppl. Stockholm: Norstedts juridik.
- Börzel, T. A. (1998) Organizing Babylon – on the Different Conceptions of Policy Networks. *Public Administration*, vol. 76: 253–273.
- Cedstrand, S. (2005). *Idealism till salu?: om ideella organisationers strategival och dess demokratiska betydelse*. Göteborg: Förvaltningshögskolan.
- Dahlberg, L. 2006. "The complementarity norm: service provision by the welfare state and voluntary organisations in Sweden" *Health and Social Care in the Community*. Vol 14 nr 4, s. 302–310.
- Gamble, A. (1999). "Economic Governance" i J. Pierre, ed. *Debating Governance Authority, Steering, and Democracy*. s. 110–137. Oxford: University Press.
- Hysing, E. (2006). "Statslös samhällsstyrning? Governance i svensk skogspolitik". Paper presenterat på CUREs-konferens, Bredsjö, oktober 2006 (Örebro universitet).
- Hirst, P. (2000). "Democracy and Governance", i *Debating Governance Authority, Steering, and Democracy*, s. 110–137. Edited by J. Pierre. Oxford: University Press.
- Kjær, A. M. (2004). *Governance*. Cambridge: Polity.
- Kooiman, J. (2003). *Governing as Governance*. London: Sage.
- Montin, S. 2007. Från servicedemokrati mot ett medskaparsamhälle?. I L. Jonsson (red.), *Kommunledning och samhällsutveckling*.

- Osborne, D. & Gaebler, T. (1992) *Reinventing Government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Reading, Ma.: Addison Wesley .
- Peters, G., & Pierre, J. (2004). *Multi-level governance and democracy: a Faustian bargain?* In I. Bache & M. Flinders (Red.), *Multi-level Governance* (pp. 79–92). Oxford: Oxford University Press.
- Peters, G. & Pierre, J. (2001) ‘Developments in intergovernmental relations: towards multi-level governance, *Policy and Politics*, 29.2, 131–135.
- Pierre, J. & Peters, G. (2000). *Governance, politics and the state*. London: Macmillan.
- Premfors, R. (2000) *Den starka demokratin*. Stockholm: Atlas.
- Rhodes, R.A.W. (1996). ”The new Governance: Governing without governance”, *Political studies*, 1996 vol. 44 s. 652–667.
- Rhodes, R.A.W. (1997). *Understanding governance policy networks, governance, reflexivity and accountability*, Maidenhead: Open University Press.
- Sabatier, P. (1998). “The Advocacy Coalition Framework: Revisions and Relevance for Europe,” *Journal of European Public Policy* 5 (March): 98–130.
- Scharpf, F. W. (1997). *Games Real Actors Play. Actor-Centered Institutionalism in Policy Research*. Oxford: Westview.
- Sterling, R. (2005). Promoting democratic governance through partnerships? I J. Newman (Red.), *People, politics and the public sphere* (s. 139–157). Bristol: The Policy Press.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2005). “Network governance and post-liberal democracy”, *Administrative theory & praxis*. Vol 27, no 2, s. 197–237.
- Taylor, M. 2005. Key note address at Cinefogo kick-off conference, Roskilde universitet ([www.cinefogo.org/publications](http://www.cinefogo.org/publications)).

---

\* Ett varmt tack för värdefulla synpunkter till forskarstuderanden Erik Hysing och professor Stig Montin på Samhällsvetenskapliga institutionen vid Örebro universitet!

# Situationen för idéburna vårdgivare och små företag i andra länder

Av Sven-Eric Bergman  
Bergman & Dahlbäck AB

## 1 Bakgrund och syfte

Debatten om den svenska hälso- och sjukvården har under de senaste åren bl.a. handlat om olika typer av vårdgivare. Det svenska systemet är traditionellt uppbyggt kring offentliga vårdgivare. Det finns både geografiska och historiska skäl till detta.

När privata aktörer engagerats i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen har detta till stor del varit större vårdbolag. Idéburna organisationer, ideella organisationer och kooperativ svarar däremot fortsatt för en mycket liten andel.

För att bedöma möjligheterna för en ökad omfattning av denna typ av vårdgivare är det angeläget att se på förhållandena i andra länder.

I direktiven till Delegationen för mångfald inom vård och omsorg sägs därför följdriktigt att delegationen skall redogöra för hur situationen för idéburna vårdgivare ser ut i andra länder. Redogörelsen skall avse:

- Omfattningen av verksamheten.
- Under vilka förutsättningar vårdgivaren verkar.

Utifrån direktiven är syftet med denna studie av idéburna och mindre vårdgivare i andra länder följande:

- Få en översiktlig bild av omfattningen av den idéburna vårdverksamheten i andra länder och vilka tendenser man kan se för dessa och för lokalt förankrade, mindre vårdgivare.
- Bidra till ökad förståelse av hur sjukvårdssystemet och dess förändringar påverkar denna del av vårdssystemet.

Studien skall framförallt analysera hur vården i idéburna organisationer och små företag påverkas av:

- Finansiärens styrning av vården genom exempelvis former för upphandling, kontraktering och ersättning.
- Relationen mellan patient, finansiär och vårdgivare bl.a. vad avser fritt val.

Som en bakgrund ges en kort redovisning av hälso- och sjukvårdssystemet i resp. land och vilka förändringar som genomförs/planeras. För jämförelsens skull presenteras även Sverige på motsvarande sätt.

I en parallell studie av Clas Rehnberg görs en genomgång av vårdsystem inom EU/EES avseende finansiering, former för prisättning och förekomst av konkurrensupphandling. I den studien ingår formerna för finansiering samt organisatorisk samhörighet mellan finansiering och utförande. Dessa punkter behandlas här enbart när så är nödvändigt för sammanhanget.

## 2 Omfattning och innehåll

Studien bygger på befintliga länderbeskrivningar och sammanställningar, svenska och internationella. Kompletterande litteraturstudier har inriktats på de specifika frågeställningarna för studien.

Studien avgränsas till sju OECD-länder England, Frankrike, Kanada, Spanien, Tyskland, Nederländerna och Norge; avgränsningen har delvis påverkats av tillgängligt material. Detta urval ger goda möjligheter till jämförelser mellan olika typer av system:

- Ett nordiskt land (Norge) med ett system som traditionellt liknat det svenska och där intressanta förändringar av vårdgivarnas status genomförts under senare tid.
- De nordeuropeiska, kontinentala länderna (Tyskland och Nederländerna) med försäkringssystem och traditionellt större roll för ej offentliga vårdgivare (inkl. kyrkan). I båda länderna pågår reformer.
- De sydeuropeiska medelhavsländerna (Frankrike, Spanien) med försäkrings- resp. skattefinansiering och huvuddelen av vårdplatserna offentliga.
- England med ett offentligt, skattefinansierat system som det svenska; systemet är dock nationellt enhetligt och centraliserat. Vårdgivarna har under senare år fått större självständighet
- Kanada, med offentlig finansiering men betydande inslag av privat produktion; liksom i Sverige är systemet öppet för alla

och betonar jämlikheten. En livfull debatt pågår om modellens framtid.

På enstaka områden görs också referenser till andra länder än de här nämnda.

*Idéburna* vårdgivare används här i stort sett synonymt med begreppen *icke vinstdrivande* eller *icke vinstsyftande* vårdgivare. På engelska är begreppen *not-for-profit* eller *none-profit*. De används också här eftersom de är välkända. Alla *not-for-profit* organisationer är inte direkt kopplade till idéer eller ideologi. På den aggregationsnivå denna studie arbetar med finns dock inte möjlighet göra någon distinktion mellan olika typer av icke vinstsyftande vårdgivare. Dock kommer i presentationen av de olika länderna karakteristiska drag att påtalas. Exempel på sådana är att *not-for-profit* vårdgivarna i Tyskland och Nederländerna oftast är kyrkor, medan i Kanada även sjukhus drivna av kommuner faller under detta begrepp.

Även situationen för privata *for-profit* vårdgivare kommer att beröras då de har relevans för den idéburna sektorns villkor. Särskilt gäller detta små, lokalt förankrade företag. Dessa verkar i vissa avseenden under i stort sett liknande förutsättningar som de idéburna organisationerna.

Denna rapport är i det fortsatta disponerad enligt följande. I kapitel 3 ges som en introduktion en översiktlig indelning av olika typer av sjukvårdssystem. I kapitel 4 redovisas sjukvårdssystemen i de olika länder, som ingår i studien. Där ges dels, med några snabba pennstreck, en presentation av de grundläggande dragen i respektive lands hälso- och sjukvårdssystem, dels en redogörelse för vilka utförare som finns och hur kontrakteringen är utformad. Dessa länderpresentationer kan ses som kärnan i studien. Utifrån dem syntetiseras och diskuteras sedan i kapitel 5 om tillhandahållare, utförare och kontraktsförfarande i olika länder samt i kapitel 6 sambanden mellan systemens uppbyggnad och den idéburna sektorn.

Studien har utförts av konsult Sven-Eric Bergman, Bergman & Dahlbäck AB, Stockholm.



### 3 Olika typer av sjukvårdssystem – en översikt

Hälso- och sjukvårdssystemen i olika länder kan delas in på olika sätt. En kategorisering utgår från den grundläggande finansieringen (efter Elola, 1996):

	Nationella hälsosystem <i>Beveridge</i> <sup>1</sup>	Socialförsäkringssystem <i>Bismarck</i> <sup>2</sup>
<b>Finansiering</b>	Offentlig (skatter)	Offentlig (arbetsgivaravgifter)
<b>Försäkring</b>	Offentlig (enhetlig)	Offentlig (pluralistisk)
<b>Produktion</b>	Offentlig	Privat ( <i>not for profit</i> )
<b>Länder</b>	Danmark Finland Norge Sverige Storbritannien Kanada Australien New Zeeland	Tyskland Nederländerna Frankrike

Finansieringsfrågan skall inte behandlas vidare här eftersom den kommer att belysas i en annan rapport till delegationen. Här är snarare intresset riktat mot tillhandahållare<sup>3</sup> och utförare.

Det är viktigt att notera att en bild av detta slag naturligen blir förenklad.

Då man talar om att *försäkringssystemen* i Bismarckländer som Tyskland och Nederländerna är offentliga är det en sanning med modifikation. Sedan länge finns i dessa länder en inte obetydlig privat försäkringssektor och den blir än större med de förändringar som nu pågår (se nedan). Ser man på USA är visserligen de privata försäkringarna, till stor del arbetsgivarefinansierade, tongivande,

<sup>1</sup> Efter Lord William Beveridge, under mellankrigstiden rektor för *London School of Economics* och arkitekten bakom det välfärdssystem som i andra världskrigets skugga planerades i England.

<sup>2</sup> Furst Otto Bismarck lade under 1880-talet grunden till det omfattande försäkringssystem som skulle ge de tyska arbetarna trygghet i en industrialiserad värld; sjukförsäkring, yrkesskadeförsäkring, pensionsförsäkring.

<sup>3</sup> Tillhandahållare används här som ett begrepp för den som är ansvarig för att befolkningen (eller delar av befolkningen, t.ex. medlemmarna i en försäkringskassa) får hälso- och sjukvård. Tillhandahållare och finansiär kan vara samma, som i Sverige, men kan också vara skilda entiteter. Tillhandahållare kan ses som ett generiskt, systemberoende begrepp och är således vidare än exempelvis beställare, som är en typ av tillhandahållare. Se vidare kap. 5.

men det finns stora offentliga program (för i första hand äldre och fattiga) liksom program i icke vinstsyftande stora organisationer.

Ser man på *produktionen* kan man urskilja en motsvarande bild. All produktion i Bismarcksystemen är långt ifrån icke vinstsyftande privat. I Tyskland är omkring hälften av sjukhusen offentliga och en växande andel privata *for profit*. I exempelvis USA, där sjukvårdssystemet ofta betecknas som privat, finns likaledes offentliga sjukhus och dessutom många aktörer *not for profit*.

Distinktionen mellan skattefinansierade och försäkringsfinansierade system kommer som sagt inte att behandlas särskilt ingående här. Dock kan finnas skäl att kort ta upp hur kontraktering har använts och används i dessa system eftersom kontraktens roller och funktioner är viktiga för de förutsättningar under vilken vårdgivarna arbetar. Denna fråga berörs ytterligare i avsnitt 6.

## 4 Länderbelysningar

### 4.1 Sverige

#### Systemet i stort

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet omfattar alla medborgare. Runt 90 % av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård är offentligt finansierade. Privat försäkring förekommer endast i obetydlig omfattning.

Staten styr som lagstiftare och genom statsbidrag. Statsbidragen svarar för ungefär 20 % av kostnader. Dessa bidrag är delvis knutna till statliga program på skilda områden. Socialstyrelsen svarar för tillsyn av verksamhet och personal.

Landstingen är tillhandahållare för akutsjukvård, primärvård och specialiserad psykiatrisk vård, medan primärkommunerna svarar för äldreomsorg samt för vård av psykiskt funktionsstörda.

#### Utförare

De flesta sjukhusen drivs av landstingen. Det finns ett fåtal privata sjukhus och dessa arbetar i huvudsak under kontrakt med landstingen. De privata sjukhusen, såväl profit som not-for-profit, är vanligtvis mindre än de offentliga och oftast inriktade på speciella verksamheter som elektiv kirurgi. I Stockholm finns dock ett akut-

sjukhus (S:t Görans sjukhus), finansierat av landstinget men sedan år 2000 drivet av ett privat aktiebolag.

År 2001 infördes en temporär lag ('stopplagen'), som förhindrade landstingen att överföra akutsjukhus i privat drift. Den ersattes år 2005 med en mer permanent reglering. Enligt denna måste varje landsting driva minst ett akutsjukhus. Om man överlåter ett sjukhus till privat drift skall det framgå av överlåtelseavtalet att sjukhuset inte får drivas med vinst. Vidare måste vården vara helt offentligt finansierad. Den nya regeringen, som tillträdde efter 2006 års val, har föreslagit att denna reglering skall slopas.

Sjukhusläkarna är anställda av sjukhusen och arbetar både i öppen och slutenvård.

Flertalet primärvårdsläkare är anställda av landstingen. Dock svarar privata utförare för en större andel i primärvården (25 %) än i sjukvården totalt (10 %). Ser man på läkarbesöken sker cirka 30 % av dessa hos privata läkare.

År 2005 utgjorde de privat drivna platserna vid särskilda boenden i äldreomsorgen drygt 13 %. Samma år utgjorde den privat drivna vården runt 10 % av hemtjänsten. Den överväldigande majoriteten (ca 90 %) av entreprenaderna inom äldreomsorgen drivs av vinstsyftande organisationer.

### Kontraktssystem

Under de senaste femton åren har ansträngningar att utveckla kontraktssystem i hög grad kopplats till beställar-utförar-modeller. Som *organisationsform* har flera landsting lämnat modellerna, men strävandena till en tydligare rollfördelning och klarare uppdrag/åtagande kvarstår.

Från vårdorganisationerna har funnits kritik mot att en formaliserad kontraktstyrning kan leda till ineffektivitet och politiskt detaljstyrd vård. Trenden är därför att gå mot breda avtal och överenskommelser. Att beställare och producenter fortfarande i huvudsak tillhör samma juridiska person – landstinget – innebär i praktiken bland annat att avvikelser från ingångna avtal inte leder till sanktioner och att underskott i verksamheten tilläggsfinansieras.

Kontraktstyrning i Sverige har således mer kommit att innebära ett förändringsarbete med att utveckla uppdrag/uppdragsbeskrivningar på ett modulärt sätt, som kan byggas in i olika

organisationer och olika styrsystem samt att utveckla ersättningsystemen.

Uppdragsbeskrivningar formuleras för att styra med kunskap. Det arbete med hälso- och sjukvårdsprogram/medicinskt programarbete som bedrivs i flera landsting används också som underlag för uppdragsbeskrivningar. Uppdragen tar sin utgångspunkt i befolkningens/olika behovs- och sjukdomsgruppers behov av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Utvecklingen av ersättningssystemen har inte gått särskilt snabbt från i början av 1990-talet när några landsting införde en prestationsersättning baserad på DRG<sup>4</sup>. Anslagsfinansiering har fortsatt att dominera. I landsting som tidigt utvecklade ersättningssystem med separerade beställare och utförare, har inflytandet över ersättningen flyttats upp i organisationen samtidigt som politiken inriktats mer på befolkningsföreträdarrollen. De landsting som tidigt införde decentraliserade modeller och därefter lämnade dem har inte återinfört dessa modeller. Samtidigt har andra frågor fått ökat utrymme t.ex. prioriteringar och strukturfrågor. De flesta landsting stävar nu efter att hitta modeller som kan integrera stöd för effektivt resursutnyttjande, strukturutveckling, horisontella prioriteringar, ökad tillgänglighet och uppföljning av det medicinska innehållet. Under de senaste åren har några landsting, främst de större, tagit steg i riktning mot förändringar av såväl sjukhusen som primärvården.

*Huvudkällor: Landstingsförbundet, 2004 (med där angivna källor); Andersson et al, 2006. Bergman & Dabbläck, 2001; Einevik-Bäckstrand, 2006; European Observatory, 2005b; Olsson & Thorling, 2005.*

---

<sup>4</sup> *Diagnosis Related Groups* – diagnosrelaterade grupper. Ett system från USA som klassificerar vårdtillfällen i medicinskt definierade grupper, som även har skapats med hänsyn till förväntat resursbehov.

## 4.2 England

### Systemet i stort

Det engelska<sup>5</sup> systemet är nationellt, skattefinansierat och omfattar alla medborgare. Det finns också privata försäkringar, som drivs av en mix av vinstdrivande och icke vinstdrivande företag. 10–15 % av befolkningen täcks av privat försäkring (duplikat, supplementär); vilket motsvarar runt 5 % av kostnaderna.<sup>6</sup>

Under slutet av 80-talet och första hälften av 1990-talet utvecklades i England marknadsliknande lösningar med köpare och säljare på en intern marknad. När Labour kom till makten 1997 övergavs denna inriktning till förmån för integrerad vård, partnerskap och långsiktiga överenskommelser mellan utförare och uppdragsgivare. Under senare år har inslagen av marknadstänkande återigen ökat.

Viktiga förändringar sedan 1997 har varit att öka sjukvårdens andel av BNP. Dessutom har inriktningen varit att öka vårdens tillgänglighet samt stärka konsumenternas ställning. Samtidigt har den centrala styrningen i den engelska hälso- och sjukvården utökats. Flera oberoende institut har fått ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering.

Det statliga inflytandet ligger inbäddat i systemets nationella karaktär. Regeringen fastställer budgeten för NHS. Särskilda insatser för att värdera ny teknologi görs genom *NICE (National Institute for Clinical Excellence)*. Stora satsningar har också skett på att följa upp kostnader och kvalitet (*The Healthcare Commission*).

### Utförare

Den offentligt finansierade vården produceras i huvudsak i offentlig regi. Den slutna vården produceras till 90 % vid statligt ägda sjukhus. Sjukhusen utvecklas nu mot s.k. *Foundations Trusts* med en större självständighet i ekonomiska frågor än tidigare. Detta kan ses som en utveckling av den ökade självständighet, som redan i

<sup>5</sup> Här avses bokstavligen systemet i England, inte i Storbritannien. Skottland, Wales och Nord-Irland avviker från det engelska systemet. Det skotska systemet, exempelvis, är mer traditionellt integrerat och kallsinnigt till marknadsliknande lösningar. Vissa statistiska uppgifter gäller dock de Förenade Konungadömena (UK). Detta framgår av texten.

<sup>6</sup> Privata försäkringar brukar indelas i följande kategorier: 1) *Duplikat*, som duplicerar offentliga försäkringar. 2) *Substitut*, som för en person som målt sig ut täcker vad som annars skulle täckts av offentliga försäkringar. 3) *Komplementär*, som täcker det som inte täcks av försäkringen, t.ex. patientavgifter. 4) *Supplementär*, som ger snabbare tillgång till vård eller ökad valfrihet. (Definitionerna i huvudsak efter Jönsson et al, 2005.)

början av 1990-talet infördes. Detta har därigenom blivit ett av de mer bestående inslagen i det långsiktiga reformarbetet.

Trusts och Foundation Trusts kan ses som not-for-profit organisationer inom NHS.

Privat vård bedrivs i huvudsak vid privata vårdenheter, men det finns privat verksamhet även inom sjukhus som drivs av NHS. Det är vanligt att seniora läkare (*consultants*) är verksamma i båda sektorerna inte minst i opererande specialiteter. Privata läkare sätter sina egna taxor *fee-for-service*.

År 1998 fanns det 230 oberoende sjukhus i UK, dvs. sjukhus utanför NHS. Marknaden domineras av ett fåtal stora for-profit kedjor, varvid bör noteras att det finns en betydande vertikal integration mellan försäkringsbolag och sjukhus. Antalet vårdplatser vid dessa sjukhus uppgick till 11 000, varav for-profit bolag svarade för två tredjedelar och idéburna organisationer för en tredjedel.

Inom NHS fanns vid samma tidpunkt ungefär 3 000 vårdplatser, som engelsmännen betecknar som 'amenity beds' (förmånsplatser). Drygt hälften av dessa finns vid vanliga vårdavdelningar och ger NHS patienter mot betalning tillgång till särskilda förmåner. Den andra hälften finns i s.k. privata flyglar, dvs. vårdavdelningar vid NHS sjukhus upplåtna för enbart privata patienter.

NHS har under senare år i ökad utsträckning upphandlat privat vård, främst elektiv (planerad, icke akut) kirurgi, vid Independent Sector Treatment Centres för att minska väntetiderna.

Den öppna vården produceras dels i olika öppna vårdformer med bl.a. sjuksköterskor för hemsjukvård och förebyggande arbete, community health service (sambandsbaserad vård), dels av husläkare, *GPs*. Dessa är egenföretagare vars verksamhet regleras detaljerat genom standardkontrakt med NHS. Vissa sköterskor är anställda av husläkare som mottagningsköterskor. *GPs* organiseras i primärvårdsenheter, *Primary Care Trusts (PCTs)*, som har budgetansvaret för huvuddelen av vården.

Från 1980-talet och framåt har utvecklingen av en privat sektor för sjukhem och annan långtidsvård uppmuntrats som alternativ till institutioner som drivs av NHS eller kommuner. Mer än hälften av långvårdplatserna drivs nu av privata utförare, flertalet vinstdrivande men också av icke vinstdrivande organisationer.

## Kontraktssystem

Flertalet GPs betalas direkt av NHS centralt genom en kombination av *lön, kapitering och fee-for-service*. Några är lokalt anställda. Ett nytt kontrakt för GP:s är under införande. Det innebär bl.a. en ökad lokal anpassning. Genom utvecklingen av s.k. *Practice based Commissioning* söker man också engagera husläkarna i beställningsprocessen på ett liknande sätt som under thatcherreformernas *GP Fundholders*, där husläkarna fick ett ekonomiskt ansvar och beställansvar för en viss del av akutsjukvården

Sjukhusen har kontrakt med Primary Care Trusts och ersätts i ökad utsträckning genom *DRG*.

*Huvudkällor: Landstingsförbundet, 2004 (med där angivna källor); European Observatory, 1994; Jonsson et al, 2006; Kerrison & Pollock, 2001.*

### 4.3 Frankrike

#### Systemet i stort

Socialförsäkringen täcker alla legalt boende i landet. 10 % av befolkningen täcks av *Couverture Maladie Universelle (CMU)*, som omfattar personer utan lön; anslutningen sker inte automatiskt utan man måste ansöka. Systemet arbetar med en återbärings taxa. Mellanskillnaden täcks till stor del av en kompletterande frivillig försäkring. 2004 års reform innebär en mindre ej återbäringsberättigad avgift (1 euro) för läkarbesök.

Den obligatoriska försäkringen finansieras i huvudsak med en form av löntagaravgift från arbetsgivaren och till en mindre del av den enskilde. 90 % av befolkningen täcks av en privat försäkring (komplementär, supplementär); motsvarar 13 % av kostnaderna. Den frivilliga tilläggsförsäkringen tillhandahålls av olika typer av försäkringsgivare, även kommersiella försäkringsbolag. Anslutna via CMU (se ovan) får gratis frivillig tilläggsförsäkring.

I det franska systemet finns en spänning mellan försäkringskassorna och staten på regionnivån. Den s.k. Juppéreformerna 1996 stärkte de regionala statliga organen. Det finns också ett starkt nationellt ministerium med ett omfattande planeringssystem. Någon konkurrens mellan olika försäkrare eftersträvas inte.

Det starka statliga inflytandet ger de tekniska instrumenten för kostnadskontroll. Nationalförsamlingen sätter årligen ett tak för utgifterna i försäkringssystemet (ONDAM<sup>7</sup>). Dessa mål har kontinuerligt överskridits. Ökad vikt har successivt lagts på utbudsstyrning.

## Utförare

Det franska systemet karakteriseras av pluralism.

Läkarna är i huvudsak egenföretagare, som betalas fee-for-service. Den s.k. Douste-Blazy reformen 2004, innebar att fransmännen skall ha en fast läkare (*un médecin traitant*), som har en viss grindvaktsfunktion, dock utan att vara husläkare. Denne läkare behöver dock ej vara allmänläkare. För att stimulera allmänläkarna att ta på sig en vägledningsfunktion får de ett tillägg för registrerade patienter.

Privatläkarna omhuldar i hög grad vad som går under beteckningen *la médecine libérale*. I det begreppet ligger patientens valfrihet av läkare; läkarens rätt att praktisera var han vill; patientavgifter i ett återbäringsystem.

Sjukhusen i Frankrike är antingen offentliga (25 % med 65 % av vårdplatserna), icke-vinstdrivande (33 % med 15 % av vårdplatserna) eller vinstdrivande (40 % med 20 % av vårdplatserna).<sup>8</sup> De offentliga sjukhusen står i huvudsak för akutvård, rehabilitering, långvård och psykiatri, medan de privata är inriktade på avgränsade delar, exempelvis kirurgi.

Den privata icke-vinstdrivande sektorn svarar för runt en tredjedel av eftervård och rehabilitering samt knappt 10 % av långtidsvården.

## Kontraktssystem

En nationell taxa förhandlas fram mellan försäkringskassorna och läkarnas organisationer; det finns flera. Vissa öppningar för individuella kontrakt har öppnats under senare år.

Offentliga sjukhus har tidigare ersatts efter en global budget. Vinstdrivande privata sjukhus har fått en fast ersättning för alla

---

<sup>7</sup> Objectif national des dépenses d'assurance maladie.

<sup>8</sup> Inom det kirurgiska området svarar *for-profit*-sjukhusen för hälften av vårdplatserna.



kostnader utom för läkarkostnaderna, som betalats fee-for-service. Det finns avtal mellan sjukhuset och doktorn, vilket har lett till stora skillnader mellan doktorer, specialiteter och sjukhus. Icke vinstdrivande sjukhus har kunnat välja mellan de båda ersättnings-systemen.

Fr.om. 2004 införs dock successivt under en relativt lång övergångstid ett enhetligt, aktivitetsbaserat ersättningssystem.

Kontrakt sluts mellan regionerna och sjukhusen. För de offentliga sjukhusen finns ingen nationell enhetlighet när det gäller kontrakten. Ambitionsnivåerna varierar mellan regionerna. Avtalen med vinstdrivande sjukhus är däremot enhetliga och begränsade till i huvudsak tariffer.

Någon konkurrens mellan utförare föreligger inte. Det franska systemet bjuder starkt motstånd mot konkurrens- och marknadstänkande. Det finns inte heller någon selektiv kontraktering.

Läkarna är i huvudsak anställda, med lön. Under senare år har de dock tillåtits att deltid ta emot privata patienter på sjukhuset.

*Huvudkällor: Landstingsförbundet, 2004 (med där angivna källor); ameli.fr (l'Assurance maladie en ligne); European Observatory, 2004a; Grosse-Tebbe & Figueras, 2004; Or & de Powvorville, 2006; Rodwin et al., 2006.*

#### 4.4 Kanada

##### Systemet i stort

Det kanadensiska sjukvårdssystemet karakteriseras av att det omfattar alla; är tillgängligt för alla; samt är heltäckande. Delstaterna svarar för all slutet och öppen vård, minimum enligt den federala regeringens krav. Delstaterna kan härutöver själva utöka tjänsterna med exempelvis läkemedel, tandvård, hemvård etc.

Den offentligt finansierade vården svarar för runt 70 % av kostnaderna. Delstaterna finansierar detta med generella och riktade skatter. Till detta kommer federala bidrag, som styrs av folkmängd och några andra faktorer.

I syfte att undvika uppkomsten av parallella hälso- och sjukvårdssystem är det i Kanada förbjudet att ha privata sjukvårdsförsäkringar som täcker den vård som ligger inom ramen för *Canada Health Act*. Likaså är privata, vinstsyftande sjukhus förbjudna inom

de verksamheter som ingår. Genom ett domstolsutslag i juli 2005, *Chaoulli v. Quebec*, att förbudet mot privat sjukförsäkring strider mot författningen i de fall någon får vänta så länge på vård att det allvarligt sätter ner hälsan. Detta har lett till en intensifierad debatt om mer privata inslag i systemet.

Tilläggsförsäkringar som täcker kostnader för viss extra service, t.ex. enkelrum, är däremot tillåtna. Ungefär två tredjedelar av befolkningen har en privat gruppförsäkring av tilläggskaraktär, som täcker tandvård, läkemedel, privat rum etc. Privat försäkring svarar för 11 % av kostnaderna.

## Utförare

95 % av de kanadensiska sjukhusen är icke vinstsyftande och drivs bl.a. av frivilliga organisationer och kommuner. Sjukhusen har egna styrelser som utses av ägarna. Styrelsen och sjukhusledningen har ansvar för drift och ekonomi men måste hålla sig inom den årliga budget som man förhandlat sig fram till med provinsregeringen.

Sjukhusen verkar inom ramen för givna budgetar med viss prestationsersättning. Delstaterna reglerar utförarna. I praktiken delegeras detta till *colleges*; professionellt självreglerande organ som ger tillstånd och sätter standards.

Den öppna läkarvården bedrivs av privatpraktiserande läkare som arbetar i egna mottagningar. En ökad satsning sker på primärvården, med allmänläkare och *nurse practioners*, liknande våra distriktssköterskor och dispensärsköterskor.

En stor del av de privata specialisterna har också rätt att lägga in och behandla sina patienter vid sjukhus när de behöver sådan vård. Även privata lättakuter har etablerats.

Något formellt remisstvång för att söka specialistvård finns inte. I praktiken kräver ofta specialisterna att patienterna har en remiss från allmänläkare eftersom deras taxa är konstruerad så att de får en högre ersättning för patienter som har en remiss än för andra patienter.

Sjukhem och andra institutioner för långtidsvård drivs antingen direkt av de regionala organen (Regional Health Authority, RHA) eller så har de kontrakt med RHAs. I praktiken har flertalet RHAs en varierande kombination av egna och kontrakterade institutioner. Liknande arrangemang finns för hemsjukvård. Inom denna sektor finns det såväl offentliga som privata (vinstsyftande och icke-vinst-

syftande) utförare. Sjukhemmen ligger utanför *Canada Health Act* och bryter därför inte förbudet mot privat konkurrens till vård som täcks av denna lag.

### Kontraktssystem

Flertalet läkare är privata och ersätts *fee-for-service*; c:a en fjärdedel får dock någon form av ersättning från det offentliga, motsvarande ungefär 10 % av kostnaderna. Förhandlingar om taxan sker på delstatsnivån mellan läkarorganisationerna och delstatsregeringarna. Om privatläkare vill sätta sina egna taxor måste de lämna det offentliga ersättningssystemet.

Provinsens styrning av verksamhetens inriktning sker främst i budgetförhandlingar. En väsentlig princip när det gäller finansiering av sjukhusen är att pengar för driften och pengar för investeringar hålls isär och beviljas var för sig efter särskild prövning på provinsnivå. Även om reglerna för finansiering av investeringar varierar mellan provinserna så är det vanligt att det krävs tillstånd från sjukvårdsministern i provinsen för att få göra investeringar.

Varje provins beslutar själv hur man vill ersätta sjukhusen. Gemensamt är att kostnaden för läkarnas löner inte ingår i den budget som sjukhusen får från provinsregeringen. Det hänger samman med att läkarna som regel inte är anställda vid sjukhusen. Läkarna ersätts enligt 'läkarvårdstaxan' även för den vård man utför inom sjukhuset.

Under 1980-talet började man på de flesta håll använda system med rambudgetar, *global budgets*, som gav ökad flexibilitet för sjukhusen att själva avgöra hur medlen användes jämfört med det tidigare systemet som innehöll stark centralstyrning från provinsen. Det finns på några sjukdomsområden inslag av prestationersättning (vissa cancerformer, katarakt, knä- och höftledsoperationer etc), i syfte att korta väntetider.

I Kanada råder etableringsfrihet för läkare. Läkarnas ersättning fastställs genom förhandlingar mellan provinsregeringen och läkarnas fackliga organisation. På en del håll har man för allmänläkarna ersatt *fee-for-service* med alternativa ersättningssystem, exempelvis för att förbättra tillgängligheten utanför kontorstid. Ersättningssystemen och formerna för att försöka åstadkomma kostnadskontroll när det gäller kostnaderna för läkarvård varierar mellan pro-

vinserna. Under senare år har allt fler provinser infört tak av något slag på ersättningen till läkarna.

Kostnaderna kontrolleras genom obligatoriska, årliga globala budgetar för sjukhus och regioner; förhandlade taxor; läkemedelslistor; begränsningar av spridningen av medicinsk teknologi.

*Huvudkällor: Landstingsförbundet, 2004 (med där angivna källor); European Observatory, 2005a; McIntosh, 2006.*

## 4.5 Spanien

### Systemet i stort

Det spanska hälso- och sjukvårdssystemet var under Francotiden försäkringsbaserat och centraliserat. Det är numera skattefinansierat och decentraliserat. De 17 regionerna har successivt fått allt större betydelse. Nästan alla täcks av systemet; vissa statstjänstemän och fristående företagare kan stå utanför.

Privata försäkringsbolag erbjuder komplementär försäkring och i ökad utsträckning täcker de tjänster utanför basutbudet. De kan också erbjuda kortare väntetider. Mellan 15 % och 20 % (beroende på hur man avgränsar och på källan) av befolkningen köper privata försäkringar. Arbetsgivarköpta försäkringar ger skattereduktion. Ett utmärkande drag för de privata försäkringarna är att de är integrerade med ett privat tillhandahållande.

Utförarna är i huvudsak offentliga. Flertalet läkare är offentligt anställda och har fast lön. Det finns dock parallella utförarsystem, i vilka ingår exempel militär sjukvård och fängelsesjukvård.

Trots ansträngningar att stärka primärvården är det spanska systemet i hög grad sjukhusbaserat. Det finns också ett omfattande nätverk av fristående öppen vård, även om strävandena är att integrera dessa i sjukhusen.

### Utförare

Traditionellt har 15–20 % av sjukhusvården kontrakterats ut till icke vinstdrivande utförare. Fr.o.m. 1990 har man implementerat en lagstiftning som gradvis skall skilja funktionerna som beställare och utförare genom ett kontraktssystem med mål knutna till

ersättningarna. Det förekommer dock ingen konkurrens mellan utförarna.

I mitten av 1990-talet var 68,8 % av vårdplatserna offentliga (325 sjukhus), 18,4 % privata *for-profit* (322 sjukhus) och 12,4 % privata *not-for-profit*. Under 1990-talet reducerades antalet vårdplatser i den privata sektorn påtagligt; 185 sjukhus med 6 000 vårdplatser. Resultatet blev en relativ ökning av de offentliga vårdplatserna. År 2003 var 319 sjukhus offentliga, motsvarande mindre än hälften av antalet sjukhus men med två tredjedelar av vårdplatserna. De allmänna sjukhusen är således vanligen större än de privata.

I en region, Katalonien, är situationen radikalt annorlunda. Där svarar *not-for-profit* sektorn för två tredjedelar av sjukhusvården. Detta har djupa historiska rötter i den katalanska traditionen av ömsesidigt stöd i det civila samhället.

Sjukhem och ålderdomshemmen ligger i Spanien under arbetsmarknads- och socialdepartementet, vilket speglar den tidigare kopplingen till socialförsäkringen. I ökad utsträckning har dock institutionerna förts över till regionerna. Omkring en tredjedel av platserna ägs av den offentliga sektorn, resterande köps genom kontrakt med privata institutioner.

### Kontraktssystem

De olika regionerna har skilda ersättningssystem till sjukhusen. Traditionellt har de ersatts retroaktivt, men på vissa områden används nu kontraktering med prospektiv betalning av vissa målinriktade program. Budgeten är dock global. Sedan mitten av 1990-talet har dessa program i ökande utsträckning omfattat privata utförare för att få ner väntetiderna. Patienter, som väntat mer än sex månader, har rätt välja ett annat (offentligt eller privat) sjukhus.

Introduktionen av denna typ av kontrakt har uppmuntrat till förbättringar av informationssystemen, bl.a. för att kunna mäta kvalitet och jämföra sjukhus. Andra spin-off effekter är bättre avgränsning av vad som ingår i programmet samt utveckling av managementhjälpmedel. Den har också lett till ökat kostnadsmedvetande och på det sättet förändrat kulturen.

Hälso- och sjukvårdslagen 1986 öppnade möjligheter för de katalanska (*not-for-profit*) sjukhusen att ingå långsiktiga överenskommelser med det offentliga systemet under speciella, medvetet vagt formulerade omständigheter. Vanligtvis förnyas dock kon-

trakten årligen. I Katalonien har arbetet med de nya kontrakten varit prioriterat. I Baskien har kontraktsprogrammen utvecklats till långvård och psykiatri.

I Katalonien har också öppnats möjligheter att kontraktera ut ledningen av offentliga vårdcentraler eller knoppa av sådana centraler till privat drift. Den självständiga kommunen Valencia har kontrakterat ut sjukhusvården vid två nya sjukhus till privata *for-profit* utförare.

*Huvudkällor: Landstingsförbundet, 2004 (med där angivna källor); European Observatory, 2000 och 2006b; Grosse-Tebbe & Figueras, 2004.*

## 4.6 Tyskland

### Systemet i stort

Upp till en viss inkomst måste alla anställda tillhöra en sjukförsäkringskassa, som alla ger i princip samma täckning. Detta täcker nära 90 % av befolkningen och inkluderar även familjemedlemmar, arbetslösa och studerande.

Personer ovanför inkomstgränsen har rätt mäla sig ur systemet och ordna privat täckning. Knappt 10 % av befolkningen har utnyttjat den rätten.

Det finns idag ungefär 280 sjukkassor. Dessa är självständiga, icke vinstdrivande. Sedan ett tiotal år har den försäkrade möjlighet välja kassa och kassorna är, i sin tur, förpliktigade att acceptera varje medlemssökande. Denna förpliktelse stärks med den reform av systemet, som nu genomförs.

Kassorna är offentligt reglerade och har en hög grad av självständighet. De finansieras med en obligatorisk löneskatt i storleksordningen 14 %. Traditionellt har denna delats lika mellan arbetsgivare och arbetstagare, men fr.o.m. 2007 är den något högre för arbetstagarna. Kassorna svarar för drygt 80 % av sjukvårdskostnaderna. Fr.o.m. 2007 skjuter staten till pengar till kassorna; 1,5 miljarder € 2007 och 3 miljarder € 2008. (Tuffs, 2006).

Den senaste reformens konturer är inte till alla delar helt klara även om förbundsrådet (februari 2007) trots betydande reservationer nu godkänt den nya lagen. Delar av reformen har skjutits till 2009, för övriga pågår implementeringen. Generellt kan man dock

säga att utvecklingen, om än rätt långsamt och långtifrån oemotsagd, går mot ett mer marknadsliknande system med inslag av konkurrens på såväl finansierings- som utförarsidan.

Privat försäkring är frivillig och individuell. Ungefär 18 % (inkl. de ovan nämnda 10 %) av befolkningen täcks av privat försäkring, varav hälften substitut och hälften komplementärt/supplementärt. De privata försäkringarna svarar för 8 % av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Hushållen själva står för ungefär 12 % (out of pocket); det gäller främst läkemedel, men fr.o.m. 2004 finns det också en besöksavgift i öppen vård.

### Utförare

Sjukhusen är i huvudsak icke vinstdrivande; allmänna och privata. År 2001 svarade den offentliga sektorn för 53 % av vårdplatserna, icke vinstdrivande organisationer för 39 % och den privata sektorn för 8 %. Här sker dock nu snabba och drastiska förändringar, där även (från 2005) universitetssjukhus privatiseras. En av anledningarna till detta är det mycket besvärliga ekonomiska läget för dessa sjukhus, med stora finansieringsunderskott. Förändringarna går så fort att de är svåra att belysa med den löpande statistiken. Det är framförallt stora privata *for-profit* kedjor, som växer snabbt genom att köpa sjukhus som ägs av kommuner. De fyra största kedjorna har nu 60 % av den privata marknaden.

Läkarna är anställda vid sjukhuset. Överläkare har rätt ta privata patienter. Traditionellt har det i Tyskland funnits en skarp gräns mellan sluten och öppen vård. Sjukhusen har, med undantag från universitetssjukhusens polikliniker inte haft någon annan öppenvård än överläkarnas verksamhet. Den strikta gränsen börjar nu dock luckras upp, bl.a. vad gäller dagsjukvård.

Allmänläkarna är egna företagare. De har ingen egentlig gatekeeperfunktion, men det finns strävanden att utveckla ett husläkar-system. Patienterna har fritt val.

En viktig organisation på utförarsidan är *Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege*. Den består av de sex ledande non-profit organisationerna, som äger och driver sjukhus, sjukhem, hemvård och ambulanstransporter. På det senare området producerar man faktiskt huvuddelen av tjänsterna i Tyskland. Organisationerna stammar såväl från arbetarrörelsen som från olika religiösa och sekulära välfärdsorganisationer.

Flertalet utförare när det gäller social omsorg (inkl. äldreomsorg) tillhör denna allians. Den innehåller uppemot 60 000 fristående institutioner, med mer än 1 miljon anställda. De svarar för hälften av ålderdomshemmen, 80 % av hemmen för handikappade och 70 % av institutionerna för barn och ungdom.

### Kontraktssystem

Läkarna i den öppna vården betalas fee-for-service. För att kontrollera kostnaderna finns olika takkonstruktioner.

För sjukhusen finns ett dualt finansieringssystem, dvs. investeringar och driftskostnader finansieras av olika system. Investeringar planeras av delstatsregeringarna och finansieras av dessa tillsammans med den federala regeringen. Kassorna svarar för driftskostnaderna. Sedan 2004 används ett DRG-baserat system.

Det tyska systemet bygger på ett stort mått av professionellt självstyre med korporativism och förhandlingar. På ena sidan finns läkarnas organisationer, på den andra försäkringskassornas. Sjukhusen har ingen offentligt korporativ organisation utan samarbetar på privaträttslig grund. Förhandlingar sker på främst delstatsnivå, men också federalt.

Utveckling går emot tydligare beställarfunktion hos kassorna och också viss, om än begränsad, konkurrens. En grund för det är den möjlighet till selektiv kontraktering, som kassorna numera har. Denna selektiva kontraktering innebär alltså att man inte tecknar avtal med alla sjukhus. I sin tur kan detta medföra en begränsning av patientens valfrihet.

*Huvudkällor: Landstingsförbundet, 2004 (med där angivna källor); BMJ, 2007; European Observatory, 2004b; Grosse-Tebbe & Figueras, 2004; Lisac & Slette, 2006; Saltman, 2007. Tuffs, 2006a och b; Wörz & Busse, 2006.*

## 4.7 Nederländerna

### Systemet i stort

Nederländerna har fr.o.m. 2006, efter nästan två decennier av utredande och successiva beslut, ändrat sitt system. Tidigare fanns ett dualt försäkringssystem, där ungefär två tredjedelar av befolk-



ningen omfattades av den obligatoriska sjukförsäkringen, vilken administrerades av försäkringskassorna. Den resterande tredjedelen täcktes av privata sjukförsäkringar; de försäkrade tillhörde i huvudsak personer över en viss inkomstgräns. Detta har ersatts av en för alla holländare obligatorisk basförsäkring. Därutöver har alla rätt att köpa en komplementär, frivillig försäkring. Innehållet i basförsäkringen bestäms av regeringen och är i stort sett densamma som i det tidigare systemet.<sup>9</sup>

Premierna sätts i konkurrens mellan kassorna och är nominella, dvs. icke inkomstrelaterade. Härutöver betalar arbetstagarna 6,5 % av inkomsten (upp till ett inkomsttak på 30 000 € per år) till en central fond, som fördelar pengar till försäkrarna efter ålder, kön, läkemedelsförbrukning och sjukdomsförekomst.

Det nya försäkringssystemet har givits en påtaglig privat karaktär. Relationerna mellan den försäkrade och försäkringsbolaget regleras civilrättsligt, inte offentligt. Den statliga regleringen av hälso- och sjukvården är avsedd att minska.

Tendensen till mer marknadslänkande inslag och ökad privat finansiering är tydlig. Försäkrarna, som även kan vara privata vinstsyftande, skall konkurrera genom premier och villkor, t.ex. självrisk eller inte. Patienten har full valfrihet och kan byta försäkrare en gång per år.

## Utförare

Allmänläkarna är husläkare med gatekeeperfunktion. Den offentligt försäkrade *måste* lista sig hos sin allmänläkare. Patienten har rätt välja vilken. Vanligtvis väljer man bland dem som är etablerade i patientens bostadsområde. De privat försäkrade *behöver* inte lista sig, men gör vanligtvis detta ändå.

Patienten har ganska stora möjligheter välja sjukhusspecialist och sjukhus i Nederländerna. Han/hon måste dock ha remiss från sin husläkare för att bli behandlad vid sjukhus antingen det gäller slutna eller öppna vård. Denna remiss är dock inte särskilt svår att få.

Mer än 90 % av sjukhusen, liksom sjukhemmen, är privata, icke vinstdrivande. Enligt lag får de inte drivas i vinstsyfte. De flesta har

---

<sup>9</sup> Denna förändring avser täckningen av primärvård och akut vård. En tredje, universell komponent täcker långtidsvård (AWBZ). Den finns fortfarande kvar som ett separat system även om det finns planer att förändra detta.

anknytning till antingen katolska eller protestantiska sammanslutningar. Nästan all specialistvård bedrivs på sjukhusen; specialistläkarna är egna företagare som har kontrakt med sjukhuset. Annan personal är anställda med månadslön.

Föreställningen i Nederländerna har varit att en nödvändig förutsättning för att lyckas med förändringar av sjukvårdssystemet skulle vara att öka engagemanget från privata *for-profit* aktörer. Så verkar dock inte bli fallet. De icke-vinstsyftande aktörerna går i bräschen för implementeringen av pågående reformer.

## Kontraktssystem

Familjeläkarna är självständiga företagare och arbetar under ett nationellt kontrakt. Husläkarna ersätts genom kapitering eller efter utförda åtgärder (*fee-for-service*). Sjukhusspecialister är fristående företagare; betalningsformer varierar.

Sjukhusen har budgetar baserade på antal bäddar, patienter och läkare. Kapitalutgifter finansieras för sig. Från år 2000 har en viss prestationsrelatering tillkommit.

Försäkringsbolagen har genom den nya reformen fått en starkare position relativt utförarna. De är inte längre tvungna att teckna avtal med alla utförare (selektiv kontraktering) och kan också upphandla i konkurrens. Hittills har denna möjlighet dock endast utnyttjats i ringa utsträckning.

Tidigare har systemet främst varit inriktat på kollektiva förhandlingar och kontrakt, men detta har successivt förändrats mot mer individuella lösningar. En orsak till detta är att det ansetts strida mot kartellförbudet.

Förhandlingsstyrkan mellan parterna har påverkats av den koncentration, som under senare år skett på såväl försäkringssidan som sjukhussidan. Antalet kassor har gått ner från över 80 till ett tjugotal. Sjukhusen slås samman i allianser av olika slag.

Det holländska systemet genomgår just nu radikala förändringar. Det kan möjligen dock finnas skäl att avvakta implementeringen innan man drar för stora slutsatser. När så sker kommer försäkringskassor och försäkringsbolag att kunna uppträda som mer aktiva beställare. Traditionellt har det funnits en tröghet mot konkurrens. Upphandling av det slag vi talar om i Sverige har inte förekommit. Det handlar alltså om en kulturförändring, som kan komma att ta viss tid.

*Huvudkällor: Landstingsförbundet, 2004 (med där angivna källor); Bartholomé & Maarse, 2006; European Observatory, 2004c; Hoogervost, 2007; de Roo, 2001; de Roo, 2006.*

## 4.8 Norge

### Systemet i stort

Det norska hälso- och sjukvårdssystemet omfattar alla medborgare. 85 % av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård är offentligt finansierade. Privat försäkring förekommer endast i obetydlig omfattning.

Staten styr som lagstiftare och är dessutom finansieringsansvarig och driftsansvarig. Även om hälsoföretagen (nedan) är fristående juridiska personer kan staten utöva inflytande på olika sätt: a) genom stadgarna; b) genom utnämningen av ordförande; c) vid s.k. allmänna möten ge direkta ägardirektiv; d) vid styrelsemöten.

### Utförare

Allmänläkarna är husläkare.

Flertalet sjukhus är offentliga. Sjukhussektorn består efter en reform 2003 av fem regionala hälsoföretag med sjukhus (hälsoföretag) som dotterbolag. I dotterbolagen ingår ofta flera sjukhus. Hälsoföretagen är ägare av dotterbolagen. Det förutsätts dock att man skall styra dem på armlängds avstånd, främst genom att utse styrelseledamöter. Sjukhusen kan själva förfoga över sitt kapital och sin finansiering, men de kan inte gå i konkurs. Såväl hälsoföretagen som dotterbolagen leds av en styrelse.

De regionala hälsoföretagen får själva välja vilken organisatorisk struktur de skall arbeta i. Alla har valt integrera flera sjukhus till större dotterbolag. Detta *kan* tolkas som att man bedömt fördelarna med samverkan och stordrift som större än fördelarna av konkurrens mellan sjukhus.

Det finns ett fåtal privata sjukhus, som svarar för ett liten del av den totala sjukvården; dock är andelen större inom den elektiva (planerade, icke akuta) kirurgin.

*Not-for-profit* institutioner är i normalfallet inrättade som stiftelser. Dessa finansieras av och ses som en integrerad del av det offentliga systemet. Ett exempel är en diakonistiftelse, som ägs av

norska kyrkan. *For-profit* organisationer har en undanskymd roll. De har i första hand inrättas för att komplettera den offentliga vården inom områden som exempelvis plastikkirurgi.

År 2004 fanns det endast 284 vårdplatser i privat akutsomatik, jämfört med 13 000 inom den offentliga vården. Ungefär 90 % av sjukhemmen ägs av kommunerna, endast 3 % av *for-profit* organisationer.

De privata insatserna är främst märkbara inom missbrukarvård och rehabilitering. Dessutom finns en hel del privata, vinstsyftande inslag inom medicinsk service som laboratorier och röntgen. Efter reformen 2002 har dessutom skett en påtaglig ökning av den privata specialistvården i stort.

Sjukhemmen drivs numera av kommunerna; tidigare låg de på fylkeskommunerna. År 2000 drevs ungefär 90 % av sjukhemmen av kommunerna. Endast 3 % drevs kommersiellt; här finns alltså även ett icke vinstdrivande segment.

### Kontraktssystem

Staten ansvarar helt för finansieringen av sjukhusen och ersättningen går främst till de regionala hälsoföretagen. 50 % av sjukhusens kostnader ersätts med *DRG*. Poliklinisk behandling ersätts dock av det norska riks försäkringsverket (*Rikstrygdeverket*).

Efter den s.k. *fastlegereformen* 2001 är allmänläkarna egna företagare, kontrakterade av kommunerna. De får betalt dels per capita, dels per prestation från *Rikstrygdeverket*. Taxan är nationell och förhandlas fram kollektivt mellan staten och läkarnas organisation.

Kommunernas kontrakt med allmänläkarna reglerar ansvarsförhållandena mellan parterna. Exempelvis har kommunerna enligt kontraktet rätt att utnyttja husläkaren ett vist antal timmar i den kommunala sjukvården. I praktiken är de få kommuner som fullt ut utnyttjar denna rätt.

Även om de regionala hälsoorganisationerna har kontrakt med privata utförare inom exempelvis medicinsk service kan man inte se dem som beställare. I Norge verkar inställningen vara att en strikt uppdelning på beställare och utförare i praktiken är ogenomförbar och skulle medföra ett betydande kontraktuellt merarbete.

Det bör vidare nämnas att kommunerna (primärvården) och de regionala hälsoföretagen (sjukhusen) inte har någon beställar-utfö-

rar relation. Däremot finns förslag om att de tillsammans i vissa fall skall kunna upphandla vård.

*Huvudkällor: Landstingsförbundet, 2004 (med där angivna källor); European Observatory, 2006a; Jonsson et al, 2006; Midtunn, L. 2007.*

## 5 Tillhandahållare, utförare och kontraktering i de studerade länderna

### 5.1 Tillhandahållare

Som nämnts används tillhandahållare här som ett begrepp för den som är ansvarig för att befolkningen (eller delar av befolkningen, t.ex. medlemmarna i en försäkringskassa) får hälso- och sjukvård. Tillhandahållare och finansiär kan vara samma, som i Sverige, men kan också vara skilda entiteter. Tillhandahållare kan ses som ett generiskt, systemoberoende begrepp och är således vidare än exempelvis beställare, som är en typ av tillhandahållare.

Konfigurationen av tillhandahållare skiljer sig rätt mycket mellan de studerade länderna och från det svenska systemet.

### Skillnaderna mellan skattefinansierade system och försäkringsfinansierade

En dimension knyter tillbaka till avsnitt 3 om skillnaderna mellan skattefinansierade system och försäkringsfinansierade.

I Bismarckländerna *Nederländerna* och *Tyskland* är det närmast definitionsmässigt försäkringskassorna som är tillhandahållare. Även *Frankrike* tillhör Bismarckgruppen, men här är det snarast regionerna och försäkringskassorna, som tillsammans är att se som tillhandahållare.

I Beveridgeländerna är det stat och/eller kommunerna i olika skepnader som utgör tillhandahållarna. *Engelska* NHS är ett centraliserat system, men beställarna är efter den senaste reformen runt etthundrafemtio *Primary Care Trusts*. Även det *norska* systemet är, vad avser tillhandahållandet av sjukhusvård, ett centraliserat system; hälsoföretagen är ju utförare vars relationer med sjukhusen är relationen mellan moder- och dotterbolag. För allmänläkarvården är det lokalt valda politiska organ, kommunerna, som är

beställare. I *Kanada* och *Spanien* är det regionala självstyrelseorganen (delstater resp. regioner), som fyller rollen som tillhandahållare.

### Centrala vs. regionala/lokala tillhandahållare

Med detta har också redan berörts skillnaderna mellan centralt och regionalt/lokalt tillhandahållarskap, vilket således skär över distinktionen försäkringssystem–nationellt system.

Av länderna i denna studie är det egentligen endast *Norge* på sjukhussidan, som har en central tillhandahållare. Samtidigt är, som nämnts, det *engelska* systemet ett centralt system, inom vilket *PCT* verkar som regionala enheter. I *Kanada* har den federala regeringen ett starkt inflytande genom lagstiftning och statsbidrag. Det *spanska* systemet befinner sig i en decentraliseringsprocess, där man kommit olika långt i skilda regioner. I *Tyskland* och *Nederländerna* är försäkringskassorna i huvudsak regionalt förankrade.

Dimensionen centralt–lokalt är alltså sammantaget sammansatt.

### Individuella vs. kollektiva tillhandahållare

Denna dimension hänger ihop med den geografiska. I flertalet länder handlar det om individuella tillhandahållare, som dock är så stora att de i sig är kollektiva (*England, Spanien, Norge*).

I *Tyskland* och *Nederländerna* har försäkringskassorna, om än självständiga och åtminstone fram till nu i rätt hög grad jobbat ihop. Pågående reformer kan ändra detta.

### Konkurrens mellan tillhandahållare

Konkurrens mellan tillhandahållare förekommer endast marginellt. Reformerna i *Tyskland*, och framförallt *Nederländerna*, öppnar nu för detta. I vilken utsträckning det kommer att ske återstår att se. *Practice based Commissioning* i *England* kan ses som ett sätt att introducera konkurrens mellan beställare av specialiserad sjukvård. Samma syfte hade under första hälften av 1990-talet Mrs. Thatchers reformer.

## Offentliga vs. privata tillhandahållare

Huvuddelen av tillhandahållarna inom den offentligt finansierade vården är offentliga. Den *nederländska* reformen innebär en starkare ställning för de privata försäkrarna, som kommer att ha funktion som tillhandahållare. I England har öppnats möjligheter för *PCTSs* att köpa privat management; om detta skall ses som privata beställare har varit föremål för diskussion.

### 5.2 Utförare

#### Sjukhusvård

Sjukhusvården är i några av de studerade länderna helt övervägande offentlig: *England, Spanien, Norge*. Samtidigt finns i dessa länder en strävan att inom det offentliga systemet ge sjukhusen en betydande manageriell frihet.

I *Tyskland* och *Frankrike* är sjukhusen till stor del offentliga, framför allt skutsjukvården. Framför allt i Tyskland sker nu en snabb förändring genom att offentliga sjukhus (även universitets-sjukhus) övertas av privata *for-profit* kedjor; *non-profit* sektorn behåller dock sin position. I Frankrike ter sig en privatisering av tyskt slag f.n. föga trolig. Fransmännen verkar på detta område, liksom på många andra, vilja slå vakt om sin offentliga egendom.

I *Nederländerna* och *Kanada* dominerar de icke vinstsyftande vårdgivarna. Privatiseringsvågen i Nederländerna synes inte, i vart fall inte i ett första skede resultera i att sjukhusen tas över av *for-profit* utan möjligen till ökad konkurrens mellan utförare (se nedan).

Mönstret för den sjukhusbaserade öppna vården är komplext, delvis sammanhängande med hur läkarna är knutna till sjukhuset. I flertalet länder är de anställda av sjukhuset, men i *Nederländerna* är även sjukhusläkarna fria företagare, kontrakterade av sjukhusen. I *Kanada* bedrivs en stor del av den öppna vården utanför sjukhus och sjukhusen bestämmer vilka läkare som får lägga in patienter på sjukhusen. I *Tyskland* har slutna och öppna vård varit helt skilda, men överläkarna har rätt att ta privata patienter. Samma rätt har överläkarna (*consultants*) i England.

## Öppen vård

Läkarna i den öppna vården är regelmässigt fria företagare. Detta gäller även GP:s i England, som dock genom kontrakt arbetar i hög grad integrerat.

*Husläkare* finns i tre av länderna: *England*, *Nederländerna* och *Norge*. I *Tyskland* och *Frankrike* finns strävanden att införa husläkarliknande system.

### 5.3 Kontraktering

I den fortsatta diskussionen kommer kontraktering att användas i vid betydelse. Detta gäller i två avseenden. För det första kommer kontraktering att stå för en process med olika led innefattande hur associering<sup>10</sup> av utföraren sker till systemet, ersättningsvillkor, kontraktutformning etc. För det andra kommer begreppet att användas i överförd betydelse även när man inte explicit talar om kontrakt.

#### Individuella vs. kollektiva kontrakt – möjligheterna till selektering

I Bismarckländerna handlar det som nämnts oftast om kollektiva kontrakt snarare än individuella. Detta är exempelvis fallet i *Tyskland*, där kontrakten sluts mellan läkarnas sammanslutningar och försäkringskassornas organisationer.

Tidigare har försäkringskassorna i *Nederländerna* och *Tyskland* slutet kontrakt med alla utförare, som uppfyllt grundläggande krav. Nu finns möjligheter att selektera vårdgivare efter kostnader, kvalitet etc. Än så länge verkar de praktiska konsekvenserna av detta dock begränsade.

I *England* innebär markeringen av intern marknad att beställare och utförare går in i mer affärsmässiga förhållanden. Frågan är dock om vilka effekterna av detta har blivit. En av de ledande arkitekterna bakom Tony Blairs reformer, professor Chris Ham uttalar för sin del nu stor tveksamhet, bl.a. utifrån att beställarna inte har tillräckliga kunskaper och resurser (Ham, 2007).

---

<sup>10</sup> Med associering menas här knytning av utförare till verksamheten och reglering av relationerna mellan finansiär och/eller tillhandahållare och utförare.



I övriga system (*Frankrike, Kanada, Spanien och Norge*) har kontrakten mer karaktären av planeringsinstrument.

### Hårda eller mjuka kontrakt

Kontrakten kan vara 'hårda' eller 'mjuka'. I de hårda kontrakten är parterna relativt autonoma. De är inriktade på att aktivt och starkt företräda sina respektive intressen och pressa fram bästa möjliga avtal. Kontrakten är direkt kopplade till belöningar och sanktioner. I den 'mjuka' kontraktingen är parterna inte på samma sätt formella; de har också större intressegemenskap. Kontrakten mellan s.k. tredjeparts betalare och utförare är i hög grad fotade på samverkan, ömsesidigt stöd, förtroende och kontinuitet i motsats till konkurrens och snabba byten av utförare. Kontrakten kan mer ses som uttryck för gemensamma intentioner. Mjuka kontrakt är för det mesta inte legalt bindande utan snarare 'överenskommelser om vilka tjänster som skall tillhandahållas' eller 'dokument för att bekräfta en ömsesidig förståelse'.

I de här aktuella länderna har kontrakten snarare varit mjuka än hårda. Efterhand som mer marknadsliknande inslag vinner terräng är inriktningen att kontrakten skall bli hårdare. Något större praktiskt genomslag har detta dock knappast fått. Delvis kan det hänga samman med svårigheter att formulera och följa upp mål för verksamheterna.

### Upphandling eller inte

Upphandling i den mening som avses i vår LOU förekommer i ringa omfattning, Upphandling sker i någon mån vid köp av operationer av planerad kirurgi för att minska väntetider, exempelvis i *England*.

### Konkurrens eller inte

Konkurrens upplevs fortfarande som ett relativt främmande begrepp i flertalet av de system, som här studerats.

Som framgått är det främst i *Nederländerna* och *Tyskland* som förändringar i dessa avseenden kan vara att förvänta. Det blir en

intressant uppgift att under de närmaste åren följa upp vad detta kan innebära.

I *England* har inriktningen framför allt varit en jämförelsekonkurrens mellan olika utförare genom att sätta mål, följa upp och betygsätta. Jämförelsekonkurrens är ett viktigt begrepp, eftersom det visar på att konkurrens inte enbart behöver förknippas med priskonkurrens i en upphandling utan kan ha en vidare innebörd. I den anglosaxiska litteraturen skiljer man på *competition*, som står för konkurrens lika med 'tävlan' och *contestability*, som kan innebära att man på andra sätt prövar om en utförare skall få fortsätta sitt uppdrag eller inte.

## 6. Tänkbara samband mellan sjukvårdssystemens utformning och den idéburna sektorns villkor och omfattning

### 6.1 Påverkan av skatte- respektive försäkringssystem?

Denna studie tog sin början (kapitel 3) i en typologi av sjukvårdssystem, som utgick från skillnaden mellan skatte- och försäkringssystem. Under presentationen av de olika ländersystemen i kapitel 4 har framgått att skillnaderna mellan skattefinansierade system och försäkringsfinansierade system inte är helt entydiga.

I teorin skiljer sig skatte- och försäkringssystem åt i väsentliga avseenden. I praktiken är skillnaderna ofta mindre påfallande.

En första punkt handlar om vilken *befolkning* som täcks. Enligt skolboken täcker skattefinansierade system hela befolkningen, medan ett försäkringssystem täcker en selekterad grupp. För de länder som här studerats är inriktningen att alla, förutom en relativt liten andel av de bäst ställda, obligatoriskt skall täckas. Sedan kan detta, som exempelvis i Nederländerna och Tyskland ske i olika system.

I försäkringssystem skall man teoretisk tillämpa en strikt *aktuarieprincip*, i vilket premier sätts efter risker. Som framgått finns dock i socialförsäkringssystem utjämningsystem och också bestämmelser om att premier inte får differentieras.

I själva tanken med försäkringssystem ligger att *individens rätt till vård och behandling* skall vara preciserad, liksom också det som ligger utanför. I praktiken framstår inte skillnaderna mellan syste-

men härvidlag särskilt stora. Inte i någon form av system ter det sig särskilt enkelt att prioritera bort insatser.

*Valfriheten* blir i princip olika i försäkringssystem och skattesystem. I försäkringssystemen gäller valfriheten till försäkrare, som i sin tur *kan* begränsa valfriheten av utförare genom selektiv kontraktering. I de skattefinansierade systemen väljer man direkt utförare. Hittills har valfriheten i försäkringssystemen inte varit så stor och inte heller verkar den ha varit särskilt eftertraktad. Den nya nederländska systemet kan visa sig bli en murbräcka; många bytte försäkrare när systemet introducerades.

*Kostnadskontrollen* har i skattesystemen traditionellt hanterats via budget, i försäkringssystemen via förhandlingar, avtal och ersättningssystem. Genomgången av länderna i denna studie visar en stor blandning härvidlag.

Mot denna bakgrund är det inte förvånande att det mönster, som i kapitel 5 framkom av tillhandahållare, utförare och kontraktering, inte följde några enkla linjer uppdelade efter skatte- respektive försäkringsfinansiering. Dessa mönster påverkar i sin tur förutsättningarna för olika typer av vårdgivare.

De idéburna (*not-for-profit*) vårdgivarna har en stark ställning i Bismarckländer som Nederländerna och Tyskland, men också i ett Beveridgeland som Kanada. I Bismarcklandet Frankrike är den icke vinstgivande sektorn relativt sett svagare. Spanien har gått från försäkring till skatt utan att den idéburna sektorn påverkats påfallande mycket.

Däremot framstår det som troligt att *not-for-profit* organisationer kan komma att få delvis olika funktioner beroende på typen av system. Ett begrepp som tangerar de företag och organisationer som vi här avser och som brukas i många länder är *socialt entreprenörskap*. Saltman (2007) utgår från det klassiska entreprenörskapet, som kan definieras som att "...flytta ekonomiska resurser från ett område med lägre till ett med högre produktivitet och större avkastning". Med det synsättet karaktäriseras entreprenören av att köpa och sälja nyttigheter med vinstsyfte och med målet personlig förmögenhet. Begreppet socialt entreprenörskap vidgar detta till något, som "...kombinerar passionen för en social uppgift med bilden av affärsmässig disciplin, innovationsförmåga och viljeinriktning. Den sociale entreprenören handlar med sociala tjänster (i vid mening), är inte vinstsyftande eller offentlig och har målet bättre samhällstjänster".

*Non profit* företagen är en del av det sociala entreprenörskapet och kuggar in på olika sätt i skilda typer av system. Saltman menar att det sociala entreprenörskapet i *skattefinansierade system* ökar möjligheterna till olika lösningar inom den offentliga sektorn. Samtidigt tenderar detta entreprenörskap att bryta ner gränserna mellan offentligt och privat, i själva definitionen ligger ju såväl en social inriktning som affärsmässighet. Patienternas frihet att välja utförare ökar. Entreprenörskapet i *försäkringssystem* tenderar snarare att öka möjligheterna till olika lösningar inom den privata sektorn. Individens finansiella risker ökar, när han/hon får bära en större del av kostnaderna. Patientens ökade val avser här försäkringsgivare. Dessa arbetar alltmer med s.k. selektiv kontraktering, dvs. de väljer ut vissa utförare. Detta kan, enligt Saltman, leda till ökad kvalitet. Evidensen för detta är dock fortfarande svag.

I Sverige är det sociala entreprenörskapet en tydlig beståndsdel av den företagsinriktade grenen av den sociala ekonomin och tar sig uttryck som sociala, brukar-, personal-, föreningsdrivna företag vars mål är att bereda målgruppen vård- omsorg och arbete.

## 6.2 Påverkan av kontraktstyrning?

Kontraktering har traditionellt funnits i system med socialförsäkring, men kontrakten har inte i någon högre grad varit resultatet av någon upphandling eller syftat till styrning av verksamheten. Kontrakten har mer fungerat som ett sätt att reglera förhållandena, i första hand ersättningen, mellan försäkringskassa och vårdgivare.

Från 1990-talet är det framför allt länder med nationella hälso- och sjukvårdssystem som utvecklat kontraktlösningar. Dessa syftar till decentralisering av ledning och styrning; bättre kontroll av utförarnas prestationer; bättre planering samt ökat lokalt inflytande.

Skälen för att arbeta med kontraktstyrning är enligt Savas et al. (1998):

- *Decentralisering av ledning och styrning*  
Två mekanismer bedöms som väsentliga i detta sammanhang. Den ena är att kontrakten innehåller en *specifikation av åtagandena*. Den andra är att de leder till *delad risk* mellan beställare och utförare. Kontrakten kan knytas till tillgängliga resurser och

innebär att 'försäkraren' inte bara betalar ut pengar. Detta förutsätter en viss autonomi hos utföraren.

Beställaren koncentrerar sig i en kontraktstyrning på behovs- sidan. Genom att inte vara bunden av producenten kan beställaren kontraktera även andra än lokala utförare.

- *Bättre kontroll av utförarnas prestationer*  
Kontrakten innebär ett mer specificerat och tydligare ansvar. Betalaren kan precisera kraven. I kontrakten anges även hur uppföljning och utvärdering skall ske.
- *Bättre planering*  
'Gammaldags' planering har råkat i vanrykte. Kontraktstyrningen kan vara ett sätt att bryta det dödläge som uppstått. Kontrakten är en väg att översätta och implementera planeringen till operationella termer. Dessutom kan utvecklingen av nödvändiga informationssystem främjas.
- *Öka medborgarnas inflytande*  
Kontrakten kan ses också som ett sätt att bryta utförarnas dominans. Den administrativa styrningen innebär att mer formella aspekter dominerar. Kontrakten är tänkta att främja diskussioner, förhandlingar och informationsutbyte kring behov och kring utförarnas prestationer.

Kontraktstyrning kan ses som en mekanism för att implementera målen för hälso- och sjukvårdspolitiken. Den är ett alternativ till den traditionella direktstyrningen i ett integrerat system. Kontraktstyrning ger en möjlighet till mer marknadsliknande inslag om så önskas, t.ex. genom att skilja på beställare och utförare. Genom kontraktet binds finansiären och vårdgivaren till uttryckliga åtaganden och kontrakten ger också ekonomiska incitament att fullfölja dessa åtaganden (WHO, 1997).

I Europa finns schematiskt två ansatser i utvecklingen av kontraktstyrning.

Den ena är en *planeringsmodell* där kontrakten ses som ett instrument för planering i såväl konkurrensutsatta som icke konkurrensutsatta miljöer. Kontrakten är en del av planeringsprocessen, oberoende av vilken roll marknadsmekanismer spelar för resursallokeringen.

Den andra är en *konkurrensmodell* där kontraktstyrningen är tänkt främja övergången till en mer genuin marknad. Kontrakteringen är

då ett verktyg för att på ett informerat sätt selektera vårdgivare. Genom upphandling under konkurrens kan befolkningen ges ökad valfrihet.

Dessa båda modeller behöver inte utesluta varandra. Kraven på beställarna under processen att upphandla i konkurrens kan också inkludera moment för att förbättra planering och management.

Själva kontraktstyrningen kan alltså anpassas till och utnyttjas i olika system. I den meningen kan den inte sägas leda till att villkoren för olika typer av vårdgivare direkt påverkas. Däremot kan kontraktmodellerna påverka hur associering av vårdgivare sker till systemet.

### 6.3 Påverkan av marknadsinslag, konkurrens och upphandling?

Under 1990-talet gjordes i många länder försök att utveckla mer marknadsliknande system inom sjukvården. I Beveridgeländerna gällde detta främst den interna marknaden i *England* och olika former av beställar – utförar modeller i *Sverige*. Mer begränsade förändringar i marknadsliknande riktning skedde i *Spanien*, *Danmark* och *Finland*. Bland Bismarckländerna är det framför allt i *Nederländerna* och *Tyskland* man försökte stärka konkurrensinslagen.

European Health Management Association (EHMA) lät år 2000 en forskargrupp gå igenom vilken inverkan marknadsreformerna under 1990-talet hade haft i Europa. Projektet finansierades av EU-kommissionen som en del i underlaget för EU:s hälsostrategi. Underlagsrapporter togs fram av koordinatörer i flertalet av EU 15-länderna och analyserades sedan av en vetenskaplig grupp under ledning av professor Calum Paton, University of Keele, UK.

Sammanfattningsvis framkom följande bild (Paton, 2000):

## Ekonomi

### *Hypotes*

Marknadsmekanismer ökar produktiviteten.

Marknadsmekanismer är dyra att administrera.

### *Slutsats*

Inga bevis för att marknadsmekanismer ökar produktiviteten (än så länge).

Belägg för ökade administrationskostnader.

## Folkhälsa

### *Hypotes*

Folkhälsopolitiken har utformats åtskilt från marknadsreformerna, som haft andra mål.

Separeringen av beställare och utförare samt införandet av kontrakt har lett till att folkhälsofrågorna fått ökad vikt.

### *Slutsats*

Folkhälsan har saknats i debatten om införande av marknadsmekanismer. Marknadsreformer har ofta begränsats, modererats eller (delvis) upphört som en följd av oro för ökad ojämlikhet i hälsa.

Det finns inga belägg för att bättre och mer jämlik folkhälsa varit ett mål för reformerna eller att dessa lett till ökad markering av folkhälsofrågorna.

## Hälso- och sjukvårdssystem

### *Hypotes*

Marknadsreformerna har minskat autonomi hos de professionella i vården, särskilt för läkarna, genom att skärpa uppsplittringen på beställare och utförare.

Marknadsreformer har begränsat tillgängligheten i den offentliga sektorn, men universellt tillträde för alla har fortsatt att upprätthållas.

De försäkrades val av vårdgivare har begränsats som ett resultat av marknadskrafterna.

### *Slutsats*

Beställare – utförare uppdelningen har varierat påtagligt i form; generellt dock minskat inflytande för de professionella vid kontrakteringen.

Ingen uttalad ransonering i något system. Avgifterna har ökat på några håll, men detta har inte varit en del av marknadsreformerna.

Ingen tydlig tendens.

De marknadsliknande lösningarna kom till stor del att överges i slutet av 1990-talet. Förklaringen till det kan delvis vara de erfarenheter, som nyss redovisats. Av stor betydelse hade dock säkert dessutom de ekonomiska problem, som många länder drabbades av under senare hälften av 1990-talet. Enda sättet att kontrollera, och som i Sveriges fall reducera, kostnaderna bedömdes vara en utbudsstyrning. Samverkan snarare än konkurrens blev ledord.

Oavsett orsakerna till denna utveckling, och oavsett hur man värderar den, är det intressant att fråga sig vad dessa båda perioder kom att betyda för de idéburna utförarna. En hypotes *skulle* kunna vara att villkoren för de idéburna utförarna utvecklades negativt; att pengarna tog över idéerna. En *annan* kunde vara att de idéburna utförarna skulle kunna dra fördel av den öppenhet som marknadslösningarna strävar efter.

Det är inte möjligt att inom ramen för den här studien kunna verifiera eller förkasta någon av hypoteserna. På den nivån vi här analyserat den idéburna sektorns utveckling kan inte några definitiva slutsatser dras.

Det gör det dock inte ointressant att reflektera över vad utvecklingen av makrostrukturerna kan komma att betyda framöver. Vilka utvecklingar kan urskiljas och vilken betydelse kan de komma att få för den idéburna vården.

En utvecklingslinje kan betecknas som en *förnyad satsning på marknadsliknande lösningar*. Tydligast framkommer detta i *Nederländerna*, som f.ö. redan tidigare kunde betraktas som Europas mest marknadsinriktade system. Här eftersträvas nu konkurrens mellan kassorna. Dessa skall i sin tur genom selektiv kontraktering öka konkurrensen mellan utförarna och stimulera fram mer privata utförare. DRG-liknande ersättningar införs. Försäkringspremien blir nominell, dvs. ej inkomstrelaterad. Försök görs med självrisk samt med bonusincitament om försäkringen ej utnyttjas. Konturerna i den *tyska* reformen är inte lika klara, men går åt samma håll. I *England* är slagordet 'patient's choice and voice'. Upphandlingen av 'independent' (privata) utförare ökar, främst för att korta köerna till elektiv (planerad, icke akut) kirurgi. I *EU 16-27*, länder i central och östeuropa, finns strävanden mot större marknadsinslag. Slutligen kan man konstatera att i *Kanada*, som tidigare kunnat betecknas som det kanske mest immuna landet mot marknads-tänkande, börjar motståndet luckras upp på delstatsnivån.



En annan utvecklingslinje kan benämnas *reformerad ansvars-fördelning* mellan nationell och regional/lokal nivå (Jonsson et al, 2006). Den kan mycket väl kombineras mer marknadisering. De *norska* reformerna är oss näraliggande. Genom husläkarreformen år 2000 och sjukhusreformen år 2002 försvann fylkenas roll i sjukvården. På likartat sätt förändras det organisatoriska mönstret i *Danmark*, där fem sjukvårdsregioner utan beskattningsrätt tar över uppgifter från amtsråden. *Finland* går försiktigare fram genom att överväga uppgiftsfördelningen mellan stat och kommun. I *England* kan man kanske tala om en nygammal konfiguration med *Primary Care Trusts* som beställare och i viss mån utförare, försök att involvera husläkarna i beställningsprocessen, mer fristående sjukhus samt ökad styrning och uppföljning från central nivå. I *Nederländerna* drar sig staten tillbaka medan utvecklingen i *Tyskland* inte är lika entydig, eftersom staten där går in med ekonomiska tillskott för att förhindra att industrins internationella konkurrenskraft inte försämras.

Återigen kan det konstateras att denna utveckling (ökade marknadsinslag och/eller starkare nationell styrning) kan innebära såväl möjligheter som hot för de idéburna utförarna. Ett försök att kort spalta detta är:

Möjligheter:

- Minskad offentlig produktion.
- Mer utrymme för kreativa lösningar.
- Lägre kostnader (inget krav på vinst).
- Hög kvalitet genom patientcentrering av tradition.

Hot:

- Kapitalstarka vinstsyftande konkurrenter.
- Lönsamhetstänkande kan vara svårt kombinera med sociala mål.

Nederländerna och Tyskland kan just nu ses som bålverk i ett mer marknadsinriktat europeiskt mönster. I båda länderna strävar man efter en minskad offentlig produktion eller ser åtminstone en sådan utveckling som oundviklig. De privata (for profit) utförarna stärker alltså sin position på de offentligas bekostnad, inte på de idéburnas. Samtidigt verkar det inte som om dessa senare kan (eller vill?) vara med i uppstyckningen av den offentliga sektorn. Inte heller i England synes non-profit utförare utgöra ett alternativ till

for profit när mer 'independent' utförare nu skall komplettera NHS.

## Referenser

- ameli.fr. L'Assurance maladie en ligne. www.ameli.fr besökt 2007-02-26.
- Andersson, A., Brinkmo, B-M., Karlberg, I., Olsson, L. & Thorling, J. Kontraktssyrning i svensk hälso- och sjukvård. I: Sveriges Kommuner och Landsting. 2006. "Nationellt forskningsprogram om sjukvårdens förändringar: En antologi".
- Bartholomé, Y. & Maarse, H. 2006. 'Health insurance reform in the Netherlands.' "Eurohealth" 12:2:7-10.
- Bergman, S-E. & Dahlbäck, U. 2001. "Ersättningsmodeller – en kartläggning inom hälso- och sjukvården". CHSA. Rapport nr 2.
- BMJ. 2007. "News: German health reform is finally agreed". 334:389.
- Einevik-Bäckstrand, K. 2006. "Myter och fakta om privat driven vård i Sverige". Vårdföretagarna.
- Elola, J. 1996. 'Health Care System Reforms in Western European Countries: The Relevance of Health Care Organization.' "International Journal of Health Services" 26:2:239-251.
- European Observatory on Health Care Systems. 1999. "UK". Health Care Systems in Transition.
- European Observatory on Health Care Systems. 2000. "Spain". Health Care Systems in Transition.
- European Observatory on Health Care Systems. 2004a. "France". Health Care Systems in Transition.
- European Observatory on Health Care Systems. 2004b. "Germany". Health Care Systems in Transition.
- European Observatory on Health Care Systems. 2004c. "The Netherlands". Health Care Systems in Transition.
- European Observatory on Health Care Systems. 2005a. "Canada". Health Care Systems in Transition.
- European Observatory on Health Care Systems. 2005b. "Sweden". Health Care Systems in Transition.
- European Observatory on Health Care Systems. 2006a. "Norway". Health Care Systems in Transition.
- European Observatory on Health Care Systems. 2006b. "Spain". Health Care Systems in Transition.

- Grosse-Tebbe, S. & Figueras, J. 2004. "Snapshots of health systems". European Observatory on Health Systems and Policies.
- Ham, C. 2007. "The reforms need reform." "The Guardian" 2007-02-26.
- Hoogervost, H. 2007. "Health reform in the Netherlands: a model for Hungary?" HD 07.
- Jonsson, P.M., Agardh, E. & Brommels, M. 2006. "Hälso- och sjukvårdens strukturreformer. Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien". Ansvarskommitténs skriftserie.
- Jönsson, B., Arvidsson, G., Levin, L-Å. & Rehnberg, C. 2004. "Hälsa, vård och tillväxt". Valfärdspolitiska rådets rapport 2004. Kristianstad: SNS Förlag.
- Kerrison, S.H. & Pollock, A.M. 2001. 'Caring for older people in the private sector in England.' "BMJ" 323:566-569.
- Landstingsförbundet. 2004. "Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser".
- Lisac, M. & Slette, S. 2006. 'Health care reform in Germany: is Bismarck going Beveridge?' "Eurohealth" 12:3:10-11.
- McIntosh, T. 2006. "Don't Panic: The Hitchiker's Guide to Chaoulli, Wait Times and the Politics of Private Insurance". Canadian Policy Research Networks.
- Midtunn, L. 2007. 'Private or public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists.' "Social Science & Medicine" 64:6:1265-1277.
- Olsson, L. & Thorling, J. 2005. "Ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården. En uppföljning av tidigare kartläggning". CHSA. Rapport Nr 17.
- Or, Z. & de Pourville. 2006. 'French hospital reforms: a new era of public-private competition?.' "Eurohealth" Vol. 12:3:21-24.
- Paton, C. 2000. "The Impact of Market Forces on Health Systems". A Review of Evidence in 15 European Union Member States. European Health Management Association (EHMA).
- Rodwin, V.G. et al. 2006. "Universal Health Insurance in France: How sustainable?" Essays on the French Health Care System.
- de Roo, A. 2001. "Personligt meddelande". (Lecture to visiting group 2001-02-15).
- de Roo, A. 2007. "Personligt meddelande".
- Saltman, R.B. 2007. "Personligt meddelande". (Föredrag 2007-01-18).

- Savas, S., Sheiman, I., Tragakes, E. & Maarse, H. 1998. Contracting models and provider competition. In: Saltman, R.B., Figueras, J. & Sakellarides, C. "Critical challenges for health care reform in Europe". Bury St Edmunds, Suffolk: Open University Press.
- Tuffs, A. 2006a. 'Germany privatises university hospital.' "BMJ" 332:8.
- Tuffs, A. 2006b. 'Germany proposes radical plans to tackle financial crisis in health care.' "BMJ" 333:116.
- WHO. 1997. "European health care reform. Analysis of current strategies". WHO Regional Publications, European Series, No.72. Copenhagen.
- Wörz, M. & Busse, R. 2006. "Privatisation of hospitals in Germany – Opportunities and Threats of Entrepreneurial Behaviour". ppt-bilder.

# Jämförelse av förutsättningar för idéburna vårdgivare inom EU/EES-området

*En redogörelse av finansiering, former för prissättning och konkurrensupphandling*

*Av Clas Rehnberg, docent i hälsoekonomi,  
Medical Management Centre,  
Karolinska Institutet, Stockholm*

## 1 Introduktion

De olikheter som existerar rörande hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation i olika länder kan till stor del förklaras av historiska förutsättningar. Svensk hälso- och sjukvård och äldreomsorg har traditionellt varit uppbyggd kring offentliga vårdgivare. Fram till slutet av 1980-talet fanns en politisk samsyn om att en offentligt finansierad vård även skulle produceras inom den offentliga sektorn. Vissa undantag fanns för privata specialistläkare i öppenvård, främst i större städer, samt ett mindre antal institutioner och sjukhus i icke-vinstdrivande form med historiskt lång verksamhet. Hit räknas bl.a. Ersta sjukhus och Röda Korsets sjukhus i Stockholm och Carlanderska sjukhemmet i Göteborg. Vinstdrivande vårdgivare har varit sällsynta med ett viktigt undantag; utbudet av privatpraktiserande läkarmottagningar som drivits i aktiebolagsform.

Hälso- och sjukvårdssystemen i Europa har i flera jämförelser karakteriserats som skattebaserade respektive socialförsäkringsbaserade system. Detta benämns ibland *Bismarck* respektive *Beveridge*-system.<sup>1</sup> De skandinaviska länderna och Storbritannien räknas till de förstnämnda och Frankrike, Nederländerna, Tyskland, m.fl. till de sistnämnda. Ibland har den sistnämnda gruppen felaktigt benämnts ”försäkringssystem” men i flertalet analyser betraktas sjukvården i dessa länder som offentligt finansierade. Finansie-

---

<sup>1</sup> Otto von Bismark (1815-1898), rikskansler i Tyskland som under sin senare period lade grunden till det tyska socialförsäkringssystemet genom ett antal reformer strax före sekelskiftet. William Beveridge (1879-1963), brittisk ekonom och arkitekt till välfärdssystemet i Storbritannien och speciellt the National Health Service (NHS).

ringen följer i stort samma princip som i de skattebaserade systemen, dvs. medborgarna erlägger en obligatorisk premie baserad på inkomst. En skillnad som ibland framhålls är att finansieringen är öronmärkt för hälso- och sjukvården.

Under de senaste 20 åren har olika jämförande analyser mellan sjukvårdssystemen gjorts av olika forskare och institutioner (Abel-Smith 1984, Hurst 1993, OECD 1994). Dessa analyser har haft olika fokus på finansieringen eller produktionsaspekter. Beträffande finansieringen har en slutsats varit att utvecklingen gått mot en heltäckande offentlig finansiering som omfattar samtliga medborgare. Även om inslag av patientavgifter och privata försäkringar varierar är den totala finansieringen via skatter och socialförsäkringspremier ca 75 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Den andelen har varit stabil under de senaste 10–15 åren.

Beträffande produktionen av hälso- och sjukvårdstjänster finns stora variationer mellan länderna. Traditionellt har finansiering och produktion varit åtskilda i länder med socialförsäkringssystem. Ett utbud av privata icke-vinstdrivande vårdgivare har i regel svarat för produktionen. Inom de skattefinansierade systemen var regeln fram till slutet av 1980-talet att finansiering och produktion var integrerad inom samma huvudman. Under 1990-talet inleddes inom de offentliga skattebaserade systemen, främst de svenska landstingen och det statliga NHS i Storbritannien, en utveckling där den interna organisationen delades i en beställardel och en utförarenhet. I detta sammanhang inleddes även en process där vårdproduktionen började kontrakteras ut på privata vårdgivare. Denna privatisering av sjukvårdstjänster startade från en låg nivå men har visat en konstant ökning. Ägarformerna bland de privata vårdgivarna följer dock inte samma mönster som inom socialförsäkringssystemen utan här finns en blandning av olika vinst och icke-vinstdrivande sjukvårdsföretag. Lagstiftningen och reglering av offentlig upphandling har även påverkat hur denna privatisering utformats. I debatten under senare år har en diskussion förts om hur mångfalden av vårdgivare utvecklats och påverkas av system för kontraktering och offentlig upphandling.

Utifrån uppdragsbeskrivningen är syftet med denna delstudie att i ett systemperspektiv belysa skillnader i förutsättningar för idéburna organisationer internationellt mellan ett antal EU-länder och analysera konsekvenser av:

- Former för finansiering (skatt versus socialförsäkring)

- Organisatorisk tillhörighet mellan finansiering och produktion
- Former för prissättning och upphandling
- EU-reglering (upphandling)

Avsikten i denna studie är inte att redogöra för sjukvårdssektorn aktörer och dess marknadsförutsättningar (för en översikt se bilaga 4 av Jönsson B, i SOU 2002:31 samt Bergman SE för en översikt av hälso- och sjukvårdssystem).

## **2 Begreppet idéburna vårdgivare – anknytning till teoretisk och empirisk forskning**

Begreppet *idéburna vårdgivare* är inte etablerat i någon vetenskap men kan kopplas till teorier om ägandeformer inom såväl ekonomisk som annan samhällsvetenskaplig forskning. I direktiven anges att begreppet inkluderar frivilligorganisationer, ideella organisationer, kooperativ, folkrörelser och andra organisationer utan vinstintressen. I direktiven nämns även små företag utan närmare precisering. Den sistnämnda gruppen kan tolkas som mindre företag med driftsformer som enskild firma eller aktiebolag utan att ingå i en större koncern. Enskilda läkarmottagningar och läkarhus kan räknas hit, men även andra mindre vårdgivare som bedriver verksamhet i aktiebolagsform.

Inom litteraturen finns en uppdelning av privata organisationer i vinstdrivande respektive icke-vinstdrivande enheter. Det är framförallt inom vård, omsorg, utbildning och biståndsverksamhet där icke-vinstdrivande organisationer har en framträdande roll. En klassisk frågeställning är varför icke-vinstdrivande organisationer dominerar inom vissa samhällssektorer. Finns det rationella skäl till att vinstdrivande organisationer existerar vid sidan av offentliga producenter och vinstdrivande företag inom vissa sektorer?

Utgångspunkten i jämförelsen har ofta varit den vinstdrivande sektorn där flera företag erbjuder sina varor och tjänster på en marknad där företagen försöker maximera vinsten medan konsumenterna som efterfrågar varan/tjänsten strävar efter att maximera sin nytta eller välfärd. En viktig utgångspunkt för en effektiv marknadslösning är en mångfald av producenter, fritt inträde till marknaden samt att konsumenterna har tillgång till information om pris och varan/tjänstens kvalitet. Om dessa villkor är uppfylla förväntas ett jämviktssläge uppstå där företagen gör en vinst som

täcker produktionskostnader och ersättning för insatt kapital samt att konsumenterna maximerar sin nytta givet deras preferenser och inkomst.

När uppstår då situationer där varor och tjänster produceras av offentliga producenter och icke-vinstdrivande organisationer? Inom den ekonomiska teorin är svaret att det existerar s.k. "marknadsmislyckanden" när marknadsmekanismer leder till att främst tjänster (men ibland även varor) inte produceras i en omfattning som samhället behöver. Försvarsmakten, polis och rättsväsende, grundforskning betraktas som s.k. kollektiva varor som marknaden inte kan leverera. Ett annat skäl för det offentliga att träda in är att förse individer med låg inkomst och betalningsmöjlighet att konsumera vissa tjänster: det kan ske dels genom inkomstomfördelningar (t.ex. barnbidrag) men även genom att offentliga myndigheter direkt producerar tjänster till ett lågt pris. Det sistnämnda kan även kontrakteras ut till en privat entreprenör som utför produktionen enligt uppdrag.

Förekomsten av kollektiva varor samt fördelningsaspekter förklarar varför marknadslösningar ersätts med offentliga ingripanden. Detta resonemang är emellertid otillräckligt för att förklara varför individer och konsumenter ibland väljer att köpa varor och tjänster av privata icke-vinstdrivande organisationer. Dessa organisationer skiljer sig från såväl ett privat vinstmaximerande företag som en offentlig myndighet. Till skillnad från vinstdrivande företag kan de inte dela ut vinsten till ägare som investerat kapital utan vinsten måste återinvesteras i företaget. Detta innebär dock problem när det gäller tillgång på investeringskapital för att utveckla eller expandera verksamheten där man begränsas av de medel man själv tjänar in. Till skillnad från offentlig verksamhet kan man inte heller luta sig mot skatteinkomster för att finansiera verksamheten. Finansieringen kan dock ske med två typer av intäkter; a) försäljning av tjänster till ett pris som täcker produktionskostnaderna, b) intäkter via donationer m.m. Försäljningen kan ske till individer, företag eller den offentliga sektorn. Många icke-vinstdrivande organisationer kombinerar dessa intäktskällor.

Det finns ett antal teorier som försöker förklara existensen av icke-vinstdrivande organisationer. Hansmann (1980) har ställt frågan inom vilka samhällssektorer existerar dessa organisationer. Enligt honom finns ett mönster inom sektorer där individer kunnat välja mellan olika producenter av tjänster. Han noterar att privata icke-vinstdrivande organisationer haft en större marknadsandel



inom sektorer som skola, sjukvård och välgörenhet. Den förklaring han ger är att inom sektorer där konsumenten har små möjligheter att avgöra *kvaliteten* på varan eller tjänsten så tenderar man att undvika producenter som har möjlighet att exploatera konsumenten. Ett exempel är den amerikanske sjukvårdsmarknaden där t.ex. de icke-vinstdrivande sjukhusen under större delen av 1900-talet utgjort mer än 75 procent av marknaden. Enligt denna teori tenderar icke-vinstdrivande organisationer att dominera marknader där det föreligger stor osäkerhet och komplexitet att fastställa kvaliteten på tjänster eller produkter som produceras. En brist i denna teori är att det inom sektorer som äldreomsorg i många länder förekommer en blandning av vinst och icke-vinstdrivande företag (James & Rose-Ackerman, Ben-Ner 1983). Det finns även mycket komplexa produkter som uteslutande tillverkas inom vinstdrivande företag.

En alternativ teori är att icke-vinstdrivande uppstår som en respons till att vissa konsumenter har önskemål om att vilja kontrollera och även själva driva verksamheten. Ett exempel är föräldrakooperativ inom daghemsverksamhet och skola (Ben-Ner 1983). Detta ger konsumenterna kontroll över kvalitet och verksamhetens inriktning.

Weisbrod (1988) behandlar flera av ovanstående aspekter men utvecklar även en teori som istället för att utgå från problem inom marknaden, ser icke-vinstdrivande organisationer som en respons på misslyckanden inom den offentliga sektorn. Enligt honom tvingas den offentliga sektor att utforma ett utbud som tillgodoser efterfrågan eller önskemål hos den "genomsnittlige" medborgaren. Denna genomsnittliga nivå av utbudet när det gäller kvantitet och kvalitet understiger den efterfrågan som finns hos vissa medborgare. Det kan gälla en privat skola som startas för att höja efterfrågan på högre kvalitet eller annan inriktning av verksamheten baserad på alternativ pedagogik, religiös inriktning eller andra preferenser. Enligt denna teori uppstår icke-vinstdrivande organisationer för att möta en heterogen efterfrågan hos konsumenter av offentlig service, vilken inte tillgodoses av det standardiserade offentliga utbudet av tjänster.

Den kanadensiske hälsoekonomen Robert Evans har vidareutvecklat analysen av ägandeformer inom hälso- och sjukvården, främst utifrån erfarenheter från Kanada men även USA. Den ojämna kunskapsfördelningen (*informations-asymmetri*) mellan producent och konsument inom sjukvården har varit ett motiv för

att skydda individen från exploatering. Detta kan förklara varför vinstdrivande sjukvårdsföretag haft en marginell roll i flertalet sjukvårdssystem. Enligt Evans (1984) hanteras sjukvårdskonsumenternas transaktioner med renodlat vinstmaximerande företag, t.ex. läkemedelsindustrin, via mellanled, distributionsgrossister, apotek och förskrivande läkare. Även regleringar av inträdet till sjukvårdsmarknaden är till för att skydda konsumenten. Självklarheter som legitimationskrav och regler för marknadsföring av läkemedel och tjänster inom vården är en funktion av patienternas kunskapsunderläge.

Evans (1984) diskuterar även de olika driftsformer som finns inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten är uppdelningen i icke-vinstdrivande och vinstdrivande organisationer. Större delen av sjukhussektorn i Kanada och USA är exempel på ickevinstdrivande enheter, medan läkemedelsindustrin står som modell för vinstdrivande företag. En sektor som faller mellan dessa är den traditionella läkarpraktiken som Evans (ibid.) menar visserligen oftast drivs i enskild firma eller aktiebolag (motsvarande) men ändå inte kan likställas med t.ex. läkemedelsindustrin. I analysen benämns denna sektor som *"not-only-for-profit"*, vilket motiveras med att vinstmotivet delas med andra målsättningar och begränsningar som t.ex. läkaretiken.

Enligt Evans (1984, kap. 8) finns empiriska bevis för att det privata läkarkollektivet accepterat en typ av självreglering vilket minskat effekterna av konkurrens och minskat risken för att exploatera vårdkonsumenten. Om en motsättning finns mellan producent- och konsumentintresset kan detta även leda till minskad konsumentsoveränitet. Det finns även exempel där vårdgivare inom denna mellanform avstår från vinst p.g.a. andra målsättningar och etiska restriktioner.

I flera studier har jämförelser gjorts rörande skillnader i kostnader och produktivitet mellan privata ickevinstdrivande och vinstdrivande sjukhus. Devereaux et al. (2004) granskade i en metaanalys studier i Kanada och fann att ersättningen till ickevinstdrivande sjukhus var signifikant lägre än för vinstdrivande sjukhus. Från den amerikanska sjukvården erhålls olika resultat. Kessler & McCellan (2001) fann att vinstdrivande sjukhus hade lägre kostnader och likvärdiga behandlings resultat för akuta hjärtinfarktspatienter. Silverman et al. (1999) analyserade kostnaderna för den offentliga försäkringen för de äldre i USA (Medicare) och fann lägre kostnader i geografiska områden där ickevinstdrivande sjuk-

hus hade störst marknadsandel. En tolkning av befintliga studier är att ägandeformerna är sekundära för kostnader, kvalitet och produktivitet. Vårdgivarnas beteende påverkas i större utsträckning av ersättningssystem från finansörer och de incitament som uppstår via regleringar och marknadssituationen.

### 3 Finansiering och organisation av idéburna vårdgivare inom EU/EES

Hälso- och sjukvården skiljer sig från flertalet andra samhällssektorer genom att de finansiella transaktionerna mellan konsument (patient) och producent (läkare/sjukhus) är begränsade. Förekomsten av en tredjepartsfinansiär innebär att sjukvårdens finansiering liknar en försäkringsmarknad, där den tredje parten, försäkringsgivaren, kan vara privat eller offentlig. Eftersom sjukdom är en risk som drabbar ett fåtal individer med relativt stora ekonomiska konsekvenser är det en försäkringsbar risk som vi vill undvika genom att dela på den. Detta kan ske genom privata eller offentliga försäkringar.

Indelningen av olika länders sjukvårdssystem är ofta baserad på hur de finansiella arrangemangen har utformats. Som nämndes i inledningen finns i Europa i huvudsak två traditioner, dels de skattefinansierade systemen (*Beveridge-systemen*) och socialförsäkringssystemen (*Bismarck-systemen*). Denna indelning kan i princip tillämpas för samtliga OECD-länder<sup>2</sup>. Det finns emellertid undantag i länder som förlitat sig på privata försäkringar, det är främst USA samt den schweiziska sjukvården i Europa. Dessa system är dock långt ifrån renodlade privata system då minst halva finansieringen kommer från offentliga medel.

Egenskaperna hos de skattebaserade och socialförsäkringsbaserade systemen har diskuterats med avseende på om finansieringen ska betraktas som offentlig eller privat. Idag råder i stort konsensus om att även de socialförsäkringsbaserade systemen i grunden är offentligt finansierade då premierna i regel tas ut efter inkomst utan koppling till risk, är obligatoriska samt att de täcker samma typ av vård för samtliga medborgare. Här finns vissa undantag som möjligheter att lämna socialförsäkringarna och istället teckna en

---

<sup>2</sup> Man ska naturligtvis vara medveten om att en stor del befolkningen i utvecklingsländer saknar system för riskspridning och där patienten konfronteras med hela sjukvårdskostnaden vid sjukdom via patientavgifter ("user-fees").

privat försäkring som i bl.a. Tyskland. I OECDs sammanställningar betraktas dock huvuddelen av finansieringen i socialförsäkringssystem som offentlig. Tabell 1 visar utvecklingen av den offentliga finansieringens andel av de totala sjukvårdskostnaderna för länder med olika finansieringssystem.

**Tabell 1 Offentliga sjukvårdsutgifter som andel av de totala sjukvårdsutgifterna 1970–2004 i olika sjukvårdssystem**

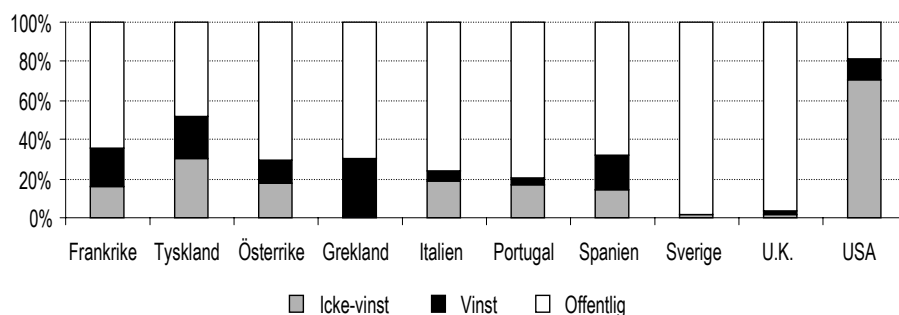
Länder	1970	1980	1990	1995	2000	2004
<i>Socialförsäkringssystem</i>						
Belgien	n/a	n/a	n/a	78,5	75,8	71,1
Frankrike	75,5	80,1	76,6	76,3	75,8	78,4
Luxemburg	88,9	92,8	93,1	92,4	89,3	90,4
Nederländerna	60,2	69,4	67,1	71,0	63,1	62,3
Tyskland	72,8	78,7	76,2	80,5	78,6	78,2
Österrike	63,0	68,8	73,5	69,3	69,9	70,7
<b>Genomsnitt</b>	<b>72,1</b>	<b>78,0</b>	<b>77,3</b>	<b>78,0</b>	<b>75,4</b>	<b>75,2</b>
<i>Skattefinansierade system</i>						
Danmark	83,7	87,8	82,7	82,5	82,4	82,9
Finland	73,8	79,0	80,9	75,6	75,1	76,6
Grekland	42,6	55,6	53,7	52,0	52,6	52,8
Irland	81,7	81,6	71,9	71,6	73,3	79,5
Italien	n/a	n/a	79,1	71,9	73,5	76,4
Norge	91,6	85,1	82,8	84,2	82,5	83,5
Portugal	59,0	64,3	65,5	62,6	72,5	71,9
Spanien	65,4	79,9	78,7	72,2	71,6	70,9
Storbritannien	87,0	89,4	83,6	83,9	80,9	85,5
Sverige	86,0	92,5	89,9	86,6	84,9	84,9
<b>Genomsnitt</b>	<b>74,5</b>	<b>79,5</b>	<b>76,9</b>	<b>74,3</b>	<b>74,9</b>	<b>76,5</b>
<i>System med blandad finansiering</i>						
Schweiz	n/a	50,3	52,4	53,8	55,6	58,4
U.S.A.	36,5	41,3	39,7	45,3	44,0	44,7
<b>Genomsnitt</b>		<b>45,8</b>	<b>46,05</b>	<b>49,55</b>	<b>49,8</b>	<b>51,55</b>

Källa: OECD Health Database

I tabellen redovisas inledningsvis socialförsäkringssystemen, sedan de skattefinansierade systemen och sist länder med flera finansieringskällor. Den offentliga finansieringen har varit något högre i länder med skattefinansierade system, men som framgår av tabellen har dessa skillnader minskat under senare årtionden. Inom OECD-gruppen utgör främst USA, men även till viss del Schweiz, undantag. Siffran för USA är dock underskattad då de privata sjukvårdsförsäkringarna subventioneras genom skatteavdrag. Vi kan således konstatera att det inte föreligger några större skillnader mellan skattefinansierade och socialförsäkringsfinansierade system när det gäller formerna för finansieringen. Det betyder att huvuddelen av de finansiella strömmarna som slutligen når vårdgivarna går via tredjepartsfinansiärer. Vare sig offentliga producenter, icke-vinstdrivande eller vinstdrivande företag erhåller intäkter direkt från patienterna i någon större omfattning. De patientavgifter som tas är i regel reglerade och lika stora oberoende av vårdgivarnas driftsformer. Det kan dock finnas skillnader hur dessa betalningar utformas.

Om finansieringsformerna uppvisar ett homogent mönster mellan länderna finns emellertid stora skillnader hur sjukvårdens produktion är utformad i olika system. En grundläggande skillnad mellan skattebaserade- och socialförsäkringsbaserade system har just varit driftsformerna för vårdproduktionen. Tyvärr är den officiella statistiken kring fördelningen av privata vårdgivare (med eller utan vinst) och offentliga vårdgivare inte tillgänglig. Fram till 1990-talet publicerades dock fördelningen av vårdplatser beroende på driftsform. Det kan ge viss vägledning och beskrivning av de historiska förhållanden som än idag påverkar vårdens utformning (se figur 1).

**Figur 1 Vårdplatser efter ägande, 1990-tal**



I de sjukvårdssystem som har en lång historia med skattefinansiering har finansieringen och vårdproduktionen integrerats under en och samma huvudman. Det gäller främst de skandinaviska länderna och det brittiska NHS. I dessa länder har vissa privata vårdgivare införlivats i den offentliga sektorn, men framförallt har sjukvårdens expansion utslutande ägt rum där. I de länder där skattefinansiering införts relativt sent förekommer dock en större privat sektor bland vårdproducenterna. Det gäller bl.a. Medelhavsländer som Grekland, Italien och Spanien. Inom socialförsäkringssystemen kom finansierarna, sjukförsäkrarna, i ett tidigt skede att få en renodlad roll som finansierare. En tydlig separation av finansiering och utförande har varit regeln i flertalet *Bismarck-länder*. I flertalet av dessa dominerar de icke-vinstdrivande organisationerna. Detta gäller även i sjukvårdssystem med blandad finansiering, som t.ex. USA.

### Idéburna och icke-vinstdrivande vårdgivare i ett antal länder

I litteraturen finns ett antal sammanställningar av hälso- och sjukvårdssystemens finansiering, reglering och produktion (Jönsson & Arvidsson 1991, Hurst 1993, OECD 1994). Detaljnivån när det gäller idéburna och icke-vinstdrivande organisationer är dock bristfällig. Nedan följer ett antal iakttagelser kring reglering och finansiering av dessa organisationer inom hälso- och sjukvården. Redogörelsen tar inte upp den övergripande strukturen, finansieringen och organisationen utan hänvisar till en delrapport av Sven-Eric Bergman där dessa aspekter behandlas.

### Frankrike

Det franska systemet är baserat på ett nationellt socialförsäkringssystem kompletterat med viss skattefinansiering och frivilliga försäkringar. Produktionen utgörs i huvudsak av egenpraktiserande privatläkare, lokala offentliga hälsocentraler samt sjukhussektorn. Av samtliga vårdplatser inom sjukhussektorn är ca 65 procent inom den offentliga sektorn, 16 procent i den privata icke-vinstdrivande och 20 procent i den privata vinstdrivande sektorn (Sandier et al. 2004). De vinstdrivande sjukhusen har främst satsat på mindre komplicerad elektiv kirurgi, medan de icke-vinstdrivande sjukhusen

tillsammans med offentliga sjukhus bedriver akutverksamhet, rehabilitering, kronisk och psykiatrisk vård.

Ersättningsystemen är komplexa och där offentliga enheter främst har en fast budgettilldelning och de privata olika kombinationer av fast tilldelning och prestationsersättning främst för läkartjänster. Beträffande skillnaderna i ersättningsformer mellan privata vinstdrivande och icke-vinstdrivande finns vissa skillnader där de icke-vinstdrivande även kan ges fast anslag liknande de offentliga producenterna. En förmån de privata icke-vinstdrivande sjukhusen har är att de kan välja mellan olika ersättningsformer.

Det franska systemet har ett starkt inslag av regional och nationell reglering som motverkat konkurrensutsättning och inträdet till marknaden för nya producenter. Samtidigt har bl.a. de privata icke-vinstdrivande vårdgivarna skyddats från t.ex. offentlig upphandling. Härtill finns regleringar som ställer olika villkor för produktion av sjukvårdstjänster. Ett exempel är produktionen av laboratorietjänster där en nationell lagstiftning stipulerar att om att tjänsterna (analyser) utförs av företag utanför landet så ersätts inte tjänsten om möjligheter finns att den kan utföras inom landet.

Det franska systemet utmärks även av en långtgående valfrihet för patienterna när det gäller val av läkare och sjukhus. Även de privatpraktiserande läkarna har en långtgående frihet när det gäller etablering och yrkesutövning. Beträffande ersättningsystem finns det inget som talar för en diskriminering av de privata icke-vinstdrivande vårdgivarna, snarare tvärtom för t.ex. sjukhusen som kan välja mellan ersättningsprinciper.

## Italien

Italien har en lång tradition med privata icke-vinstdrivande vårdgivare. Från enandet av landet under mitten av 1800-talet svarade katolska kyrkan och andra välgörenhetsorganisationer för ett stort utbud av vårdtjänster. Under den senare delen av 1900-talet kom dessa att delvis inkorporeras i det offentliga systemet, genom regleringar om rättigheter och skyldigheter. Genom dessa regleringar fick man även del av den offentliga finansieringen. Administrativt har man dock bibehållit en hög grad av självständighet.

Det statliga systemet i Italien är relativt nytt från år 1978 då National Health Service (NHS) etablerades. NHS kom att succes-

sivt ersätta det tidigare socialförsäkringssystemet, men fram till 1990-talet utgjorde socialförsäkringsavgifter ca 50 procent av den totala finansieringen. Idag svarar skatter och obligatoriska socialförsäkringsavgifter för huvuddelen av finansieringen. Ett central syfte med systemet har varit att utjämna skillnaderna i villkoren för medborgarna, inte minst de regionala skillnaderna mellan nord och syd, vilka dock fortfarande är stora.

Vårdgivarna består dels av allmänläkare och vissa andra specialister i egen regi (bl.a. barnläkare) som har kontrakt med NHS. Dessa fungerar även som "gate-keepers" för annan specialist- och sjukhusvård. Specialiserad sjukvård ges av lokala hälsocentraler och sjukhus där ca 60 procent är offentliga och övriga privata, främst icke-vinstdrivande. Ersättningen till sjukhusen baseras på anslag eller budget där även prestationer anges. För allmänläkare består ersättningen i huvudsak av kapitering baserad på antal listade patienter

Den offentliga upphandlingen inom sjukvården är relativt liten, vilket delvis kan förklaras av regleringar som gynnar icke-vinstdrivande organisationer. Under slutet av 1990-talet genomfördes en reform för att samordna och koordinera vårdproduktionen. I samband med detta infördes även en generell lag för att reformera den sociala sektorn (Law 382/2000). Den stipulerade nya förmåner för handikappade och invånare med andra svårigheter, genom att förbättra rätten till integrerad hemsjukvård, finansiella bidrag till familjer med låga inkomster m.m. I reformen ingick även att subventionera icke-vinstdrivande organisationer för tjänster inom den sociala sektorn. De regionala myndigheterna har ett ansvar för att reformen implementeras och fokus är att stödja äldre med svårigheter att klara sig själva, handikappade, barnfamiljer med låga inkomster och invandrare. I reformen ingår att de privata icke-vinstdrivande organisationerna ska subventioneras för att ges speciella uppgifter för dessa ändamål.

Den icke-vinstdrivande sektorn i Italien, inklusive sjukvården, är delvis integrerad med den offentliga sektorn. Det finns emellertid flera lagstiftningar som både ger olika fördelar och subventioner för frivillighetsorganisationer och andra organisationer som producerar vad som benämns *sociala värden*. Definitionen vad som ingår är ofta inte helt tydlig utan avgörs av myndigheter på lokal nivå.



## Storbritannien

Det brittiska hälso- och sjukvårdssystemet, National Health Service (NHS), har stått modell för ett statligt finansierat sjukvårdssystem. Fram till den senare delen av 1980-talet var NHS till stor del ett helintegrerat system med offentlig finansiering och offentlig produktion ungefär som de skandinaviska systemen. Ett viktigt undantag var allmänläkarna, *General Practitioners*, som var privata. Under 1980-talet kom det helintegrerade systemet att kritiseras i samhällsdebatten. Thatcher-regeringen var först ut i Europa med att införa ett system med beställare och utförare som drevs igenom av dåvarande sjukvårdsministern Kenneth Clarke. Modellen var inspirerad av amerikanske hälsoökonomerna Alain Enthoven som ifrågasatte den automatiska modellen med offentlig finansiering och offentlig produktion. Med en separation mellan beställare och utförare kom dels den offentliga vården att få en större autonomi och dels kontraherades en ökad andel på privata vårdgivare. Under Tony Blairs och Labourpartiets ledning tonades konkurrensutsättningen inledningsvis ned. Primärvården omorganiserades till större enheter och integrerades med den kommunala sociala sektorn. På senare år har dock dessa större enheter fått en roll för upphandling av sjukhusvård som börjar att konkurrensutsättas igen.

Inom sjukhussektorn dominerar fortfarande den offentliga vården eller de s.k. trust hospitals dvs. de offentliga sjukhus som överfördes till trusts i slutet av 1980-talet. Denna driftsform kan betraktas som en blandning mellan offentligt ägda aktieföretag och offentligt reglerade stiftelser. Dessa sjukhus kom att få en mer autonom ställning med eget kapital, egen personalpolitik och möjligheter att påverka intäktssidan. Den privata sektorn har dock ökat och motsvarar idag ca 5 procent av samtliga vårdplatser. De vinstdrivande företagen äger idag ca 65 procent av vårdplatserna i den privata sektorn. Den är en ökning från slutet av 1970-talet då motsvarande siffra var 49 procent av en mindre sektor. Vägörehetsorganisationer och religiösa stiftelser svarar idag för ca 35 procent av den privata sektorn. Denna sektor har en minskning som motsvarar trenden inom det offentliga systemet.

Under de senaste åren har en riktad satsning gjorts inom det brittiska NHS i syfte att korta ned köerna till främst elektiv kirurgi. Detta sker inom vad som kallas *The Treatment Centre Programme*. Syftet med satsningen är att bygga upp en extra kapacitet för att snabbt tillgodose behov inom kliniska specialiteter med långa

väntetider. En del av programmet genomförs via offentlig upphandling av s.k. *Independent sector-run Treatment Centres*. Huvuddelen av dessa upphandlingar har gått till privata vinstdrivande sjukhuskedjor, bl.a. det svenskägda bolaget Capio. Även om dessa upphandlingar fortfarande utgör en mindre andel av sjukhusvården har de kommit att utgöra en viktig strategi för expansion av eftersatta områden. Det är viktigt att notera att den offentliga upphandlingen inte omfattar all privat vård. Det gäller bl.a. systemet med allmänläkare som baseras på individernas val av GPs.

## Tyskland

En ledstjärna i den tyska författningen är den så kallade subsidiaritetsprincipen. Innebörden är att ingenting i samhället ska skötas på en högre administrativ nivå än vad som är nödvändigt. Inom flera områden, inte minst sjukvården, har principen lett till en decentralisering av ansvar och beslutsfattande. Hälso- och sjukvården i Tyskland fick sin grundstruktur i slutet av 1800-talet då den tyske kanslern Bismarck under kejsar Wilhelm I började bygga upp ett välfärdssystem som blev en förebild för flera länder. Det tyska systemet har ofta varit en förebild för de s.k. socialförsäkringssystemen. Efter Berlinmurens fall 1989 uppstod även ett intresse inom de Östeuropeiska länderna för den tyska modellen då man började förändringen av den statligt styrda sjukvården. Inte minst i det forna DDR kom sjukvårdssystemet att förändras radikalt.

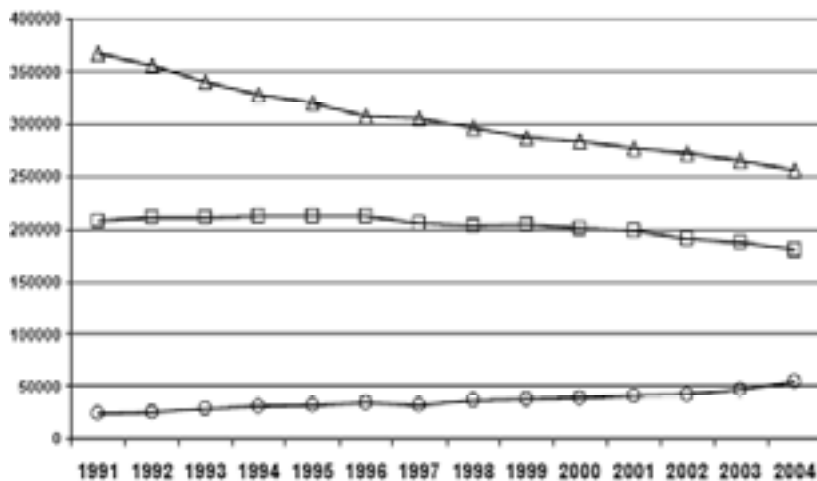
Inom det tyska systemet har både finansiering och produktion decentraliserats till fristående organ. Ansvaret för finansieringen handhas av lokala sjukförsäkringar, medan produktionen har överlåtits på privatläkare och självstyrande sjukhus. Den direkta politiska styrningen har varit begränsad fram till 1990-talet då Förbundsdagen och delstatsregeringarna kom att ta ett större grepp för att kontrollera kostnadsutvecklingen. Det gällde bl.a. förändringar av ersättningssystemen där de tidigare kostnadsdrivande betalningssystemen baserade på ersättning per vård dag ersattes. Även tidigare har direkt politisk styrning förekommit genom att delstaterna beslutat om sjukhusinvesteringar och ersättningsnivån för delar av läkemedelsmarknaden.

På produktionssidan har Tyskland en mix av offentliga, privata icke-vinst- och vinstdrivande sjukhus. Denna struktur har varit relativt stabil och kom inte att ändras förrän under 1990-talet. Den

reducering av vårdplatser som förekom drabbade främst de offentligt ägda sjukhusen. Den privata delen av vårdplatser har varit relativt oförändrad, dock med en mindre ökning av de privata vinstdrivande sjukhusen.

**Figur 2 Utvecklingen av vårdplatser för sjukhus efter driftsform, 1991–2004**

Vårdplatser



Källa: Busse 2006.

Ökningen av de vinstdrivande sjukhusens andel av marknaden förklaras av privatiseringar av de offentliga sjukhusen. Detta har främst förekommit i den östra delen av landet (tidigare DDR), där huvuddelen av vården tidigare sköttes av offentliga sjukhus. Ökningen av akuta vårdplatser inom den privata vinstdrivande sektorn var dubbelt så stor i östra Tyskland jämfört med västra landsdelen. Mer än hälften av de privata vårdplatserna ägs av sjukhuskedjor i bolagsform som utvecklat ett koncept inom den vinstdrivande delen.

Det finns flera skäl till utvecklingen mot större andel privat vård. Problemen inom den offentliga ekonomin i Tyskland har lett till minskade offentliga investeringar. Avtal mellan arbetsgivare och fackföreningarna är mindre flexibla och dyrare inom den offentliga sektorn. Där finns även ett starkare motstånd mot förändringar som leder till personalminskningar (WHO 2006, Busse & Riesberg 2004).

Finansieringen av sjukhusen ersattes år 2004 med ett prestationsrelaterat system baserat på klassificeringen Diagnos Relaterade Grupper (DRG). Tidigare har sjukhusen ersatts på basis av antalet vård dagar vilket ledde till långa vårdtider och ineffektivitet. Delstaterna i Tyskland har dessutom kontroll över investeringskostnader via ett planeringssystem. Även för driftkostnaderna måste sjukhusens verksamhet vara godkänd via delstaternas planer för att erhålla ersättning.

Det är intressant att konstatera att de icke-vinstdrivande sjukhusen inte drabbats av minskningarna som den offentliga vården. Expansionen av de vinstdrivande sjukhusen har skett på bekostnad av den offentliga vården. Privatiseringen av den offentliga vården, har främst skett genom offentlig upphandling. Där kan vi konstatera att de vinstdrivande företagen tagit huvuddelen av en ny marknad. Däremot har de icke-vinstdrivande sjukhusen kunnat skydda sin marknadsandel. Det är inte helt enkelt att förklara denna utveckling. En förklaring är dock att de icke-vinstdrivande sjukhusen har en lång tradition och är väletablerade på marknaden. Man har även en autonomi som innebär att man inte behöver utsättas för utförsäljning samtidigt som man har större förutsättningar och frihetsgrader än de offentliga sjukhusen för att attrahera nytt investeringskapital. Samtidigt kan vi konstatera att de icke-vinstdrivande sjukhusen har svårigheter att expandera och ta sig in på nya marknader.

#### **4 Styrning och prissättning inom europeiska sjukvårdssystem**

Relationen mellan tredjepartsfinansiärer och vårdgivare varierar såväl över tiden som mellan sjukvårdssystemen. I de skattebaserade systemen finns en tradition att tillämpa olika typer av anslagsmodeller eller budgettilldelning. Inom socialförsäkringssystemen har i regel ersättningar för delprestationer utgått, t.ex. ersättning per vård dag, lab.prover, undersökningar m.m. Gemensamt för dessa äldre ersättningssystem var att vårdgivarna var garanterade intäkter som täckte deras kostnader samtidigt som incitament för ett effektivt resursutnyttjande saknades. Överskridande av budgetramar komparerades i regel inom de offentliga systemen, medan sjuk-kassor i socialförsäkringssystemen hade små möjligheter att ifråga-

sätta arvodesbelopp från sjukhus och läkare baserade på utförda åtgärder.

Under 1990-talet inleddes en process där finansiärer i olika system tog ett mer aktivt grepp om ersättningen med syfte att kontrollera kostnadsramen, men även för att styra inriktning av vården och följa upp kvalitetsaspekter. Aktivitetsbaserad ersättning (t.ex. DRG) för specialister och sjukhus samt kapitationsersättning för primärvården blev allt vanligare. Samtidigt fick patienternas val av vårdgivare effekt på hur resurserna fördelades. Principen att "Patienten följer Pengarna" ersattes med principen att "Pengarna följer Patienten". Även om principen inte är genomförd fullt ut har den fått ökat utrymme i flera sjukvårdsystem.

Skillnader i ersättning har även påverkats av driftsformerna. Anslag eller budget har främst tillämpats för offentligt ägda vårdgivare. För privata vårdgivare har ersättning baserat på deljänster varit vanligast ("fee-for-service"). Dessa taxe-ersättningar har i regel varit lika för alla vårdgivare som haft tillträde till marknaden, vilken dock reglerats i olika omfattning. Införandet av beställarutförarmodeller i offentliga system har dock lett till en harmonisering av ersättningen mellan vårdgivare med olika driftsformer. DRG-ersättningen för sjukhus är densamma oavsett ägarformen i flera system. Även kapitationsersättningen inom primärvården är ofta densamma för privata och offentliga allmänläkare. Vid offentliga upphandlingar sluts speciella kontrakt där det formellt inte finns skillnader mellan vårdgivare med olika driftsformer och där eventuella skatteskillnader regleras och kompenseras i avtal. I tabell 2 nedan görs ett försök att summera ersättningsprinciperna beroende på driftsform och typ av vård.

**Tabell 2** Ersättning för olika vårdsektorer och driftsformer

Typ av vård	DRIFTSFORM		
	Offentlig	Privat icke-vinstdrivande	Privat vinstdrivande
Primärvård	Kapitation	Kapitation	Kapitation
Specialistläkare	Lön (ev prestation)	FFS	FFS
Elektiv behandling	Budget (ev. DRG)	Avtal (ev. DRG)	Avtal (ev DRG)
Medicinsk service (lab, röntgen)	Budget	Budget/avtal	Avtal
Akutsjukvård	Budget (ev DRG)	Budget/avtal (ev DRG)	Avtal (ev DRG)

Inom primärvården tillämpas alltmer kapitationsprincipen i olika former. Det innebär att vårdgivarna erhåller ersättning baserad på antal invånare i upptagningsområdet eller antal listade patienter vid ett fritt val av vårdgivare. Ersättningen kan sedan kompletteras med korrigerande för socioekonomiska variabler. Här förekommer sällan skillnader i ersättningen mellan olika driftsformer. För sjukhus- och specialistvård finns i huvudsak en skillnad mellan offentlig och privat vård där budgettilldelning eller anslag getts till offentliga vårdgivare. Privata vårdgivare har i avtal erhållit ersättning efter överenskomna prestationer. Som nämnts tidigare har uppdelningen i beställare och utförare även lett till viss konkurrensutsättning där även offentliga vårdgivare betalas efter utförda prestationer. Det är svårt att belägga att utformningen av ersättningssystemen gynnar en viss driftsform. Däremot finns i flera sjukvårdssystem ett skydd för konkurrensutsättning för etablerade vårdgivare, främst de offentligt ägda och privata icke-vinstdrivande vårdgivare. Den offentliga upphandlingen har dock öppnat upp dessa sektorer.

### Den totala privata icke-vinstdrivande sektorn

Förekomsten av privata icke-vinstdrivande och frivillighetsorganisationer varierar mellan länderna i även sin helhet. Bilden av Sverige som ett land med liten andel av dessa verksamhetsformer stämmer inte enligt de sammanställningar som gjorts. Däremot är det korrekt att en mindre andel av den icke-vinstdrivande verksamheten bedrivs inom vad som kallas kärnverksamheten av välfärdssektorn (tabell 3).

**Tabell 3** Den icke-vinstdrivande sektorns andel av BNP samt andelen inom välfärdstjänster

Land	Andel av BNP	Andel inom välfärdsverksamhet
Frankrike	3,3 %	68 %
Italien	2,0 %	62 %
Storbritannien	4,8 %	57 %
Sverige	4,1 %	27 %
Tyskland	3,6 %	70 %
Ungern	1,2 %	30 %
USA	6,3 %	85 %

*Källa:* Lundström & Wijkström 1997, Salomon & Anheier 1996.

I begreppet välfärdstjänster i tabellen inkluderas verksamheter som hälso- och sjukvård, utbildning och social service. Siffran på 27 procent för Sverige utgörs till stor del av studieförbund och folkhögskolor medan hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och skolväsendet i övrigt har en låg andel av den privata icke-vinstdrivande verksamheten. Beträffande finansieringen av den privata icke-vinstdrivande sektorn finns också stora variationer mellan länderna. I Sverige finansieras sektorn främst av intäkter via avgifter och försäljning av tjänster och att skattmedlen utgör en mindre andel. Detta beror på att den största verksamheten sker utanför kärnan av välfärdssektorn, dvs., vidareutbildning, religiösa aktiviteter, kultur och rekreation, medan sjukvård, grundutbildning och äldreomsorg utgör en mindre andel av sektorn. Den verksamhet som bedrivs inom dessa sektorer finansieras emellertid främst via skattmedel, ca 87 procent (Lundström & Wijkström 1997).

## 5 Effekter av EU-medlemskapet och regleringar

Den europeiska unionen (EU) har tydligt slagit fast att ansvaret för utformningen av hälso- och sjukvårdssystem är en nationell angelägenhet för medlemsländerna. Frågor om sjukvårdens finansiering och organisation ska hanteras av den s.k. *subsidiaritetsprincipen*, dvs. en anpassning till nationella förhållanden. Det är främst inom verksamheter som befrämjar folkhälsan som ett antal artiklar angetts där gemenskapen ska bidra till att främja hälsoskyddsnivån inom områden som arbetsmiljö m.m. Ett annat område är läkemedelsområdet där ett gemensamt system för godkännande av läkemedel har införts sedan 1995. Genom olika förfaranden kan ett läkemedel idag ges ett godkännande som gäller inom hela unionen (se Rehnberg 2001 för en översikt).

Frånvaron av specifika direktiv rörande hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation har ibland tolkats som att EU-medlemskapet inte påverkar vårdsektorn. Det är dock relativt enkelt att konstatera att hälso- och sjukvården direkt och indirekt påverkas av flera av EU:s *generella* principer om den fria rörligheten för människor, varor, tjänster och kapital. Såväl på patientsidan som personalsidan har rättigheter för individer som arbetar och reser mellan medlemsländerna harmoniserats. I flera fall har enskilda medborgare drivit egna ärenden där man hänvisat till principerna om fri rörlighet som därefter avgjorts av EG-domstolen. Det gäller bl.a.

rätten för medborgare att söka vård inom andra medlemsländer, men även frågan om parallellimport av läkemedel.

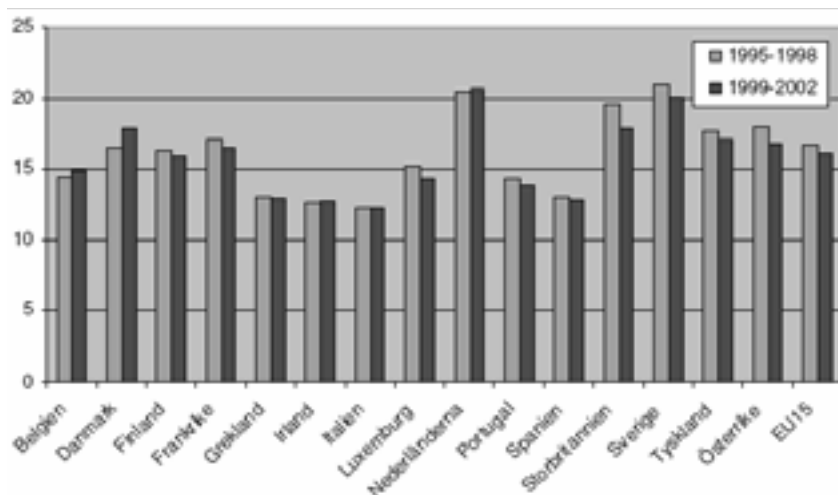
Ett av de mest uppmärksammade utslagen var de förenade målen Decker och Kohl, två medborgare från Luxemburg som sökte vård i Belgien respektive Tyskland för att sedan kräva ersättning från den egna sjukkassan. EU-domstolen tog ställning till huruvida en nationell lagstiftning med villkor om att ett särskilt, föregående, tillstånd måste inhämtas för att ersättning skall kunna beviljas enligt taxan för sjukvårdstjänster som tillhandahållits i en annan medlemsstat. Domstolen fann att den nationella lagstiftningen i fråga utgjorde hinder för fri rörlighet för varor och friheten att tillhandahålla tjänster samt att dessa hinder inte kunde anses berättigade.

Principen om offentlig upphandling är en central princip inom EU som har till syfte att bidra till utvecklingen av den Europeiska interna marknaden och den fria rörligheten av varor och tjänster mellan medlemsländerna. Offentlig upphandling innebär att den offentliga sektorn gör inköp av varor och tjänster inklusive bygg-entreprenader. Inom området har ett antal direktiv som är obligatoriska för samtliga samhällssektorer fastställts, vilka sedermera omsatts i nationella lagstiftningar. De EU-rättsliga principerna är tydliga om s.k. icke-diskriminering vilket innebär att företag med en speciell driftsform inte får gynnas framför andra.

De upphandlande enheterna utgörs av stat, kommun, landsting, statliga myndigheter samt vissa bolag, stiftelser, föreningar och sammanslutningar i statlig regi. Reglerna är relativt tydliga när det gäller renodlade myndigheter och verk medan tolkningarna för den sistnämnda är mer otydlig. Offentligt ägda företag ska likställas med offentliga myndigheter, medan tolkningarna om stiftelser och föreningar varierar. Exempelvis är sjukkassor i flera länder med socialförsäkringssystem undantagna från kraven på offentlig upphandling. Vi kan utifrån statistik om upphandling se skillnader i omfattning mellan medlemsländerna (figur 3).



Figur 3 Total offentlig upphandling som andel av BNP, 1995–2002



Källa: Gegerfelt 2006.

Den offentliga upphandlingen är som synes i tabellen en väsentlig del av handeln inom EU:s gemensamma marknad. År 2002 beräknades den till 1500 miljarder Euro per år, vilket motsvarar 16 procent av EU:s BNP (European Commission 2004). Sverige och Nederländerna ligger i topp, medan Italien och Irland har betydligt mindre omfattning. Variationerna mellan medlemsländerna är stora vilket förklaras av flera faktorer. En naturlig förklaring är storleken på den offentliga sektorn. Detta är dock inte helt enkelt att fastställa, vilket inte minst gäller hälso- och sjukvården. Strukturen på den offentliga sektorn varierar mellan medlemsländerna när det gäller centraliserat och decentraliserat ansvar, privatisering av statliga företag och verksamheter. En organisationsform som i regel inte omfattas av lagen om offentlig upphandling är fristående sjukföretag i flera länder. I den tidigare sammanställningen redovisades den offentliga finansieringen av sjukvården inom OECD. I denna betraktas såväl skattefinansiering som obligatoriska avgifter baserade på inkomst i socialförsäkringssystem som offentlig finansiering. Vi kan dock konstatera att denna offentliga finansieringsform inte omfattas av direktiv och lagstiftning om offentlig upphandling.

Bakgrunden till kraven på offentlig upphandling via EU-direktiv och svensk lagstiftning är den diskriminering som skett vid offent-

lig upphandling och som varit ett problem inom EU. Lokala aktörer har gynnats och medlemsstaterna har försökt skydda vissa sektorer från konkurrens. Inom hälso- och sjukvården finns i flera länder lagstiftningar som hindrar utomstående aktörer att komma in på marknaden. Tillämpningen av offentlig upphandling har dock öppnat upp flera sektorer, däribland sjukvården.

Ett problem som uppmärksammats inom EU är att små och medelstora företag generellt inte deltar i så stor utsträckning i den offentliga sektorns upphandlingar. Flera rapporter diskuterar detta problem och bl.a. noteras att dessa utgör 99 procent av alla företag inom EU, men att endast 16 procent av dessa deltar i offentlig upphandling över gränser. Det låga deltagandet anses bidra till att konkurrensen hämmas vilket leder till högre priser, lägre effektivitet och minskade möjligheter för dessa företag att utvecklas. Förklaringarna är att den offentliga upphandlingen i sig medför hinder som försvårar tillträdet till marknaden. För att hålla de administrativa kostnaderna nere, men även för att pressa priset, sluts ofta stora kontrakt med stor volym vid upphandlingar. Små och medelstora företag saknar även information, kunskap och kompetens för att delta i processen. En förklaring kan även vara att vissa av dessa företag tidigare varit gynnade av protektionism och regionala favoriseringar och inte hunnit ställa om sig till de nya förutsättningarna för konkurrens (Bovis 1997).

Huruvida detta resonemang kan tillämpas inom hälso- och sjukvården är dock oklart. Inom vissa länder, främst socialförsäkrings-systemen, finns uppenbarligen fortfarande undantag från principerna om offentlig upphandling. I en studie från provinsen Andalusien i södra Spanien framgår att tillämpningen av EU-direktiven lett till en ökad öppenhet och effektivisering av upphandling. I studien bekräftas dock att även inom hälso- och sjukvården har små och medelstora företag och organisationer svårigheter att delta i upphandlingen p.g.a. begränsad administrativ kapacitet och svårigheter att följa byråkratin (Villamil et al. 2002).

I studien redovisas även en jämförelse av upphandling av tjänster och produkter inom hälso- och sjukvården mellan Spanien, Storbritannien, Sverige och Tyskland. Studien baseras på statistik över upphandlingar inom EU. I tabellen nedan visas dels den totala upphandlingen, dels andelen för hälso- och sjukvården.

Tabell 4. Upphandling inom hälso- och sjukvård, Spanien, Storbritannien, Sverige och Tyskland, Maj 1999 till April 2000

	MEDLEMSLÄNDER					
	Tyskland	Spanien	Sverige	Storbr.	Övriga EU	EU 15
<b>Samtliga upphandlingar</b>						
Antal	4 439	1 724	707	3 054	13 736	23 660
Antal justerat för invånare	20 300	16 577	29 458	19 411	27 694	23 660
Ratio vs. EU (EU=1,0)	0,86	0,70	1,25	0,82	1,17	1,00
<b>Hälso- och sjukvård</b>						
Antal	242	318	72	293	969	1 894
Procent av samtliga upphandlingar	5,5%	18,4%	10,2%	9,6%	7,1%	8,0%
Antal justerat för invånare	1 107	3 058	3 000	1 862	1 954	1 894
Ratio vs. EU (EU=1,0)	0,58	1,61	1,58	0,98	1,03	1,00

Källa: Villamil et al. 2002.

Som framgår av tabellen finns skillnader mellan länderna. Sverige har en högre nivå på den totala upphandlingen än övriga länder. Ser vi endast till hälso- och sjukvården är genomsnittet 8 procent alla upphandlingar med ett spann mellan Tyskland på 5,5 procent och Spanien på 18 procent. Tittar vi på antalet upphandlingar inom hälso- och sjukvården relaterat till befolkningsstorleken ligger Sverige och Spanien högst, följt av Storbritannien och sist Tyskland. Dessa siffror bekräftar delvis tidigare resonemang att offentlig upphandling i större utsträckning tillämpas i skattebaserade sjukvårdssystem i jämförelse med socialförsäkringssystem.

EU:s regler om offentlig upphandling är endast tvingande vid upphandlingar till summor som överstiger vissa fastställda tröskelvärden. Dessa tröskelvärden har höjts till följd av nya direktiv. Vid upphandling av varor och tjänster inom den klassiska sektorn är tröskelvärdena 162 000 euro för centrala statliga myndigheter och 249 000 euro för övriga upphandlande enheter. Vid upphandling av varor och tjänster inom försörjningssektorerna är tröskelvärdet 499 000 euro. Värdet beräknas utan mervärdesskatt och det är inte tillåtet att dela upp en upphandling för att hamna under tröskelvärdet.

Sverige har valt att även reglera upphandlingar under tröskelvärdena. De svenska nationella bestämmelserna motsvarar delvis EU:s bestämmelser vid upphandling över tröskelvärdena, men är mer flexibla. B-tjänster

## 6 Problem och lösningar för ökad mångfald

Frågeställningen om hur egenskaper i hälso- och sjukvårdssystemen främjar eller bromsar omfattningen av s.k. idéburna vårdgivare är inte helt enkel att besvara. Området är relativt outforskat och frågeställningen upplevs som ny av såväl forskare och företrädare för sjukvårdssystemen. Den vetenskapliga litteraturen ger inte heller några tydliga svar från ett teoretiskt eller empiriskt perspektiv. I litteraturen fokuseras främst på jämförelser av kostnader, produktivitet och marknadsandelar mellan offentlig och privat vård samt mellan privata icke-vinstdrivande och vinstdrivande vårdföretag.

Man kan naturligtvis utifrån befintlig vetenskaplig litteratur, kunskap och iakttagelser pressa fram ett antal slutsatser som dock mer bör ses som välgrundade hypoteser för vidare forskning. Följande slutsatser av redovisat material bör således ses i ljuset av dessa svårigheter och bristande underlag.

Vi kan konstatera att förekomsten av icke-vinstdrivande vårdgivare och småföretag till stor del är historiskt betingad. Det är främst i länder med socialförsäkringssystem där aktörer som kan betraktas som idéburna vårdgivare har en stor marknadsandel av vårdproduktionen. I dessa länder finns en lång tradition med icke-vinstdrivande sjukhus och andra institutioner kombinerat med ett utbud av privatläkare inom den öppna vården.

Utformningen av finansieringssystem och ersättningsprinciper verkar inte vara avgörande för förekomst och utvecklingen för de icke-vinstdrivna vårdgivarna. I flera länder med stor andel icke-vinstdrivande vårdgivare är ersättningen utformad på ett likartad sätt för vårdgivare oberoende av driftsform. Undantaget är främst offentliga vårdgivare som ibland har speciella ersättningar (anslag, interna kontrakt och speciell ersättning för kapitalkostnader). Ofta är ersättningen densamma för privata icke-vinstdrivande och vinstdrivande vårdföretag. I system där ersättningen är ”öppen” dvs. utan tak för ersättningen finns enligt en del studier en tendens att vinstdrivande företag ligger på en högre kostnadsnivå än privata icke-vinstdrivande organisationer.

Principerna för den offentliga upphandlingen har ibland målats ut som ett inträdeshinder för idéburna vårdgivare. EU-lagstiftningen och den svenska tillämpningen är tydlig om principerna för den fria rörligheten och icke-diskriminering mellan drifts- och ägarformer. Här föreligger dock skillnader mellan olika länder där sjukvårdssystem med socialförsäkringar i regel undantar sjukkassor och liknande finansiärer från kraven på offentlig upphandling. Härtill kommer att de privata icke-vinstdrivande organisationerna sedan lång tid är etablerade och har kontakter med sjukkassor och motsvarande enheter. Dessa kontakter har påverkat statusen för vissa icke-vinstdrivande organisationer som har reglerats hårt av myndigheter och finansiärer där dessa ibland erhållit styrelserepresentation. De icke-vinstdrivande organisationerna har då fått en ställning som liknar de offentliga vårdproducenterna och skyddats från konkurrens. Intrycket är att de icke-vinstdrivande organisationerna bibehållit sina marknadsandelar. I Tyskland som exempel har expansionen av de vinstdrivande vårdföretagen uteslutande gått ut över den offentliga vårdproduktionen.

Här finns en skillnad mellan de skattefinansierade systemen där privata vårdgivare, med eller utan vinstmotiv, ställs inför begränsningar och hinder för inträde till vårdsektorn. De offentliga sjukvårdshuvudmännen kan välja att behålla produktionsmonopolet eller att öppna upp för inträde av nya vårdgivare. Detta kan ske på olika sätt, men med EU-lagstiftningen och den svenska tillämpningen bör ingen diskriminering ske mellan ägarformer. Det finns emellertid skillnader i tolkningen av EU-direktiven där t.ex. Sverige (men inte andra länder) valt att även upphandla s.k. B-tjänster, dvs. tjänster som främst produceras inom ett land och ditt hälso- och sjukvård räknas.

Inom det ramverk som Lagen om Offentlig Upphandling ger finns dock stora frihetsgrader för sjukvårdshuvudmännen när det gäller kraven på upphandlingen. Här ligger förmodligen ett ansvar på sjukvårdshuvudmännen som upphandlare att utforma kravspecifikationer så att man inte stänger ute små organisationer med andra förutsättningar när det gäller finansiella kriterier som kapital och bankgaranti. Det finns även möjligheter att ta hänsyn till patienternas valfrihet vid ersättning till vårdgivare. Det föreligger osäkerhet om s.k. kundvalssystem som införts i bl.a. Halland ska omfattas av Lagen om Offentlig Upphandling. Motsvarande tillträde till marknaden för allmänläkare i det brittiska NHS upphandlas inte. Här kan även en motsättning finnas till kravet på

kontinuitet i läkarkontakten enligt Hälso- och sjukvårdslagen, då den kan brytas vid en ny upphandling. Det är svårt att slå fast att den offentliga upphandlingen idag ställer krav som ligger utöver vad som stipuleras i EU-lagstiftningen. Detta är dock ett område att granska för att undanröja eventuella onödiga hinder.

Forskningen kring varför icke-vinstdrivande överhuvudtaget existerar kan även ge viss vägledning för hur inträdet till marknaden kan förbättras om detta syfte vill uppnås. Kundvals-system och upphandling med "ramavtal" ger förmodligen bättre förutsättningar för de idéburna organisationerna att konkurrera med såväl offentliga vårdgivare som med större vinstdrivande sjukvårdsföretag. Såväl offentlig produktion som utkontraktering av vissa vårdtjänster förutsätter någon form av standardisering anpassad till den 'genomsnittlige' medborgarens preferenser.

Med ramavtal som ger medborgarna och patienterna möjlighet att välja mellan flera vårdgivare ökar förutsättningarna för att idéburna organisationer kan hitta sina nischer inom vårdsektorn. Det gäller främst inom sektorer där vi som vårdkonsumenter har olika uppfattningar och önskemål om vårdens utformning och kvalitet som t.ex. inom primärvård och äldreomsorg, men även insatser där individuella preferenser varierar mellan människor. Vård i livets slutskede, vissa psykiatriska behandlingar, alternativmedicin är exempel på sådana verksamheter. För verksamheter som laboratorie- och röntgenverksamhet är förmodligen standardiserade upphandlingar mer lämpliga. Andra åtgärder som underlättar för patienterna att välja är ackreditering och benchmarking mellan vårdgivare.

## 7 Slutsatser

Förutsättningarna och de observerade variationerna mellan länderna för s.k. idéburna organisationernas andel av sjukvårdsproduktionen är till stor del betingad av hälso- och sjukvårdssystemens historik. Utformningen av ersättningssystemen är knappast diskriminerande för de idéburna organisationerna. De idéburna organisationerna 'skyddas' i viss utsträckning från konkurrens och offentlig upphandling i länder med socialförsäkringssystem. Om detta är en fördel eller nackdel för medborgarna och patienterna är oklart. Sverige tillämpar i jämförelse med flertalet länder en formell

och mer omfattande upphandling av sjukvårdstjänster och produkter.

Den offentliga upphandlingen kan vara diskriminerande mot små- och medelstora företag inkl. idéburna organisationerna med begränsad administrativ kapacitet. Detta gäller inom EU i stort samt för hälso- och sjukvården. EU-lagstiftningen och dess tillämpningar på nationell nivå är knappast diskriminerande för idéburna organisationerna. Sjukvårdshuvudmännens *tillämpningar* av dessa kan dock diskriminera organisationer med begränsad administrativ kapacitet.

Upphandling med s.k. *ramavtal* och kundval/patientval kan ge de idéburna organisationerna fördel mot bakgrund av medborgarnas traditionellt positiva attityder till dessa. Detta kan dock ge problem beträffande koordinering av vård och måste vägas mot andra målsättningar kring kostnadskontroll och kostnads-effektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet.

### Referenser:

- Abel Smith B. Cost Containment and Health Care, Bedford Square Press, London, 1984.
- Arvidsson G, Jönsson B (red.). Vård i andra länder – Vad kan Sverige lära? SNS-förlag, Stockholm, 1991.
- Bel-Mer A. The Nonprofit Organisations: Why Do They Exist in Market Economies. Working paper no.51. Program on Non-profit Organizations. Yale University, 1983.
- Bovis, C. EC Public Procurement Law, Addison Wesley Longman, Harlow, 1997.
- Busse R, Riesberg A. Health Care Systems in Transition – Germany. European Observatory on Health Care Systems, WHO/Euro, Copenhagen, 2004.
- Devereaux PJ, Heels-Ansdell D, Lacchetti, C. et al. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. Canadian Medical Association Journal, vol. 170, no. 12, pp. 1817–1824, 2004.
- European Observatory on Health Care Systems. 1999. UK. Health Care Systems in Transition.
- Evans R. Strained/Mercy: The Economics of Canadian Health Care. Butterworths, Toronto, 1984.

- Gegerfelt S. Diskriminerande Offentlig Upphandling och den Inre Marknaden. Lunds universitet, 2006.
- Hansmann HB. The Role of Nonprofit enterprise. *The Yale Law Journal*, 89(5):835–901, 1980.
- Hurst J, *The Reform of Health Care Systems: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, OECD Publications, Paris, 1993.
- Jönsson B. Marknader, ägandeformer och styrning inom vården. I: *Vinst för vården*. SOU 2002:31, Socialdepartementet, Stockholm.
- Kessler D, McCellan M. The effects of hospital ownership and medical productivity. NBER working paper No. 8537, 2001.
- Lundström, T. and F. Wijkström. *The nonprofit sector in Sweden*. Manchester, Manchester University Press, 1997.
- OECD, *The Reform of Health Care Systems*. OECD, Paris 1994.
- OECD, *Health Database*, Paris, 2006.
- Rehnberg C, Garpenby P. *Privata aktörer i svensk sjukvård*. SNS förlag, Stockholm, 1995.
- Rehnberg C. A Swedish case study on the impact of European Union regulations on the pharmaceutical market. In: Berman P, Busse M, & Wismar M. (eds.). *The Impact of the Single European Market on Member States*. IOS Press, Amsterdam, 2001.
- Salamon LM, Anheier HK. In search of the non-profit sector. The question of definitions. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 3, 2, 125–151, 1992.
- Sandier S, Paris V, Polton D. *Health care systems in transition: France*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- Silverman EM, Skinner JS, Fisher ES. The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending. *N Engl J Med*. 1999 Aug 5;341(6):420–6.
- Statistisches Bundesamt 2006, *Gesundheitswesen, Fachserie 12 Reihe 6.3. Kostennachweis der Krankenhäuser 2004* Statistisches Bundesamt, Wiesbaden and other volumes.
- Villamil FS, Avilés NR, Rodriguez MP. The SEM and the public procurement of goods and services in the Andalusian Health Service. In: Busse R, Wismar M, Berman P. *The European Union and Health Services*, IOS Press, Amsterdam, 2002.
- Weisbrod B. *The Nonprofit Economy*. Harvard University press, Cambridge, 1988.



# PM om Lagen om Offentlig Upphandling (LOU)

*Advokaterna Roland Adrell och Carin Gustavsson,  
Gärde Wesslau Advokatbyrå*

## 1 Uppdraget

Små privata företag, kooperativ och ideella organisationer har flera mål med sitt företagande sett ur samhällliga, sociala och ekonomiska perspektiv.

Regeringen har tillsatt en särskild delegation med uppdrag att utreda villkoren för de ovan nämnda företagen som är verksamma inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen. Delegationen skall bland annat göra en analys av hur bestämmelserna i LOU förhåller sig till de särskilda omständigheterna som råder inom äldreomsorgen och utifrån de allmänna utgångspunkterna i uppdraget lämna förslag till åtgärder som delegationen finner motiverade för att ta bort eventuella hinder för företagen och när så anses nödvändigt, identifiera behov av författningsändringar.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Allmänt

Den 1 januari 1994 trädde lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU) i kraft i Sverige. Lagen bygger i huvudsak på EG-rättsliga direktiv (89/665/EEG, 92/13/EEG, 92/50 och 52 /EEG, 93/36-38/EEG, 97/52/EG och 98/4/EG). EG:s regelverk tar sikte på att utsätta endast den större upphandlingen för konkurrens m.m. och därmed skapa förutsättningar för en mellan-nationell upphandling. Vad som är större upphandling avgörs av s.k. tröskelvärden som utgör förutsättningen för att det EG-rättsliga regelverket skall tillämpas.

LOU omfattar dock inte endast den del av upphandlingen som värdemässigt ligger över tröskelvärdena. För upphandling under dessa värden skall endast vissa bestämmelser i författningsförslaget skall tillämpas.

Det huvudsakliga syftet med lagen är att statliga och kommunala myndigheter skall genomföra affärsmässiga och konkurrensneutrala inköp av varor och tjänster. Lagen kan sägas ta sin utgångspunkt i leverantörers möjlighet att avyttra varor och tjänster till den offentliga sektorn.

LOU innehåller sju kapitel. Det första och sista kapitlet innehåller gemensamma regler och definitioner respektive bestämmelser om överprövning och skadestånd. Kapitel två till fem behandlar upphandlingar över tröskelvärdena (avseende varor, byggentreprenader, försörjningssektorerna samt A-tjänster) och kapitel sex behandlar upphandlingar under tröskelvärdena samt s.k. B-tjänster.

För all offentlig upphandling gäller att vissa grundläggande EG-rättsliga principer måste iakttas.

- Av likabehandlingsprincipen följer att alla leverantörer skall behandlas lika, d.v.s. ges lika förutsättningar. Alla måste t.ex. få samma information, vid samma tillfälle.
- Av principen om icke-diskriminering följer att det är förbjudet att direkt eller indirekt diskriminera leverantörer, främst på grund av nationalitet. Härav följer att den upphandlande enheten t.ex. inte får ge ett lokalt företag företräde med anledning av dess geografiska läge.
- Av proportionalitetsprincipen följer att kvalifikationskraven och kraven i kravspecifikationen måste ha ett naturligt samband med och stå i rimlig proportion till det som upphandlas. Dessutom måste kraven vara ägnade att leda till att den upphandlande enhetens syfte med att ställa dem uppnås.
- Transparensprincipen innebär att upphandlingsprocessen skall kännetecknas av förutsebarhet och öppenhet. För att anbudsgivarna skall ges samma förutsättningar vid anbudsgivning måste förfrågningsunderlaget vara klart och tydligt och innehålla samtliga krav på det som skall upphandlas. De ställda kraven får inte frångås.

## 2.2 Implementering av nya upphandlingsdirektiv

År 2004 antog EU två nya upphandlingsdirektiv; tjänstedirektivet (2004/17/EG) och det klassiska direktivet (2004/18/EG). Ett syfte med de nya direktiven har varit att förenkla och strukturera om reglerna så att de mer kronologiskt följer upphandlingsprocessen. Innehållsmässigt stämmer de i huvudsak överens med de tidiga reglerna. Direktiven är endast tillämpliga på upphandlingar över tröskelvärden.

Regeringen tillsatte år 2004 en statlig utredning som skall undersöka hur direktiven på bästa sätt skall implementeras i svensk rätt. I mars 2005 utfärdades ett tilläggsdirektiv. Den statliga utredningen har sammanställts i "Nya upphandlingsregler" SOU 2005:22 respektive "Nya upphandlingsregler 2" SOU 2006:28. Direktiven skulle ha varit införda i Sverige senast den 31 januari 2006. Sverige kommer att införa direktiven i två steg. Först kommer direktivens obligatoriska delar att införas samt bestämmelser om ramavtal. Därefter införs direktivens frivilliga delar som exempelvis rör frågor om överprövning mm.

## 2.3 Hälso- och sjukvårdstjänster

### Tröskelvärden

Beroende på om värdet av en vara eller tjänst överstiger tröskelvärdet skall olika kapitel i LOU tillämpas. Tröskelvärdet justeras vartannat år av Europeiska kommissionen. De värden som gäller för närvarande framgår av förordningen (2000:63) om tröskelvärden vid offentlig upphandling. För statliga myndigheter och för övriga upphandlande enheter är tröskelvärdet för tjänster 1 253 000 SEK respektive 1 826 000 SEK.

### A- respektive B-tjänster

Upphandling av tjänster regleras i 5 kap. LOU. Dessa kategoriseras som A- respektive B-tjänster. För A-tjänster som överstiger tröskelvärdet skall 5 kap. LOU tillämpas, medan 6 kap. LOU skall tillämpas för A-tjänster under tröskelvärdet och B-tjänster oavsett om värde. Vad som är att betrakta som A- respektive B-tjänst framgår av bilaga till LOU.

Av bilagan till LOU framgår uttryckligen att hälso- och sjukvårdstjänster är en s.k. B-tjänst, vilket innebär att 6 kap. LOU skall tillämpas.

### **Kundvalssystem**

Inom hälso- och sjukvården är det vanligt med ett s.k. kundvalssystem. Det finns motstridiga uppfattningar om detta är ett område som faller utanför LOU:s regelverk. Rent generellt kan sägas att bidrag till vissa tjänster, som närmast är att betrakta som ett bistånd till individen, kan falla utanför LOU:s bestämmelser. I sådana fall föreligger uppdragsförhållandet mellan den enskilda och utföraren av tjänsten. När det gäller tjänster som en kommun har en lagstadgad skyldighet att tillhandahålla och som kommunen finansierar är det närmast att betrakta som ett rättsförhållande mellan kommunen och utföraren, vilket innebär att LOU normalt sett skall tillämpas.

### **Hälso- och sjukvårdslagen**

De enskilda patienterna har ett särskilt intresse av kontinuitet i den verksamhet som utförs på entreprenad, bl.a. för att kunna etablera och vidmakthålla en god och långsiktig relation till vårdgivaren. Det framgår även av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att den enskilde skall vara tillförsäkrad kontinuitet och vården skall bygga på självbestämmande. En strikt tillämpning av LOU kan i praktiken leda till byte av entreprenör efter varje ny upphandling. Det kan mot denna bakgrund ifrågasättas om båda lagarnas syften är helt förenliga.

## **2.4 Upphandling enligt 6 kap. LOU**

### **Allmänt**

I enlighet med vad som nämnts ovan har de nya direktiven lett till att det föreligger ett förslag till ny upphandlingslagstiftning dels förslag till lag om upphandling av byggentreprenader, varor och tjänster (benämns nya LOU), dels förslag till lag om upphandling inom områdena vatten, energi, transporter och posttjänster

(benämns LUFFS). Även om upphandlingar enligt nuvarande 6 kap. LOU regleras i den nya lagstiftningen ligger denna typ av upphandlingar utanför det direktivstyrda området. Detta framgår uttryckligen av kapitel 17, "Upphandling som inte omfattas av direktivet" (nya LOU).

För denna typ av upphandling, dvs. upphandling under tröskelvärdet i 2-5 kap. LOU samt s.k. B-tjänster, gäller dock reglerna i Romfördraget. För upphandlingens del innebär det att de regler som styr de fyra friheterna skall tillämpas på upphandlingarna och även kraven på iakttagande av konkurrens, likabehandling och transparens, se ovan.

Vid upphandling enligt 6 kap. LOU finns tre förfaranden; förenklad upphandling, urvalsupphandling och direktupphandling. De två förstnämnda förfarandena är likställda upphandlingsformer enligt 6 kap. LOU och den upphandlande enheten kan fritt välja vilken upphandlingsform som passar bäst i det enskilda fallet. Direktupphandling får dock endast användas i de fall lagen föreskriver.

### **Förenklad upphandling**

Vid s.k. förenklad upphandling har alla leverantörer rätt att delta. De formella kraven är något lägre än vad som gäller för upphandlingar över tröskelvärdet. Bland annat gäller inte kraven på förhandsannonsering enligt 1 kap. 8–10 §§ LOU. Vidare finns det inte heller några särskilt angivna minimitider för att lämna anbud. Den upphandlande enheten skall dock fortfarande dokumentera upphandlingen, upprätta förfrågningsunderlag och begära anbud genom annons i en elektronisk databas mm.

Under särskilda premisser finns enligt 6 kap. LOU möjlighet för den upphandlande enheten att utan föregående annonsering begära anbud. Denna möjlighet är förbehållen fallen som uttryckligen anges i 6 kap. 2 b §. Här är det bl.a. fråga om att det som skall upphandlas, av tekniska eller konstnärliga skäl eller på grund av ensamrätt, endast kan levereras av en viss leverantör.

## Urvalsupphandling

Tillvägagångssättet för urvalsupphandling är i princip detsamma som för förenklad upphandling, med den skillnaden att upphandlingen sker i två steg. Först ansöker anbudsgivarna om att få delta. I samband härmed skall de potentiella anbudsgivarna visa att de uppfyller vissa uppställda grundläggande krav. Därefter väljer den upphandlande enheten vilka anbudsgivare som ska få delta vid anbudsgivning.

## Direktupphandling

En upphandlande enhet har enligt 6 kap. LOU möjlighet att företa en s.k. direktupphandling om upphandlingens värde är lågt eller om det föreligger synnerliga skäl. Av rekvisiten för sådan upphandling följer att den inte är tänkt att användas generellt. Tvärtom framgår klart att direktupphandling är tänkt som en undantagslösning, vilket är naturligt eftersom förfarandet i praktiken innebär att konkurrens inte uppkommer. Möjligheten till direktupphandling är begränsad i tiden. Tanken är inte att man skall dela upp en förutsebar stor volym tjänster eller varor i ett antal mindre direktupphandlingar.

- *Lågt värde*  
Det finns inga fastställda beloppsgränser för när direktupphandling är tillåten. Lagen anger dock att det skall vara ett lågt belopp. Den upphandlande enheten får för egen del fastställa den exakta beloppsgränsen. De högsta belopp som enheten bör fastställa för direktupphandling måste avgöras med hänsyn till den typ av upphandlingar som enheten gör.
- *Synnerliga skäl*  
Direktupphandling kan även användas om det föreligger synnerliga skäl. Ett exempel härpå är vid mindre upphandlingar då ett normalt anbuds förfarande skulle innebära alldeles för höga administrativa kostnader i förhållande till upphandlingens storlek.

Vad gäller vårdtjänster kan det noteras att det av prop. 2001/02:142 framgår att undantaget för synnerliga skäl bör omfatta sådana hälso- och sjukvårdstjänster där patienten genom sin rätt till val av vårdgivare utsett tjänsteleverantören. I samma proposition anges

även att kundvalssystem inom äldreomsorg, sjukvård, barnomsorg m.m. bör utredas i särskild ordning. Såvitt vi har erfarit är det svårt att dra några långtgående slutsatser av uttalande och det föreligger osäkerhet vad gäller möjligheten att tillämpa direktupphandling av sjukvårdstjänster.

Vi anser dock att den möjlighet till direktupphandling som finns idag inte är tillräcklig för att tillgodose den flexibilitet i systemet som är eftersträvarsvärd för att uppfylla de krav på kontinuitet och självbestämmande som den enskilde kan ställa med stöd av Hälso- och sjukvårdslagen.

## 2.5 Nya upphandlingsdirektiven

De nya upphandlingsdirektiven berör endast upphandlingar över tröskelvärdena. I delbetänkandet Nya upphandlingsregler (SOU 2005:22) föreslås en anpassning av nuvarande 6 kap. LOU till de förslag utredningen lämnat när det gäller upphandling över tröskelvärdena. Några sakliga ändringar har inte gjorts i detta kapitel.

Enligt tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2005:39) har utredningen även gjort en allmän översyn av bestämmelserna i 6 kap. LOU i syfte att förenkla reglerna och, i den mån detta inte gjorts tidigare, göra en anpassning till bestämmelserna om upphandling över tröskelvärdena.

De förslag som presenteras i SOU 2006:28 kan sammanfattas enligt följande:

- fastställande av fasta maximigränser skall införas för när direktupphandling får användas;
- övriga bestämmelser om direktupphandling behålls;
- krav på annonsering av upphandlingar är tillfyllest om myndigheten annonserar på en särskilt upprättad upphandlingsprofil på den egna hemsidan;
- en upphandlande enhet är inte skyldig att ange viktning, kriterierna skall dock anges i fallande prioritetsordning;
- direktiven skall tillämpas vid transaktioner mellan kommuner inbördes eller mellan en kommun och en av kommunen tillsammans med annan ägd juridisk person, oavsett om värdet av transaktionerna uppgår till eller understiger tröskelvärdet.

Det är för närvarande oklart när de förslag till förändringar som presenteras i nämnda SOU kan väntas bli föremål för en proposition.

### 3 Problemställning

Ett mål med offentlig upphandling bör vara att låta medborgarna få ta del av ett varierat utbud av varor och tjänster där flera företag av olika storlek och med olika inriktning kan konkurrera. Det blir inom den offentliga sektorn allt vanligare med stora upphandlingar och nationella ramavtal som regionala myndigheter kan göra avrop från. Denna typ av upphandlingar ställer generellt sett högre krav vad avser såväl anbudsgivarens ekonomiska förmåga som anbudsgivarens personella resurser och erfarenhet. Kraven är lika för alla, vilket ligger i linje med likabehandlingsprincipen. Detta innebär dock att många mindre och lokala leverantörer, häribland de företag som innefattas av delegationens arbete, har svårt att konkurrera med de stora leverantörerna. På sikt kan detta leda till att flertalet mindre leverantörer bland annat inom vården försvinner.

Upphandlingsprocessen är även komplicerad och ställer höga krav på snabbhet och kunnighet i att lägga anbud. LOU är en mycket formalistisk lagstiftning och ett misstag i upphandlingen, exempelvis att ett skall-krav ej iakttagits, innebär att den upphandlande enheten har en skyldighet att diskvalificera hela anbudet. De formella kraven innebär med andra ord att det är lätt att göra misstag vid upphandlingar. Mindre organisationer inte har samma förutsättningar att avsätta resurser för anbudsgivning som större organisationer, vilket leder till att vissa leverantörer slås ut ur upphandlingen eller väljer att inte lägga anbud.

I SOU 2006:28 redogörs för en rapport som Nutek låtit göra. Av rapporten framgår att småföretag vanligtvis har svårt att vinna upphandlingar.

De främsta hindren handlar om:

- kostnaderna för att ta fram anbud,
- den korta tid som företagen får på sig att ta fram anbud,
- de krav som ställs på företaget,
- att olika upphandlande enheter använder olika utvärderingsmodeller,
- att anbud kan bli underkända av formella skäl som inte har betydelse för den vara eller tjänst som upphandlas, och



- att företagen blir bundna av de anbud som läggs, vilket kan medföra att de tvingas binda upp resurser under lång tid utan att vara säkra på att få ett kontrakt.

## 4 Förslag till lösning

För att förenkla för upphandlande enheter och leverantörer kan följande åtgärder vidtas.

### 4.1 6 kap. LOU kan övergå till att vara en separat lag

LOU är som framhållits ovan en formalistisk lagstiftning och det finns därför stort utrymme för att göra misstag vid anbudsgivning. Lagstiftningen upplevs som krånglig och svårtillgänglig, vilket bland annat bekräftas av att antalet överprövningsprocesser har ökat markant de senaste åren. Det föreligger ett behov av att förenkla och förtydliga regelverket.

En väsentlig skillnad mellan upphandlingar enligt 6 kap. LOU och upphandlingar över tröskelvärdena är att EG-direktiven skall tillämpas på de sistnämnda. Mot denna bakgrund finns ett större juridiskt utrymme för flexibilitet vid reglering av upphandlingar enligt 6 kap. LOU. För denna typ av upphandling skall dock de grundläggande EG-rättsliga principerna om uppsökande av konkurrens, likabehandling och transparens tillämpas.

Genom att lyfta ut 6 kap. från LOU och placera regelverket i en separat lag åskådliggörs att det föreligger skillnader för denna typ av upphandling i förhållande till vad som gäller för de upphandlingar som helt styrs av EG-rättsliga direktiv. Det bör även ge större utrymme för mer flexibla förfaranderegler. En dylik lagstiftning skulle också kunna ta sin utgångspunkt i kommuners och landstings behov vad gäller såväl varor som tjänster i stället för det utpräglade leverantörspektivet som EG-rätten bygger på.

### 4.2 Nya möjligheter till direktupphandling m.m.

Kommuner och landsting har redan idag en grundlagsstadgad skyldighet att iaktta likabehandlingsprincipen. Vidare följer direkt av kommunallagen att kommuner och landsting har skyldighet att ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet, vilket får anses

tillförsäkra att kommuner och landsting gör affärsmässiga upphandlingar.

Av SOU 2002:31 och 2003:23 framgår att det kan ifrågasättas om delar av den vård- och omsorg som landsting och kommuner idag bedriver lämpar sig för att upphandla, eftersom det finns en risk att ett upphandlingsförfarande kan motverka att för medborgaren viktiga värden, såsom mångfald och kontinuitet, står i centrum. Lagstiftningen bör därför ge utrymme för att överlåta frågan om en viss tjänst inom sektorn skall upphandlas eller inte till det kommunala självstyret.

Det har diskuterats om direktupphandling skall få tillämpas om kostnaderna för själva upphandlingsförfarandet överstiger värdet av upphandlingen eller om en upphandling av tjänster som innefattar hälso- och sjukvårdstjänster eller socialtjänst inte är ändamålsenlig eller riskerar att försämra kvaliteten i vården eller omsorgen för en enskild individ. Vidare har framhållits att det är väsentligt att LOU inte begränsar möjligheten för slutanvändaren, vårdtagaren, att bestämma vilken leverantör som skall utföra tjänsten (s.k. fritt val). Visst stöd för att vidta direktupphandlingar för hälso- och sjukvårdstjänster finns i prop. 2001/02:142. Det är dock oklart i vilken utsträckning som det är möjligt att göra direktupphandling med stöd av detta uttalande. Det finns ett behov av att tydliggöra vad som avses med synnerliga skäl. Med hänsyn till den restriktivitet som generellt sett råder vid tolkning av begreppet ”synnerliga skäl” är risken uppenbar att tillämpningsområdet begränsas om det inte finns uttryckligt stöd i lag eller förarbeten för en viss uppfattning. Enligt vår bedömning finns det starka skäl som talar för att utöka möjligheten att använda direktupphandlingar avseende hälso- och sjukvårdstjänster. Detta bör företrädesvis ske genom att uttryckligen ange det i lag.

Ett annat alternativ är att utreda om det finns möjlighet att utöka förfarandet enligt LOU 6 kap. 2 b §. Förslagsvis kan en föreskrift införas med den innebörden att nämnda förfarande kan tillämpas i de fall det med hänsyn till kvaliteten i vården eller omsorgen för en enskild individ kan anses särskilt betydelsefullt att vid utförande av tjänsten endast begära anbud från en anbudsgivare.

### 4.3 Sociala krav i upphandlingen

I SOU 2006:28 framläggs ett förslag om att upphandlande myndigheter och enheter bör ställa sociala krav vid upphandling i den utsträckning det är påkallat med hänsyn till upphandlingens art. Utvecklingen inom den europeiska gemenskapen har inneburit att socialpolitiska hänsyn fått ett allt större utrymme vid uppbyggnaden av den inre marknaden. Det bör utredas i vad mån man i detta avseende kan ställa som krav, eller värdera vid utvärderingen, att en verksamhetsutövare bedriver sin verksamhet utifrån ideella värden eller liknande (exempelvis brukarorganisationer). En modell som återfinns i USA men som i Europa veterligen ej är prövad är att i en kommunal äldreomsorgsplan bestämma att en viss del (exempelvis 10 %) av äldreomsorgen i kommunen skall bedrivas av ideella organisationer eller små företag. Att därefter hänvisa till äldreomsorgsplanen i förfrågningsunderlaget bör kunna accepteras utifrån upphandlingsjuridiska principer.

### 4.4 Utbildning och information

I enlighet med vad som angivits ovan är många upphandlingar stora och komplicerade, vilket ställer höga krav på anbudsgivaren. Detta leder inte sällan till att mindre företag och oerfarna företag, ej har möjlighet att avsätta de resurser som fordras för att avge ett konkurrenskraftigt anbud.

Det finns ett tydligt behov av ökad utbildning och information inom området. Detta gäller såväl för upphandlande enheter som för anbudsgivare.

Genom bättre utbildning till de upphandlande enheterna kan de upprätta tydligare förfrågningsunderlag. Ett rätt utformat förfrågningsunderlag gör det enkelt och förutsebart för anbudsgivarna att lämna anbud. Det är därför viktigt att den upphandlande enheten är noggrann och eftertänksam vid utformandet av detta underlag. Det är även i samband med utformningen av förfrågningsunderlaget som det är möjligt för politiker, användare och andra intressenter att påverka innehållet i den upphandlade tjänsten. Det går inte att föreslå politiska krav efter att förfrågningsunderlaget är upprättat (se ovan om äldreomsorgsplan).

Det är viktigt att framarbete gemensamma råd för upphandlingsprocessen. Härvid bör anges vilka avvägningar den upphandlande

enheten har att ta ställning till, exempelvis utformande av sociala kriterier vid upphandlingar samt i vilken utsträckning politiska överväganden och politiska policys skall beaktas. Vidare bör principer finnas för vilka verksamheter som gynnas av att upphandlingar görs på nationell, regional eller lokal nivå.

Det borde numera även vara fullt möjligt att ta fram standardiserade förfrågningsunderlag inom flera områden där entreprenader är frekvent förekommande.

Roland Adrell  
Advokat

Carin Gustavsson  
Advokat

# Rapporter från fyra arbetsseminarier

## Hur påverkar mångfald vårdens prioriteringar och värdegrund?

Detta är en dokumentation från ett seminarium som hölls den 25 januari 2007 och som har genomförts inom ramen för delegationen för mångfald inom vård och omsorg. Seminarieprogrammet har tagits fram av delegationen i samarbete med Arbetsgivaralliansen, Coompanion, FAMNA, KFO, Kooperativa institutet, Praktiker-tjänst och Vårdföretagarna.

Medverkande vid seminariet var:

- Inger Schörling, Delegationen för mångfald inom vård och omsorg
- Göran Hermerén, Lunds Universitet
- Barbro Westerholm, Riksdagen
- Lisbeth Sachs, Karolinska Institutet
- Merja Heed, Berghemmet Vuorikoti ekonomisk förening
- Seidi Garis, Kooperativet Beth-Nahrin
- Per Carlsson, Prioriteringscentrum

Dokumentationen har gjorts av Fia Jonsson på Kooperativa institutet.

### Inger Schörling

Inger Schörling är ordförande i Delegationen för mångfald inom vård och omsorg. Inger inledde seminariet med att berätta om delegationens uppdrag och att man under våren och hösten 2007 har planer på sammanlagt sju olika seminarier. Eventuellt kommer dessa också att sammanfattas i ett större slutseminarium. Delega-

tionen är en offentlig utredning som ska ge ett delbetänkande under våren 2007 och ett slutbetänkande i mars 2008.

Direktiven för Delegationens uppdrag kan sammanfattas i sju olika punkter, som handlar om att

- kartlägga omfattningen av idéburna organisationers verksamhet inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och äldreomsorgen och inriktningen på denna,
- lyfta fram offentligt finansierad verksamhet som idag bedrivs av idéburna organisationer eller små företag som kan tjäna som exempel på hur hälso- och sjukvårdverksamhet och äldreomsorg kan bedrivas, men även visa på de hinder och problem som idéburna aktörer och små företag möter samt verksamheternas betydelse och konsekvens för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen,
- se över vilka initiativ som kan behövas för att villkoren för idéburna vårdgivare i möjligaste mån skall kunna likställas med villkoren för mer kommersiellt inriktade vårdgivare bl.a. när det gäller etablering av verksamhet och kapitalförsörjning,
- utreda vilka existerande organ för samverkan som finns för idéburna vårdgivare och små företag bl.a. när det gäller frågor som rör juridik, ekonomi, IT m.m. samt hur förutsättningarna och metoderna kan utvecklas ytterligare inom dessa områden,
- göra en analys av hur bestämmelserna i LOU förhåller sig till de särskilda omständigheter som råder inom äldreomsorgen,
- utifrån de allmänna utgångspunkterna i uppdraget lämna förslag till åtgärder som delegationen finner motiverade för att ta bort eventuella hinder för idéburna vårdgivare och när så anses nödvändigt, identifiera behov av författningsändringar,
- genomföra sitt uppdrag i samråd med företrädare för idéburna organisationer, brukare, landsting, kommuner, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och andra berörda organisationer, myndigheter och statliga kommittéer.

För att lyfta fram exempel på offentligt finansierad verksamhet som idag bedrivs av idéburna organisationer, har man bland annat gjort en tidning som nås via [www.sou.gov.se/godaexempel/Vård-Omsorg.pdf](http://www.sou.gov.se/godaexempel/Vård-Omsorg.pdf)

## Göran Hermerén

### Anförande

Göran Hermerén är professor i medicinsk etik vid Lunds universitet och gav i sitt anförande en översikt över etiska frågeställningar inför ett vård- och omsorgssystem med större mångfald. För att kunna diskutera frågan om etiska frågeställningar krävs det att man har en tydlig bild av vad som menas med mångfald och i vilket sammanhang som mångfald eftersträvas. Krav på ökad mångfald kan till exempel gälla fler vårdformer, fler alternativ när det gäller diagnostik och behandling, större delaktighet och mer insyn, ökade möjligheter till "second opinion" och större rätt/möjlighet för andra än doktorn att påverka. Det kan också gälla mer blandad personal, större valfrihet när det gäller finansieringsformer och utbud, större mångfald när det gäller prioriteringsmodeller och innehållet i de prioriteringar som görs i olika regioner i landet.

Mångfalden måste också ses i ett sammanhang och utifrån de styrsystem som finns inom vården. Det kan vara system som styrs utifrån fokus på medicinsk nytta och som baseras på att behoven ska tillgodoses, eller så kan det vara system som styrs utifrån fokus på autonomi och som baseras på att efterfrågan ska tillgodoses. Det kan också vara blandade system där patienten och de anhöriga utifrån tillgänglig information själva kan påverka vårdens utformning och innehåll.

Det är relevant att se till målen:

- Är medicinens och sjukvårdens mål identiska?
- Vet vi vilka målen är?
- Har målen alltid varit desamma?
- Kommer målen ibland i konflikt med varandra?

Etik är mångfacetterat, det finns både teoretiska, empiriska och normativa inslag i etiska analyser. Ett etiskt problem karaktäriseras av förekomsten av valsituationer och flera aktörer och berörda, med delvis skilda intressen, värderingar och rättigheter som kommer i konflikt med varandra. Situationerna kräver att val måste göras och även att skjuta upp ett val är ett ställningstagande. Exempel på konflikter kan vara alternativmedicin eller naturmedicin kontra skolmedicin eller traditionell medicin.

Om mångfald är ett värde i vården måste man fråga sig vad för slags värde det i så fall är och hur det förhåller sig till andra värden i

vården, och vilka dessa värden är? Mångfald i sig är inte ett egenvärde, utan mer ett instrumentellt värde. Inom vården finns det flera värden som kan ge värdekonflikter, vilka kan lösas genom rangordning, omtolkning och precisering av de olika värdena.

### Litteratur

Fleischhauer, K, Hermerén G.(2006). Goals of Medicine in the Course of History and Today. Stockholm: Kungl. Vitterhets Historie och Antikvitets Akademien (Almqvist & Wiksell International distr.)

Hermerén, G. Sjukvårdetik i tider av förändring, I: Etiska utmaningar, red. Kristofer Hanson, publicerad av Studentlitteratur, Lund, 2006.

### Reflektioner

Inger Schörling från delegationen för mångfald inom vård och omsorg inledde med en fråga om vårt behov av trygghet inom vård och omsorg kan göra att vi blir mindre förändringsbenägna?

- Om man vill bibehålla tryggheten så är det ett problem i sig när det handlar om att skapa mångfald, menade Schörling.
- Förändringsbenägenheten påverkas inte bara av patienter och anhörigas trygghetsbehov, utan det finns också andra tröghetsmekanismer. Till exempel är professionens obenägenhet att förändra sig en faktor, man gör gärna på ett sätt därför att "man alltid har gjort så". Det finns studier som visar att bara ungefär 20 procent av det som görs inom vården är kliniskt beprövat, resten är beprövat av rutinerna. Också ekonomin kan spela roll, tydliggjorde Hermerén.

Ingemar Färm från HSO lyfte fram maktperspektivet som en viktig aspekt.

- Det finns ett spel mellan flera av aktörerna som kämpar om utrymmet på hälso- och sjukvårdsmarknaden. Det finns också en gammal konflikt inbyggd mellan läkare, administratörer, politiker och patienter där man ofta byggt allianser och spelat ut



varandra. Det är en viktig aspekt när man diskuterar mångfald och prioriteringar inom hälso- och sjukvårdsområdet.

- Det finns aktörer som alla har olika intressen och de kommer ibland i konflikt med varandra och det är viktigt att synliggöra. Till exempel är läkemedelsfabrikanternas intresse att öka sina marknadsandelar och det är inte alltid enkelt att förena med andra aktörers intressen, vilket leder till en konflikt. Vems intressen ska man tillgodose? Och enligt vilka principer ska man bestämma? Det är frågor som bör ställas konstaterade Hermerén.

Fredrik Norrman från Kontaktforum lyfte frågan om att det faktiskt finns ett vårdbehov hos människor även om de inte är sjuka i medicinsk bemärkelse.

- Utöver den medicinska aspekten på vård finns det andra typer av vård. Äldre kan till exempel behöva vård även om de inte är sjuka. Likaså finns det kriminella och missbrukare som behöver vård utan att de är sjuka i medicinsk bemärkelse. Det finns också människor som behöver vård och avlastning för att de tar hand om anhöriga.
- Detta visar hur medicinens och sjukvårdens mål har förändrats över tiden. Dessa vårdbehov är en relativt ny företeelse och både sjukvårds-, omsorgs- och behovspanoramat förändras över tiden. Om man dessutom ser till länder i tredje världen så ser bilden helt annorlunda ut, förklarade Hermerén instämmande.

Kerstin Alberius från Röda Korset ställde frågan om vilka krav på mångfald man kan ställa på den solidariskt finansierade delen av vård- och omsorgsmarknaden, utifrån att man betalar en allt större del privat? En fråga är också hur det är kopplat till autonomi och självbestämmande?

- Vi är alltmer på väg mot en blandad modell med en kombination av offentlig och privat finansiering. Det finns en växande marknad för tjänster som man själv betalar för, via sjukvårdsförsäkringar, även om det finns en stark poäng i den solidariskt finansierade modellen. Individens vilja och förmåga att betala blir allt viktigare. I detta fall är det viktigt att problematisera kring mångfald och kanske också differentiera diskussionerna, tydliggjorde Hermerén.

Björn Ljung från Praktikertjänst förklarade att man med en mångfald av aktörer når större grupper av människor.

- Ett värde av mångfald inom vård och omsorg är att man lättare kan nå den grupp av människor som faktiskt efterfrågar mindre vård än vad de har behov av. Med en ökad mångfald är det lättare att nå dessa människor som man kanske inte skulle nå med endast en aktör på marknaden.
- I prioriteringsutredningen skrev vi om att folk har behov av sådant som de inte efterfrågar och att de efterfrågar sådant som de inte har behov av. Frågan är om detta förutsätter att det måste vara många aktörer, eller om det kan vara en? Det är inte säkert att det är antalet aktörer på marknaden som avgör hur väl man fångar upp de som efterfrågar för lite vård, det kan vara en fråga om vilka instruktioner som ges. Det kan också vara tröghetsmekanismer som gör att man som läkare bara når de patienter som kommer till mottagningen, förklarade Hermerén.

Ola Johansson från delegationen för mångfald inom vård och omsorg ställde frågan om behovet av mångfald är olika beroende på var man är i det spektrum av vård och omsorg som finns?

- Är det viktigare med mångfald där man har långvariga relationer som i exempelvis habilitering, omsorg och kronisk sjukdom än vad det är i mer högspecialiserad sjukvård?
- Om man utgår från behov kan man se att behoven är olika beroende på om man till exempel är kroniskt eller akut sjuk. Vissa behov bör tillgodoses av en mångfald av aktörer, medan andra kräver specialistvård där mångfald inte är ett behov, svarade Hermerén.

Att mångfald inte är ett behov inom högspecialiserad vård bekräftade också Ingemar Färm från HSO. Han förklarade att man till exempel inom barnhjärtkirurgi och inom behandling av cystisk fibros istället satsat på centralisering för att samla specialistkompetenser.

## Barbro Westerholm

### Anförande

Barbro Westerholm är riksdagsledamot och talade om äldres verklighet och behov av värdighet. Barbro inledde sitt anförande med att tala om alla människors lika värde, oavsett vem man är. När vi föds är vi människor som mest lika varandra; vi ser ungefär likadana ut, väger ungefär lika mycket och saknar ett språk. Ju äldre vi blir desto mer olika varandra blir vi, men vi ska ändå ha lika värde. En fråga som Westerholm ställde sig var ändå om alla människor har lika värde och om äldre har samma värde som yngre?

Att vara delaktig i samhället och i samhällsutvecklingen ger värde. Ivar Lo Johansson beskrev det 1947 i "Längs det svenska åldrandets kungsväg" ungefär som att man som åldring förlorat sin tidigare givna plats i samhället i och med att man inte längre deltar i arbetslivet. Åldringen har också frikänts förmågan att ta hand om och fostra barnbarnen. Efter pensionen kan man se det som om "människan går från att vara någon till att vara ingen, bara pensionär". Samtidigt finns det också en föreställning i arbetslivet om att äldre kan vara långsammare i sitt arbete, men studier har visat att det uppvägs av den ökade erfarenheten som kompenserar en långsammare inlärningsförmåga.

De äldres värdighet förloras inte bara av förlusten av arbetet. Det handlar också om att man kanske inte längre får köra bil, inte längre kan betala sina räkningar, inte kan bädda sängen eller inte kan sköta sin hygien. Även utseendet förändras och ibland kan man tvingas att flytta från sitt hem. De äldre kan också mötas av kränkningar från andra och brist på respekt för den människa som den äldre faktiskt är. För den som arbetar med äldre är det viktigt att beakta bemötandet man ger den äldre. Ett sätt för personalen att få en mer personlig relation till den äldre och en bild av hur denne har varit och levt tidigare är att använda gamla bilder på den äldre, vilket man har använt sig av i vissa äldreboenden.

Äldre vill, precis som alla andra, ha autonomi och självbestämmande över sin vardag, oavsett om de bor hemma eller på institution. Hemma ser många att de har ett självbestämmande tills vårdpersonalen i vissa fall "tar över värdskapet" och den äldre närmast blir gäst i det egna hemmet, för att inte säga fånge. I det särskilda boendet är omständigheterna lite annorlunda. Man måste ta hänsyn till grannar, grannar som man själv inte har valt och som man kan-

ske inte har något gemensamt med. Det egna hemmet står idag för autonomi, livskvalitet och värdighet, medan vissa institutioner idag står för ett misslyckande. Detta är något man måste ändra på.

Även om det inte går att skapa ett äkta hem i s.k. särskilt boende så går det att avinstitutionalisera det genom att avlägsna sådant som signalerar sjukhus eller institution. Här spelar också personalen en viktig roll, de ska inte bara använda sina "vetenskapliga" färdigheter, utan också ge omsorg och se den äldre som den människa hon är. Det är viktigt med social gemenskap och här kan också samarbetet med frivilliga spela en stor roll.

## Reflektioner

Björn Ljung från Praktikertjänst lyfte frågan om den ekonomiska konflikt som finns mellan å ena sidan rättighetslagstiftningarna i LSS i LAS och å andra sidan Hälso- och sjukvårdslagen där det inte finns någon rättighetslagstiftning.

- Borde vi i Sverige göra som våra grannländer Norge och Danmark och skapa en rättighetslagstiftning där patienten ska ha rätt till hälso- och sjukvård?
- Det är inte bra med rättighets- och skyldighetslagstiftningar som krockar, instämde Westerholm och konstaterade också att Hälso- och sjukvårdslagen är skriven i en tid då många vårdades på sjukhus och då man inte förutsåg fri rörlighet för patienter inom EU.

Margareta Möller från Edsättras vänner förklarade att det finns ett problem i att kommunerna och biståndsbedömarna bedömer så olika.

- Det är människor med väldigt olika omsorgsbehov som flyttar in till äldreboendena och ofta kräver biståndsbedömarna att den äldre ska vara multisjuk för att få flytta till ett äldreboende. Vad ska man göra när biståndsbedömarna inte låter den äldre flytta till ett äldreboende medan den fortfarande kan ha glädje av att bo på ett sådant?
- I äldreboendedelegationen ska vi följa upp hur de pengar som har gått till utökning av platser i särskilda boenden har använts. Nu ligger ärendet hos EU, eftersom pengarna är en subvention. Vi måste i framtiden skapa förutsättningar för de äldre att flytta

när de själva känner att det är dags. Man flyttar inte från det egna hemmet förrän man känner att det är dags och då ska det också gå att flytta, menade Westerholm.

Håkan Bystedt från Kooperativa institutet lyfte frågan om varför den modell man har i Linköping, där de äldre själva kan bestämma vilken typ av tjänster som de vill få utförda, inte kombineras med ett kund- eller brukarval?

- Varför har vi inte kommit längre ute i kommunerna när det handlar om att både välja utförare och vilka tjänster som ska utföras?
- Ideologier har tidigare legat i vägen, men nu finns en större politisk samsyn. Det finns så många som har personliga erfarenheter av närstående som behöver omsorg att man ser att resurserna är fel använda. Det blir fel både för den äldre och för biståndsbedömaren och hemtjänstpersonalen som måste känna sig otillfredsställda med sitt arbete. Det är tungt att inte kunna känna att man gör rätt saker för dem man möter i sitt arbete, vilket också gör det till en arbetsmiljöfråga, förklarade Westerholm.

Gun-Britt Mårtensson från HSB tydliggjorde kravet på en kundvalsmodell för att mångfalden ska spela någon roll och öka kvaliteten i vård och omsorg.

- För att man ska få en mångfald som verkligen gagnar de äldre krävs det att man har en kundvalsmodell, som faktiskt är den enda modell där man konkurrerar med sin kvalitet, underströk Mårtensson.

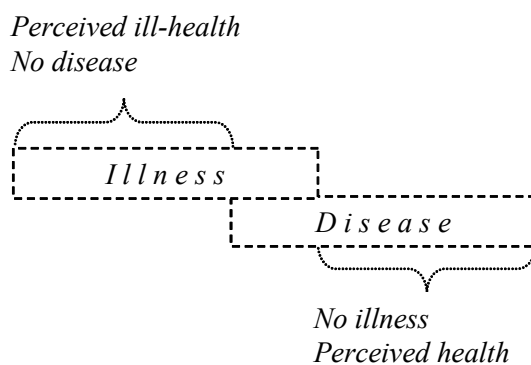
Barbro Westerholm gav en avslutande kommentar och förklarade att det är positivt att det finns en gemensam vilja att se över lagstiftningen inom äldreomsorgen. Hon menade också att det är viktigt att de samlade erfarenheterna tas in i äldredelegationen.

## Lisbeth Sachs

### Anförande

Lisbeth Sachs är docent i socialantropologi och arbetar vid Karolinska institutet och Skaraborgsinstitutet. Lisbeth gav med en kombination av konkreta fallbeskrivningar och några grundläggande begrepp sin syn på vård över kunskaps- och kulturgränser.

För att reda ut skillnaderna mellan det synliga och det osynliga i kroppen har de engelska begreppen *illness* och *disease* visat sig användbara. Begreppen introducerades för att skilja mellan å ena sidan patientens subjektiva upplevelse och förnimmelse av sjukdom och lidande som finns rotad i en viss situation och kultur, dvs. *illness* och å andra sidan den biomedicinska synen på "avvikande tillstånd i olika organs struktur och/eller funktion", dvs. *disease*. Med två exempel kan man visa hur det vi uppfattar som självklart och ser som god hälso- och sjukvård kan innebära stora problem för människor med andra kunskaper och annan kulturell bakgrund:



Bland extremfallen i figuren ovan, där man har *illness* utan *disease* finns exempelvis de turkiska invandrarkvinnor som ofta hade värk i kroppen och som Lisbeth Sachs lärde känna i sitt fältarbete inför avhandlingen "Onda ögat eller bakterier". Värken hos dessa kvinnor kunde bero på belastning av olika slag men också på den s.k. "svenska värken", vilken man fick för att man längtade hem och var allmänt nedstämd och desorienterad i det nya landet. När kvinnorna sökte hjälp för sin värk fick de reda på att det inte fanns något fel i kroppen. När de efter att ha sökt olika medicinska

experter till sist reste hem till sina läkemän i byn därhemma, blev de genast mycket bättre.

De andra extremfallen till höger, disease utan illness, har direkt med den hälsokontrollerande verksamheten att göra och en uppfattning om att man inte är sjuk om man inte känner sig sjuk. Ett exempel är två syskon som bar på ett androgenitalt syndrom, men som inte hade några symtom och därför ansågs helt friska av föräldrarna. När läkaren ställde diagnosen avfärdades den till och med som farlig. När symptom så småningom uppstod tolkade föräldrarna det som att läkaren genom att säga att barnen var sjuka, när de inte var det, faktiskt hade satt sjukdomen på barnen.

Önskemålen om hur man ska bli bemött inom vården skiljer sig åt och ger upphov till frågor för reflektion; frågor om kommunikation, evidensbaserad medicin och autonomi och ansvar är viktiga i dessa sammanhang. En grundläggande förutsättning för en bra vård är tillit och hur avgörande tilliten till en viss vårdform egentligen är för läkande har vi inte så djupa kunskaper om idag. I Lisbeth Sachs bok "Tillit som bot" diskuteras bland annat placebofenomenet i tid och rum. En etisk fråga att ta ställning till är autonomi för en sjuk patient i förhållande till expert hjälp. Autonomibegreppet har alltmer kommit att stå för något positivt, men det finns också problem med exempelvis patienter som inte kan välja, vilket visats i studier om patienters rätt.

Enligt medicinsk tradition skall läkaren göra allt för att utifrån sina medicinska kunskaper hjälpa patienten, men med individperspektivet och patientens rätt inom hälso- och sjukvården har man samtidigt öppnat för en motsättning vid behandling av svår sjukdom. När man tänker på etnisk mångfald finns det några svåra frågor som är kopplade till bland annat:

- individuellt anpassad information, med följderna att information alltid kommer att tolkas utifrån speciella kunskaper och livserfarenheter i en kultur,
- möjligheten att välja behandlingsalternativ, vilket i vissa fall kan innebära att resa till ett hemland där betrodda magiker och läkemän med helt andra sätt att se på sjukdom och behandling tar sig an utvecklingen och ger behandlingar eller råder personen att göra något som man kanske inom svensk sjukvård anser helt förkastligt,

- möjlighet att få förnyad medicinsk bedömning, s.k. second opinion, kan gälla alternativa bedömningar av olika läkemen och kvinnor utanför svensk kontroll.

Det är inte bara människor som kommer från andra länder som ser möjligheter i andra behandlingsval. Det har visat sig att människor överlag alltmer använder sig av alternativa och komplementära behandlingsmetoder vid sjukdom. För att på ett mer organiserat sätt möta sådana strömningar har man i västvärlden nu börjat skapa forskningscentra där man söker kunskap om olika behandlingsmetoder utanför skolmedicinen, för att på sikt kunna integrera dem i vardaglig hälso- och sjukvård. På KI finns sedan ett år tillbaka Osher Centrum för Integrativ Medicin (OCIM) där man nu har påbörjat forskning med tre huvudsakliga inriktningar:

- Forskning om verkningsmekanismer och effektivitet för behandlingsmetoder som inte är representerade i den etablerade hälso- och sjukvården.
- Forskning gällande integration av biologisk och psykologisk kunskap av relevans för fysisk och psykisk hälsa.
- Samhällsvetenskapligt och/eller folkhälsovetenskapligt inriktad forskning kring användande av integrativ medicin.

Lisbeth Sachs förklarade slutligen att en diskussion om mångfald i vården naturligtvis måste utgå ifrån att den svenska sjukvården redan är på väg att utveckla en mångfald av vårdformer, men att kunskaperna om hur den ska hanteras i praktik, regelverk och utbildning blir en stor utmaning för framtiden.

### Reflektioner

Inger Schörling från delegationen för mångfald inom vård och omsorg konstaterade att det som nu händer på Karolinska Institutet verkligen är nytänkande och hon frågade Lisbeth Sachs:

- Vilka attityder möts ni av?

Lisbeth Sachs förklarade att det är ett helt och hållet nytt område och i och med forskningen kring placebo, också internationellt, så har man fått ett helt nytt sätt att se på människan.



- Det finns ett intresse för placebo och dess påverkan på vår hälsa och vårt läkande. Det anses å ena sidan oetiskt att använda sig av placebo i form av tabletter, men å andra sidan har en hoppfull och entusiastisk läkare precis samma effekt och det är det ingen som sätter sig emot. Jag hoppas att den här satsningen verkligen ska få ringar på vattnet, menade Sachs.

Thomas Schneider från Vidarkliniken konstaterade att mångfalden inom vården kommer att öka.

- Idag har över hälften av de nylegitimerade läkarna i Sverige utländskt påbrå. Kulturen och traditionen är en helt annan, och likaså språket skiljer sig åt. Det medför en ”inbyggd utveckling av mångfalden”.

Det gavs också ett inlägg om att det finns en mångfald av kunskap som man måste beakta när man pratar mångfald inom om vård och omsorg. Det finns mycket kunskap i synnerhet inom omvårdnad som håller på att bli beforskad, men som först måste bli accepterad.

- I det forskningsprojekt som drivs på Karolinska Institutet finns det omvårdnadsforskare med. Det finns också fysioterapeuter och andra som arbetar med människan på ett annat sätt än traditionella läkare, förklarade Sachs.

## **Merja Heed och Seidi Garis**

### **Anförande**

Merja Heed är från Berghemmet Vuorikoti ekonomisk förening i Göteborg, som driver finska hemtjänsteamet. Hon berättade tillsammans med Seidi Garis från kooperativet Beth-Nahrin i Göteborg om hemtjänst på hemspråket för personer med utländsk härkomst.

I Göteborg finns det omkring fem olika språkgrupper där behovet av omsorg på hemspråket är stort. Mellan år 2002 och 2004 ökade antalet personer över 65 år från 69 701 till 72 457, en ökning med 2 756 personer. Av dessa hade 1 640 personer utländsk bakgrund. Sverigefinnar kom huvudsakligen till Sverige som arbetskraftsinvandrare under 1960- och 70-talet. I Göteborg finns det ca 20 000 sverigefinnar och av dessa är över 2 000 personer över 65 år.

Gruppen över 65 år ökar snabbt och man ser idag en ”boom” av språkgruppen. Många av sverigefinnarna har ett rikt föreningsliv, men det finns också mycket ensamhet i gruppen. För sverigefinnar har bland annat det sverigefinska seniornätverket identifierat behov av information, hemtjänst och äldreboende/demensavdelning på finska, vilket man sedan 2004 har uppvaktat kommunalpolitiker och berättat om.

Berghemmet – Vuorikoti ekonomisk förening – bildades med avsikt att sälja hemtjänst, servicetjänster och ledsagarservice i Göteborg med närkommuner. Under 2003 var några stadsdelar i Göteborg kunder, men avtalen sades upp 2004 efter politisk ovilja och problem med facket. I november 2006 skrev Berghemmet ett nytt avtal med Bergsjöns stadsdelsförvaltning och man har bildat ett nätverk av medarbetare med vårdkompetens som väntar på att få börja arbeta.

Assyrier och syrianer kom huvudsakligen till Sverige under 1970- och 80-talet från bland annat Turkiet, Syrien, Libanon och Irak. I Göteborg finns det ca 10 000 assyrier och av dessa är mer än 500 personer över 65 år. Många av assyrierna har svårt att kommunicera på svenska och många är analfabeter vilket gör att de har svårt att lära sig ett nytt språk. Svårigheterna att kommunicera på svenska ger en begränsad rörelsefrihet och skapar ensamhet. Bland assyrier finns ett behov av både äldreboenden, hemtjänst och en träffpunkt eller dagverksamhet, där dagverksamheten kan fungera som en länk mellan de äldre och hemtjänsten. Ett problem som lätt uppstår är missuppfattningar i språket, vilket leder till fel förväntningar bland de äldre.

Kooperativet Beth-Narin bildades 2004 utifrån de behov som identifierats, såsom att sälja hemtjänst, servicetjänster och ledsagarservice i Göteborg. Senare samma år sades avtalen med stadsdelsnämnden i Bergsjön upp. Från 2005 har Mölndal lagt ut sina servicetjänster på entreprenad, men problemet är att det inte finns några assyrier i Mölndal. Sedan sommaren 2006 är kooperativet vilande i väntan på uppdrag.

Hösten 2005 gjordes en kartläggning bland äldre assyrier och sverigefinnar som visade att det bland de tillfrågade var 98 procent av assyrierna och 70 procent av sverigefinnarna som ville få hjälp och stöd på sitt modersmål. Kartläggningen visade också att 30 procent av sverigefinnarna behöver språkhjälp i kontakten med kommunens äldreomsorg. I framtiden tycks behoven av omsorg på assyriska och finska öka än mer. Merja Heed och Seidi Garis för-

klaras att de känner sig som "mellanrumsaktörer", de agerar på en marknad och tillgodoser behov som de befintliga strukturerna inte tillgodoser. Kooperativens framtid är kopplade till den sociala ekonomins framtid och de fyller rummet mellan det offentliga och privata.

## Per Carlsson

### Anförande

Per Carlsson arbetar vid Prioriteringscentrum och talade på temat etik, prioriteringar och eget ansvar, samt om konflikten mellan de olika principerna för prioriteringar.

Prioriteringar handlar i grunden om att välja, helst på ett medvetet och rättvist sätt. Så länge som inte alla behov och önskemål i ett samhälle är tillfredställda, tvingas vi att välja hur offentliga liksom privata resurser ska användas på bästa sätt. I Sverige har vi tre grundprinciper (prop. 1996/1997:60) som ska gälla för prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Det handlar om en "etisk plattform" som utgår från människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Hur skall då dessa principer omsättas i praktiken, hur ska målkonflikter hanteras, vilken typ av beslutsunderlag behövs och vem skall ansvara för att göra prioriteringarna?



Det finns fyra olika villkor som ska vara uppfyllda för att prioriteringsbeslut ska uppfattas som legitima. Det handlar om relevans, offentlighet, överklagande/omprövning och genomförande.

En första förutsättning för att beslut ska vinna allmänt stöd är att vårdpersonalen uppfattar arbetet och resultatet som rimligt och korrekt, dvs att det finns en intern legitimitet. Sedan kommer en process för att allmänheten ska känna förtroende för de prioriteringar som ofrånkomligen görs i sjukvården för att uppnå extern legitimitet.

Prioriteringscentrum kommer inom kort med en rapport där man arbetat fram en modell för hur prioriteringar ska göras och där man utifrån människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen väger samman patientnyttan och effekten av åtgärder.

När det handlar om etik och prioriteringar utifrån ökad mångfald bör individualismens frihet ställas mot kollektivismens rättvisa. Kollektivismen kan utvecklas till ett totalitärt system med tvång och förtryck och med monopol som hotar nytänkande och personliga initiativ. Individualismen kan å sin sida utvecklas till egoism som leder till kaos, och en okontrollerad mångfald kan hota den enskildes trygghet. Det är också viktigt att man definierar vad som menas med ökad mångfald, och man bör vara medveten om att det kopplat till styrkan i incitament vid mångfald också finns ett hot mot "rättvisan". Vårdgivare som enbart riktar sig till grupper med speciella egenskaper vad gäller etnicitet, religion etc kan till exempel göra sig skyldiga till diskriminering.

Avslutningsvis gav Per Carlsson ett citat från proposition 1999/97:60:

Ett prioriteringstänkande i hälso- och sjukvården är en ständigt pågående process där det hela tiden måste finnas en beredskap att ompröva, finna nya vägar och former för arbetet.

## Reflektioner

En inledande reflektion efter Per Carlssons anförande var att prioriteringar används ofta som ett positivt honnörsord och inte som ett val. Det är ofta det går att läsa i t.ex. protokoll att "vi prioriterar", men inte vad man prioriterar det framför.

- Vi försöker göra det tydligt i vårt arbete. Prioriteringar handlar om rangordningar och när det handlar om bortval, utrensningar och kvalitetsförsämringar så handlar det om ransoneringar. När man berättar att man arbetar med prioriteringar är det snarare negativa attityder man möts av, kunde Carlsson konstatera.

Göran Hermerén konstaterade att mycket handlar om politik när det gäller prioriteringar.

- Jag tror att man på ett rättvist sätt kan begränsa det offentliga åtagandet, men det finns ett problem som har med politik att göra. I prioriteringsutredningen diskuterades det om man kunde göra ett "basic package", som det offentliga skulle svara för. Ville man ha ytterligare vårdtjänster så skulle man få betala det själv. Problemet var då att man inte kunde få moderater och socialdemokrater att komma överens om vad som skulle ingå i "baspaketet", menade Hermerén.
- Det kan vara privat utfört och offentligt finansierat bara kvalitetskriterierna är tydliga och spelreglerna är väldefinierade. Vi måste också definiera spelreglerna eftersom det finns ett stort utrymme för tillfälligheter och variationer inom systemet, fortsatte Hermerén.

Per Carlsson gav en kommentar till Hermeréns inlägg.

- Vi har gjort en genomgång av ungefär 30 olika hjälpmedel i de olika landstingen och konstaterat att en tredjedel nästan alltid är offentligt finansierade, och en tredjedel nästan alltid är privat finansierade, och en tredjedel är både offentligt och privat finansierat.
- Det finns idag en godtycklighet i prioriteringarna som gör att om man på ett mer strukturerat sätt skulle styra upp ordningen så är det vissa delar som skulle bli privat finansierade som idag finansieras offentligt och vice versa. När det handlar om till exempel impotensmedel som inte bara har gått via länsrätten och kammarrätten, utan också upp till regeringsrätten, så har man fått tillfälle att "nöta frågorna" och det är mycket den vägen man får gå. Även om inte allting kan gå till regeringsrätten så måste man hitta någon form av spelregler. Att man löser dessa problem innebär inte att man löser de stora budgetproblemen, utan snarare att man hittar ett rättvisetänkande som kan ligga till grund för en framtida diskussion, förklarade Carlsson.

Bosse Olsson från delegationen för mångfald inom vård och omsorg kunde konstatera att det i delegationens uppdrag finns en främjandedel, men att det samtidigt är så att de allra flesta brukarna struntar i vem som ger vården.

- När man har en god leverans med en god kvalitet till ett rimligt pris så är man nöjd. Vad är det för problem som en mångfald av aktörer bidrar med en lösning på? Vad kan de små idéburna organisationerna göra som inte de befintliga gör?
- På ett sätt kan man se att det redan nu finns en stor mångfald inom omsorgen med alla olika läkare som gör på sina sätt. Mångfald är det ingen brist på i den bemärkelsen, men sedan finns det vissa tekniker och metoder som ligger utanför. När det handlar om till exempel akupunktur kan man tillåta en alternativ vårdgivare att arbeta med det. När man sedan kan visa att metoden fungerar så kan kunskapen överföras. Entreprenören kan tillåtas tänka friare än vad man kan göra i offentlig regi och det kan också ge en stimulans för övriga verksamheter, menade Carlsson.

## Governance – bättre samverkan med det civila samhället

Detta är en dokumentation från ett seminarium som hölls den 22 mars 2007 och som har genomförts inom ramen för Delegationen för mångfald inom vård och omsorg. Seminarieprogrammet har tagits fram av Delegationen i samarbete med Arbetsgivaralliansen, Coompanion, Famna, KFO, Kooperativa institutet, Praktikertjänst och Vårdföretagarna.

Medverkande vid seminariet var:

- Inger Schörling, Delegationen för mångfald inom vård och omsorg
- Erik Amnå, Örebro Universitet
- Alexander Lowejko, Örebro Universitet
- Lotta Säfström, stiftelsen Stora Sköndal
- Lars Bryntesson, Värmdö kommun
- Kenneth Johansson, socialutskottet (c)
- Christer Engelhardt, socialutskottet (s)

Moderator var Lotta Säfström, stiftelsen Stora Sköndal. Dokumentationen har gjorts av Fia Jonsson på Kooperativa institutet.

### Inger Schörling

*Inger Schörling är ordförande i Delegationen för mångfald inom vård och omsorg, vilken hon presenterade efter att först hälsat alla välkomna till seminariet.*

Som en del i Delegationens arbete kommer det att genomföras ett antal arbetsseminarier under 2007, vilka Delegationen utarbetar tillsammans med företrädare för Arbetsgivaralliansen, Coompanion, Famna, KFO, Kooperativa institutet, Praktikertjänst och Vårdföretagarna.

Seminariet *Governance – bättre samverkan med det civila samhället* är det andra i en serie av sju arbetsseminarier. Under våren 2007 har man ytterligare två seminarier inplanerade. Den 18 april anordnas ett seminarium på ett tema om synliggörande, och den 9 maj blir det ett seminarium om offentlig upphandling.

Delegationen har tolkat sitt uppdrag som ett främjandeuppdrag och vill arbeta för att skapa förutsättningar för fler idéburna aktörer inom vård och omsorg. För att lyfta fram exempel på offentligt

finansierad verksamhet som idag bedrivs av idéburna organisationer, har Delegationen bland annat gjort en tidning som nås via [www.sou.gov.se/godaexempel](http://www.sou.gov.se/godaexempel)

### Erik Amnå

*Erik Amnå är professor i statskunskap vid Örebro Universitet och talade utifrån rubriken "Från government till governance – nätverk och partnerskap som politiska instrument". Erik har arbetat med frågor om ideellt arbete och den ideella sektorn i 20 år och han arbetar numer med forskning om civilsamhället och medverkar också i ett europeiskt nätverk där man studerar "den europeiska dimensionen av civilsamhället". Det man undersöker är hur civilsamhället kan spela en större roll för bland annat integrationen och det politiska deltagandet i Europa.*

I dagens samhälle kan man tala om en tendens att man går från government till governance. Med det menas att man går från system med folkstyrda, nationella hierarkier med olika nivåer där man har representativa demokratier till mer samhällstyrda system med inflytande från andra aktörer i samhället. Det kan till exempel vara olika organisationer eller företag och lobbyister som genom olika nätverk är med och styr samhället. Man kan se tendensen från government till governance som en rörelse från folkstyrda, nationella hierarkier till samhällsstyrda "glokala" nätverk där vi alltmer påverkas av beslut som är tagna någon annanstans, delvis utanför folklig kontroll. Samtidigt går man från en huvudsakligen vertikal till en mer horisontell struktur.

Det finns ett antal faktorer som har förändrat förutsättningarna över tid för att skapa och genomföra politik, även om det är svårt att exakt säga hur de kopplas samman med governance. Till exempel kan det handla om en ökad globalisering, en aktiv stabiliseringspolitik, IT som påskyndar informationsspridning, media, en ökad professionalisering och en ökad individualisering som gör att allt färre låter sig underordnas hierarkiskt.

Samhällsengagemangets former kan schematiskt delas upp i ett antal sfärer. Det finns en personlig, en civil, en statlig/kommunal sfär och en marknadssfär. Delar av dessa sfärer utgör sedan "livspolitikerna" som yttrar sig i den personliga identiteten och livsstilen.



Man kan se att det finns en stark återkomst av civilsamhället i Sverige, likväl som i övriga Europa. Civilsamhället återkommer oavsett om man vill det eller ej och en fråga som man kan ställa sig är om man kan lita på civilsamhället? En positiv effekt av dess återkomst är dock att det sociala kapitalet som ligger i civilsamhället ökar tilliten.

Amnå avslutade sitt anförande med ett citat av statsvetaren Gunnar Heckscher:

Schematiskt uttryckt innebär vad som skett att organisationerna i många avseenden fått fungera som statsorgan.  
(Gunnar Heckscher, 1951)

## Litteratur

Amnå, E. "Jourhavande medborgare. Samhällsengagemang i en folkrörelsestat". Lund: Studentlitteratur, utk. Augusti 2007-03-27.

Svedberg, L., Trädgårdh, L., red. "Civilsamhället som forskningsfält". Riksbankens jubileumsfond/Gidlunds 2006.

Amnå, E. red. "Civilsamhället – några forskningsfrågor". Riksbankens Jubileumsfond/Gidlunds 2005

## Reflektioner på Eriks framförande

Lena från Sveriges Kommuner och Landsting gjorde en reflektion om de underliggande frågor som rör demokratiaspekter, utifrån olika former för dialoger. I de exempel som Amnå gett på former för dialoger kan man se att de är initierade uppifrån, samtidigt som governance kan ses som något som finns "lite mer underifrån". Lena kopplade också sin fråga till folkrörelsebegreppet och folkrörelseutredningen och bad Amnå kommentera.

Erik Amnå kommenterade med att folkrörelseutredningen och folkrörelsebegreppet är initierat ovanifrån för att tydliggöra den traditionella relationen mellan staten och folkrörelserna och syftar i förlängningen till att vi får en starkare stat med större legitimitet. I Delegationen för mångfald inom vård och omsorg kan man se ett uppifrånperspektiv i bemärkelsen att man vill skapa en mångfald på välfärdsområdet. Samtidigt finns det krafter underifrån, från de vårdgivare som vill in och erbjuda sina tjänster på välfärdsområdet.

Dagmar från Famna frågade sig om det faktum att vi har gått från government mot governance är för att skapa ökad legitimitet och i förlängningen kunna få ökad privat finansiering av välfärdstjänster?

### Alexander Lowejko

*Alexander Lowejko är samhällsvetare och talade utifrån rubriken "Governance med demokratiskt ansikte?"*

Begreppet "good governance" lanserades någon gång på 1960- eller 70-talet av Världsbanken och IMF när man lånade ut pengar. "Good governance" innebar att man hade vissa krav att förhålla sig till för att få låna pengar. I och med Margaret Thatcher och Ronald Reagans "new public management-reformer", då man började överföra traditionellt offentliga tjänster på det privata, fick begreppet delvis ny innebörd. Governanceforskningen idag ser governance som nätverksstyrning.

Som statsvetare kan man studera governance utifrån två olika aspekter. Den ena är praktisk/empirisk och den andra är mer teoretisk/normativ där man forskar på hur verksamheter bör organiseras. Teorin för governance intresserar forskare över många discipliner och en utgångspunkt för governance är den "minimala staten", som grundar sig i att staten inte bör ägna sig åt uppgifter som den är för stor för att lösa. Governance kan också ses som byråkratins motsats.

När det handlar om praktiska eller empiriska studier så kan man studera exempelvis privatiseringar, partnerskap, företagsstyrning eller medborgarinflytande.

Oavsett vilken utgångspunkt forskningen har så är det komplexa strukturer när man studerar governance.

Governance kan lätt ses som ett förföriskt begrepp och lösningen på allt. Governance ses av vissa som svaret på statens effektivitetsproblem och man menar att i och med att världen blir alltmer globaliserad så blir det väldigt svårt för staten att behålla den kontroll man tidigare hade.

Staten kan också ses som alltför byråkratisk och stel och att man därför löser problem mindre effektivt än vad medborgarna förväntar sig. Medborgarna ställer högre krav på de offentliga tjänsterna

och med nedskärningar av de offentliga tjänsterna växer deras missnöje.

Governance kan ses som en del av en nyliberal norm och man hör ofta argument om att saker och ting inte kan styras av staten, utan att det är marknadens villkor som gäller. Det kan medföra att man "ger upp" från statens sida och att man släpper iväg delar av statens möjlighet att påverka.

När det handlar om governance och påverkan på demokratin så finns det flera sätt att se på frågan. Det finns de som anser att demokratin blir starkare genom de nätverk som finns inbyggda i governancesystemet. Med en större delaktighet får man också en större representativitet och därigenom en större mångfald. Den kritik som har framförts mot governance har närmast handlat om risken för att det är elitpakter som påverkar frågorna, bortom det offentliga ansvarsutkrävandet.

### Reflektioner på Alexanders framförande

Curt-Olof Mann från Coompanion förklarade att s k metagovernance, där folkvalda styr sammansättningen av nätverk är svårt eftersom nätverken måste kunna formas om. Det känns främmande med ett system med metagovernance.

Erik Amnå kommenterade inlägget med att staten redan idag sätter samman många nätverk och också agendan för dessa. När till exempel kommunerna inbjuder till nätverk så bestämmer ju de vilka som bjuds in.

Ingemar Färm från HSO lyfte frågan om det är det så att staten lägger ut service på andra aktörer när man själv inte klarar sitt uppdrag? Med en koppling till assistansreformen i början på 1990-talet, där den assistansbehövande själv får välja utförare, förklarade Ingemar att det endast var 3-4 procent som faktiskt själva valde utförare. För dem som inte har resurser att själv välja så tillhandahåller samhället den servicen, men det finns en stor risk för klasskillnader.

Alexander Lowejko anser att man kan säga att staten avsäger sig ansvaret i och med att man lägger ut möjligheten att själv välja utförare. Samtidigt så kan staten tolka den låga andelen egna val som ett erkännande av den egna verksamheten och att den är bra.

Dagmar Fornander från Famna gav en synpunkt om att governance är ett förföriskt begrepp, men att det är för tidigt för statliga

utredningar och andra "elitförsamlingar" att låta sig förföras. Begreppet governance är än så länge för obegripligt och inte tillräckligt konkret.

### Lars Bryntesson

*Lars Bryntesson är kommunalpolitiker i Värmdö kommun och har en bakgrund som bland annat departementsråd med ansvar för ungdomsfrågor likväl som folkrörelsefrågor. Bryntesson har också varit med och arbetat fram rapporten "Social ekonomi – en tredje sektor för välfärd, demokrati och tillväxt?"*

I Värmdö fick man år 2001 en blocköverskridande koalition, varpå man bland annat startade upp ett arbete för att utifrån diskussioner om social ekonomi driva ett "ordentligt politiskt projekt som skulle avvika från de gängse normerna". Den politiska debatten hade tidigare i Värmdö utgått från att det endast finns två sektorer, offentlig och privat sektor, men i och med dessa diskussioner började man beakta även social ekonomi som en viktig sektor. Om man utgår från att det endast finns två sektorer blir debatten stum, men om man ser att det finns tre sektorer så får man helt nya perspektiv. Diskussionerna resulterade i att man 2003 bestämde sig för att anta ett program för att främja den sociala ekonomin. Anledningarna till att man har uppmärksammat den sociala ekonomin i Värmdö är flera, men framförallt är det för att den sociala ekonomin bidrar till att skapa inflytande, välfärd och en god närmiljö för medborgarna i kommunen.

I rapporten "Social ekonomi – en tredje sektor för välfärd, demokrati och tillväxt?" finns den definition av social ekonomi som man har använt sig av i Värmdö:

Med social ekonomi avses organiserade verksamheter som primärt har samhällliga ändamål, bygger på demokratiska värderingar och är organisatoriskt fristående från den offentliga sektorn. Dessa sociala och ekonomiska verksamheter bedrivs huvudsakligen i föreningar, kooperativ, stiftelser och liknande sammanslutningar. Verksamheten inom den sociala ekonomin har allmännyttan eller medlemsnytta, inte vinstintresse, som främsta drivkraft.

År 2006 gjorde man i Värmdö kommun en revidering av programmet för social ekonomi, för att nu inkludera och främja även partnerskap i kommunen. I det nya programmet som har tagits

fram för att främja den sociala ekonomin och partnerskap går man ännu längre i ambitionen att stärka den sociala ekonomin, och man ökar tonvikten på samverkan och partnerskap.

Ett praktiskt exempel på hur man har samarbetat mellan det privata, det offentliga och medborgarna i Värmdö är då Vattenfall skulle dra en luftledning genom ett känsligt naturområde. Från kommunens sida gick man in och krävde att Vattenfall skulle ha en dialog med de boende inför arbetet och man inledde en trepartsrelation mellan kommunen, Vattenfall och de boende. De boende själva skapade arbetsgrupper för att ta fram faktaunderlag och gjorde livscykelanalyser för olika alternativ till luftburna ledningar. De boende ville ha ledningen nergrävd och efter olika kalkyler kom man fram till att den slutliga skillnaden i kostnad mellan luftburna och nergrävda ledningar var ca sex miljoner. Efter en dialog med kommunen kom man sedan fram till att om man grävde ner kabeln och tog bort gamla luftburna ledningar så frigjorde man kommunal mark som istället kunde säljas. Marken såldes sedan till ett värde av ca fyra miljoner och de två resterande miljonerna kunde kommunen skjuta till, eftersom man samtidigt som kabeln grävdes ner kunde anlägga en cykelbana ovanför de nergrävda kablarna. Det arbete man gjorde resulterade inte bara i att de boende undkom luftburna ledningar, utan samtidigt fick kommunen tillfälle att anlägga en cykelbana för en rimlig peng och Vattenfall fick sina ledningar nergrävda istället för luftburna. Denna typ av samverkan bygger på en respektfull dialog där alla parter är vinnare, förklarade Bryntesson.

### Reflektioner på Lars framförande

Björn Lind från Praktikertjänst ställde en fråga till Lars Bryntesson om hur man i Värmdö ser på kundvalssystemet.

Lars Bryntesson svarade att han tycker att kundvalssystemet är relativt bra. Kundvalssystemet är ett sätt att komma bort från upphandling med pris och istället lägga fokus på kvalitet, med ett val hos den enskilda, vilket är bra. Om kundvalssystemet däremot bara är en strategi för ”marknadifiering” då kommer systemet inte att uppmärksamma den tredje sektorns behov menade Bryntesson. Han förklarade också att kundvalsmodellen fungerar bra på vissa områden, men en modell med partnerskap är bättre om det är social ekonomi man vill utveckla.

Bo Olsson från Delegationen för mångfald ställde en fråga till Lars Bryntesson om hur man i Värmdös näringslivsprogram hantear småföretagande i olika associationsformer, utifrån den uttalade ambitionen att främja social ekonomi? Bo Olsson menar att mycket av grunden i den sociala ekonomin är företagande och om man driver sitt företag som en ekonomisk förening så till hör man definitivt den sociala ekonomin. Om man däremot driver sitt företag i den juridiska formen aktiebolag, så är man traditionellt sett inte en del av den sociala ekonomin även om många av företagen drivs utifrån värden som är långt från maximerad vinstutdelning.

Lars Bryntesson svarade med att man försöker se till kärnan i verksamheterna. Man ser ofta likhetstecken mellan familjeföretagande och social ekonomi och det är en omöjlighet att dra definitiva gränser. I Värmdö kommun finns ett normsystem där man särskilt uppmärksammar den sociala ekonomin och det löser flera olika värden och ger en delaktighet som gör att beslut och samhällsutveckling blir bättre än om man inte hade uppmärksammat den sociala ekonomin.

### **Lotta Säfström**

*Lotta Säfström arbetar som direktor på stiftelsen Stora Sköndal där man huvudsakligen arbetar med äldreomsorg, men också med neurologisk rehabilitering, socialpsykiatri och seniorboende. Tillsammans med Ersta Diakoni driver man också Ersta Sköndal högskola.*

Inom Stora Sköndal äldreomsorg, som består av nästan 300 boendeplatser i särskilt boende, har man sedan slutet av 1990-talet utvecklat läkarmottagningar, hemtjänst och hemsjukvård. Mot bakgrund av den erfarenheten fick Stora Sköndal en fråga från Farsta Stadsdelsförvaltning och Landstinget om man ville vara med i ett projekt och bygga upp en gemensam äldrevårdscentral för att se vad man kan åstadkomma genom att göra saker i samverkan?

Resultatet blev Hökarängens närvårdcentral, där man har samlat hälso- och sjukvård från Stora Sköndal tillsammans med omsorg och hemtjänst från Farsta Stadsdel. Dessa båda delar fogades samman i Hökarängens närvårdcentral, som startades som ett projekt sommaren 2004 och kommer att avslutas i december 2007. Närvårdcentralen bygger på en modell med ett kundvalsystem där den

äldre väljer närvårdcentralen som utförare för både hälso- och sjukvård och hemtjänst/äldreomsorg.

Ett mål med projektet var att öka antalet personer i hemsjukvården för att istället minska boendet i särskilt boende och också minska antalet "onödiga besök" inom akutsjukvården. Man ville också öka samarbetet mellan huvudmännen för att skapa en för brukarna osynlig vård- och omsorgskedja.

På Stora Sköndal använder man formuleringen att "samma person ska leverera både havregrynsgröt och insulinspruta", något som i vanliga fall görs av två olika personer vid två olika tillfällen. Ytterligare ett mål med projektet var att förbättra vårdgivarnas kunskap om varandras uppgifter och roller.

En utmaning i sammanslagningen var att få de två olika "kulturerna" att förstå varandras språk. Det gällde till exempel att foga samman en hälso- och sjukvårdsstruktur där man var van, och dessutom skyldig, att agera när man ser behov och en socialtjänststruktur där man är van att utföra det som en biståndshandläggare har sagt ska göras. En förutsättning för projektet var alltså att man skulle få två medarbetarkulturer att samlas kring en uppgift, något som krävde stora utbildningsinsatser. När dessa var genomförda kunde man dock se att man började samverka mellan de båda grupperna.

Ett problem som man stött på i projektet var sekretessfrågorna, men de löstes med de äldres intygande om samtycke. Ett annat problem har varit de olika journalsystemen vilket inte har kunnat lösas, utan man har helt enkelt fått arbeta parallellt i de båda systemen.

Stockholms äldrecentrum håller på att utvärdera hela projektet och kommer att presentera sin utvärdering under våren 2007. För utvärderingen har man gjort intervjuer med såväl medarbetare och utförare som brukare. De äldre har hittills uttryckt att de tycker att det är positivt att alla resurser "samlas under ett tak" och de upplever en trygghet i att specialister finns nära tillhands. Från Stora Sköndals sida har man upplevt att projektet har gett positiva effekter för både de äldre och medarbetarna som har fått ett bredare perspektiv. Man menar också att den här typen av koncentration av service för de äldre är rätt väg att gå, eftersom det underlättar för den äldre om servicen är samlad "under ett tak".

## Reflektioner på Lottas framförande

Curt-Olof Mann från Coompanion undrade om projektet är ett exempel på hur landstinget överlåter ett problem till en enskild som man inte klarar av att lösa själv?

Lotta Säfström svar var att man inte riktigt kan se det så eftersom Stora Sköndal har haft ett utföraruppdrag, men inte varit ansvarigt för hela projektet. Baksidan är att Stockholms Stad och landstinget har tagit åt sig äran när det har gått bra samtidigt som man har tonat ner Stora Sköndals roll. I de perioder då projektet inte har gått lika bra har kommunen och landstinget dragit sig bakåt så att Stora Sköndal har fått stå ganska ensamma.

Per Fontin från Coompanion ställde en fråga till Lotta Säfström om vad som händer efter projektets slut och vad som händer med den långsiktiga kontinuiteten när man gör projekt likt Hökarängens närvårdcentral?

Lotta Säfström svarade med att man inte vet om man får fortsätta efter projektets utgång

Ingela Holmertz från svenska Röda Korset valde att belysa problemet i kortsiktiga finansieringsformer när man tar på sig ett långsiktigt åtagande för i det här fallet människor som behöver hjälp. Att hitta långsiktiga finansieringsformer är ett dilemma. Inom Röda Korset har man försökt att använda sig av en större egenfinansiering för att personalen ska våga satsa. "Vi måste ha ett långsiktigt seende när vi pratar om nätverk, projekt och samverkan, och det fungerar inte med korta upphandlingar", förklarade Ingela.

Lotta Säfström instämde och kommenterade inlägget med att utredningen bör understryka att mångfald inte ska tolkas i bemärkelsen att man ska byta utförare ofta.

## Kenneth Johansson

*Kenneth Johansson är riksdagsledamot (c) från Dalarna och ordförande i socialutskottet och gjorde ett anförande om vad som är på gång från riksdag och regering och vad man kan göra för att nå en ökad mångfald.*

Nyligen hade regeringen en hearing om den så kallade stopplagen som majoriteten i riksdagen vill vända till en startlag, vilket är en väg mot mångfald. Även till exempel Näringsdepartementet och



Konkurrensverket har på olika sätt arbetat med frågor om hur man skapar ökad mångfald. Ytterligare ett sätt som man arbetar på mot ökad mångfald är arbetet som Delegationen för mångfald inom vård och omsorg gör.

Det finns flera tecken på att det är mycket nytt på gång. Det finns ett nytänkande när det gäller att öka mångfalden av vårdgivare på olika områden. Det är också allt fler bland vårdgivarna som börjar fundera på vad man kan bidra med och vad man kan göra för att bidra till ökad valfrihet.

Alliansregeringen har en avsikt att jobba betydligt mer med att "bejaka initiativ och riva hinder istället för att försvåra och stoppa." En väg i den riktningen är avknopningsstödet. Dessutom pågår det nu inom alla berörda departement ett arbete där man försöker hitta vägar till en ökad mångfald. Detta är något som bygger på regeringens förklaringen där man tydligt har uttryckt en strävan mot ökad samverkan mellan det offentliga, det privata och det civila. Det är också tydligtgjort att det handlar om att släppa fram entreprenörskapet inom vård och omsorg. Nutek och Konkurrensverket har fått i uppdrag att titta på vilka hinder som finns och vad man kan göra för att röja hindren. Exempelvis byråkratin är ett sådant hinder och ett generellt krav är att 25 procent av alla regler ska vara borta år 2010.

Man har också en avsikt att formulera långsiktiga spelregler och skatteregler som åtminstone är neutrala, men som i vissa fall också kan stimulera mångfalden.

Den ideella sektorn, som bygger på en ideologisk grund, har mycket värdefulla mervärden, vilket måste lyftas fram. Det är viktigt med statistik, både i form av forskning och i form av statistik hos bland annat Socialstyrelsen, där det idag finns brister i statistiken. Det är viktigt med statistik för att visa allt vad den ideella och idéburna sektorn faktiskt bidrar med.

### **Christer Engelhardt**

*Christer Engelhardt är riksdagsledamot (s) från Gotland och sitter, precis som Kenneth Johansson, i socialutskottet.*

Inledningsvis förklarade Christer att han instämmer i det som Kenneth Johansson framhöll i sitt anförande. Arbetet i socialutskottet utgår till stor del från att man försöker finna bra gemen-

samma lösningar och överenskommelser, även om det ibland självklart förekommer meningsskiljaktigheter mellan olika personer och olika partier. Utgångspunkten är ändå att man försöker finna samförstånd, vilket man ofta lyckas bra med.

I grund och botten är samhället uppbyggt som en "gemensam överenskommelse med alla". Därför är det viktigt att ha samhällsmedborgaren som en viktig och medskapande människa i fokus och det är också alla de olika partierna är överens om. Det man däremot kan vara oeniga om är vägarna till att nå de uppsatta målen.

För socialdemokraterna är det en viktig fråga att man har en insyn i alla de verksamheter som bedrivs, inte bara i offentlig regi. Det gäller också de verksamheter som man lägger ut på andra aktörer, eller där man väljer att ha olika typer av samverkansformer.

En annan viktig fråga är att man har en demokratisk uppbyggnad och demokratisk organisationsstruktur, samtidigt som man vilar på tydliga värdegrunder. För de ideella aktörerna är detta ingen kritik, utan snarare positiva faktorer som bidrar till ett tydliggörande av aktörerna när de får olika uppdrag ute i samhället.

Mycket av den samverkan man bedriver ute i samhället gör man på kommunal- och landstingsnivå och många av kontakterna och dialogerna ligger på den nivån, medan man från den statliga nivån mer arbetar med att avsätta pengar till riksorganisationer som i sin tur fördelar ut pengar till sina underorganisationer. Den intressanta frågan är närmast strukturen och styrningen från staten, vad man kan göra för att förbättra systemet och på vilket sätt man kan tillvarata alla de insatser som görs vid sidan av det offentliga.

### Reflektioner på Kenneths och Christers anföranden

Lotta Säfström anknöt till Erik Amnås anförande och bad Kenneth Johansson och Christer Engelhardt att ge sina tankar om governance.

Kenneth Johansson förklarade att han ser det som positivt när man styr med hjälp av samverkan och underifrånperspektiv. Den kraft som människor på lokal nivå kan mobilisera är positiv. Christer Engelhardt ser gärna lösningar i samverkan och i samförstånd så länge som man kan göra det med en demokratisk insyn där man har insyn i var pengar som man sätter in i en verksamhet tar vägen.

Erik Amnå vände sig till Christer Engelhardt och efterfrågade ett förtydligande när det gäller att verksamheter ska vara demokratiskt uppbyggda och vad det är som är så viktigt med det. Kravet på demokrati skulle då innebära att en stiftelse inte är accepterad för att medverka till mångfald inom vård och omsorg.

Christer Engelhardt svarade med att det handlar om inflytande och att man som medborgare ska ha insyn i vart pengarna går.

Ingemar Färm, ordförande i HSO, ville understryka vikten av långsiktighet när man talar om strategi och struktur. Man måste också ha kvalitetsgarantier som meddelar den lägsta accepterade nivån. Vård- och omsorgsområdet måste också vara tryggt och säkert i den bemärkelsen att de som ger sig in på området ska veta att det kommer att fungera. Ingemar Färm kommenterade också inflytandeaspekterna och menade att det är viktigare att det finns ett brukarinflytande än ett medborgarinflytande. Det är viktigt att den som är brukare av tjänsterna ska ha möjlighet att påverka den verksamhet där man är brukare eller kund.

Christer Engelhardt kommenterade Ingemars inlägg med att det ena faktiskt inte behöver utesluta det andra. Brukarna kan få insyn och vara med och påverka även om det finns en demokratisk insyn även för övriga medborgare. Det finns till exempel brukarråd, pensionärråd och handikappråd där brukarna kommer till tals och kan påverka. När det gäller långsiktigheten tycker även Christer Engelhardt att det är ett problem. Kanske är det så att lagen om offentlig upphandling behöver ses över när det gäller vård och omsorg?

Kenneth Johansson kommenterade frågan om långsiktighet och förklarade att ekonomisk uthållighet är oerhört viktigt för att skapa långsiktighet. Utöver långsiktighet är det viktigt att vi gör vår vård och omsorg tillgänglig för medborgarna, vilket är ett problem idag. Vi har jättebra vård och omsorg, men alla får inte del av den. Detta har lett fram till privata försäkringslösningar inom vård och omsorg, menade Kenneth. Det viktigaste är vilken vård medborgaren får och inte vem som utför tjänsterna.

Björn Ljung från Praktikertjänst underströk problemet med upphandlingar där man riskerar att någon annan vinner uppdraget och då får föra ens egen idé vidare. Det är något som inte kan hända när man tillverkar produkter där man kan skydda sin produktion med patent. Kjell-Olof Fältdt, ordförande i Friskolornas Riksförbund, har en gång sagt att sjukvården skulle behöva göra samma resa som vi inom friskolesektorn, dvs sjukvården måste bli

mycket mer av ett system där brukarmedverkan innebär att det är jag som patient väljer vem jag vill vårdas av.

Håkan Bystedt från Kooperativa institutet gav en kommentar till diskussionen om insyn. Som det är idag så har väldigt få kommuner någon insyn i vad den egna verksamheten egentligen kostar, i synnerhet inom till exempel äldreomsorgen. När man däremot ökar konkurrensutsättningen får man bättre koll på den kommunala verksamheten, vilket är viktigt.

Ingela Holmertz från svenska Röda Korset gav en ytterligare dimension till alla diskussioner om mångfald inom vård och omsorg som i mångt och mycket har utgått från ett utförarperspektiv. Om man istället ser till kunden och brukarperspektivet så bör man komma ihåg att det finns tusentals människor i vårt land som överhuvudtaget inte omfattas av vården och omsorgen, nämligen asylsökande och så kallade papperslösa. När man talar om mångfald är det viktigt att se hela kundperspektivet som faktiskt är en del av mångfalden i Sverige.

## En sektor som välfärdsstaten inte kan undvara!

Detta är en dokumentation från ett seminarium som hölls den 18 april 2007 och som genomfördes inom ramen för Delegationen för mångfald inom vård och omsorg. Seminariiprogrammet togs fram av Delegationen i samarbete med Arbetsgivaralliansen, Coompanion, Famna, KFO, Kooperativa institutet, Praktikertjänst och Vårdföretagarna.

Medverkande vid seminariet var:

- Lars Pettersson, Famna
- Hanna Sjöberg, Nutek
- Maria Corell, Nutek
- Torbjörn Einarsson, Handelshögskolan
- Eva Johansson, EQUAL Socialt företagande
- Lars Ettarp, Psoriasisförbundet
- Fabio Sanchez, Karolinska Institutet

Moderator var Lars Pettersson, Famna. Denna dokumentation har gjorts av Fia Jonsson på Kooperativa institutet.

### Lars Pettersson

*Lars Pettersson är kanslichef på Famna, riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte. Han hälsade välkommen till detta, det tredje seminariet inom ramen för Delegationen för mångfald inom vård och omsorg, och berättade i korthet om bakgrunden till dagens program och om bristen på statistik för vård- och omsorgssektorn.*

Det är välkänt att det sedan länge saknas relevant statistik när det gäller olika organisationer inom den ideella sektorn. I direktiven till socialtjänstkommittén, som tillsattes 1981, nämndes inte något om de olika organisationer som verkar inom vård- och omsorgssektorn.

Perspektiven då pekade på att alla lösningar skulle sökas inom den offentliga sektorn, trots att det fanns många organisationer som dagligen arbetade med vård och omsorg och socialt arbete. Det perspektiv man hade medförde att direktiven till socialtjänstkommittén snarast kom att vändas bort från organisationerna, vilket möjligen berodde på att kunskapen om dessa organisationer och deras arbete var bristfällig.

Man kände inte till kompetensen, omfattningen eller kvalitén i det arbete som organisationerna gjorde och det saknades helt enkelt statistik på området, vilket även organisationerna kom att ta som självkritik.

Om man ska bli en del av den framtida vården och omsorgen så måste man vara synlig. Trots att mycket har hänt, finns det ännu ingen kontinuerlig och självklar produktion av statistik när det gäller idéburen vård och omsorg.

Även om Socialstyrelsen är ansvarig statistikmyndighet, finns det ingen statistik som synliggör vad som görs av offentliga och privata företag, kooperativ, stiftelser och ideella föreningar.

### **Hanna Sjöberg**

*Hanna Sjöberg arbetar som analytiker vid Verket för näringslivsutveckling. Hon berättade om resultaten från studien "företagens framväxt i vård- och omsorgssektorn", som är en kartläggning av företag och företagande inom vård och omsorg.*

Rapporten Företagens framväxt i vård- och omsorgssektorn är ett första underlag i ett projekt som heter Vård och omsorg – en framtidsbransch. Projektet drivs av Nutek tillsammans med Almega och syftar till att undersöka den svenska vårdens och omsorgens konkurrenskraft och ska ge förslag på hur man kan stärka konkurrenskraften och förutsättningarna för entreprenörskap.

Den privata vården och omsorgen i Sverige har växt snabbt under en period av drygt tio år, även om man har en låg grad av eget företagande. I Sverige står vård- och omsorgsbranschen inför stora förändringar med den demografiska utvecklingen som kommer och en ökad konkurrensutsättning. Projektet avslutas hösten 2007 och då kommer man också att lämna förslag som ska syfta till en ökad konkurrenskraft för branschen.

De privata företagens betydelse inom vård och omsorgssektorn har ökat de senaste åren. Omsättningen har ökat från 20 miljarder år 1997 till 50 miljarder år 2004. Antalet företag har ökat från 5 000 företag år 1993 till 12 600 år 2004.

Statistiken över antalet sysselsatta i olika delbranscher inom vård och omsorg under drygt tio år visar att det har skett en förskjutning från slutna hälso- och sjukvård mot främst en ökad mängd

särskilda boenden och öppna sociala insatser. Även öppen hälso- och sjukvård har ökat under de senaste åren.

Sammanlagt sysselsattes drygt 104 000 personer i privata vård- och omsorgsföretag år 2004. Av dessa sysselsattes drygt sjuttio procent i aktiebolag, tio procent i ideella föreningar, knappt sju procent i enskilda firmor, knappt sex procent i övriga stiftelser och fonder och drygt tre procent i ekonomiska föreningar.

Även om det finns ett ökat antal nya, små företag inom vård och omsorg så har det skett en koncentration mot de större företagen, som tar en större andel av de sysselsatta och en större andel av den totala omsättningen i branschen. 1993 var det ungefär 28 procent av samtliga sysselsatta inom privat vård och omsorg som var sysselsatta i stora företag med mer än 250 anställda, en siffra som till år 2004 hade ökat till 40 procent. Det har skett en koncentration mot större företag.

Den ekonomiska utvecklingen, sett som rörelsemarginal, tyder på en god lönsamhet i företagen. Inom delbranschen tandvård och öppen hälso- och sjukvård finns den samlat högsta rörelsemarginalen, med en rörelsemarginal på drygt nio procent år 2004.

Lönsamheten tycks vara god inom vård och omsorg, men ändå är viljan att växa mindre än för samtliga småföretag i andra branscher. Det är ungefär 42 procent av företagen som uppger att de vill expandera, vilket kan jämföras med ungefär 50 procent av samtliga företag. De hinder för tillväxt som man upplever inom vård och omsorg är huvudsakligen brist på egen tid, samt lagar, myndighetsföreskrifter och tillståndskrav etc.

### Reflektioner på Hannas framförande

Per Fontin från Coompanion ställde en fråga om ifall man kan se någon skillnad mellan geografiska indelningar när det gäller tillväxt av företag inom vård och omsorg.

Hanna kommenterade frågan med att man kan se en koncentration mot storstäderna och att det är en stor andel av de företag som finns som är centrerade runt Stockholm och storstadsregionerna.

Jenny Hjalmarsson från Immanuelskyrkans Vård AB reflekterade över gränsdragningen för stora företag, som i studien går vid 250 anställda. Jenny menade att 250 anställda är ganska lågt och att det hade varit intressant att se hur fördelningen hade varit för till exempel 500 eller 1 000 anställda.

Fredrik Norrman från Kontaktforum ställde frågan om det finns någon statistik över de multinationella företagen och deras andel av marknaden.

Hanna gav svaret att det ännu inte finns sådan statistik i rapporten, men att man så småningom ska särredovisa även sådan statistik. I den redovisade rapporten finns det däremot statistik över hur många i de multinationella företagen som är sysselsatta i Sverige och hur många som är sysselsatta i utlandet.

Ingela Holmertz från Svenska Röda Korset kommenterade att statistiken över antalet sysselsatta i ideella föreningar inte visar allt arbete som görs och att de ideella föreningarna kanske är uppbyggda utifrån en annan struktur där allt arbete inte kommer med i statistiken, då mycket arbete görs på frivillig basis.

Hanna förklarade att man måste vara avlönad för att ingå i statistiken och att sysselsättningen, sett som det arbete som utförs, i de ideella föreningarna därför är underskattad i statistiken.

Ola Johansson från Delegationen ställde frågan om vad som kan vara exportmöjligheter inom vård och omsorg, utifrån att det internationella idag består i utländskt ägande och att det närmast blir en fråga om ifall det handlar om export eller import vid utländskt ägande?

Hanna förklarade att Nutek kommer att presentera ett underlag som just kommer att handla om export och där man tar upp definitionerna på export. Man måste se det som att internationalisering är viktig utifrån att vi får hem "best practise" och att vi kan skapa "kunskapsnoder" i Sverige och arbeta med forskning och utveckling.

Lars Pettersson avrundade frågestunden med att kommentera att valen av perspektiv styr vad man belyser med statistik. Under hösten kommer Nuteks slutrapport och till sommaren kommer Delegationens delbetänkande, vilket kommer att ge bra underlag till diskussioner om företagande och tillväxt.

### **Maria Corell**

*Maria Corell arbetar, precis som Hanna Sjöberg, som analytiker vid Verket för näringslivsutveckling. Hon presenterade statistik över företagandet inom vård och omsorg samt resultat från en enkätundersökning som gjorts på uppdrag av Delegationen för mångfald inom vård och omsorg.*



Verket för näringslivsutveckling, Nutek, håller för närvarande på att utforma ett programförslag som handlar om att främja kvinnors företagande och eftersom vård och omsorg är en kvinnodominerad bransch så är den extra intressant att studera. Det är ungefär 110 000 män och 560 000 kvinnor som jobbar inom vård och omsorg, vilket innebär att endast var sjätte som är sysselsatt inom vård och omsorg är man. När man ser till vilka som driver företag är det ungefär 5 800 män och 7 600 kvinnor. Ungefär 5 procent av männen som är sysselsatta i branschen är egna företagare, vilket kan jämföras med 1,4 procent bland kvinnorna.

I näringslivet i stort är det tre gånger så vanligt att män är företagare, men inom vård och omsorg är det fyra gånger så vanligt att män är företagare, vilket är intressant, även om det till stor del kan förklaras med att det är många manliga tandläkare som har egna praktiker. Om man ser till delbranschen "annan hälso och sjukvård", där bland andra naprapater och psykologer ryms så är det en lika stor andel män som kvinnor som driver egna företag. Även om det idag är fler män än kvinnor som driver eget företag inom vård och omsorg så är det många kvinnor som startar nya företag och det sker en förskjutning till att en allt större andel kvinnor startar eget företag.

Den enkät som Nutek har gjort på uppdrag av Delegationen har gått ut till småföretag, kooperativ, stiftelser och frivilligorganisationer inom vård och omsorg och har syftat till att ta fram faktaunderlag om dessa verksamheter. 63 procent av de undersökta företagen är aktiebolag, 28 procent är ideella och ekonomiska föreningar, stiftelser och trossamfund och endast 9 procent är enskilda firmor eller handelsbolag. De studerade företagen är något större än de genomsnittliga vård- och omsorgsföretagen och fördelningen har varit jämn mellan sjukvård och omsorgsverksamheter.

Bland företagen som svarade på enkäten fick 68 procent det mesta, dvs 75–100 procent av omsättningen, av sina intäkter från det offentliga systemet, samtidigt som 12 procent av företagen som svarade på enkäten uppgav att de inte får några intäkter alls från det offentliga systemet. De flesta företag uppgav dock att de har flera olika former av offentlig finansiering, där de vanligaste finansieringarna var betalning per besök/plats och entreprenadavtal. Undersökningen visade också att stiftelser, ideella föreningar och trossamfund tenderar att i större utsträckning blanda privat och offentlig finansiering.

När det gäller frivilliga arbetsinsatser så har en tredjedel av företagen uppgett att det förekommer frivilliga arbetsinsatser i verksamheten. I de flesta fall är de frivilliga insatserna mindre än 25 procent av den totala arbetstiden och man kan se att det är vanligast med frivilliga insatser i ideella föreningar och trossamfund. Drivkrafterna för företagandet bland dem som har svarat på enkäten är huvudsakligen annat än att tjäna pengar. I studien är det endast 8 procent av de svarande företagen som uppger att de har vinst som främsta drivkraft och de allra flesta, 82 procent, av respondenterna uppgav att de huvudsakligen använde sitt överskott till investeringar i verksamheten.

### Reflektioner på Marias framförande

Lars Pettersson från Famna reflekterade över olika typer av aktiebolag och förklarade att det finns aktiebolag som är medlemmar i Famna, men som har skrivit in en klausul om non profit i sin bolagsordning och således drivs utan vinstsyfte.

Håkan Bystedt från Koopi kommenterade frivilligarbete i aktiebolagen med att man i till exempel HSB Omsorg startade sin verksamhet utifrån volontärverksamheter, men att man idag driver verksamheten i form av ett aktiebolag.

Jenny Hjalmarsson från Immanuelskyrkans Vård AB förklarade att man har ekonomiska skäl till att driva sin vårdverksamhet i aktiebolagsform, även om man jobbar i en kristen församling. Grunden är att man vill lägga vinsterna i ett bolag till förlusterna i ett annat.

Lars Ettarp från Psoriasisförbundet förklarade att han egentligen inte ser några fördelar med att driva vårdverksamhet som aktiebolag, utan anser att t ex överskott ändå går bra att balansera.

Per Fontin från Coompanion kommenterade viljan att starta företag bland kvinnor och män och fördelningen mellan män och kvinnor utifrån olika associationsformer. När det gäller ekonomiska föreningar är andelen företag som startas av kvinnor större. Kvinnor tycks också vara mer tilltalade av att driva företag i den kooperativa formen.

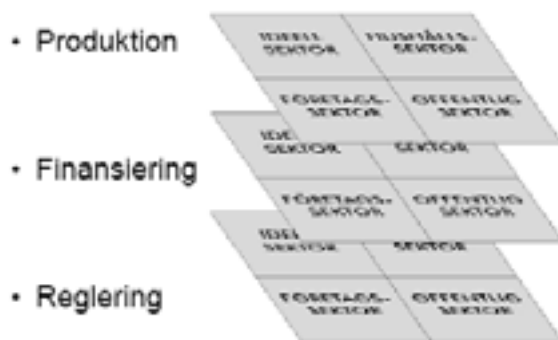
## Torbjörn Einarsson

*Torbjörn Einarsson arbetar på Handelshögskolan. Han har tillsammans med Filip Wijkström på Handelshögskolan tagit fram en modell för bättre statistiska underlag. Modellen är framtagen i samarbete med Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.*

Vid ekonomiska forskningsinstitutet på Handelshögskolan i Stockholm har man tagit fram en analysmodell utifrån ett uppdrag som var att ta fram en analytisk modell för att bättre avbilda dagens situation. I arbetet ingick det också att gå igenom och värdera existerande primärkällor för relevant statistik, vilket i praktiken innebar 3 000 olika årsredovisningar.

För att ta fram statistik måste man välja ett perspektiv och i den modell som tagits fram utgår man från ett samhälle som är uppdelat i fyra olika sfärer eller sektorer. Det är den statliga sfären med den offentliga sektorn, näringslivssfären med företags, en familjesfär och dessutom en civilsamhällessfär där de idéburna verksamheterna inryms. I forskningen kan man se att något håller på att hända i framförallt civilsamhällessfären, då den ökar i både absoluta och relativa tal och sektorn blir allt viktigare i jämförelse med andra sektorer. Inom civilsamhällessfären utförs motsvarande 350 000 årsarbeten på volontär basis.

I analysmodellen utgår man från de fyra olika sektorerna och lägger samman dem med tre olika funktioner som en aktör kan utföra. I modellen ses sfärerna som större än sektorerna. Sektorerna är närmast de juridiska personerna som ryms i sfärerna. I till exempel näringslivssfären ryms marknaden, men i företagssektorn ryms de samlade företagen som verkar på marknaden.



Produktion inom vård och omsorg kan till exempel handla om att skapa en vårdplats.

Finansiering inom vård och omsorg har traditionellt varit via den offentliga sektorn, men samtidigt kommer det årligen 700 miljoner från stiftelser.

Reglering har ofta setts som något som bestäms via exempelvis lagar, men här är också till exempel patientorganisationer med och påverkar processerna.

Vid till exempel ett sjukhus kan vården produceras i offentlig sektor och betalas av det offentliga. Vården kan också ges på ett privat vårdhem till en försäkringspatient och då har finansieringen liksom produktionen förskjutits över till företagssektorn.

För att modellen ska fungera och beskriva verkligheten krävs det att man etablerar ett tänkande utifrån fyra sektorer och att man studerar de tre olika funktionerna som sektorerna kan utföra.

### Reflektioner på Torbjörns framförande

Ola Johansson från Delegationen för mångfald ställde en fråga till Torbjörn om det projekt som man har genomfört vid Johns Hopkins Universitet, där man gjort jämförelser internationellt, och om de modeller som finns beskrivna i handböckerna används i andra länder?

Torbjörn kommenterade frågan med att den så kallade Johns Hopkinsmodellen används av forskare i drygt 60 länder och det är också den modellen som ligger bakom FN:s rekommendationer.

Bo Olsson från Delegationen för mångfald gjorde en reflektion över att frågor som ställs till organisationer och företag för att samla in statistik måste vara formulerade så att den som svarar på frågorna känner att det är meningsfullt och att man får tillbaka något av att besvara frågorna. Det är också svårt att veta hur man ska ställa frågor för att klassificera småföretag, när många aktiebolag närmast uppträder som företag inom den sociala ekonomin.

Torbjörn kommenterade reflektionen med att det är ett praktiskt problem i att samla in statistik och för till exempel aktiebolagen räcker det inte med att se till den juridiska formen, utan man måste arbeta på flera olika sätt. När det gäller aktiebolag som ägs av idéburna organisationer så krävs det att man studerar koncernstrukturer för att få fram informationen. Tio procent av dem som

är anställda inom vård och omsorg är anställda av aktiebolag som ägs av ideella organisationer.

Ola Johansson från Delegationen för mångfald förklarade att det finns en norsk studie som visat att Sverige ligger lägst bland de nordiska länderna när det gäller tjänster inom vård och omsorg i den ideella sektorn. Enligt studien skulle endast tre procent av de utförda tjänsterna inom vård och omsorg komma från ideell sektor.

Torbjörn kommenterade Olas inlägg med att folkrörelsemodellen är stark i Sverige, internationellt sett, men att vi nu har en förskjutning mot att även serviceproduktionen ökar.

Lars Pettersson från Famna konstaterade att den statistik som finns idag är otillräcklig och inte återspeglar förändringarna i verkligheten. Den analysmodell som nu har tagits fram är ett intressant och välkommet steg som kräver framtida uppföljningar och ytterligare studier.

### **Eva Johansson**

*Eva Johansson arbetar på Verket för näringslivsutveckling och är projektledare för "NTG Socialt företagande vidgar arbetsmarknaden". Hon berättade om socialt företagande och om en metod att mäta samhällsekonomisk nytta med socioekonomiska bokslut.*

Nationell tematisk grupp, NTG, är ett nationellt projekt inom gemenskapsinitiativet Equal, vilket är en del av den ekonomiska socialfonden i Sverige. I NTG Socialt företagande arbetar man för att främja företag och verksamheter för människor som idag står långt från arbetsmarknaden. Det uppdrag man har är att göra det enklare att starta, driva och utveckla sociala företag för att fler ska komma in på arbetsmarknaden.

Ett socialt företag driver näringsverksamhet och

- har som ändamål att integrera människor i samhälle och arbetsliv
- skapar delaktighet för medarbetarna genom ägande, avtal eller på annat dokumenterat sätt
- återinvesterar sina vinster i den egna eller liknande verksamheter
- är fristående från offentlig verksamhet

Idag finns det uppskattningsvis 150 till 170 sociala företag i Sverige och de sysselsätter omkring 4 000 personer.

För att visa vinsterna med de sociala företagen har nationalekonomerna Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog arbetat fram ekonomiska siffror i så kallade socioekonomiska bokslut utifrån två olika sociala företag; Vägen Ut!-kooperativen och Basta Arbetskooperativ, vilka vänder sig till före detta kriminella respektive drogmissbrukare.

Ett socioekonomiskt bokslut består förenklat av två delar, en första del som gäller produktionsvärdet som genereras vid arbetet på kooperativen och en andra del som består av samhällets vinster utifrån att till exempel drogmissbruket inte längre genererar externa kostnader i samhället. Utifrån ett antal typfall kan man sedan uppskatta årskostnaderna per person i kooperativen och utifrån antalet personer som arbetar i kooperativen kan man väga samman en resultaträkning.

De sociala företagen som man har studerat genererar en mycket stor samhällsvinst. Storleksordningen är en miljon kronor per medarbetare och år i företagen och samhällsvinsten överstiger företagsvinsten med en faktor på 50 eller mer. Vinsten består dels av alla de samhällskostnader som försvinner eller reduceras då missbrukare upphör med sitt missbruk, dels av det produktionsvärde som uppstår i företagen.

### Reflektioner på Evas framförande

Bo Olsson från Delegationen för mångfald förklarade att han till en början var tveksam till att kvantifiera och göra siffror av de sociala företagen, när det egentligen handlar om kvalitet, men det finns en poäng i att kvantifiera eftersom det behövs siffror för att tilltala myndigheter. En konsekvens av de socioekonomiska boksluten är också att det stärker företagen själva att få siffror på sin verksamhet.

Eva gav en kommentar om att det dessutom finns kvalitativa studier som kompletterar de kvantitativa studierna och de socioekonomiska boksluten. Det som däremot saknas är studier där man jämför olika verksamheter.

Bo Olsson konstaterade att verktyget som man använder vid de socioekonomiska boksluten också måste vara tillämpbara vid andra, mindre verksamheter.

Eva svarade med att så är fallet och att Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog just nu håller i en utbildning för 25 elever där

alla ska göra socioekonomiska bokslut och att det om ungefär ett halvår kommer en handbok i hur man gör socioekonomiska bokslut även i mindre verksamheter.

### Lars Ettarp

*Lars Ettarp är ordförande i Psoriasisförbundet. Han berättade om förbundet och om hur en patientorganisation kan synliggöra kvalitet, resultat och ekonomi i sin verksamhet.*

Psoriasisförbundet är både en handikapporganisation och en stor sjukvårdsutövare och har en stor roll som finansiär av forskning. Organisationens yttersta syfte är att leda psoriasisfrågan framåt och man har länge arbetat för normalisering, det vill säga att en person som är kroniskt sjuk ska ha en möjlighet att leva ett normalt liv. Man arbetar också för att ständigt förbättra vården och omsorgen för att i framtiden kunna lösa frågan om psoriasis.

Psoriasisförbundet startade sin första behandlingsanläggning i Stockholm för att underlätta för patienterna att förena sina behandlingar med ett vanligt arbets- och familjeliv. Man arbetar utifrån att man ska ge vård på lika villkor, vilket har gällt sedan den första behandlingsanläggningen startades. Man ska också kunna komma och gå för en standardbehandling när det passar den enskilde individen, alltifrån tidig morgon till sen kväll. Anläggningarna ska också ligga centralt, till skillnad från sjukhus som ofta ligger i utkanten av samhällena.

Till en början hade Psoriasisförbundet mycket bra relationer till landstinget, som arbetade i samförstånd med förbundet. I början av 1990-talet hände det dock någonting i Sverige i och med att offentlig upphandling började användas. Man implementerade EU-direktivet om offentlig upphandling på ett helt annat sätt än man gjort i de flesta andra länder, där man inte inkluderade sjukvård i upphandlingsreglerna. I och med upphandlingsreglerna var Psoriasisförbundet inte längre en självklar aktör för landstinget, utan man var en aktör bland flera på en marknad.

Psoriasisförbundet har försökt att kvantifiera de kvalitativa värdena i vården, vilket inte är helt enkelt. För att samla in information har man länge använt sig av enkätundersökningar för kundtillfredsställelse. Vårdfilosofin utgår från ett helt omhändertagande; när man har kommit till en behandlingsanläggning ska man få all

den hjälp man behöver för alla problem. I de offentliga upphandlingarna tar man ofta inte hänsyn till det totala behovet hos en patient, utan det är priset för enskilda behandlingar som avgör. Det är ett problem att de kvalitativa värdena i ett totalt omhändertagande inte värdesätts i upphandlingen. En annan aspekt är att en kommersiell vårdgivare kan slänga sig ut i en upphandling och vinna några uppdrag samtidigt som några andra förloras, men om Psoriasisförbundet skulle förlora en entreprenad så är hela vårdidén borta.

I och med att Psoriasisförbundet har 5 000 patienter och närmare 100 000 behandlingstillfällen har man ett bra underlag för att göra medicinska utvärderingar, vilket ingen annan i Sverige kan mäta sig med. Därför har man sett till att alltid vara öppen för medicinska prövningar och forskning, eftersom det medverkar till kvalitet samtidigt som det för psoriasisfrågan framåt. Omvänt så kunde Psoriasisförbundet redan i slutet av 1980-talet beställa de första genstudierna och man fann också den första psoriasisgenen någonsin, även om man sedan dess funnit många fler.

Just nu har man en stor studie, Stockholmskohorten, i samarbete med Karolinska Institutet där man studerar patienter från insjuknandet och framåt istället för att se bakåt. I studien förser Psoriasisförbundet Karolinska Institutet och Sjukhuset med så många patienter man kan för att få fram nya kvalitetsindikatorer.

### Reflektioner på Lars framförande

Eva Johansson från Nutek frågade Lars om man tror att man skulle vinna på att patienterna fritt får välja vårdgivare?

Lars svarade att man har diskuterat frågan inom Psoriasisförbundet och kommit fram till att det viktigaste är vilket pris som sätts på behandlingarna. I praktiken kan man redan se ett vårdgivarval i bemärkelsen att de sjukaste ligger inlagda på sjukhus.

### Fabio Sanchez

*Fabio Sanchez är genforskare vid Karolinska Institutet. Han berättade om hur han upplever att det är att forska om psoriasis och om värdet av att samarbeta med Psoriasisförbundet.*



Utgångspunkten för en forskare inom psoriasis är något annorlunda än för en patientorganisation. För en patientorganisation är syftet uppenbart, man vill göra det bättre för patienterna och lösa frågan om psoriasis.

För en forskare kan man ställa sig frågan om varför man väljer att forska om psoriasis och inte om stamceller eller något annat där pengarna finns, men det som lockar med psoriasisforskningen är att det är en komplex fråga och att chanserna att nå framgång i frågan är goda. En annan aspekt är att forskning om psoriasis är kul och att man arbetar nära patienterna.

På Karolinska Institutet finns det 13 personer som forskar på psoriasis och som en del i forskningsgruppen ingår, utöver Enheten för dermatologi och venereologi, samt Centrum för molekylärmedicin, även Psoriasisförbundet. Utan Psoriasisförbundet hade man i forskningen inte kommit så långt som man gjort.

Det som skiljer forskningsgruppen inom psoriasis på Karolinska Institutet från andra grupper för psoriasisforskning i världen är att man med hjälp av Psoriasisförbundet till exempel har kunnat starta Stockholms psoriasiskohort, vilken utgörs av 700 patienter och 700 personer i en kontrollgrupp, med målet att nå 1 000 och eventuellt fler. Detta är den bästa kohortstudien i världen just nu, vilket innebär att man har mycket värdefull information om patienterna. Man har också en biobank med serum och blodprover, vilka är värdefulla redskap.

Psoriasisförbundets intressen är också angelägna för samhället i stort. Idag har upp mot 300 000 personer i Sverige psoriasis, vilket motsvarar ungefär tre procent av befolkningen. I genomsnitt kostar det 1 000 till 4 000 euro per år att behandla dessa patienter, vilket gör det till en nationell angelägenhet.

Ett problem för att finansiera forskning om psoriasis är att människor tror att det handlar om kosmetiska behandlingar, men den psoriasis som syns är bara toppen av isberget. Det finns många andra typer av psoriasis som inte syns utanpå.

Fördelen med att samarbeta med en patientorganisation är att man inte, liksom andra forskargrupper, måste styra sin forskning utifrån var man kan skriva många rapporter, utan forskningen kan bli mer oberoende och inriktas mer mot långsiktiga resultat. Patienterna finns med i forskningen och skapar mening. Forskningsgruppen vill göra skillnad för patienterna genom att höra deras åsikter, ge dem information, be dem om hjälp och finna nya behandlingar.

### Reflektioner på Fabios framförande

Björn Ljung från Praktikertjänst gav en reflektion om att Psoriasisförbundet är ett av de bästa exemplen på hur svensk hälso- och sjukvård har utvecklats tack vare en patientorganisation. Det är ett tydligt exempel på hur en organisation har kunnat utveckla den verkliga patientvården. Även om det finns många andra aktörer, som exempelvis Cancerfonden, som har bidragit enormt till forskningen så har de inte bidragit till vården på det sätt som Psoriasisförbundet har gjort.

Ola Johansson från Delegation för mångfald förklarade att han ser det som intressant när en patientgrupp på egen hand finner en kostnadseffektiv lösning och att initiativ som kommer från de berörda kan vara väldigt kreativa.

## Upphandling –hinder eller medel för mångfald?

Detta är en dokumentation från ett seminarium som hölls den 9 maj 2007 och som genomfördes inom ramen för Delegationen för mångfald inom vård och omsorg. Seminarieprogrammet togs fram av Delegationen i samarbete med Arbetsgivaralliansen, Coompanion, Famna, KFO, Kooperativa institutet, Praktikertjänst och Vårdföretagarna.

Medverkande vid seminariet var:

- Arne Mårtensson, KFO
- Clas Rehnberg, Karolinska Institutet
- Geoff Walker, Sandwell Community Caring Trust
- Anette Henriksson, Hallands landsting
- Per Olof Jönsson, Medicoop/KFO
- Catharina Tavakolinia, Kavavård AB
- Kjell Lundin, Stockholms läns landsting

Moderator var Arne Mårtensson, KFO

Denna dokumentation har gjorts av Fia Jonsson på Kooperativa institutet.

### Arne Mårtensson

*Arne Mårtensson är vd på Arbetsgivarförbundet KFO. Han hälsade välkommen till detta, det fjärde och sista seminariet inom ramen för Delegationen för mångfald inom vård och omsorg, och berättade kort om KFOs verksamhet och om exempel på hur man har mött problem vid upphandlingssituationer.*

Arbetsgivarförbundet KFO grundades i slutet av 1940-talet och är arbetsgivarorganisationen för bland annat kooperativa och ideella organisationer. Hos medlemsföretagen finns ungefär 85 000 anställda.

När det gäller hinder för mångfalden i välfärden så är ett av de stora hindren upphandlingarna. Inom KFO har man ett antal exempel på att det inte är så svårt att få sin första entreprenad, men att det är värre att överleva vid nästa upphandling. Då möts man ofta av en rigid tillämpning av lagstiftningen och i många fall väldigt professionella konkurrenter, som är vana vid upphandlingar.

Den lag som styr upphandlingarna är Lagen om offentlig upphandling, som i sin tur baseras på ett antal EG-direktiv. Sverige är

tillsammans med Finland bäst i Europa på upphandlingar och man kan se att det finns en stor skillnad på hur vi i Sverige tillämpar lagstiftningen jämfört med hur man gör ”nere på kontinenten”.

## **Clas Rehnberg**

### **Anförande**

*Clas Rehnberg arbetar vid Karolinska Institutet. Han har arbetat med att studera hälso- och sjukvårdssystem i olika länder och har för delegationen specifikt studerat de idéburna organisationerna och deras förekomst i olika system.*

Det är inte entydigt vad som avses med idéburna organisationer. Det man brukar inkludera i begreppet är frivilligorganisationer, ideella organisationer, kooperativ, folkrörelser och andra organisationer utan vinstintresse. En frågeställning är om man även ska inkludera organisationer som har någon form av vinstmålsättning?

I litteraturen görs ofta en uppdelning mellan privata vinstdrivande organisationer och privata icke vinstdrivande organisationer. Typiska exempel inom vård och omsorg när det gäller vinstdrivande organisationer är läkemedelsindustrin och olika typer av sjukhuskedjor som nu börjar växa fram. Som exempel på icke vinstdrivande organisationer finns sjukhus som drivs av ideella föreningar eller i stiftelseform. Det finns också en mellanform, ”not-only-for-profit” där vinstmålet är kombinerat med andra målsättningar.

De privata icke vinstdrivande verksamheterna dominerar inom vård, omsorg, utbildning och bistånd, vilket det finns olika förklaringar till. En förklaring är att vi som konsumenter är skeptiska till att välja vinstdrivande organisationer när vi har svårt att avgöra kvalitén på tjänsterna. Vi vill undvika risk för exploatering när det finns osäkerhet och tjänsterna är komplexa. Det kan också vara så att konsumenterna inte är nöjda med det utbud som finns, utan att de själva av olika orsaker väljer att driva verksamhet. Det finns också förklaringar som utgår från misslyckanden i den offentliga sektorn, där utbudet är standardiserat och tillgodoser efterfrågan hos den ”genomsnittlige” medborgaren. Om efterfrågan är heterogen så ökar incitamenten att skapa privata alternativ för att bättre möta efterfrågan.

Inom Europa finns det en stor variation när det gäller vilka sjukvårdssystem man har. Man brukar göra en uppdelning mellan skattefinansierade system, så kallade Beveridgesystem, och socialförsäkringssystem, vilka brukar kallas Bismarcksystem. Det finns också mixade system där privata försäkringar kombineras med offentliga program.

De skattefinansierade systemen finns främst i de nordiska länderna samt Storbritannien, Irland, Italien, Spanien m.fl. Socialförsäkringssystemen finns främst i Belgien, Frankrike, Nederländerna, Tyskland, Österrike m.fl., och de mixade systemen återfinns huvudsakligen i USA och Schweiz.

Det finns likheter mellan Beveridge- och Bismarcksystemen om man ser till den offentliga finansieringen. Oavsett vilket system eller land man studerar så är det ca 75 procent av de totala sjukvårdskostnaderna som har en offentlig finansiering, antingen i form av skatter eller som obligatoriska premier till sjukförsäkrarna, där man betalar efter inkomst.

En skillnad mellan systemen är att i socialförsäkringssystemen så handlar det om en "öronmärkt" skatt, medan skattefinansierade system är en kompromiss där pengarna måste fördelas i hela den offentliga sektorn.

Förekomsten av privata icke vinstdrivande vårdgivare dominerar i socialförsäkringssystemet samt i vissa skattefinansierade system som man har infört under senare år.

I socialförsäkringssystem som Frankrike, Tyskland och Österrike finns den största andelen privata vårdgivare om man jämför med länderna i Europa. I Italien, Portugal och Spanien, där man på senare tid har infört skattefinansierade system finns en relativt sett större andel privata vårdgivare.

Urtypen för socialförsäkringssystemet är Tyskland och socialförsäkringen bygger till stor del på subsidiaritetsprincipen, vilket innebär att beslut ska fattas på så lokal nivå som möjligt. Sjukförsäkrarna är lokala och undantagna från lagen om offentlig upphandling.

I Italien har man tack vare katolska kyrkan och andra välgörenhetsorganisationer en lång tradition av icke vinstdrivande vårdgivare. Man har också en tydlig lagstiftning som gynnar organisationer som producerar så kallade sociala värden (Law 382/2000).

I Storbritannien har man ett system som liknar det svenska i form av ett traditionellt system med statligt finansierad och producerad vård. Den privata sjukhussektorn utgör ca fem procent av

den totala och bland de privata utförarna är ca 65 procent vinstdrivande.

Om man studerar den totala offentliga upphandlingen som andel av BNP i de olika EU-länderna kan man se att Sverige ligger högt tillsammans med Storbritannien och Nederländerna. Bilden förstärks om man ser till antalet upphandlingar inom hälso- och sjukvård, justerat för invånare, då Sverige tillsammans med Storbritannien ligger absolut högst.

Förekomsten av idéburna eller privata icke vinstdrivande företag är främst historiskt betingad. Skillnaderna är svåra att förklara utifrån olika ersättningsystem. Däremot kan man se att det är en mindre andel offentlig upphandling i länder med socialförsäkrings-system.

### Reflektioner på Clas framförande

Fredrik Norrman från Kontaktforum ställde en fråga om ifall det finns någon siffra på hur många ramavtal det är som aldrig utnyttjas?

Clas svarade med att det inte finns någon sådan, men att det är en intressant fråga.

Inger Schörling från Delegationen för mångfald efterfrågade ett klargörande om de länder i Europa som inte har valt att upphandla vård och omsorg och hur många de länderna är?

Clas förklarade att han inte har haft möjlighet att studera alla Europas länder, utan istället fokuserat på några länder. Generellt sett är det i socialförsäkringssystemen med de så kallade "krankenkassen" som finansierar olika vårdgivare, som man inte har skyldighet att upphandla vård och omsorg.

Björn Ljung från Praktikertjänst gav en kommentar och framhöll att Storbritannien, Danmark och Norge har system som huvudsakligen bygger på kundval, där man inte upphandlar de husläkare som invånarna själva har valt. Det som upphandlas i Storbritannien är den elektiva vården som ges vid "Treatment Centers", medan den basala vården bygger på kundval som alltså inte upphandlas.

Kristian Viidas från Konkurrensverket påpekade att EG-direktivet om upphandling inte kräver att B-tjänsterna ska upphandlas, utan det är upphandlingslagstiftningen i de enskilda länderna som i så fall kräver det. I Sverige gäller än så länge att B-tjänsterna ska upphandlas.

Lars Pettersson från Famna kommenterade att förekomsten av idéburna vårdgivare inte bara är historiskt betingad, utan att det även handlar om politisk tradition och politiska beslut.

## Geoff Walker

### Anförande

*Geoff Walker är vd på Sandwell Community Caring Trust, SCCT, i Storbritannien. Han berättade om SCCT och förutsättningarna för dess verksamhet.*

SCCT är ett socialt företag som tillhandahåller hälsovård och sociala tjänster i Midlandsområdet i Storbritannien. Verksamheten grundades 1997 efter det att nya riktlinjer utformats av den då konservativa regeringen under första hälften av 1990-talet. Den konservativa regeringen hade för avsikt att tillhandahålla hälsovård och sociala tjänster på ett mer effektivt sätt än tidigare och började därför att utforska möjligheten att konkurrensutsätta de offentliga tjänsterna. Som ett led i detta arbete införde man upphandlingar och separerade beställare från utförare.

Tyvärr hade dessa förändringar liten direkt effekt och de följdes snabbt av mycket betydande nedskärningar i utgifter för hälsovård och sociala tjänster. Detta ledde till att kommuner, anställda i offentlig tjänst och patienter drog slutsatsen att de tidigare reformerna endast hade haft som syfte att minska kostnader.

Kort efter det att SCCT grundats 1997 ledde det allmänna valet till en återgång till Labour-regering. Det Nya Labour hade stridit under en gigantisk kampanj som var baserad på att bevara National Health Service, NHS, som en offentligt finansierad tjänst. Alla de reformer som infördes av den konservativa regeringen med syfte att förbättra effektiviteten drogs då tillbaka. Torts detta fortsatte SCCT att växa:

- 1997 var 85 personer anställda. Omsättningen var 12 MSEK
- 2007 var 320 personer anställda. Omsättningen var 120 MSEK
- (Beräknat på 12 SEK = 1 £)

Fastän Labour-regeringen ökat utgifterna för NHS har man inte fått något genomslag som står i proportion till de ökade utgifterna. Anledningen till detta är:

- Människor lever längre
- Hälsovård blir alltmer komplex och kostsam
- Offentliga tjänster är fortfarande ett ineffektivt sätt att ge hälsovård och sociala tjänster.

Labour-regeringen har också tittat på möjligheten att "outsourca" hälsovård och sociala tjänster från offentliga institutioner, vilket har varit svårt eftersom de i det närmaste är fångar bakom sitt valöfte att inte privatisera hälsovård och sociala tjänster.

För ungefär 4 år sedan erkände Nya Labour det arbete som utförs av sociala företag och andra non profit -organisationer inom hälsovård och sociala tjänster. De erkände också hur mycket mer effektiva de framstod vara samtidigt som tjänsterna höll hög kvalitet.

Ett konkret exempel är äldreboende inom det offentliga i Midlands-området. Äldreboendet kostar motsvarande 7824 SEK per vecka. Inom non-profit (den tredje sektorn) är priset motsvarande 3936 SEK per vecka, vilket innebär en besparing på nästan 50 procent.

SCCT har kunnat bibehålla den offentliga sektorns löner och arbetsvillkor samtidigt som kostnaderna har reducerats med 50 procent. Detta har man gjort genom att reducera sjukfrånvarons nivå från ett genomsnitt på 37 dagar per anställd och år inom den offentliga sektorn till 3 dagar per anställd och år inom SCCT. Även personalomsättningen är låg, vilket utgör basen för den höga kvalitén samtidigt som det medför betydande finansiella besparingar. Administrationskostnaderna hos SCCT är mindre än 6 procent, vilket kan jämföras med 22 procent i offentlig sektor. Andelen av utgifterna hos SCCT som går direkt till hälsovård och sociala tjänster är 85 procent, vilket kan jämföras med 62 procent i offentlig sektor.

Förändringarna har kunnat uppnås genom engagemang hos de anställda. Om patienterna ska behandlas med värdighet och respekt måste också personalen behandlas så. Om inte de anställda mår bra själva, är det osannolikt att de får patienterna att göra det. Genom att engagera de anställda har man höjt effektiviteten och som en följd av detta har tjänsterna blivit värda mer och fått en bättre kvalitet.

En fördel som SCCT har är att personalen endast behöver fokusera på att leverera tjänster med hög kvalitet och tillfredställa patienternas behov. Med den organisation som man har behöver man



inte söka pengar till avkastning till aktieägare och man lider inte heller av politisk styrning eller politiska mål.

Naturligtvis skulle vilken regering som helst vara intresserad av en möjlighet att leverera tjänster med högre kvalitet och bättre lönsamhet. Regeringen idag stödjer det sociala företaget och non profit-rörelsen. De har skapat ett särskilt departement för den tredje sektorn med en egen minister, i hjärtat av regeringen, som särskilt ska studera hur man kan upphandla från denna sektor. Regeringen stödjer kraftigt idén att den tredje sektorn i allmänhet, och sociala företag i synnerhet, kan kombinera offentliga tjänstevärden och sunda affärsverksamheter.

Regeringen har även bekostat utvecklingen av "the Social Enterprise Coalition", en organisation som lobbar för och ger stöd, ledning och råd till befintliga och nya organisationer inom den tredje sektorn. Organisationen har visat sig vara ytterst viktig för utvecklingen av alternativ hälsovård och sociala tjänster. Dessutom har hälsodepartementet skapat ett vägledarprogram som har investerat 12 MSEK mellan januari 2007 och mars 2007 i stöd för organisationer som vill utveckla sociala företag och ta över hälsovård och sociala tjänster från den offentliga sektorn.

I Storbritannien stödjer både Labourregeringen och den konservativa oppositionen starkt den tredje sektorn, så en förändring i regeringsmakten kommer inte att påverka den kontinuitet som upplevs idag.

I Storbritannien antar upphandlingen av tjänster två former:

1. Kontrakt på helt nya tjänster där anbud i allmänhet ges på ett öppet sätt. Kontraktet på dessa tjänster är tämligen rättframt och fokuserar på tjänsteleveransen och kostnaderna.
2. Kontrakt som omfattar överföring av befintliga tjänster från organisationer inom den offentliga sektorn. Dessa är mer komplexa eftersom de måste beakta behoven hos befintliga patienter och deras familjer, samt den befintliga personal som kommer att överföras. Sociala företag ses som starka kandidater för denna form av kontrakt.

Kontrakt kan skrivas med:

1. Befintliga organisationer oavsett inriktning, dvs. privata företag eller non profit-organisationer. Fördelen med sådan kontraktskrivning är att den är snabb.

2. Nya sociala företag för leverans av offentlig hälsovård och sociala tjänster. Detta tar lite längre tid och måste planeras. Det ses dock som det bästa sättet att skapa ett partnerskap mellan det offentliga och tjänsteleverantören. Detta partnerskap har fördelar som flexibilitet, patientfokuserad vård och långvarig, välbetald anställning för den personal som övergår.

Oavsett situationen, är kontraktsskrivningen vital. Kontraktet reglerar vad man får för pengarna och man strävar efter bästa ”value for money”, vilket inte bara handlar om låga priser. Upphandlaren ska också väga in vad som sker med de pengar som avtalas i ett kontrakt.

Som en del av konkurrensen måste sociala företag inse att de måste konkurrera genom kvalitet och pris med andra organisationer. De har inte någon rättighet att få ett uppblåst kontrakterat pris bara för att de är ”bra människor”.

Upphandlare ska säkerställa att kontrakt inte lägger någon onödig börda i form av revision/genomlysning och administration på leverantörer som en del av kontraktet. Detta ska hållas till ett minimum. Varje krona som spenderas på revision är en krona mindre som spenderas på tillhandahållande av vård och sociala tjänster. Upphandlare ska heller inte försöka skapa en ytterligare enhet inom den offentliga sektorn genom kontraktet. De ska fokusera på det utfall som de behöver och sedan låta det sociala företaget leverera detta på ett flexibelt, innovativt och effektivt sätt. Upphandlare ska också försöka skapa partnerskap, inte bara kontrakt. Partnerskap medger flexibilitet när behoven hos patienterna och tjänsteanvändarna ändras.

Slutligen ska upphandlare titta på längden hos de kontrakt som de erbjuder till varje ny organisation, oavsett deras bakgrund. Alltför korta kontrakt kommer inte att ge nödvändig trygghet till patienter, anställda eller finansärer. Alltför långa kontrakt leder å sin sida till skapandet av ett alternativt monopol, vilket är negativt för både ekonomi och kvalitet.

### Reflektioner på Geoffs framförande

Arne Mårtensson från KFO ställde en fråga om vad hemligheten är bakom den stora skillnaden i kostnader mellan verksamheten hos SCCT och verksamheten i offentlig sektor?

Geoff svarade att allting handlar om engagemanget bland de anställda. Man måste se till att behandla de anställda bättre än vad andra gör eftersom lönen och andra villkor är desamma som inom offentlig sektor. I en stor nationell enkätundersökning bland 167 000 anställda som har presenterats i tidningen the Sunday Times har SCCT nått en andraplats när medarbetare har rankat sina arbetsgivare.

Lars Pettersson från Famna bad om ett tydliggörande om hur man får tillgång till kapital till ett företag som SCCT.

Geoff svarade att kapitalet som SCCT har fås från samma källor som alla andra företag får sitt kapital från. Han förklarade också att ”du vet att du har lyckats med din verksamhet den dagen då bankerna kommer till dig och inte tvärtom”. En förutsättning som har legat till grund för det är att bankernas kultur har ändrats och att socialt företagande har accepterats.

Clas Rehnberg från Karolinska Institutet anknöt till att den offentliga sektorn nu har öppnat upp för alternativa utförare och frågade Geoff om marknadsutvecklingen, och om vinstdrivande respektive icke vinstdrivande företag tilltalas av olika marknadssegment?

Geoff svarade med att det är mer sannolikt att sociala företag kommer in på marknader där det inte finns andra företag. Det är också i de mer riskfyllda segmenten som de sociala företagen kommer in.

## **Anette Henriksson**

### **Anförande**

*Anette Henriksson är projektledare för vårdval Halland. Hon berättade om hur man i Halland har arbetat för att ”skapa mer vård” för hallänningarna.*

Utgångspunkten när man skapade vårdval Halland var inte att komma ifrån upphandlingar, utan att skapa mer vård för hallänningarna.

I Halland finns fem landstingsövergripande mål som all verksamhet styrs efter. Det handlar om god hälsa, nöjda och engagerade invånare, god vård, stark ekonomi och stolta och engagerade medarbetare.

För att göra förändringar måste man ha ett bra utgångsläge och utgångspunkterna för modellen som ligger till grund för vårdval Halland är att man har nära 300 000 invånare och ökar med nästan 3 000 invånare per år. Man har hög tillväxt, god service, bra hälso-läge, välskötta kommuner med låg skattesats och bra samarbete mellan kommunerna. Landstinget Halland är borgerligt styrt och den borgerliga majoriteten ökade i senaste valet.

Den modell som man har tagit fram i och med vårdval Halland utgår från befolkningens behov. Landstinget har formulerat: ”Vi tror på att nära vård med god tillgänglighet och kvalitet har betydelse för befolkningens hälsa och vår förmåga att klara vår uppgift i framtiden.”

Modellen är en tillitsmodell där man ska känna att man får den vård man behöver. Det handlar om att skapa förtroende hos befolkningen och därmed en ”rörelse” till den nära vården och insatser i ett tidigt skede. Det är också en modell för framtiden för att man säkerställer ”rätt vård på rätt ställe” och därmed skapar ett kostnadseffektivt system, utan att vara ett system för besparingar.

Fokus i vårdval Halland är hallänningen och inte vem som äger och driver vården. Vårdvalet bygger på en verklig valfrihet för hallänningen, det öppnar för fler specialister i den nära vården, skapar en kvalitetskonkurrens istället för priskonkurrens och en större möjlighet för vårdens medarbetare att utforma vården. Modellen bygger på lika ersättning oavsett driftsform, åldersviktad hälso- och sjukvårdspeng, ersättning som inte bara baseras på läkarinsatser, kvalitetskrav i form av mätbara mål och den följer upp resultat istället för bara produktion.

Vårdval Halland utgår från att landstinget godkänner/ackrediterar vårdaktörer, varpå det görs en överenskommelse om åtaganden och särskilda uppdrag. Invånaren väljer sedan vårdenhet, vilken i sin tur får invånarens hälso- och sjukvårdspeng. Vårdens utveckling styr landstinget med mål som sätts och om målen inte uppnås gör man avdrag på hälso- och sjukvårdspengen.

Ackrediteringen medför en konkurrens på lika villkor oavsett driftsform. Det åtagande som en aktör gör är gentemot invånaren. De krav på kompetens som ställs är de som står i Hälso- och sjukvårdslagen, i form av att det måste finnas en specialist i allmänmedicin.

Ackrediterade vårdaktörer måste alltid ha en överenskommelse med landstinget innan de får starta sin verksamhet. Överenskommelsen innefattar åtagandet gentemot invånarna, geografisk

placering samt särskilda uppdrag utöver åtagandet, såsom till exempel mödrahälsovård eller ungdomsmottagning.

Alla invånare i Halland väljer en vårdenhet och valet är ett kontrakt mellan invånare och vårdenhet. Valet innebär också att invånarens hälso- och sjukvårdspeng betalas ut till vårdenheten, som aldrig kan säga nej till en invånare.

Hälso- och sjukvårdspengen är en åldersviktad ersättning för invånare som valt en vårdenhet. Pengen täcker kostnader som är kopplade till åtagandet och beslut om hur stor pengarna är fattas årligen av landstingsfullmäktige.

2007 års ersättning är:

0–6 år	1,9 poäng	4 978 kronor
7–64 år	0,6 poäng	1 572 kronor
65–79 år	2,0 poäng	5 240 kronor
80- år	3,0 poäng	7 860 kronor

Med mätbara mål styr man vårdens utveckling. Det finns mål för tillgänglighet, täckningsgrad (dvs. hur mycket av konsumtionen av öppen hälso- och sjukvård som sker inom närsjukvården), medicinsk kvalitet, läkemedel samt hälsofrämjande arbete.

Utöver åtagande ska varje vårdenhet, mot särskild ersättning, ta emot och ge vård till akuta sjuka och skadade, oavsett om de har valt vårdenheten eller inte.

Vårdval Halland kommer fortlöpande att utvärderas externt av forskare från Ekonomihögskolan vid Lunds Universitet i samarbete med representanter från landstinget och FOU-enheterna. Utvärderingen kommer att ske under perioden 2007 till 2010 och ges ut i två rapporter per år.

### Reflektioner på Anettes framförande

Lars Brune från Svensk Hälsovård uttryckte en viss skepsis mot att inte vikta hälso- och sjukvårdspengen efter vårdtyngden hos patienterna. Den peng som är satt efter invånarnas ålder räcker inte på långa vägar för patienter med stor vårdtyngd, vilket är ett problem. Lars ställde också en fråga om ifall vårdval Halland inte är ett sätt för kommunen att spara pengar?

Anette svarade med att vårdval Halland inte är ett sätt att spara pengar på hälso- och sjukvården i Halland. Man räknar med att

kunna bedriva vården billigare när den sker nära invånarna och man vill finna nya lösningar för att bedriva vården. Man kommer inte att reducera ekonomin vid sjukhusen, utan man kommer att använda de ökade pengarna till att bedriva mer vård och mer kvalificerad vård. När det gäller risken för att vårdtyngd hos patienterna har för stor påverkan på ekonomin så svarade Anette att Hallands ersättningsmodell är *ett* sätt att styra med, även om den inte är fullständig. Ersättningsmodellen är dock ett enkelt sätt att bidra till att invånarna får bättre vård än vad de får idag.

Lars Pettersson på Famna ställde en fråga om hur man i Halland resonerar kring valfrihet i förhållande till mångfald och om man har ett mål att också öka mångfalden?

Anette förklarade att tanken med vårdval Halland från början inte var att styra hur många som skulle leverera vård, utan att välkomna den organisation som ackrediteras, oavsett vilken organisationsform den har. När det gäller mångfald ifråga om innehåll så vill man med vårdval Halland ge förutsättningar för flera typer av tjänster nära invånarna. Man kan redan nu se att det finns till exempel psykiatriker, psykologer, dietister, öronläkare och naprapater anställda på vårdenheterna.

Fredrik Norrman från Kontaktforum anknöt till att modellen bygger på vad invånarna vill och han frågade hur man kan veta vad hallänningen vill?

Anette svarade med att man bland annat har haft medborgardialoger för att skapa sig en uppfattning om det.

Håkan Wittgren från Praktikertjänst gjorde en reflektion om att det när det gäller tandvård är fritt fram att välja vårdgivare, och att i stort sett alla har en tandläkare som man vänder sig till vid behov. Inom primärvården däremot, där man enligt lagen har rätt till en egen läkare, är det 50 procent av invånarna som inte vet vem som är ens läkare. Håkan förklarade också att han ser Hallands modell som en vidareutveckling av husläkarreformen och att han tycker att Halland ska ha en eloge för arbetet.

## **Paneldebatt – inledande anföranden**

**Vid paneldebatten medverkade Per-Olof Jönsson från Medicoop, Kristian Viidas från Konkurrensverket, Catharina Tavakolinia från Kavat Vård AB samt Kjell Lundin från Stockholms läns landsting.**

Paneldebatten startades med att var och en i panelen fick tillfälle till att göra en kort inledning.

### Per-Olof Jönsson

*Per-Olof Jönsson är processjurist och ordförande i Medicoop. Han förklarade inledningsvis att modellen för vårdval Halland är legal och inte bör prövas rättsligt. Om någon skulle överklaga till länsrätten så ska länsrätten avvisa överklagandet, eftersom det inte finns något att pröva anser han. Med "20 teser om upphandlings-Sverige" gjordes sedan ett inspel till paneldebatten. Teserna är formulerade av Per-Olof Jönsson och ordagrant återgivna.*

Inom konkurrensrätten så är målet för all offentlig upphandling att det allmännas köp av varor och tjänster ska ske i konkurrens, men att alla leverantörer ska ges lika konkurrensvillkor.

1. Alla leverantörer i Sverige ges inte lika konkurrensvillkor
2. Stora och multinationella leverantörer gynnas
3. Små och lokala leverantörer missgynnas

I konkurrenslagstiftningen i EU och i Sverige finns det två viktiga fundament. Det ena är att samarbete mellan företag är förbjudet om man har en viss storlek, och det andra är att man inte får missbruka en dominerande ställning.

4. Den ekonomiska enhetens princip innebär ett kringgående av samarbetsförbudet
5. Det sker en smygande privat oligopolisering av vårdmarknaden i Sverige
6. Konkurrensverket struntar i dessa bestämmelser inom vården

Konkurrenslagen tillåter små företag att samarbeta utan att det strider mot förbudet mot konkurrensbegränsande samarbete.

7. Små företag kan bilda tillåtna karteller i samordnade anbud för att söka tackla de stora drakarna
8. SKL, NOU och Konkurrensverket upplyser inte aktivt om denna möjlighet
9. De upphandlande enheterna skriver undermåliga förfrågningsunderlag som missgynnar små företag

När det gäller upphandlingsrätten så skall det mest förmånliga anbudet vinna. Det mest förmånliga kan vara antingen det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet med hänsyn till angivna utvärderingskriterier eller anbudet med det lägsta priset.

10. Upphandlande enheter bryter konsekvent mot denna regel genom att godtyckligt blanda principerna
11. Upphandlande enheter accepterar indirekt privat finansiering genom att anta dumpade anbud

Upphandlingsrätten meddelar att det är den upphandlande enheten som bestämmer om upphandling skall användas eller inte när det gäller samhällsservice.

12. Om en upphandlande enhet väljer att gå ut på offentlig upphandling kan man skriva in krav på t.ex. personal- eller brukarinflytande i förfrågningsunderlaget

Det är kommunen eller landstinget – den upphandlande enheten – som bestämmer om och när lagen om offentlig upphandling ska tillämpas.

13. Det finns ingen skyldighet att handla upp vård i Sverige eller EU
14. Den upphandlande enheten kan välja andra former för samarbetsavtal och bidragssystem
15. Det är en av kommunal-Sveriges största myter att allt måste handlas upp

Lagen om offentlig upphandling får enligt domstolspraxis inte användas som svepskäl för att bryta upp ett existerande avtal med en entreprenör som inte sagts upp

16. De upphandlande enheterna bryter mot denna rättspraxis

Sociala hänsyn och sociala företag kan redan nu beredas utrymme i förfrågningsunderlaget vid offentlig upphandling.

17. Allt beror på hur förfrågningsunderlaget är utformat
18. SKL, NOU och Konkurrensverket försummar att upplysa om att sociala hänsyn är tillåtna

Upphandlingsavtalet är ett tvåpartskontrakt som upprättas efter förhandling.



19. De upphandlande enheterna ställer vinnande leverantör inför färdiga avtal utan förhandling
20. Det skrivs för båda parter undermåliga upphandlingsavtal

Slutsatserna, enligt Per-Olov Jönsson är:

- Det handlas upp för mycket i Sverige
- Det handlas upp mer än vad både lagen och EU förutsatt
- Det sker en snabb utslagning av lokala småföretag
- Svenskt offentligt kapital lämnar landet i snabb takt
- Politiker och tjänstemän måste i grunden ompröva sin kompetens och ambition
- Nämnden för Offentlig Upphandling bör omedelbart avskaffas och konkurrensverkets myndighet väsentligt inskränkas

### Kristian Viidas

*Kristian Viidas arbetar som projektledare på Konkurrensverket och berättade om ett nytt uppdrag inom vård och omsorg som man har fått från regeringen.*

Det uppdrag som Konkurrensverket har fått handlar om att presentera en rapport som behandlar regelverk av betydelse för företag inom offentlig sektor med särskild inriktning på vård och omsorg. Det handlar om att man ska identifiera vilka inträdes hinder som finns inom vård och omsorg och försöka få bort dem. Man ska också ge förslag till åtgärder enligt uppdraget.

Konkurrensverket är en myndighet som enligt uppdraget arbetar för konsumenterna och för att skapa så mycket konsumentnytta som möjligt. Utgångspunkten är att konkurrens skapar konsumentnytta och fler företag skapar ökad konkurrens.

För att anknyta till Per-Olov Jönssons inspel om Nämnden för Offentlig Upphandling, NOU, och att den bör avskaffas så förklarade Kristian att NOU från och med den första september kommer att upphöra och inordnas i Konkurrensverket. NOUs nuvarande uppdrag kommer sannolikt att förändras, men på vilket sätt får man se.

Kristian gjorde också en koppling till Per-Olov Jönssons kommentar om att man inte behöver upphandla vård och omsorg och förklarade att det stämmer enligt EG-direktivet. Det stämmer dock inte enligt Lagen om offentlig upphandling. Enligt Lagen om

offentlig upphandling så ska även kundvalssystem upphandlas, som Kristian ser det. Som Kristian har tolkat lagen så är inte ens Vårdval Halland giltigt utan upphandling, men det är Kristians tolkning och inte Konkurrensverkets.

När det däremot gäller systemet med skolpeng så finns det en särlagstiftning i Skollagen som har tagit bort kravet på upphandling och istället gjort det förbjudet med upphandlingar. Ett sätt för vård och omsorg att komma runt problemet med upphandlingar kan vara att även här införa en särlagstiftning som tar bort kravet på upphandling.

Rapporten om inträdeshindren i vård och omsorg ska Konkurrensverket presentera den 1 juli. De största problemen som man har identifierat är framförallt att huvudmännen inte konkurrensutsätter sin verksamhet över huvud taget. Även Lagen om offentlig upphandling och dess tillämpning är ett stort problemområde.

### **Catharina Tavakolinia**

*Catharina Tavakolinia arbetar på Kavat Vård AB som är "det lilla, nära och personliga alternativet till de stora etablerade vårdbolagen".*

Från och med årsskiftet har Catharina startat Kavat Vård AB och anledningen är att den nya regeringen nu har gett en möjlighet för den äldre att själv välja vem man vill få sin vård av.

Regeringen har uttalat en ambition om att alla äldre själva ska få välja hur de vill bo. I regeringsförklaringen nämns att "den egna upplevelsen ska väga tungt vid biståndsbedömningen" och man talar också om en boendegaranti som ger den äldre rätt att bo i det boende hon själv vill.

Med ett enkelt räkneexempel visade Catharina hur få timmar hemtjänst som krävs per dag för att komma upp i de kostnadsnivåer som motsvarar det särskilda boendet. Exemplet visade tydligt att man snabbt kommer upp i samma kostnader för hemtjänst som för särskilt boende och med ambitionen att låta den äldre välja så bör fler flexibla boendeplatser skapas.

Vid ett kundval bör det inte bara finnas en mångfald av aktörer, utan även en mångfald av alternativ för boenden. Catharina förklarade att hennes egen far till exempel aldrig skulle vilja sitta på ett gruppboende eller vårdboende med den brist på integritet som är förknippad med dem idag.

Som stöd för att skapa fler och flexibla äldreboendeplatser finns regeringens investeringsstöd som möjliggör nybyggnation och ombyggnation. Med en redovisad kostnadsbild kan kommunen också begränsa sitt ansvar för vårdkostnaderna och till exempel låta vårdoperatören ta betalt av den äldre för mat och hyra.

Catharina avslutade sin inledning med att förklara att det krävs en flexibilitet i boendet och bemanningen för att klara av omställning till boende i alla nivåer av vårdbehov.

## **Kjell Lundin**

*Kjell Lundin arbetar på utvecklingskansliet vid Stockholms läns landsting och berättade om vad som är på gång inom landstinget.*

I landstinget har man fattat ett beslut om att man vill ha mångfald i vården och i och med det har man sagt att man vill ha ett kundvalssystem, precis som i Halland. Kundvalssystemet kommer att starta den 1 januari 2008.

I Stockholm har man en så kallad utmaningsrätt, vilken innebär att vem som helst kan utmana landstinget om man tror sig kunna utföra vården bättre än landstinget. Det blir då en upphandling enligt Lagen om offentlig upphandling och landstingets verksamhet konkurrensutsätts.

När det däremot gäller kundvalet kommer det inte bli någon upphandling, utan en auktorisation utifrån fastställda krav. De entreprenörer som finns på marknaden, inklusive den egna verksamheten, måste konkurrera om medborgarna.

Kjell förklarade också att man har ett program där man aktivt arbetar för att försöka få den egna personalen att ta över verksamheten, vilket det finns ett stort intresse för idag. År 1999 till 2002 så hade man ett motsvarande program som hette Konkurrens i vården. Under den perioden knoppade man av 163 enheter, via direktavtal eller upphandlingar, samtidigt som man sålde S:t Görans sjukhus.

Det Kjell upplevde under förra programperioden var inte en rädsla för att knoppa av, utan det var vad som skulle hända efter tre år när det på nytt var dags för upphandling. Rädslan visade sig vara befogad, för i många fall vann sedan de stora aktörerna upphandlingarna över de mindre.

## Paneldebatt – dialog

### Fritt val

Maria Palotai från ungerska seniorklubben och kommenterade modellen med "fritt val" och att den inte fungerar i verkligheten. Hon förklarade också att det har funnits planer på att skapa ett rikstäckande ungerskt äldreboende, men att det är svårt med vårdpengarnas rörlighet och om en äldre person flyttar kan man inte räkna med att vårdpengarna kan skickas med.

Catharina Tavakolinia från Kavat Vård AB kommenterade problemet med finansieringen och förklarade att man måste investera 3–4 miljoner i en verksamhet med 30–40 platser innan man har fått igång verksamheten så att de första fakturorna kan skickas. Det är en av faktorerna som begränsar nyetableringar just nu, vilket man kommer bort från med kundvalet i Stockholm år 2008.

Kjell Lundin från Stockholms läns landsting fick ordet och förklarade att frågan huvudsakligen är kommunal och inte en landstingsfråga, men när det gäller landstinget så kan man få en tolftedel i kapitering, medan resten fås först vid besök av en patient.

Catharina Tavakolinia förklarade att den bästa lösningen vore en nationell äldrepeng, men att så länge det inte finns någon sådan så är det upp till varje kommun att sätta nivån på resurserna, vilket också styr hur fritt valet blir.

### Särskilt stöd för avknoppning

Kent Edström ställde en fråga om ifall det är tillåtet att ha särskilda villkor för avknoppning, när det är ett stöd som utestänger andra företag.

Kristian Viidas från Konkurrensverket förklarade att han inte anser att man ska göra denna typ av särbehandling. Om man däremot inför ett kundval så är det en annan sak. Man ska utgå från patienten eller brukaren och dennes val. Det handlar inte om företagets väl och konkurrenslagstiftningen är skriven utifrån hur konsumenten påverkas.

Catharina Tavakolinia ställde frågan om ifall det finns någon rättslig prövning om vad som är tillåtet när det handlar om särbehandling av vissa företag?

Kristian Viidas förklarade att han inte tror att konkurrensen blir bättre för att vissa företag ges särskilda villkor. Kundval och valfrihet är vad som ger den mångfald marknaden vill ha.

Anette Henriksson från landstinget Halland förklarade att man i vårdval Halland är med på samma villkor och att man inte gör någonting särskilt för dem som vill knoppa av i egen regi. Grunden är att det handlar om tillit och alla leverantörer ska gå in på samma villkor.

### **Avknoppning eller utmaning**

Björn Ljung från Praktikertjänst tydliggjorde att avknoppning egentligen inte finns längre. Det handlar numer om att man antingen utmanar sig själv eller någon annan i en landstingsdriven verksamhet. Regeringen talar om stöd till avknoppning samtidigt som det talas om utmaningar, vilket gör att begreppen ofta blandas ihop. Tidigare har en avknoppning inte följts av ett kundvalssystem, vilket har medfört att avknoppningen då har blivit en utmaning.

### **Upphandling**

Per-Olov Jönsson från Medicoop förklarade att han tror att mycket av upphandlingsproblematiken beror på obalanser i offentlig ekonomi, vilket har medfört att man pressar leverantörerna. Det är också många politiker som gömmer sig bakom Lagen om offentlig upphandling.

Kjell Lundin förklarade att det inom kundvalet i primärvården inte behövs någon upphandling eftersom man har sin auktorisation. I kundvalssystemet är det vårdpengen som gäller.

Kristian Viidas kommenterade de ofta krångliga förfrågningsunderlagen vid upphandlingar och att dessa tjänster som är kopplade till de krångliga förfrågningsunderlagen kanske inte borde upphandlas, även om det kanske inte är Konkurrensverkets inställning.

Ola Johansson från Delegationen för mångfald ställde en fråga om ifall det finns delar inom hälso- och sjukvård där upphandlingar faktiskt är bra och kan leda till bättre pris och effektivare resursutnyttjande? Ett sätt som man kan se på det är när det gäller stora upphandlingar och stordriftsfördelar, men det kanske snarare

handlar om vilka delar av vårdpanoramats som är mest marknadslika och där en konkurrensutsättning kan driva fram ett nytänkande?

Kristian Viidas förklarade att mer marknadslika områden är fel benämning, för där marknaden verkligen "får tala" är där man har kundval och en ständig kvalitetskonkurrens. När man upphandlar så är det konkurrens vid ett enda tillfälle och sedan är det närmast monopolmarknad för den som vunnit upphandlingen, menade Kristian. Områden där det finns stora stordriftsfördelar är typiskt sett mer lämpligt att upphandla.

### **Lagen om offentlig upphandling kontra Hälso- och sjukvårdslagen**

Bo Olsson från Delegationen för mångfald ställde en fråga om hur man från Konkurrensverkets sida har arbetat när det gäller lagkollisioner, i detta fall mellan Hälso- och sjukvårdslagen och Lagen om offentlig upphandling.

Björn Ljung tydliggjorde att paragraf fem i Hälso- och sjukvårdslagen säger att alla invånare har rätt till en egen vald läkare i allmänmedicin, vilket kolliderar med att Lagen om offentlig upphandling säger att läkarna skall upphandlas.

Per-Olov Jönsson förklarade att Hälso- och sjukvårdslagen alltid är överordnad Konkurrenslagen och att rätten till kontinuitet väger tyngre än eventuella krav på upphandling.

# FÖR KARTLÄGGNINGEN Frågor till regioner/landsting

---

Region/Landsting:

---

Postadress:

---

Adress till hemsida:

---

## Enkäten besvaras av

Namn:

---

Befattning:

---

E-postadress:

---

Telefon:

---

## FRÅGA 1

### Har landstinget/regionen lagt ut någon av följande delar av hälso- och sjukvården på privat entreprenad?

*(OBS – Tekniska tjänster, administrations- och servicetjänster ingår **inte** i undersökningen och **inte** heller tandvården)*

---

Sjukhus  Ja  Nej

Behandlingshem  Ja  Nej

#### Specialistvård

Somatisk specialistvård  Ja  Nej

Psykiatri, socialpsykiatri  Ja  Nej

Primärvård  Ja  Nej

Rehabilitering  Ja  Nej

Komplementär/ Alternativ medicin  Ja  Nej

Friskvård  Ja  Nej

Ambulansverksamhet  Ja  Nej

Företagshälsovård – egen personal  Ja  Nej

Annan verksamhet  Ja  Nej

Om annan verksamhet – ange vilken/vilka:

---

---

---

---

---

1. Om ni har ett register eller förteckning över landstingets/regionens aktuella privata entreprenader – bifoga en kopia med enkätsvaret.

2. Om det är möjligt – markera de entreprenader som lämnats till patientorganisationer, ideella organisationer, kooperativ eller lokala små företag.

3. Om register saknas – ange exempel på aktuella entreprenader

---

---

---

---

---

---

## FRÅGA 2

### Har landstinget/regionen tecknat ramavtal med privata vårdgivare för någon av följande delar av hälso- och sjukvården?

(OBS – Tekniska tjänster, administrations- och servicetjänster, tandvård ingår *inte* i enkäten)

Sjukhus  Ja  Nej

Behandlingshem  Ja  Nej

Specialistvård

Somatisk specialistvård  Ja  Nej

Psykiatri, socialpsykiatri  Ja  Nej

Primärvård  Ja  Nej

*OBS – separat primärvård, taxeläkare*  Ja  Nej

Rehabilitering  Ja  Nej

Komplementär/ Alternativ medicin  Ja  Nej

Friskvård  Ja  Nej

Ambulansverksamhet  Ja  Nej

Företagshälsovård – egen personal  Ja  Nej

Annan verksamhet  Ja  Nej

Om annan verksamhet – ange vilken/vilka:

---

1. Om ni har ett register eller förteckning över landstingets/regionens aktuella privata entreprenader – bifoga en kopia med enkätsvaret.
  2. Om det är möjligt – markera de entreprenader som lämnats till patientorganisationer, ideella organisationer, kooperativ eller lokala små företag.
  3. Om register saknas – ange exempel på aktuella entreprenader
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-



### FRÅGA 3

#### **Bidrar landstinget/regionen genom bidrag, projektmedel eller på annat sätt till offentlig finansiering av privata vårdgivare i någon del av hälso- och sjukvården?**

(OBS – Tekniska tjänster, administrations- och servicetjänster, tandvård ingår *inte* i enkäten)

Sjukhus  Ja  Nej  
Behandlingshem  Ja  Nej

Specialistvård  
Somatisk specialistvård  Ja  Nej  
Psykiatri, socialpsykiatri  Ja  Nej

Primärvård  Ja  Nej  
*OBS – separat primärvård, taxeläkare*  Ja  Nej  
Rehabilitering  Ja  Nej  
Komplementär/ Alternativ medicin  Ja  Nej  
Friskvård  Ja  Nej  
Ambulansverksamhet  Ja  Nej

Företagshälsovård – egen personal  Ja  Nej

Annan verksamhet  Ja  Nej

Om annan verksamhet – ange vilken/vilka:

---

---

1. Om ni har ett register eller förteckning över landstingets/regionens aktuella privata entreprenader – bifoga en kopia med enkätsvaret.
2. Om det är möjligt – markera de entreprenader som lämnats till patientorganisationer, ideella organisationer, kooperativ eller lokala små företag.
3. Om register saknas – ange exempel på aktuella entreprenader

---

---

---

---

---

---

#### FRÅGA 4

**Finns policydokument eller annat styrande dokument som markerar en strävan att engagera patientorganisationer, ideella organisationer, kooperativ eller lokala småföretag som vårdgivare?**

---

Ja    Nej

Om det finns någon form av sådant styrdokument – bifoga en kopia!

Ev. synpunkter?

---

---

---

#### FRÅGA 5

**Görs vid upphandling någon värdering av huruvida avtalsparten är lokalt förankrad?**

---

Ja    Nej

Om ja – hur går det till?

---

---

---

---

---

#### FRÅGA 6

**Görs vid upphandling någon värdering av huruvida avtalsparten är en vårdgivare utan privat vinstintresse, dvs är ett företag som återinvesterar ev. vinst i verksamheten?**

---

Ja    Nej

Om ja – hur går det till?

---

---

---

---

## FRÅGA 7

**Finns former/system för uppföljning och jämförelse av medicinska vårdresultat när uppgifter inom hälso- och sjukvården lämnas till privata vårdgivare?**

---

Ja  Nej

Om ja – hur går det till? Finns resultat att redovisa – bifoga iså fall!

---

---

---

---

---

## FRÅGA 8

**Finns former/system för uppföljning och jämförelse av kvalitet i omhändertagande och bemötande när uppgifter inom hälso- och sjukvården lämnas till privata vårdgivare?**

---

Ja  Nej

Om ja – hur går det till? Finns resultat att redovisa – bifoga iså fall!

---

---

---

---

---

---

---

## FRÅGA 9

**Har till landstinget/regionen en efterfrågan av vård som specifikt betjänar skilda etniska, språkliga eller religiösa grupper?**

- Efterfrågan finns  
 Vi har inte mött sådan efterfrågan

Ev. kommentar

---

---

---

**Svaret och ev. bilagt material postas eller mailas till:**

**Delegationen för mångfald inom vård och omsorg (S 2006:02)  
Attention: Sara Freeman, 103 33 Stockholm**

**E-post: sara.freeman@adm.ministry.se  
Hemsida: www.sou.gov.se/godaexempel**

## Enkät till organisationer och företag inom vård hälsa och omsorg.

Delegationen för mångfald inom vård och omsorg ska på regeringens uppdrag lyfta fram exempel på offentligt finansierad vård- och omsorgsverksamhet som drivs av idéburna organisationer eller små företag.

Nutek bedriver inom ramen för Framtiden Näringsliv projektet "Vård och omsorg – en framtidsbransch" med syftet att undersöka och stärka sektorns konkurrenskraft.

En viktig del av de båda projektet är att kartlägga de idéburna organisationernas och de små företagens betydelse för vård- och omsorgssektorn. Utifrån denna kunskap skall vi sedan belysa sektorns villkor samt de problem och hinder som verksamheterna möter.

Denna enkätundersökning är en del i detta arbete och utförs gemensamt av Delegationen för mångfald inom vård och omsorg och Nutek. Enkäten omfattar 16 frågor och tar ca 10 minuter att besvara. Ditt deltagande är viktigt och vi är tacksamma att du bidrar med ditt svar.

### Ange dina / din organisations uppgifter

Företagets / verksamhetens namn	<input type="text"/>
Organisationsnummer	<input type="text"/>
Postadress	<input type="text"/>
Adress till hemsida	<input type="text"/>
Kontaktperson	<input type="text"/>
Kontaktpersonens e-postadress	<input type="text"/>
Kontaktpersonens telefonnummer	<input type="text"/>

### Ange företagets organisationsform

Endast ett alternativ är möjligt

- Aktieföretag
- Ekonomisk förening
- Ideell förening
- Stiftelse
- Registrerat trossamfund
- Handelsbolag
- Enskild firma

**Ange verksamhetens huvudområde/n** Flera alternativ är möjliga

- Hälso- och sjukvård
- Äldreomsorg eller annan kommunal omsorg

*Fråga till dem som angivit att de är verksamma inom Hälso- och sjukvård*

**Ange de områden inom hälso- och sjukvård där ni är verksamma**

Flera alternativ är möjliga

- Sjukhus
- Specialistvård
- Primärvård
- Rehabilitering
- Ambulansverksamhet
- Komplementär/alternativ medicin
- Friskvård
- Företagshälsovård
- Annan verksamhet

Om annan verksamhet - ange vilken

*Fråga till dem som angivit att de är verksamma inom Äldreomsorg eller annan kommunal omsorg*

**Ange de områden inom äldreomsorg eller annan kommunal omsorg där ni är verksamma**

Flera alternativ är möjliga

- Särskilt boende för äldre
- Annat äldreboende
- Hemtjänst för äldre
- Dagverksamhet, sociala insatser för äldre
- Vård/omsorg med boende för funktionshindrade
- Vård med boende för vuxna missbrukare
- Öppna sociala insatser för funktionshindrade
- Öppna sociala insatser för missbrukare
- Sociala insatser för barn och unga (ej barnomsorg)

Annan verksamhet

Om annan verksamhet - ange vilken

**Uppskatta andelen av verksamhetens totala intäkter som kommer från tjänster som har offentlig finansiering från stat, landsting eller kommun.**

Ingen offentlig finansiering

1-24 %

25-49 %

50-74 %

75-100 %

*Fråga till dem som angivit att de har offentlig finansiering*

**I vilka former har verksamheten offentlig finansiering?** Flera alternativ är möjliga

Entreprenadavtal

Per besök/plats (ramavtal eller motsvarande)

Projektbidrag

Öppet verksamhets- eller organisationsbidrag

Annan form

Om annan form - ange vilken/vilka

**I vilken form har verksamheten eventuell annan, icke offentlig, finansiering?** Flera alternativ är möjliga

Ingen icke-offentlig finansiering

Försäkringsintäkter från enskilda personer

Försäkringsintäkter från företag/organisationer

Gåvor

Medlemsavgifter

Annan form

Om annan form - ange vilken/vilka

**Ange antalet årsanställda enligt senaste årsbokslut**

- 0
- 1-4
- 5-9
- 10-19
- 20-49
- 50-99
- 100-199
- fler än 200

**Ange omsättning enligt senaste årsbokslut**

- mindre än 500 000 kronor
- 500 000 till 1 miljon kronor
- 1 till 5 miljoner kronor
- 5 till 10 miljoner kronor
- 10 till 100 miljoner kronor
- mer än 100 miljoner kronor

**Genererade verksamheten ett överskott det senaste verksamhetsåret?**

- Ja
- Nej

*Fråga till dem som angivit att de hade ett överskott*

**Hur har detta överskott huvudsakligen disponerats?**

- Överskottet har behållits i verksamheten för att utöka det egna kapitalet
- Överskottet har investerats i lokaler, utrustning, kompetens- och/eller metodutveckling
- Överskottet har delats ut som lön eller annan ersättning till personal och ägare
- Överskottet har delats ut som vinst till ägare

Om annat - ange vad

**Förekommer frivilliga arbetsinsatser i verksamheten?**

- Ja
- Nej

*Fråga till dem som angivit att det förekom frivilliga arbetsinsatser i verksamheten*

**Ange den uppskattade tidsmässiga omfattningen av de frivilliga arbetsinsatserna som andel av den totala arbetstiden i verksamheten**

- 1-25 %
- 26-50 %
- 51-75 %
- 76-100 %

*Fråga till dem som angivit att det förekom frivilliga arbetsinsatser i verksamheten*

**I vilken omfattning rekryteras de personer som bidrar med frivilliga arbetsinsatser från en medlems- eller intressekrets med anknytning till verksamheten? Utgå från din egen personliga bedömning.**

- Ingen
- 1-25 %
- 26-50 %
- 51-75 %
- 76-100 %

**Verksamheter eller företag kan vara helt fristående eller ha en eller flera huvudmän eller ägare. Vad är huvudmännens/ägarnas idémässiga utgångspunkt?**

- Brukar- eller patientgrupps intressen
- Etnisk grupps intressen
- Lokal utveckling eller överlevnad
- Humanitär organisation
- Religiös organisation
- Komplementär eller alternativ vård
- Egen verksamhetsidé (nya arbetsformer, ledning, delaktighet etc)
- Ekonomisk vinst

Om annan utgångspunkt - ange vilken



## Bilaga till enkäten till företag

### Huvudmännens idémässiga utgångspunkt

	Total	Aktiebolag	Ekonomisk förening	Ideell förening	Stiftelse	Registrerat trossamfund	Handelsbolag	Enskild firma
Brucar- eller patientgrupps intressen	29 %	29 %	33 %	24 %	32 %	0 %	50 %	29 %
Etnisk grupps intressen	0,4 %	0 %	0 %	4 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Lokal utveckling eller överlevnad	2 %	3 %	8 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Humanitär organisation	3 %	1 %	0 %	12 %	16 %	0 %	0 %	0 %
Religiös organisation	8 %	0 %	0 %	48 %	21 %	100 %	0 %	0 %
Komplementär eller alternativ vård	6 %	6 %	8 %	4 %	0 %	0 %	13 %	14 %
Egen verksamhetsidé (nya arbetsformer, ledning, delaktighet etc)	41 %	48 %	50 %	4 %	16 %	0 %	38 %	57 %
Ekonomisk vinst	8 %	12 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
<i>Svarande</i>	252	159	24	25	19	3	8	14
<i>Ej svar</i>	32	21	0	3	1	3	1	3

### Omsättning

	Total	Aktiebolag	Ekonomisk förening	Ideell förening	Stiftelse	Registrerat trossamfund	Handelsbolag	Enskild firma
mindre än 500 000 kr	7 %	2 %	4 %	8 %	0 %	0 %	0 %	63 %
0,5 till 1 mkr	7 %	5 %	13 %	8 %	0 %	0 %	0 %	25 %
1 till 5 mkr	24 %	20 %	48 %	39 %	11 %	33 %	44 %	13 %
5 till 10 mkr	18 %	21 %	22 %	12 %	11 %	33 %	0 %	0 %
10 till 100 mkr	38 %	45 %	13 %	23 %	63 %	0 %	56 %	0 %
mer än 100 mkr	7 %	7 %	0 %	12 %	16 %	33 %	0 %	0 %
<i>Svarande</i>	263	167	23	26	19	3	9	16
<i>Ej svar</i>	21	13	1	2	1	3	0	1

## Överskott i verksamheten

	Total	Aktiebolag	Ekonomisk förening	Ideell förening	Stiftelse	Registrerat trossamfund	Handelsbolag	Enskild firma
Ja	69%	80%	55%	46%	53%	0%	78%	40%
Nej	31%	20%	45%	54%	47%	100%	22%	60%
Svarande	258	164	22	26	19	3	9	15
Ej svar	26	16	2	2	1	3	0	2

## Hur överskottet används

	Total	Aktiebolag	Ekonomisk förening	Ideell förening	Stiftelse	Registrerat trossamfund	Handelsbolag	Enskild firma
Överskottet har behållits i verksamheten för att utöka det egna kapitalet	38 %	36 %	50 %	58 %	40 %	0 %	17 %	40 %
Överskottet har investerats i lokaler, utrustning, kompetens- och/eller metodutveckling	44 %	43 %	42 %	42 %	60 %	0 %	50 %	40 %
Överskottet har delats ut som lön eller annan ersättning till personal och ägare	7 %	7 %	8 %	0 %	0 %	0 %	17 %	20 %
Överskottet har delats ut som vinst till ägare	11 %	14 %	0 %	0 %	0 %	0 %	17 %	0 %
Svarande	173	128	12	12	10	0	6	5
Ej svar	111	52	12	16	10	6	3	12

## Huvudsaklig verksamhet

	Total	Aktiebolag	Ekonomisk förening	Ideell förening	Stiftelse	Registrerat trossamfund	Handelsbolag	Enskild firma
Hälsa- och sjukvård	61,4%	63,5%	43,5%	52%	70,6%	0%	50%	88,2%
Äldreomsorg eller annan kommunal omsorg	50,4%	48,2%	65,2%	56%	52,9%	100%	50%	29,4%
Svarande	264	170	23	25	17	4	8	17
Ej svar	20	10	1	3	3	2	1	0

Anmärkning: På denna fråga har det varit möjligt att ange flera alternativ varför summan blir mer än 100 procent

# Statens offentliga utredningar 2007

## *Kronologisk förteckning*

1. Telefonsäljning. Jo.
2. Från socialbidrag till arbete.  
+ Bilaga. Fördjupningsstudier.  
+ Lättläst. Sammanfattning. S.
3. Föräldraskap vid assisterad befruktning. Ju.
4. Trafikinspektionen  
– en myndighet för säkerhet och skydd inom transportområdet. N.
5. Summa summarum – en fristående myndighet för utredning av anmälningar om brott av poliser och åklagare? Ju.
6. Målsägandebiträdet.  
Ett aktivt stöd i rättsprocessen. Ju.
7. Den nya inskrivningsmyndigheten. M.
8. Nya förutsättningar för ekobrottsbekämpning. Ju.
9. Svenskan i världen. UD.
10. Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Fi.
11. Regional utveckling och regional samhällsorganisation. Fi.
12. Hälso- och sjukvården. Fi.
13. Staten och kommunerna – uppgifter, struktur och relation. Fi.
14. Renovering av bostadsmarknad efterlyses!  
Om ungas möjligheter till en egen bostad.  
Rapport nr 1:  
Om bara någon kunde säga vad jag ska göra för att få en bostad så skulle jag göra det.  
Rapport nr 2:  
Måste man ha tur?  
Studier av yngre på bostadsmarknaden i svenska städer.  
Rapport nr 3:  
Effektiv bostadsservice och förmedling av bostäder – ur ett dubbelt användarperspektiv.  
Rapport nr 4:  
Unga vuxna på bolånemarknaden. M.
15. Stöd för framtiden – om förutsättningar för jämställdhetsintegrering.  
Idébok:  
Jämställd medborgarservice. Goda råd om jämställdhetsintegreringen. En idébok för chefer och strateger.  
Metodbok:  
JämStöd Praktika. Metodbok för jämställdhetsintegrering. IJ.
16. Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag. S.
17. Äktenskap för par med samma kön. Vigsselfrågor. Ju.
18. Arbetsmarknadsutbildning för bristyrken och insatser för arbetslösa ungdomar. N.
19. Friskare tänder – till rimliga kostnader. S.
20. Administrativa sanktioner på yrkesfiskets område. Jo.
21. GMO-skador i naturen och Miljöbalkens försäkringar. M.
22. Skyddet för den personliga integriteten. Kartläggning och analys. Del 1+2. Ju.
23. Genomförande av tredje penningtvättsdirektivet. Fi.
24. Veterinär fältverksamhet i nya former. Jo.
25. Plats för tillväxt? Fi.
26. Alternativ tvistlösning. Ju.
27. Auktorisation av patentombud. N.
28. Tydliga mål och kunskapskrav i grundskolan. Förslag till nytt mål- och uppföljningssystem. U.
29. Hur tillämpas expropriationslagens ersättningsbestämmelser? Ju.
30. Två nya statliga specialskolor.  
+ Lättläst+ Daisy. U.
31. Alltid redo! En ny myndighet mot olyckor och kriser. Fö.
32. Tillväxt genom turistnäringen. N.
33. Släpvnagskörning med B-körkort – när kan de nya EU-reglerna börja tillämpas? N.

34. Skolgång för barn som skall avvisas eller utvisas. Ju.
35. Flyttning och pendling i Sverige. Fi.
36. Bioenergi från jordbruket – en växande resurs. + Bilagedel. Jo.
37. Vård med omsorg – möjligheter och hinder. S.

# Statens offentliga utredningar 2007

## Systematisk förteckning

---

### Justitiedepartementet

---

- Föräldraskap vid assisterad befruktning. [3]  
Summa summarum – en fristående myndighet för utredning av anmälningar om brott av poliser och åklagare? [5]  
Målsägandebiträdet.  
Ett aktivt stöd i rättsprocessen. [6]  
Nya förutsättningar för ekobrottsbekämpning. [8]  
Äktenskap för par med samma kön.  
Vigsselfrågor. [17]  
Skyddet för den personliga integriteten.  
Kartläggning och analys. Del 1+2. [22]  
Alternativ tvistlösning. [26]  
Hur tillämpas expropriationslagens ersättningsbestämmelser? [29]  
Skolgång för barn som skall avvisas eller utvisas. [34]

### Utrikesdepartementet

---

- Svenskan i världen. [9]

### Försvarsdepartementet

---

- Alltid redo! En ny myndighet mot olyckor och kriser. [31]

### Socialdepartementet

---

- Från socialbidrag till arbete.  
+ Bilaga. Fördjupningsstudier.  
+ Lättläst. Sammanfattning. [2]  
Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag. [16]  
Friskare tändar – till rimliga kostnader. [19]  
Vård med omsorg – möjligheter och hinder. [37]

### Finansdepartementet

---

- Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. [10]  
Regional utveckling och regional samhällsorganisation. [11]

- Hälsa- och sjukvården. [12]  
Staten och kommunerna – uppgifter, struktur och relationer. [13]  
Genomförande av tredje penningtvättsdirektivet. [23]  
Plats för tillväxt? [25]  
Flyttning och pendling i Sverige. [35]

### Utbildningsdepartementet

---

- Tydliga mål och kunskapskrav i grundskolan.  
Förslag till nytt mål- och uppföljningssystem. [28]  
Två nya statliga specialskolor.  
+ Lättläst+ Daisy. [30]

### Jordbruksdepartementet

---

- Telefonförsäljning. [1]  
Administrativa sanktioner på yrkesfiskets område. [20]  
Veterinär fältverksamhet i nya former. [24]  
Bioenergi från jordbruket – en växande resurs.  
+ Bilagedel. [36]

### Miljödepartementet

---

- Den nya inskrivningsmyndigheten. [7]  
Renovering av bostadsmarknad efterlyses!  
Om ungas möjligheter till en egen bostad.  
Rapport nr 1:  
Om bara någon kunde säga vad jag ska göra för att få en bostad så skulle jag göra det.  
Rapport nr 2:  
Måste man ha tur?  
Studier av yngre på bostadsmarknaden i svenska städer.  
Rapport nr 3:  
Effektiv bostadsservice och förmedling av bostäder – ur ett dubbelt användarperspektiv.  
Rapport nr 4:  
Unga vuxna på bolånemarknaden. [14]  
GMO-skador i naturen och Miljöbalkens försäkringar. [21]

## **Näringsdepartementet**

---

Trafikinspektionen

– en myndighet för säkerhet och skydd inom transportområdet. [4]

Arbetsmarknadsutbildning för bristyrken och insatser för arbetslösa ungdomar. [18]

Auktorisation av patentombud. [27]

Tillväxt genom turistnäringen. [32]

Släpvnagskörning med B-körkort

– när kan de nya EU-reglerna börja tillämpas? [33]

## **Integrations- och jämställdhetsdepartementet**

---

Stöd för framtiden – om förutsättningar för jämställdhetsintegrering.

Idébok:

Jämställd medborgarservice. Goda råd om jämställdhetsintegreringen. En idébok för chefer och strateger.

Metodbok:

JämStöd Praktika. Metodbok för jämställdhetsintegrering. [15]