

6 Vinst i vården och vården som marknad?

I målen för hälso- och sjukvården i Sverige anges att vården skall ges efter behov – den med de största behoven skall ha vård först. I marknadsekonomin är utgångspunkten att det är efterfrågan uttryckt i ekonomiska termer som styr fördelningen. Ibland kan en patient ha andra önskemål än de som en läkare anser vara de medicinskt riktiga. De tre orden önskemål, efterfrågan och behov har i vården helt olika innebörd och bör hållas i minne när marknadslika system och vinstsyfte förs in i vården.

6.1 Vård och marknad

Det är uppenbart att sjukvården uppvisar särdrag som skiljer den från de förutsättningar som läroboken sätter upp för en ”ideal” marknad. Den ideala marknaden är dock endast en abstraktion som utnyttjas för att analysera egenskaperna hos olika typer av marknader. Den utgör ingen norm för hur marknader skall fungera för att vara socialt acceptabla. Lika väl som det finns marknadsmisslyckanden, dvs. avvikelser från hur en ideal marknad fungerar, så finns det misslyckande i offentlig styrning genom administrativa processer.

Sjukvården – flera marknader

I verkligheten väljer vi alltid mellan imperfekta alternativ. Sjukvården kan inte ses som en marknad, men samtidigt finns där redan ett system av flera olika marknader. Där finns en marknad för sjukvårdens försörjning med arbetskraft, som har förändrats kraftigt under senare år genom t.ex. den ökade betydelsen av olika bemanningsföretag. I princip har vi idag en internationell arbetsmarknad för läkare, sjuksköterskor och andra professioner inom vården. På lik-

nannde sätt finns inom vården marknader för andra insatsfaktorer som läkemedel, medicinsk utrustning, en allt viktigare informationsteknologi och tjänster som byggande, förvaltning, städning och catering. Dessa marknader innebär i ökande grad köp av tjänster tillsammans med leverans av olika produkter.

Marknader är således redan idag ett naturligt inslag i sjukvården. Gränsen mellan styrning via administrativa processer och marknad förändras ständigt inom sjukvården liksom i andra företag.

Patientens roll

Huvudinvändningen när det gäller sjukvården som marknad gäller patientens roll. I den ideala marknadsekonomin förutsätts konsumenten vara välinformerad, och betala för den konsumerade kvantiteten till ett bestämt marknadspris som inte kan manipuleras av säljaren. Dessa tre förutsättningar är dock sällan fullständigt uppfyllda, men det innebär inte att de aldrig är uppfyllda. Bortsett från begränsningen till inköp i apotek ligger marknaden för läkemedel som köps utan recept och rabatter, dvs. handköpsläkemedel, troligen relativt nära det man allmänt avser med marknadsekonomi.

Den minst vägande invändningen mot marknad genom vårdgivarval är den om patienten som oinformerad om sina alternativ. Det exempel som ofta framförs är den medvetlöse patienten som kommer till akutintaget. Denna situation är dock inte den normala inom sjukvården. De flesta val inom sjukvården rör inte dessa "liv eller död situationer" utan är väsentligt mindre dramatiska. Huvuddelen av sjukvårdens resurser går till vård av patienter med kroniska sjukdomar där patientens erfarenheter och upplevelse av sitt tillstånd är den viktigaste informationen. Brister i information kan också motverkas på olika sätt; genom stöd från anhöriga, patientföreningar och myndigheter. Den viktiga frågan är inte om patienten är fullständigt informerad om alla alternativ utan om det finns någon annan som har bättre information.

Vi måste också komma ihåg att det i många fall, inte bara inom sjukvården, är både vanligt och önskvärt att överlämna beslutet till någon annan som handlar å dina vägnar. Husläkarens roll som patientens ombudsman i vården är en modell som delvis kan lösa patientens informationsproblem.

Assymetrisk information

Vad som är ett större problem än brist på information är asymmetrisk information, dvs. att vårdgivaren, t.ex. läkaren, har bättre information än patienten och därför kan påverka den vård som ges ("supplier-induced demand"). Det är knappast kontroversiellt att hävda att denna typ av asymmetrisk information föreligger, men frågan är hur stor betydelse som den egentligen skall tillmätas. Studier av t.ex. tandvårdsmarknaden, där den är lättare att studera, ger inget otvetydigt svar på hur stort detta problem egentligen är. Även här finns det möjligheter att genom olika typer av ingrepp i det som kallas en marknad korrigera för denna typ av marknadsimperfektion. Krav på auktorisation, garantier och öppen redovisning är vanligt förekommande på andra marknader med asymmetrisk information t.ex. varumarknader och finansiella marknader.

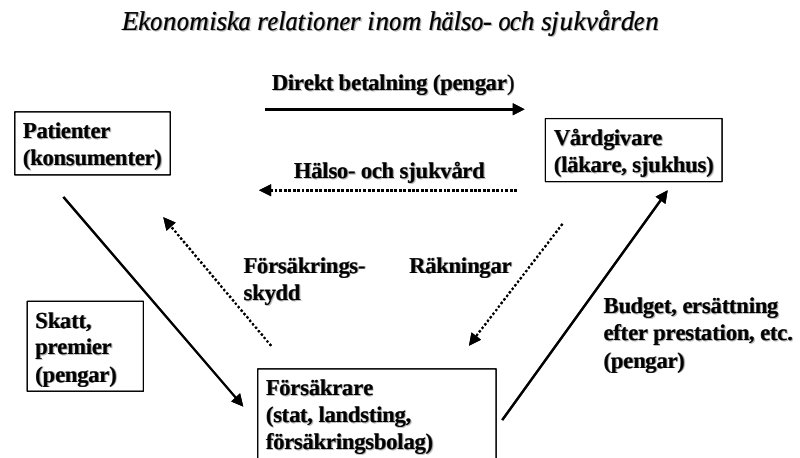
Tredje part betalar

Vore marknadsmisslyckandet enbart en fråga om bristande eller asymmetrisk information så skulle detta relativt lätt gå att korrigera och kompensera. Men ett huvudproblem återstår, och det är att patienten vid vårdtillfället inte betalar för mer än en högst begränsad del av vården. Därför måste vårdgivaren tillföras resurser från en tredje part. Denna tredje part är till övervägande del någon form av offentlig finansiering, via skatter eller obligatoriska socialförsäkringsavgifter. Vi accepterar här detta som ett faktum och diskuterar ej närmare möjligheterna eller problemen med att ersätta offentlig finansiering med privata försäkringsmarknader. I princip blir problemen med tredjeparts-finansiering desamma, oberoende av om den tredje parten är privat- eller offentligrättslig.

Tredjepartfinansiering förändrar marknaden i grunden. I stället för två parter, konsumenter och producenter, där producenterna kompenseras via konsumenternas betalningar, så ersättes producenterna av en tredje part. Denna tredje part erhåller de finansiella resurserna för denna kompensation från gruppen av potentiella patienter, dvs. i offentliga sjukvårdssystem befolkningen som helhet. Genom denna konstruktion är det möjligt att göra en omfördelning av resurser från personer med låga risker och/eller höga inkomster till de med höga risker och/eller låga inkomster. Avsteget

från den ideala marknaden är således den nödvändiga konsekvensen av ett solidariskt system.

Figur 6:1 Ekonomiska reaktioner inom hälso- och sjukvården



Tredjepartsfinansiering leder till problem med såväl kostnadskontroll som kostnadseffektivitet. När konsumenten befriats från betalningsansvaret finns ingen anledning att göra en avvägning mellan pris och kvantitet/kvalitet. Detta problem brukar i försäkringslitteraturen benämnas "moral hazard". Det finns ingen anledning för producenten att motsätta sig dyrbara önskemål från patienten. Tvärtom ger situationen incitament att utveckla nya dyrbara alternativ (ref. Weisbrod, Lave and Lave).

Öppna försäkringssystem, utan restriktioner på patientvalet, har därför en tendens att bli mycket kostsamma. De utgör inte heller någon garanti för att de behandlingar som ges är kostnadseffektiva, dvs. har effekt eller ger den avsedda effekten till lägsta möjliga kostnad.

Kostnadskontroll

I system där någon annan betalar måste efterfrågan ändå på något sätt begränsas. I traditionella försäkringar används ofta karensbelopp ("deductables") och medförsäkring ("co-insurance"), dvs. den försäkrade måste betala en självrisk och/eller en del av utgiften.

Ju högre denna är desto lägre blir premien. Ofta finns också begränsningar av utbetalt belopp och krav på speciellt skadereglering; t.ex. i bilförsäkringen att skadan skall åtgärdas på vissa speciella verkstäder. Delbetalning från konsumenten förekommer när det gäller patientbesök och receptförskrivna läkemedel, men dessa svarar inte för någon större del av finansieringen.

Förekomsten av "moral hazard" innebär inte nödvändigtvis att valfriheten för patienten måste försvinna. Den måste dock begränsas så att den inte leder till att övergripande mål för sjukvården om vård på lika villkor, kostnadskontroll och kostnadseffektivitet äventyras. Dessa mål är dock inte absoluta och det finns också en komplicerad relation mellan de olika målen, och man kan inte förutsätta att alla fäster exakt samma vikt vid de olika målen. Det är dock möjligt att ange en del principer för vilka val som i större eller mindre grad gör det svårt att uppfylla ovanstående mål.

Grundprincipen för att uppfylla målet om kostnadskontroll är att valet gäller alternativ med samma kostnader. En viktig finansieringsprincip är kapitation, dvs. ersättning för att ansvara för vård för t.ex. en viss del av befolkningen, anställda eller annat. Ersättning till allmänläkare per listad patient är exempel på kapitationserättning. Med denna finansieringsprincip är det möjligt att patienten får välja läkare eller sjukhus. Däremot är det svårt med valfrihet när valet har stora konsekvenser för volymen tjänster, t.ex. betalning per besök eller undersökning, eller kostnaden per enhet, t.ex. val mellan dyrare och billigare läkemedel eller undersökningar med samma förväntade nytta. Här uppkommer också problem med kostnadseffektiviteten. Ett speciellt problem rör introduktionen av nya behandlingar som ofta är dyrare, men där ingen fullständig information finns om deras fördelar. I dessa fall är det svårt att låta patientens val styra kostnadsutveckling och kostnadseffektivitet.

Styrningen av kostnadsutveckling och kostnadseffektiviteten måste därför också ske via relationerna mellan producenter/vårdgivare och finansiärer. Det är också dessa relationer som varit i fokus i debatten huruvida ett helintegrerat sjukvårdssystem där finansiärer också är vårdgivare är att föredra framför ett system där finansieringsansvaret och vårdansvaret är separerat.

Finansiering skild från produktion

Inte bara debatten har varit intensiv när det gäller sjukvårdens organisation. Det har också genomförts ett stort antal experiment med nya organisationsformer inom hälso- och sjukvården. Under 1990-talet var det vanligt att tala om vilken ”modell” för sjukvårdsorganisation som ett visst landsting hade och varianterna var många. Samma experimentlusta fanns i andra länder. Det mesta av detta är idag historia, men det finns ett bestående resultat av dessa experiment och det är separationen mellan finansiering och produktion. Denna har alltid funnits inom de centraleuropeiska försäkringssystem och fanns tidigare i Sverige när det gäller den del som finansierades via socialförsäkringen, dvs. öppen läkarvård och läkemedel.

Separeringen av finansiering och produktion bygger på principen att det är två olika uppgifter som skall genomföras. Den ena gäller att besluta hur mycket resurser som behövs för sjukvårdsändamål och hur dessa skall fördelas och prioriteras mellan olika områden. Den andra uppgiften är att genomföra den produktion som beslutas på ett effektivt sätt.

Den första uppgiften är naturligt en uppgift för den offentliga sektorn. Vid offentlig finansiering fordras politiska beslut rörande skatteuttag etc. och det är svårt att se hur detta beslutsfattande på ett rationellt sätt skulle kunna decentraliseras. Det skulle i så fall bli ett system där privata försäkringsbolag erhåller riskrelaterade subventioner i utbyte mot ett komplett försäkringsskydd. Sådana modeller har diskuterats, bl.a. i Holland.

Marknad – frivilligt byte

Den fråga som uppkommer blir då vem som skall svara för den vård som finansieras av offentliga medel och hur de ekonomiska relationerna mellan finansiär och vårdgivare skall organiseras. Det innebär således att en hierarkisk relation ersätts av en marknadsrelation; ett frivilligt byte där vårdgivaren åtar sig en viss uppgift till ett visst pris. Hur detta kontrakt skall specificeras och vilka ersättningar som skall utgå blir föremål för förhandling och överenskommelser. Det kan innebära en ersättning per vård dag eller per typ av behandling, eller en specifikation av både priser och kvanti-

teter (budget). Prisbildningen beror av hur många säljare och köpare som finns på marknaden.

Även med endast en köpare och en säljare kommer det att etableras ett marknadspris. I princip är det också möjligt att ha marknader med reglerade priser, såsom t.ex. är fallet med läkemedel under läkemedelsförmånen. Graden av konkurrens på marknaden liksom inslaget av prisreglering är två aspekter på marknadsorganisationen. En central myndighet har möjlighet att påverka båda utifrån de mål man vill nå.

Endast en beställare – monopsoni

Om det bara finns en offentlig finansiär får denna en stark ställning på marknaden, monopsoni, och kan driva ner priserna mot produktionskostnaderna om det finns många producenter. Men även om ett nationellt system organiseras så att olika ”köpare” inte konkurrerar, måste möjligheten beaktas att producenterna kan vara internationellt verksamma, vilket sätter en gräns för möjligheten att driva ned priset. För läkemedelsindustrin är den internationella marknaden redan en realitet, och vi kan i framtiden möjligen se något liknande vad gäller sjukhuskedjor, vårdhem, och läkemedelsdistribution. Den ökade rörligheten för arbetskraften innebär att lönerna i framtiden i allt större utsträckning kommer att påverkas av förhållanden som ligger utanför det vi direkt kan påverka.

Internationalisering

En faktor som talar för att separationen av finansiering och produktion är ett bestående inslag i sjukvårdsorganisationen är den ökande internationaliseringen av sjukvården. Det kan komma att bli problem att neka medborgare ersättning för vård som ges vid vårdinrättningar i andra länder. Vissa länder kommer troligen också systematiskt att utnyttja möjligheterna att köpa vård i andra länder istället för att bygga upp egen kapacitet. Specialisering och arbetsfördelning kommer att karaktärisera sjukvården på samma sätt som vi sett rörande industri och annan service. Det är omöjligt att säga hur långt denna process kommer att gå, men det blir alltmer osannolikt att varje vårdhuvudman själv kommer att kunna svara för alla vårdåtgärder. Det omfattande utbyte av vårdinsatser som idag finns

mellan landstingen är ett exempel på utvecklingen. Inget talar för att detta kommer att sluta vid nationsgränserna. Planerna på samarbete inom Öresundsregionen är ett exempel på att det internationella samarbetet redan är under utveckling. I ökad utsträckning måste vi se våra universitetssjukhus inte bara i ett nationellt utan också internationellt perspektiv för att utveckla dem som en resurs för såväl sjukvård, utbildning och forskning.

6.2 Vinst i vården?

I alla organisationsformer, offentliga eller privata med eller utan vinstsyfte, bör ambitionen vara att verksamheten går ihop ekonomiskt. Oberoende av ägar- eller driftsform bäddar intäkter som är högre än kostnaderna för lugn och utveckling, medan högre kostnader än intäkter förr eller senare får obehagliga konsekvenser.

Människan är också densamma oberoende av i vilken organisation hon verkar. Ekonomiska drivkrafter, egenintresse och önskan om bättre villkor finns i alla typer av verksamheter, men också önskan om erkännande och uppskattning liksom önskan att kunna hjälpa andra.

Friskoleutredningen

Friskoleutredningen (SOU 2001:12) avvisade tanken om förbud mot fristående skolor som drivs med vinstsyfte. Man menade att vinstförbud alltid kan kringgå och gav som exempel bl.a.:

- En ägare kan ta ut vinst genom högre hyra för lokaler
- Ägaren eller annan huvudman kan påverka belopp som faktureras skolan för tjänster
- Lån kan ges med hög ränta med hänvisning till risk

Friskoleutredningen kom därför i sin bedömning fram till att det inte var en framkomlig väg att förbjuda vinstutdelning och därmed begränsa rätten att driva friskolor till företag eller organisationer som avsåg att göra det utan vinstsyfte. Man menade att ett förbud skulle leda till smygvägar som skulle göra den ekonomiska redovisningen otydlig. Istället borde oskäligen vinster motverkas genom effektivare ekonomisk redovisning och kontroll och genom att man täpper till de ”ventiler” genom vilka de kan uppstå.

Vinst i vården

Vi menar att en sådan analys och bedömning av vinstsyftets inverkan är för snäv. Det gäller för skolan men ännu tydligare inom hälso- och sjukvården. För skolans verksamhet gäller att antalet barn och ungdomar i skolålder är givet. Ersättning ges dessutom med enhetliga belopp per elev för olika typer av utbildning (skolpeng) med i vissa fall kompletteringar för att kompensera särskilda behov av stöd och resurser.

För vården är det betydligt svårare att fastställa möjliga marknader och intäkter. Utbudet av vård bestäms inte genom ett tydligt fixerat vårdbehov utan i komplicerat samspel av bl.a. patienternas behov och förväntningar, olika professioners ambitioner, medicinska landvinningar, vårdgivarnas strategier och kapacitet och sist men inte minst formerna för ersättning och kostnadskontroll från dem som betalar.

De ekonomiska incitamenten har stor verkan. När sjukhusvård ersätts per vård dygn har sjukhusen längre vårdtider och fler sängar (Tyskland). När läkare ersätts per besök blir det också fler läkarbesök (Frankrike). När ersättningarna ökar med mer komplicerade medicinska ingrepp blir det också fler sådana ingrepp (USA).

Inom vården finns, för att återknyta till Friskoleutredningens begrepp, ett mycket stort antal "ventiler" inte bara för att hämta ut eventuella vinster utan också för att utöka vårdvolymen och antalet diagnoser för att därmed öka intäkter och vinster. Frågorna om vinst i vården handlar därför om betydligt mer än möjligheten att kontrollera vad som sker med eventuella överskott från verksamheten.

Vinstsyfte

Vinst är en stark drivkraft som inom vården kan bidra till utveckling, effektivare vård och därmed mer vård för pengarna. Om privata vårdgivare med vinstsyfte kan skapa vinster i sin verksamhet genom effektivare processer, bättre behandlingsmetoder, ökad motivation och större delaktighet så innebär vinsten i sig inget hot mot de grundläggande målen för vård på lika villkor. De kan istället genom sina exempel bidra till förändringar och nya arbetssätt som gynnar alla om mer vård kan ges med de resurser som står till förfogande. Vinstmotiv i vården kan emellertid också leda till att prio-

riteringar överges, till överdriven vård och behandling eller till att förebyggande hälsovård tonas ner till förmån för mer intäktsgivande behandlingar.

Vinst som styr fel

Erfarenheterna från länder med stor andel privata vinstsyftande vårdgivare och motiven i de länder som har restriktioner mot kommersiella vårdgivare visar också att vinstsyftet kan styra utvecklingen i mindre önskvärd riktning. Kopplat till ersättningsystemen uppmärksammas diagnosglidning där vårdinsatsen mer styrs mot mot lönsammare behandlingar än efter strikt medicinska behov.

Ett uppenbart hot, och ett i några länder accepterat faktum, är att prioriteringar bryts och att vård och kötider för vård mer anpassas efter hur resursstarka patienterna är och mindre efter de medicinska behoven. Direkta paralleller kan dras till läkemedelsområdet och frågan huruvida forskning och utveckling där främst styrs efter medicinska behov eller efter potentiell storlek och betalningsförmåga hos olika diagnoser och patientgrupper.

Forskning, utvecklingsarbete och utbildning är nödvändiga inslag inom vården, men på kort sikt representerar verksamheterna enbart kostnader och på lång sikt säkra intäkter endast om forskningsresultaten kan skyddas genom patent eller på annat sätt. Internationellt visar det sig också att ytterst få forsknings- och undervisningssjukhus (teaching hospitals) drivs med vinstsyfte vilket bidrar till en fortsatt öppen redovisning av forskning och forskningsresultat.

Vårdens drivkrafter

I vården, liksom i allt, samspelar många drivkrafter. De professionella gruppernas önskan att lindra och bota, sammanfaller i regel ganska väl med de prioriteringar och mål som i demokratisk ordning beslutats för vården, men bland dessa drivkrafter finns också önskan om karriär, vetenskaplig prestige och olika gruppers strävan att utvidga egna revir, i regel på andras bekostnad.

De politiskt ansvariga för vården söker på bästa sätt att efter sina övertygelser utveckla vården efter medborgarnas önskemål, men

även där kan beslut och ställningstaganden drivas fram av mer snäva person- och partiintressen.

Vinstmotivet påverkas också av formerna för ägandet. För en verksamhet som ägs av personalen, läkaren som dagligen möter patienterna eller människor från lokalsamhället, vävs önskemål och drivkrafter samman på annat sätt än för placeraren på börsen som mer renodlat värderar resultatet i form av värdetillväxt och/eller avkastning. Lagstiftningen i Kanada och i vissa delstater i USA gör också skillnad mellan vinstsyftande företag i mindre skala och de börsnoterade vårdbolagen.

Beställarnas ansvar

Vinstsyftet som stark drivkraft i vården riskerar att rubba uppsatta mål och påverka prioriteringar och struktur, men vart vinstsyftet leder avgörs också av andra faktorer. Så länge vården är offentligt finansierad har huvudmännen stora möjligheter att påverka de ekonomiska drivkrafterna och hur vinstsyftet påverkar.

Med klokt utformade system för ersättning vidgas de områden där vårdgivares vinstsyfte kan vara till gagn för patienter och samhället i stort.

Öppna för vinstsyfte i rätt sammanhang

Planerad kirurgi för tydliga diagnoser är i flera avseenden vård som kan lämpa sig för upphandling i konkurrens. Beställningar kan göras tydliga, anbud är jämförbara och resultat och kvalitet kan avläsas. Vårdgivare som genom bättre metoder eller rutiner kan utföra behandlingen med högt ställda krav på kvalitet, och som samtidigt kan göra det till en lägre kostnad som ger utrymme för vinst, bidrar till vårdens utveckling.

Högspecialiserad vård och den akuta sjukvården kan representera motsatsen i detta spektrum. Diagnoser och behandlingsformer är svåra, om inte omöjliga, att ange och jämföra. Inslaget av forsknings- och utbildningsverksamhet är större.

6.3 Styrsystem inom sjukvården

Inom sjukvården har den professionella organisationsprincipen varit dominerande i århundraden. Administrativ kontroll infördes av effektivitetsskäl. För att bryta upp den byråkratiska strukturen och för att förändra den professionella hierarkin har demokratisk representation införts. Under senare tid har den privata marknaden varit förebild för många landstings strävanden mot förnyelse. Resultatet har blivit en blandning av organisationsprinciper, och olika varianter har kommit att tillämpas i olika landsting.

Mångfalden inom landstingens styrorganisation är stor (jfr Statskontoret; Organisations-, styr- och verksamhetsformer i kommuner och landsting 1999:38). Det finns inte två landsting som valt samma modell. En modell är förtroendemannaorganisationen koncentrerad till central nivå. En decentraliserad modell kan utgöras av lokala direktioner med helhetsansvar för hälso- och sjukvården inom ett geografiskt område. Den traditionella modellen för styrning innebär att politikerna ansvarar för hela produktionskedjan, från intention och beställning till verkställighet. Alternativet är en beställar–utförarmodell. Nyckelordet för denna modell är rollfördelning och att den liknar en marknad. Samma organ skall inte både beställa och utföra tjänsten, och i sin yttersta form innebär denna modell att landstinget inte har några egna utförare utan köper tjänster på en marknad.

Utvecklingen av styrningen av sjukvården i Sverige under 1990-talet har inriktats på frågor som rör ökad produktivitet och effektivitet i vården. Resultatansvar och konkurrensutsättning har tillämpats av många landsting. Spridningen är stor mellan landstingens val av styrsystem för sjukvården. Flera landsting har haft, men övergett, beställar–utförarsystemen. Knappt hälften av landstingen har sådana system. Samtidigt har dock de tankar som legat bakom utvecklingen av dessa system levt kvar. De förhållningssätt som kännetecknar arbetet i en beställar–utförarorganisation är vanliga också i de landsting som tillämpar en mer traditionell planeringsprocess. Fokus ligger på befolkningens hälsa, vilka vårdbehov som föreligger samt effekterna av vårdens insatser. Politikerrollen har förändrats och befolkningsföreträdarperspektivet har stärkts. Majoriteten av landstingen har valt en lösning med lokala politiska organ framför en centralt styrd förvaltningsorganisation (Statskontoret 1999:38). En tendens till återgång till centraliserade styrformer har kunnat skönjas till följd av sjukvårdens ekonomiska problem

(God ekonomisk hushållning i kommuner och landsting, betänkande av ekonomiförvaltningsutredningen SOU 2001:76). Inför kommande mandatperiod omprövas nu den politiska respektive tjänstemannaorganisationen åter i många landsting. (Detta avsnitt är till stor del baserat på den litteraturstudie Helene Törnqvist gjort för Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000, som finns i bilaga till SOU 1999:66.)

6.3.1 Ekonomiska styrsystem

Budgetering

Rambudgetering

I samband med en strävan att betona enskilda enheters ekonomiska ansvar infördes rambudgetering. Dessa enheter tilldelas en fast ekonomisk ram för sin verksamhet. Några tydliga kvalitets- eller effektivitetskrav ställs inte. Ekonomiska incitament för att utveckla verksamheten saknas. En vanlig erfarenhet är, enligt Törnqvist, att de förväntade effekterna varit svåra att uppnå främst beroende på att målen varit otillräckligt preciserade och dessutom omöjliga att följa upp eftersom nödvändig information saknas. (SOU 1999:66 s. 19, Lindkvist/Cederholm s. 140 ff.)

Prestationsbudgetering

Ett sådant system innebär att respektive enhet tilldelas pengar i förhållande till prestation, exempelvis genom ersättning per vård-episod, vård dygn eller per diagnos. Svårigheter föreligger att inom sjukvården finna mått på effektiviteten och beakta även andra än ekonomiska kriterier. Prestationsrelaterade ersättningsformer är inte lämpliga för alla typer av verksamhet. Detta har främst ansetts gälla sådan medicinsk service där det är svårt att styra vad som kommer att "köpas" som exempelvis intensivvårdsverksamhet (SOU 1999:6, bilaga 1, s. 25) eller geriatrisk vård. (Bengt Jacobsson (red.); Organisationsexperiment i kommuner och landsting; Lindqvist/Cederholm.)

En form av prestationsersättning som utgår från diagnos är ersättning baserad på så kallade DRG (diagnosrelaterade grupper). Olika diagnoser värderas till olika många poäng och värdet av ett poäng fastställs för en viss tidsperiod. Vårdgivaren erhåller ersättning efter antalet uppnådda poäng. Systemet är ofta kombinerat

med begränsning så att ersättningen till vårdgivare reduceras eller upphör efter ett visst antal uppnådda poäng exempelvis per år för att systemet inte ska bli kostnadsdrivande.

Ersättning för befolkningsansvar (kapitationsersättning).

Ersättningen baseras på det antal invånare en vårdgivare ansvarar för. Det kan avse de boende i ett visst geografiskt område eller de som valt att lista sig hos en viss vårdgivare. Ersättningarna justeras ofta med hänsyn till befolkningssammansättningen med avseende på bland annat ålder och socioekonomiska faktorer som antas påverka invånarnas vårdbehov. Enligt HSU 2000:s bedömning är skillnader i vårdbehov svårberäknade. Vårdbehovet skiljer sig mer mellan olika befolkningsgrupper vad gäller sjukhusvård än vad som gäller inom primärvården (SOU 1993:38 s. 142). Den här typen av system är inte i sig kostnadsdrivande men stimulerar inte utan stöd av andra incitament utveckling av verksamhet, eftersom vårdgivaren erhåller ersättning oberoende av insatsernas omfattning och kvalitet för patienterna. Meningen är att den skall stimulera till förebyggande hälsovård.

Beställar–utförarmodell

Olika varianter av beställar–utförarmodeller har prövats i olika landsting i mycket varierande omfattning.

För landstingen innebär modellen en etablering av beställarfunktioner. En beställarenhet är ansvarig för att befolkningen inom ett visst geografiskt område får den vård de behöver. Uppgiften för beställaren, som tilldelats budgetmedel, är att köpa primär-, öppen- och slutenvård från olika vårdgivare. Ersättning till vårdgivarna är ofta prestationsbaserad.

De landsting som infört den aktuella modellen på en lägre nivå har i flertalet fall valt att begränsa den till relationen mellan kliniker och serviceenheter. Klinikerna tilldelas budgetmedel och köper sedan varor och tjänster från serviceenheterna. Serviceenheterna får ingen uppgjord budget utan har eget resultatansvar och gör själva sin ekonomiska planering.

Kundvalsmodell – vårdgivarval

Kundvalsmodell är ett sätt att åstadkomma valfrihet för den enskilde. Detta kan ske genom att den enskilde ges möjlighet att välja bland kommunens verksamheter, och anslagen till verksamheterna följer med ”kunden”. Kombinerad valfrihet med konkurrensutsättning och alternativa driftsformer brukar det benämnas kundvalssystem med check. Begreppet trygghetssystem med värdebevis har också använts. Ett sådant system innebär att kommunen bjuder in privata utförare att konkurrera med kommunens egna och på samma villkor som dessa. De privata utförare som önskar delta prövas av kommunen och erhåller en form av auktorisation. De personer som är berättigade till viss service eller vård kan därefter välja fritt mellan kommunens egna och de auktoriserade utförarna. Patienterna har således också möjlighet att byta utförare. Leverantören får betalt genom att checken eller värdebeviset löses in hos kommunen.

Kundvalssystem med värdebevis har använts av kommuner inom bl.a. hemtjänst och äldreomsorg. Fördelarna med systemet är den enskildes ökade valfrihet och att det stimulerar till kvalitetskonkurrens mellan utförarna. Någon priskonkurrens uppstår inte eftersom alla utförare erhåller samma ersättning. Systemet kan riskera att bli kostnadsdrivande eftersom en viss överkapacitet krävs för att valfriheten skall vara verklig.

I landstingen innebär det fria vårdvalet ett kundval och ersättningen följer med patienten åtminstone när denne går till ett annat landsting. Hur det förhåller sig inom enskilda landsting varierar med de ersättningssystem som tillämpas.

6.3.2 Styrsystemens effekter

Ekonomiförvaltningsutredningen konstaterar i sitt betänkande (SOU 2001:76) att studier om sjukvården i Sverige bl.a. visat att ändrade former för ekonomistyrning och ett tydligare ekonomiskt ansvar medför att intresset för intäkter och kostnader ökar.

I flera andra studier dras slutsatsen att styrsystem eller förändringar i detta inte har så stora effekter på verksamheten. Inarbetade rutiner står emot förändringar och motverkar syftet med reformerna. Inom forskningen finns en ambivalens i fråga om möjligheterna att påverka institutioner med hjälp av förändrade styr-

system. En någorlunda gemensam uppfattning inom forskarvärlden är att det finns ett avstånd mellan ledning och verksamhet som medför att reformerna inte tränger ned till personalen på den operativa nivån. Täta byten av system kan vara ännu en orsak. Enligt en del forskare är det att gå för långt att påstå att styrsystem överhuvudtaget saknar betydelse.

6.4 Avtal och utförare

Den största delen av den hälso- och sjukvård landstingen och kommunerna har skyldighet att erbjuda sina invånare bedrivs i offentlig regi, men en ökande andel utförs av olika privata rättssubjekt.

Landstingens och kommunernas överlåtelse av driften eller utförandet av vårdverksamhet torde i allmänhet ske genom upphandling. Upphandlingen kan avse såväl enstaka tjänster och avgränsade uppdrag, så som utförandet av visst antal höftledsoperationer under en viss tid, som ansvaret för driften av en sjukhusavdelning eller ett helt sjukhus.

Landstinget har, oberoende av vem som har givits uppdraget att bedriva verksamhet, ansvaret för att invånarna ges tillgång till vård efter behov. Frågan är hur landstinget på kort och lång sikt kan garantera invånarna vård när ansvaret för utförandet, helt eller delvis, lagts ut på andra. Det gäller att belysa de formella förutsättningarna för att överlämna utförande eller drift av hälso- och sjukvård på entreprenad och att därefter se hur olika alternativ kan tänkas påverka landstingens möjligheter att uppfylla sitt uppdrag.

Förutsättningar för entreprenader

Med en kommunal entreprenad avses i detta sammanhang att en kommun eller ett landsting anlitar ett (privatägt) företag för en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi.

Andra förutsättningar än rent formella måste finnas för att det skall vara meningsfullt att lägga ut verksamhet på entreprenad. Möjligheter till konkurrens och ett tillräckligt stort antal potentiella utförare måste finnas. Områden där monopolliknande situationer kan råda, exempelvis mindre landsting, kan lämpa sig mindre väl för till exempel en sjukhusentreprenad. Vidare är det för

huvudmannen nödvändigt att kunna definiera vad man beställer. En allt för komplex verksamhet som är svår att beskriva blir såväl svår att precisera i ett avtal som att följa upp.

En grundläggande förutsättning för att en kommun eller ett landsting skall kunna anlita en extern producent för att utföra en tjänst är att landstinget eller kommunen har stöd i lag för att driva den verksamhet som är aktuell att lägga ut på entreprenad. Verksamheten skall således vara förenlig med kommunernas eller landstingens allmänna eller särskilda kompetens. Av 11 kap. 6 § Regeringsformen (RF) framgår att förvaltningsuppgift kan överlämnas till bolag, förening, samfällighet, stiftelse, registrerat trosamfund eller någon av dess organisatoriska delar eller till enskild individ. Innefattar uppgiften myndighetsutövning skall överlämnandet ske med stöd av lag. Motsvarande bestämmelse finns i 3 kap. 16 § första och andra styckena kommunallagen (1991:900). Där anges att överlämnande får ske till ett aktiebolag, ett handelsbolag, en ekonomisk förening, en ideell förening, en stiftelse eller en enskild individ. Ett beslut om överlämnandet av en kommunal angelägenhet måste föregås av beslut i fullmäktige. Fullmäktige bör dock kunna fatta ett övergripande beslut om att nämnderna kan lägga ut verksamhet på entreprenad (jfr prop. 1993/94:186, bet. 1993/94:KU40). Enligt 3 § tredje stycket och 18 § femte stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) får landsting respektive kommunen sluta avtal med någon annan att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas med stöd av bestämmelserna. Vidare anges i 3 kap. 19 § kommunallagen att fullmäktige skall se till att kommunen respektive landstinget tillförsäkras en möjlighet att kontrollera och följa upp verksamheten. Detta är en nödvändig förutsättning för att nämnderna i landsting och kommuner skall kunna leva upp till sitt ansvar för verksamheten enligt 6 kap. 7 § KL.

I samband med att bestämmelsen i 3 kap. 19 § KL infördes uttalade regeringen (prop. 1993/94:188 s. 40) att kommunen eller landstinget har kvar huvudmannaskapet och därigenom har kvar det yttersta ansvaret för verksamheten. Innehållet i entreprenadavtalet är därför, enligt regeringen, av största vikt för att kommunerna och landstingen skall kunna fullgöra sitt ansvar gentemot sina medlemmar. Vidare konstaterades att det är avtalet vid sidan av den associationsrättsliga lagstiftningen och de eventuella särskilda regler om privat bedriven verksamhet i speciallagstiftningen som

styr den verksamhet som överlämnats. Förutom garantier för att entreprenören beaktar de allmänna regler som gäller för offentlig förvaltning bör avtalen bl.a. innehålla mål och riktlinjer för verksamheten samt möjlighet för kommunen eller landstinget att häva avtalet, om verksamheten slår fel.

Målen i hälso- och sjukvårdslagen om god hälsa, vård på lika villkor och efter behov, gäller alla som bedriver sjukvård. Samma sak gäller de krav på bl.a. god vård och kvalitet, trygghet och respekt för patienternas självbestämmande och integritet som ställs på hälso- och sjukvården i lagen. Även bestämmelserna om patientansvarig läkare, ledningen av hälso- och sjukvården, kvalitetssäkring och underrättelseskyldighet gäller för all hälso- och sjukvård.

I lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ges bestämmelser bl.a. om skyldigheter för hälso- och sjukvårdens personal, behörighets- och legitimationsregler, disciplinpåföljder samt Socialstyrelsens tillsyn.

Upphandling

Hälso- och sjukvårdstjänster tillhör enligt bilaga till lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU) kategorin B-tjänster. Upphandling av sådana tjänster regleras i 6 kap. LOU. Bestämmelserna här går längre än EG-direktivet; 92/50/EEG om samordning av förfarandet vid upphandling av tjänster, eftersom de omfattar bestämmelser om upphandling under tröskelvärdena och upphandling av B-tjänster oavsett värde. Upphandling enligt 6 kap. LOU kan ske genom förenklad upphandling, urvalsupphandling eller direktupphandling. Direktupphandling får endast användas om upphandlingens värde är lågt eller om det föreligger synnerliga skäl, och undantagsvis vara tillämplig vid upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster. Regeringen har i propositionen Ändring av lagen om offentlig upphandling, m.m. (prop. 2001/02:142) föreslagit att en upphandlings värde skall anses vara lågt om det understiger fem basbelopp enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Vidare påtalar regeringen att kravet på upphandling kan komma i strid med patientens fria val av vårdgivare. I sådana situationer bör patientens krav gå före kravet på upphandling, varför direktupphandling, enligt regeringen, bör kunna tillämpas. Undantaget för synnerliga skäl bör, enligt regeringen, även omfatta sådana hälso- och sjukvårdstjänster där patienten genom sin rätt till val av vårdgi-

vare utsett tjänsteleverantören. Vid förenklad upphandling skall den upphandlande enheten begära anbud genom annons i en elektronisk databas, som är allmänt tillgänglig, eller annons i annan form som leder till effektiv konkurrens. Vid urvalsupphandling skall den upphandlande enheten publicera inbjudan om att få ansöka om att lämna anbud genom annons i elektronisk databas som är allmänt tillgänglig. Det antal leverantörer inbjuds att lämna anbud, som med hänsyn till arten av det som upphandlas är tillräckligt stort för att effektiv konkurrens skall uppnås. I den nämnda propositionen har regeringen föreslagit att vid urvalsupphandling skall den upphandlande enheten ha rätt att förhandla med en eller flera anbudsgivare angående anbuden.

De villkor som gäller för upphandlingen och de krav som en leverantör måste uppfylla skall framgå av förfrågningsunderlaget. En leverantör kan uteslutas från deltagande i upphandling bl.a. om han gjort sig skyldig till allvarliga fel i yrkesutövningen och den upphandlande enheten kan visa detta.

Vid övergång av ett företag, en verksamhet eller en del av en verksamhet från en arbetsgivare till en annan gäller särskilda regler för arbetstagarna.

Bestämmelserna finns i 6 b lagen (1982:80) om anställningskydd (LAS) som bygger på EG-direktivet om överlåtelse av företag, verksamheter eller delar av verksamheter (77/187 EEG) och innebär att alla rättigheter och skyldigheter på grund av anställningsavtal som gällde vid tiden för verksamhetsövergången övergår till den nya arbetsgivaren. Det är dock oklart om en upphandlande enhet vid en upphandling, trots att verksamhetsövergång inte förekommit, kan uppställa krav som går längre än reglerna i LAS på att den som tilldelas kontrakt skall erbjuda berörda arbetstagare anställning (jfr SOU 1999:149 s. 26 f., 171 ff).

De avtal som sluts efter upphandling bör i allmänhet vara tidsbegränsade. Detta framgår inte av lagtexten men anses följa av principerna om affärsmässighet och effektivitet. Avtalstiden längd varierar från fall till fall beroende på vad som anskaffas. Enligt Nämnden för offentlig upphandling är den normala avtalstiden för avtal angående leverans av varor och tjänster inte längre än ett eller två år. Avtal om driften av ett sjukhus torde, med hänsyn till omfattningen av nödvändiga investeringar och övriga omständigheter, vara betydligt längre. Utredningen om sjukvårdsupphandling har funnit att man kan överväga längre avtalstider t.ex. mellan fem och

åtta år i normalfallet. (Hentze, Sylvén s. 86, Sammanställning NOU info 93–95, SOU 1999:149 s. 258).

6.5 Forskning och utbildning

Svensk sjukvård håller hög standard sett i ett internationellt perspektiv och kännetecknas av en god vård för alla, offentlig finansiering och en stark integration mellan sjukvård, utveckling, utbildning och forskning. Mest omfattande och tydligt är detta vid universitetssjukhusen.

Den integrerade verksamheten är till stora delar av godo för utvecklingen men kan samtidigt medföra högre kostnader för vården vid jämförelse med enheter som mer odelat kan koncentrera sig på att endast tillhandahålla sjukvård.

De delar inom sjukvården som inte är tydligt prissatta eller kostnadsdefinierade måste därför definieras – exempelvis verksamhetsutveckling, forskning och utbildning.

Universitetssjukhusen ska agera brygga mellan grundforskning och den praktiskt tillämpade vården och bidra till att introducera nya metoder under kontrollerade former.

I en särskild bilaga till utredningen diskuteras specifika problem och frågeställningar som uppstår när en forskningsinriktad verksamheter utsätts för konkurrens från andra vårdgivare. Där konstateras:

- Förutsättningarna för klinisk patientnära FoU är unika i Sverige. Kvaliteten på denna forskning är fortsatt internationellt hög, men Sverige har tappat under det senaste decenniet.
- Konkurrensutsättning sätter kostnadspress på sjukvården vilket kan komma att hota patientnära FoU. Det beskrivs också som ett globalt problem.

Staten och sjukvårdshuvudmännen har ett gemensamt ansvar för att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område. Detta förtydligande av sjukvårdshuvudmännens ansvar infördes i hälso- och sjukvårdslagen (§ 26 b) och tillkom på förslag av Kommittén för hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation inom ramen för HSU 2000 (SOU 1994:132).

Från monopol till mångfald

Övergången från offentliga monopol till mer marknadslika system med flera aktörer skapar nya möjligheter och problem. I mer än hundra år var t.ex. Statens Järnvägar de enda i landet som drev järnvägsverksamhet och det föll sig därför högst naturligt att SJ tog ett eget ansvar för t.ex. utbildningen av lokförare. Nu körs loken av SJ, Tågkompaniet, BK-tåg och ett stort antal regionala trafikföretag som alla behöver lokförare. SJ har då inte samma intresse att bekosta utbildningen.

Därför kan motsvarande frågor om hur ansvar för utbildning, långsiktig personalförsörjning, utvecklingsarbete och forskning ställas även för hälso- och sjukvården när fler vårdgivare engageras i verksamheten och i synnerhet om relationen dem emellan bygger på konkurrens.

Ersättningssystemen m.m.

Staten finansierar klinisk forskning och utbildning inom landstingens organisation. Gråzonsutredningen försökte att definiera gråzonen mellan klinisk forskning och sjukvård på universitetssjukhus (Universitetssjukhusens roll och ställning, Rapport från Gråzonsgruppen, 1994).

Några faktorer av vital betydelse för sjukvårdens FoU redovisades. Krav på tydliggörande av kostnadsfördelningen inom svensk sjukvård i kombination med krympta resurser har oavsiktligt minskat resurserna för FoU i storleksordningen 1,5 miljarder kronor. Kunskaperna om sjukvårdens FoU är bristfällig. Ledarskapet har stor betydelse för integreringen av universitetssjukhusens verksamheter. Universitetssjukhusen har inte lyckats förklara sin roll inom högspecialiserad vård och FoU för övriga delar av landet. Ansvarsfördelningen mellan sjukvård och FoU på universitetssjukhusen är otydlig.

Universitetssjukhusens uppdrag

Uppdraget måste definieras och förtydligas. Alla är ense om att den medicinska forskningen ska – i större utsträckning än vad som idag är fallet – famna hela vårdkedjan. Forskning måste därför även bedrivas utanför sjukhusen.

Universitetssjukhus behöver inte vara stora i den meningen att de ska bedriva en stor andel basal sjukvård. Ändå är de tveklöst en avgörande roll för den medicinska forskningens utveckling och kvalitet genom att vara forskningsinriktade, högspecialiserade med stor utredningskapacitet och förmåga att hålla samman omfattande forskningsprojekt.

Finansiering av FoU i sjukvården

I nuvarande avtal om läkarutbildning och forskning (ALF) mellan staten och de sex berörda landstingen sker regleringen av hur den statliga ersättningen för klinisk forskning och utbildning ska fördelas landstingen emellan. År 2000 uppgick den statliga ersättningen till landstingen för deras merkostnader för klinisk forskning och utbildning till drygt 1,6 miljarder kronor. Regeringen beslutade i december 1998 att säga upp avtalen som har en uppsägningstid på fem år. Regeringen uppdrog i juni 2001 åt en särskild utredare att förhandla fram och sluta en ny överenskommelse med sjukvårdshuvudmännen "om ett nytt system för ersättning för vissa kostnader i samband med läkar- och tandläkarutbildning samt medicinsk och odontologisk forskning". (prop. 2001/02:1)

Erfarenheter från USA och England har visat att om sjukvård och klinisk forskning och utbildning bedrivs jämsides så ökar kostnaden med cirka 20–25 procent jämfört med verksamhet där enbart sjukvård bedrivs. Sjukvården är samhällets mest forsknings- och utbildningstäta verksamhet med flest antal högskoleutbildade av alla "företag" i Sverige. Om man jämför med högteknologisk industri (telekom och läkemedelsindustrin) så avsätter dessa ca 15 % av omsättningen till FoU.

Hur stor summa landets sjukvårdshuvudmän satsar har hitintills varit svår att uppskatta. Den enkätundersökning som pågår i januari–februari år 2002 – som ett led i ALF-förhandlingarna – kommer att ge en klarare uppfattning om vilka summor som staten och landstingen sammantaget satsar i FoU.

Utbildning efter den statliga grundutbildningen

Sjukvårdhuvudmännen har ansvar för att läkare under utbildning erhåller AT- och ST-tjänstgöring och för att blivande psykologer, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m.fl. erhåller den kliniska utbildning som krävs för legitimation.

Fort- och vidareutbildning efter specialistutbildning är också ett krav för att kunna attrahera och behålla kompetent och engagerad personal. Vid en konkurrensutsättning av vården måste alla sådana åtaganden preciseras och regleras i särskilda avtal.

Universitetssjukhusen har dessutom en viktig uppgift som "sista instans" vid vård av komplicerade och ovanliga vårdfall och skall därför upprätthålla en kompetensbredd som inte finns på andra sjukhus. Man utgör också en kunskapsbank och får förfrågningar från andra vårdenheter. Kolleger vid vårdcentraler och andra sjukhus runt om i landet kan alltså idag "gratis" konsultera specialister på dessa sjukhus i frågor som rör de egna patienterna. Vem ska bestämma priset på denna kunskapsförmedling och hur lätt är det inte att strypa den om lönsamhetstänkandet blir allenarådande.

Idag kännetecknas hälso- och sjukvården av en långtgående fragmentering. Exempelvis har Socialstyrelsen idag fastställt 62 specialiteter inom läkarkåren. Man kan fråga sig vem i samhället som har till uppgift att se till helheten inom hälso- och sjukvården? Vem förmår ta ansvar för hela vårdkedjan och för patienten? Om kort-siktig lönsamhet inom sjukvården alltid sätts främst så får de enheter inom sjukvård mest resurser som utför mest sjukvård på bekostnad av FoU.

Inom EU ställs idag krav på samarbete med andra europeiska länder och nätverk. Forskare tenderar att anpassa sig till dessa krav även i de fall det inte är nödvändigt eller ens det bästa tillvägagångssättet. Om staten inte är en betydande finansiär går innehållet i forskningen mot andra anslagsgivarnas önskemål och den fria forskningen minskar i betydelse. I detta sammanhang tål det att än en gång poängtera att nästan alla stora landvinningar har skett inom den fria forskningen och ytterst få inom den tillämpade.

Nya aktörer i vården – påverkan på FoU

Antalet aktörer inom sjukvården kommer troligtvis att fortsätta öka. Många företag satsar på forskning, utveckling och utbildning inom det egna verksamhetsområdet. Det görs för att långsiktigt säkra företagets värde och för att möta framtida utmaningar. I en situation med mångfald av olika vårdgivare, finns uppenbar risk att utbildning, utveckling och forskning, som inte specificerats i en upphandling, inte heller levereras av sjukvårdsproducenten. Villkoren för att bedriva forskning och utbildning tillsammans med nya aktörer bör noga analyseras.

Om i ett upphandlingssystem beställarna av sjukvård inte tillgodoser och definierar FoU i avtalen kommer sannolikt vårdgivarna trängda av kraven på sjukvårdsproduktion att sannolikt dra ner eller underlåta medverkan i FoU-verksamhet. Amerikanska erfarenheter visar vikten av att tydligt definiera forskning, utbildning och utveckling och att rätt prissätta dessa innan man inför köp-sälj-system. En alltför tydlig fokusering på lönsamhet och vård riskerar annars att placera FoU i skymundan.

Sjukvårdens roll i olika sammanhang bör definieras utifrån uppgifter och resurser, dvs. ges tydliga uppdrag. Primärvårdens roll är delvis en annan än universitetssjukhusens roll. Primärvårdens och länsdelssjukvårdens FoU-uppdrag kommer att behöva formuleras olika i olika delar av landet eftersom befolkningens sjukvårdsbehov och hälsoläge ständigt blir föremål för sjukvårdspolitiska avvägningar.

7 Vården – en fråga för demokratin

Demokratin är ett styrelseskick som avser att garantera öppenhet och insyn i beslutsfattandet och ge möjlighet till dialog för att kunna hantera gemensamma problem och möjligheter. Landsting och kommuner har demokratiskt valda församlingar med beskattningsrätt. En utgångspunkt för utredningen är att medlemmarna i kommunerna och landstingen har rätt till insyn och delaktighet.

7.1 Demokratiskt inflytande och demokratisk kontroll

Regeringen anger i propositionen Demokrati för det nya seklet (prop. 2001/02:80) en långsiktig strategi för att värna och fördjupa folkstyrelsen. De föreslagna ändringarna innebär bl.a. att fullmäktige får besluta att medborgarna får väcka förslag till fullmäktige, att möjligheterna till brukarinflytande stärks samt att allmänheten skall ha möjlighet till insyn i privatägda företag som bedriver kommunal verksamhet på entreprenad och verksamhet i fristående skolor.

Den demokratiskt styrda offentliga verksamheten är ett tydligt kännetecken på den samhällsmodell som Sverige valt. Demokratins legitimitet kommer bland annat av förmågan att hantera gemensamma problem. Detta genom att finansiera den offentliga verksamheten och erbjuda medborgarna exempelvis den omsorg och hälso- och sjukvård som de har behov av. Medlemmarna i kommun och landsting utser sina ledamöter i beslutande församlingar och betalar skatt. Förutsättningarna för medborgarnas delaktighet i den offentliga verksamheten ökar genom den information som kan bli tillgänglig genom insyn och när man brukar den offentliga servicen.

Riksdagen har, inom ramen för sin generella lagstiftningsmakt, det yttersta ansvaret för att den offentliga verksamheten på ett lämpligt sätt motsvarar invånarnas behov. Landsting och kommuner har, oavsett om de överlåtit utförandet av sin obligatoriska

verksamhet eller inte, ansvaret för verksamheten gentemot medborgarna. Frågor om vem som bör utföra kommunal verksamhet, om entreprenadavtal och om en ökad mångfald av utförare inom den kommunala sektorn är ytterst frågor om demokratins räckvidd, kontroll och effektivitet. Det är inte givet att all verksamhet ska utföras i offentlig regi men det är självklart att offentligt finansierad verksamhet skall utövas under demokratisk kontroll och på ett sådant sätt att medlemmarna fortsatt har förtroende för verksamheten. Medlemmarnas behov tillfredsställs inte i första hand genom att verksamheten är offentligt driven utan genom att den samhällsliga servicen finns till hands och fungerar väl då människor har behov av den.

Konkurrensutsättning, entreprenader och marknadsinslag kan, om de svarar mot medborgarnas behov, vara en naturlig utveckling mot en alltmer självständig medborgarroll med ökad valfrihet. De offentliga företrädarna kan dock aldrig avsäga sig ansvaret även om andra är de faktiska vårdgivarna. Ett absolut krav i en sådan utveckling är emellertid att former skapas för att garantera vård av god kvalitet även för dem som saknar möjlighet att själva välja vård.

7.1.1 Landstingens och kommunernas ansvar

Ansvaret för hälso- och sjukvården delas av staten, landstingen och kommunerna. Landsting och kommuner är sjukvårdshuvudmän och deras skyldigheter att tillhandahålla hälso- och sjukvård regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Kommuner och landsting har kommunalt självstyre. Riksdagen har som folkets främsta företrädare ytterst ansvar för hälso- och sjukvården bl.a. genom att formulera nationella mål och stifta lagar för verksamheten. Bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen om bland annat att vård skall ges på lika villkor och efter behov gäller samtliga vårdgivare, enskilda som offentliga.

Landstingen har det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården och skall enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen erbjuda en god vård till framför allt dem som är bosatta inom landstinget. Landstingets ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för. Vidare skall landstinget, enligt 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen, om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, erbjuda sådan vård.

Landstingens och kommunernas huvudmannaskap för vården innebär att det, när en entreprenör ges i uppdrag att driva vårdverksamhet, fortfarande är fråga om offentlig verksamhet i förhållande till invånare, brukare och patienter. Landstinget och kommunen svarar fortfarande för verksamhetens innehåll och ansvarar för kontroll och uppföljning av att entreprenören fullgör sitt åtagande enligt kontraktsvillkoren. Misslyckas entreprenören med sitt uppdrag, går i konkurs, eller av annan anledning saknar möjlighet att fullfölja sitt åtagande kvarstår likväl landstingets skyldighet att bereda invånare och patienter vård.

Att påverka i en demokrati handlar i mångt och mycket om att framföra sina synpunkter och om att göra sin röst hörd. Vid sidan av själva valhandlingen kan medborgarna ta kontakt med politiska partier eller med förtroendevalda, de kan demonstrera, uppmärksamma media, arbeta i intresseorganisationer och patientföreningar. När det gäller politisk påverkan, i perspektivet vårdens ägar- och driftsformer, är det framförallt mer övergripande frågor som berör medlemmarna i landsting och kommuner som kollektiv som är utgångspunkten.

En studie av fyra landsting har konstaterats att det i de två landsting där debatten om förändringar var livligast, fanns flest aktiva som deltog i demonstrationer och namninsamlingar (SOU 1999:66, bilaga 1 s. 165–166).

7.1.2 Direktiven

Enligt direktiven skall utredningen behandla medborgarnas inflytande över stora förändringar av vårdens ägar- och driftsformer. En grundläggande princip för utredningens arbete skall vara att ett starkt medborgerligt inflytande ökar den enskildes möjligheter till delaktighet vid utformningen av vården, liksom att vården måste vara likvärdig över hela landet.

Vidare skall utredningen analysera argument för och emot införande av särskilda regler för beslut om överlåtelse av driftsansvar av akutsjukhus till den som avser att driva verksamheten i syfte att skapa vinst åt ägaren eller motsvarande intressent. Förslag som särskilt bör utredas är beslut med kvalificerad majoritet eller krav på två likalydande beslut med mellanliggande val även om det står utredningen fritt att komma med andra förslag.

7.1.3 Bakgrund till överväganden om inflytande och kontroll

Kommundemokratikommittén fick delvis sammanfallande uppdrag genom tilläggsdirektiv (Dir. 2001:36). Kommittéerna har haft samråd. Kommundemokratikommitténs förslag i betänkandet Att tänka efter före (SOU 2001:89) redovisas senare i detta avsnitt.

Vår utredning har därför att väga samman frågorna om vinst och demokrati. Kan ett offentligt ordnat och finansierat system kombineras med ett system där vitala delar av verksamheten läggs ut på entreprenad, vilket innebär att entreprenörerna kan ta ut vinst från verksamheten? Annorlunda uttryckt, kan vinst och demokrati kombineras.

Uppfattningen att vård och annan offentlig verksamhet kan bedrivas av en mångfald av olika aktörer delas idag av de flesta. Frågor om demokratisk kontroll, förfogande över planeringsinstrumenten, insyn, demokratisk delaktighet, meddelarfrihet och om överlåtelse av driften till vinstdrivande företag är några områden som måste beaktas och möjligen ge anledning till ny lagstiftning på flera områden.

En grundläggande fråga som denna utredning reser är därför om det finns skäl att mera specifikt föreslå förändringar i den lagstiftning som ger rätt och möjlighet för kommuner och landsting att lägga ut central verksamhet på entreprenad. Kommundemokratikommittén behandlade i första hand frågan om hur sådana beslut kommer till.

7.1.4 Nuvarande möjligheter till inflytande och sätt att fatta beslut

Landstings- och kommunmedlemmars främsta möjlighet att påverka ägar- och driftsformer i vården är att delta i allmänna val. Kommunallagens (1991:900) bestämmelser om brukarsamråd i 6 kap. 8 och 38 §§ samt om självförvaltningsorgan 7 kap. 18 § ger möjligheter till inflytande endast för dem som berörs av viss verksamhet. Frågor om stora förändringar av sjukvårdens ägar- och driftsformer torde i allmänhet inte påverkas.

Kommunala beslut

Av 3 kap. 9 § kommunallagen framgår att fullmäktige beslutar i ärende av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för kommunen eller landstinget. Fullmäktige får enligt 10 § samma kapitel uppdra åt en nämnd att i fullmäktiges ställe besluta i ett visst ärende eller i en viss grupp av ärenden. Ärende av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för kommunen eller landstinget eller som enligt lag eller annan författning skall avgöras av fullmäktige får dock inte delegeras till nämnderna.

Varje landsting skall, enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen, erbjuda en god sjukvård åt all som är bosatta, eller tillfälligt befinner sig, inom landstinget. Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ. Bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen hindrar inte att landstinget lämnar över driften av ett sjukhus till annan så länge myndighetsutövning inte omfattas. Enligt 2 § lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan, får dock uppgiften att ansvara för driften av ett akutsjukhus efter offentlig upphandling eller på annat sätt inte överlämnas till den som avser att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intresse.

Laglighetsprövning

Enligt bestämmelserna 10 kap. kommunallagen har varje medlem i en kommun eller ett landsting rätt att få lagligheten av kommunens eller landstingets beslut prövad genom att överklaga hos länsrätten. Beslut såväl av fullmäktige som av nämnd eller partssammansatt organ får överklagas. Vad gäller nämnd och partssammansatt organ får beslut av rent förberedande eller verkställande art inte överklagas. Ett överklagat beslut skall enligt 10 kap. 8 § kommunallagen upphävas om det inte har tillkommit i laga ordning, beslutet hänförs sig till något som inte är en angelägenhet för kommunen eller landstinget, det organ som fattat beslutet har överskridit sina befogenheter eller beslutet strider mot lag eller annan författning. Av 3 § i samma kapitel framgår att föreskrifterna i kapitlet inte gäller om

det i lag eller annan författning finns särskilda föreskrifter om överklagande. Av 7 kap. 5 § lagen om offentlig upphandling (1992:1528) framgår att ett beslut enligt den lagen inte får överklagas med stöd av 10 kap. kommunallagen.

Beslut om att överlåta driften av sjukhus.

Landstingen har enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården. Landstingets ansvar omfattar inte den hälso- och sjukvård som kommun inom landstinget har ansvar för.

Produktionen av hälso- och sjukvårdstjänster kan däremot ske genom att verksamheten läggs ut på kommunal entreprenad. Med kommunal entreprenad avses i detta sammanhang att en kommun eller ett landsting anlitar en privat vårdgivare för en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi. Kommunen eller landstinget har således kvar huvudmannaskapet för verksamheten.

Den entreprenaddrivna verksamheten vad avser vård kan organiseras på olika sätt. Landstinget kan exempelvis lägga ut driften av ett sjukhus som tidigare drivits av landstinget på entreprenad och låta entreprenören överta verksamhet och verksamhetslokaler. En entreprenad kan också innebära att entreprenören tillhandahåller den upphandlade vården i egna lokaler.

I det första fallet krävs förutom ett vårdavtal, avtal om överlåtelse eller hyra av verksamhet och lokaler. Vad gäller ett så omfattande åtagande som driften av vården på ett sjukhus torde det i allmänhet vara nödvändigt att vårdgivare får överta verksamheten för att rent praktiskt kunna bedriva vården. Detta bör innebära att landstinget fattar beslut i minst två frågor;

- dels i fråga om val av entreprenör inklusive godkännande av avtal och
- dels om att överlåta eller hyra ut verksamhet och lokaler till entreprenören.

Beslut om val av entreprenör (anbudsgivare) fattas enligt lagen om offentlig upphandling. Enligt lagens 7 kap. 5 § får ett beslut som lagen är tillämplig på inte överklagas och laglighetsprövas med stöd av 10 kap. kommunallagen. Däremot torde det inte föreligga något hinder mot laglighetsprövning av landstings beslut om att överlåta eller hyra ut verksamhet och lokaler.

7.1.5 Beskrivning av beslut om överlåtelse av driften av sjukhus i två fall

Hittills har driften av två landstingsägda sjukhus överlåtits på privata entreprenörer; Simrishamns sjukhus i Region Skåne och S:t Görans sjukhus i Stockholms läns landsting. I båda fallen har förfarandet i landstinget startat med att regionfullmäktige i Region Skåne respektive fullmäktige i Stockholms läns landsting fattat beslut om sjukhuset skall "säljas ut" eller drivas i entreprenadform. Härfter skiljer sig förfarandena åt.

I Skåne har regionstyrelsen på uppdrag av fullmäktige arbetat fram ett förslag på principer för upphandlingen och en kravspecifikation som med en justering antagits av fullmäktige. Styrelsen har genomfört upphandlingen och arbetat fram avtalen. Avtal om tillhandahållande av vårdtjänster har godkänts av distriktsnämnden i Ystad-Österlens sjukvårdsdistrikt. I samband med upphandlingen har även avtal om överlåtelse av verksamhet slutits mellan landstinget och Närsjukvården Österlen AB som skall driva verksamheten enligt avtalet om vårdtjänster. Det sistnämnda avtalet har godkänts av regionstyrelsen. Vidare har ett hyresavtal slutits om fastigheten där verksamheten bedrivs.

S:t Görans sjukhus drevs före det att verksamheten lades ut på entreprenad som ett av Stockholms läns landsting via Landstingshuset Stockholm AB helägt aktiebolag, S:t Görans sjukhus Aktiebolag. Verksamheten överläts genom att aktierna i bolaget försålades, med undantag av en "gyllene aktie", till den entreprenör som enligt avtal med landstinget genom dess hälso- och sjukvårdsnämnd ska driva verksamheten på sjukhuset. Aktieöverlåtelsen godkändes av landstingsfullmäktige och det samarbetsavtal som reglerar produktionen av vårdtjänster inom vårdverksamheten godkändes av Hälso- och sjukvårdsnämnden samma dag. Parterna ingick även en överenskommelse om prisjustering, konkurrensutsättning, upphandling och utvecklingssamverkan. S:t Görans Sjukhus AB fortsatte att även efter aktieöverlåtelsen hyra fastigheter och byggnader av landstinget.

7.1.6 Kommundemokratikommitténs förslag

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

De alternativ som studerats av kommittén är följande, två beslut med mellanliggande val, två beslut utan mellanliggande val, kvalificerad majoritet, samråd och folkomröstning. Kommittén konstaterar att alternativen med dubbla beslut, med eller utan mellanliggande val, och kvalificerad majoritet innebär att särskilda bestämmelser skall tillämpas när beslut i sakfrågan fattas. Alternativen med samråd och rådgivande folkomröstning innebär särskilda regler för beredningen av ett ärende men påverkar inte formerna för hur ärendet avgörs.

Särskilda beslutsregler bidrar, enligt kommittén, främst till att skapa rådrum och till att konservera rådande förhållanden, men knappast till att främja kommun- och landstingsmedlemmarnas deltagande. Kommitténs slutsats är att sådana förfaranden endast blir tröghetsfaktorer som försenar beslutsfattandet. Däremot finner man att särskilda beredningsregler skapar inte endast rådrum utan öppnar också möjlighet att fylla detta med tid för eftertanke, debatt och diskussion genom att processen öppnas för kommunernas medlemmar.

Kommundemokratikommittén anser därför att särskilda beredningsregler – folkomröstning eller samråd – är den mest ändamålsenliga åtgärden för att skapa rådrum och främja kommun- och landstingsmedlemmars deltagande och den politiska diskussionen inför viktiga avgöranden.

Kommittén bedömer att en folkomröstning sannolikt samlar fler deltagare än ett samrådsförfarande i en given fråga, men medför betydligt större kostnader. Ett samråd sker enligt kommittén normalt på ett tidigare stadium i beredningsprocessen och ger medlemmarna bättre möjligheter att delta på ett djupare och mer engagerat sätt i beslutsprocessen. Vidare anmärks att ett samrådsförfarande kan riktas inte bara till röstberättigade kommun- eller landstingsmedlemmar, utan även till barn och ungdomar. Eftersom krav på samråd framstår som den mest ändamålsenliga bestämmelsen föreslår kommittén att en sådan bestämmelse förs in i kommunallagen.

Samrådsförfarandet avses bli det generellt tillämpliga avseende beslut om stora förändringar. Det måste kunna fastställas om sådana beslut medför långsiktiga effekter och att de förhållanden som rått före beslutet inte kan återställas utan stora ekonomiska konsekvenser. Med långsiktiga effekter menar kommittén att den beslutade åtgärden skall vara permanent eller bestå längre än till tidpunkten för det andra följande valet. Med att förhållandena inte kan återställas utan stora ekonomiska konsekvenser menas att kostnaden för att göra detta skall vara orimligt hög – så hög att det, av ekonomiska skäl, inte framstår som troligt att fullmäktige under några omständigheter och oavsett politisk majoritet skulle besluta att återställa åtgärden till det förhållande som rådde innan beslutet verkställdes.

Enligt Kommundemokratikommittén skall samråd kungöras, pågå under minst fyra veckor och en sammanställning skall göras av lämnade synpunkterna som fogas till handlingarna i ärendet. Formerna för samråd regleras inte närmare i förslaget men som exempel ges bl.a. offentligt möte, utställning, seminarium och telefonväkteri.

7.1.7 Yttrandefrihet och insyn

Frågorna om yttrandefrihet, inflytande och insyn i samband med att kommunal verksamhet bedrivs av privata företag har behandlats av andra utredningar. Redogörelser för dessa lämna nedan.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000 (SOU 1999:66) behandlar bl.a. hur det demokratiska inflytandet över svensk sjukvård påverkats av ökade valmöjligheter inom sjukvården samt av nya styrformer som beställarutförarmodeller, centraliserad eller decentraliserad verksamhet. Kommittén lät göra en litteraturstudie avseende vilken betydelse de nya styrformerna haft för medborgarnas inflytande över hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt i denna konstaterar kommittén att det finns lite forskning på området. Vidare säger man att de folkvalda landstingspolitikerna har fått mindre makt, eftersom de i viss mån frånträtt det direkta inflytandet över verksamheten. Makten har förskjutits till verksamhetsföreträdare och tjänstemän. Kommittén konstaterar dock att det finns studier som visar att denna förskjutning kan ha skett oberoende av styrform. För medborgaren (landstings- eller kommunmedlemmen) som patient har inflytan-

det stärkts, inte minst till följd av den ökade valfriheten, även om det finns regionala skillnader. Mot det står dock, enligt studien, fakta om att patienternas och de anhörigas vanmakt inför sjukvården ökat.

Yttrande- och meddelarfrihet.

Det är som huvudregel otillåtet för myndigheter och andra allmänna organ att på grund av ett utnyttjande av yttrande- och meddelarfriheten vidta någon åtgärd som medför negativa konsekvenser för en offentliganställd, t.ex. uppsägning. Myndigheter och andra allmänna organ får inte heller efterforska meddelare och författare som utnyttjat yttrande- och meddelarfriheten. Myndigheter och andra allmänna organ får inte träffa avtal om tystnadsplikt med sina anställda. För offentlig anställda gäller tystnadsplikt enligt sekretesslagen som föreskriver att vissa tystnadsplikter är så kvalificerade att de tar över meddelarfriheten.

För privatanställda finns inte någon motsvarighet till sekretesslagen. I stället gäller som regel för dem en avtalsbaserad tystnadsplikt inom ramen för anställningsförhållandet som innebär att de inte får avslöja något som är ägnat att skada arbetsgivaren utom när det är fråga om uppgifter om brott och allvarliga missförhållanden. I vissa fall kan privatanställda, som exempelvis vårdpersonal, dock omfattas av författningsreglerad tystnadsplikt. En privat arbetsgivare får alltså avtala med sina arbetstagare om tystnadsplikt. Privata arbetsgivare får också efterforska författare och meddelare och kan vidta ingripanden, t.ex. uppsägning, för att anställda i strid med den avtalsbaserade tystnadsplikten har avslöjat uppgifter genom meddelande eller yttrande.

I promemorian Yttrandefrihet för privatanställda (Ds 2001:9) föreslås regler för att uppnå ett skydd för privatanställdas yttrande- och meddelarfrihet beträffande verksamheter som har anknytning till det allmänna. Den föreslagna lagstiftningen riktar sig till alla privata arbetsgivare och privatanställda och garanterar privatanställda yttrande- och meddelarfrihet i fråga om åsikter och upplysningar om verksamhet inom eller med anknytning till det allmänna. Förslaget bygger på den avtalsbaserade tystnadsplikt som normalt ingår i ett anställningsförhållande och föreskriver inskränkningar i denna tystnadsplikt. Den föreslagna lagen omfattar privatanställdas utnyttjande av tryck- och yttrandefrihet i fråga om upplysningar

om bl.a. sådan verksamhet avseende driftentreprenad som har upphandlats av myndigheter och andra allmänna organ. Förslaget bereds för närvarande i Justitiedepartementet.

Insyn i privatägda företag som bedriver kommunal verksamhet på entreprenad.

Regeringen konstaterar i propositionen Demokrati för det nya seklet (prop. 2001/02:80) att det inte finns några bestämmelser som ger allmänheten en rätt till insyn i privatägda företag som driver kommunal verksamhet på entreprenad.

Företag i vilka kommuner och landsting utövar ett rättsligt bestämmande inflytande jämföras med myndigheter när det gäller handlingsoffentligheten. Detta följer av 1 kap. 9 § sekretesslagen (1980:100). I fråga om delägda företag som inte omfattas av denna bestämmelse gäller enligt 3 kap. 18 § kommunallagen att fullmäktige skall verka för att allmänheten skall ha rätt att ta del av handlingar hos företaget enligt de grunder som gäller för allmänna handlingars offentlighet i 2 kap. tryckfrihetsförordningen och i sekretesslagen. Detsamma gäller om kommunen eller landstinget tillsammans med någon annan bildar en stiftelse för en kommunal angelägenhet.

Det finns, som tidigare nämnts, inte några bestämmelser som ger allmänheten en rätt till insyn i privatägda företag som bedriver kommunal verksamhet på entreprenad. Företagen är dock oförhindrade att lämna ut handlingar och uppgifter som inte omfattas av någon lagstadgad tystnadsplikt som gäller för verksamheten. De uppgifter om entreprenören och dennes verksamhet som kommunen eller landstinget begär in för att kontrollera och följa upp verksamheten blir i enlighet med offentlighetsprincipen tillgängliga för allmänheten hos kommunen eller landstinget. Detta dock under förutsättning att uppgifterna inte omfattas av sekretess enligt sekretesslagen.

De kommunala nämnderna har enligt 6 kap. 7 § kommunallagen det direkta ansvaret för att verksamhet som lagts ut på entreprenad kontrolleras och följs upp. Sådan kontroll och uppföljning kan exempelvis ske genom att det i entreprenadavtalet anges att entreprenören skall ge in vissa handlingar till kommunen eller landstinget. Dessa handlingar blir allmänna handlingar när de kommit in till kommunen eller landstinget. Det huvudsakliga syftet med be-

stämmelsen om nämndernas ansvar har dock inte varit att allmänheten skall tillförsäkras insyn i entreprenadverksamheten.

Regeringen föreslår i propositionen(prop. 2001/02:80) att en ny bestämmelse av målsättningskaraktär, 3 kap. 19 a §, införs i kommunallagen. I denna anges att om en kommun eller ett landsting sluter avtal med ett privatägt företag om att utföra en kommunal angelägenhet skall kommunen eller landstinget beakta intresset av att genom avtalet tillförsäkras information som gör det möjligt för allmänheten att få insyn i hur angelägenheten utförs. Det närmare ansvaret för att allmänheten tillförsäkras erforderlig insyn bör ligga på den kommunala part som sluter entreprenadavtalet, dvs. normalt den kommunala nämnden.

7.2 Internationalisering

Frågor om vårdens drifts- och ägarformer och den demokratiska styrningen av vården kan inte längre ses enbart i nationellt perspektiv. I en rad avseenden är vårdsystemen redan inflätade i och en del av en internationaliserad global ekonomi. På läkemedelsmarknaden dominerar ett begränsat antal globalt verksamma läkemedelsföretag en stor del av produktionen och ännu högre grad forskningen för nya läkemedel. För avancerad medicinsk utrustning utvecklas på liknande sätt en global marknad.

Såväl när det gäller läkemedel som medicinsktekniska produkter har svenska företag kunnat hävda sig väl. Samma kopplingar mellan starka offentliga aktörer som Televerket och SJ och företag som Ericsson och Asea/ABB har också funnits mellan svensk sjukvård och forskning och företag inom läkemedel och medicinsk teknik som Astra, Pharmacia och Gambro.

I alla dessa fall har det funnits inslag av nationell politik som påverkat utvecklingen. I den globala ekonomin kan nationella beslut om forskningspolitik och andra former för demokratisk styrning i mycket liten omfattning påverka företagens strategier och beslut. Relationerna tenderar istället att bli de omvända. Läkemedelsföretagen styr t.ex. inte enbart sin egen forskning och utveckling. De finansierar tillsammans med andra också en växande del av den forskning som bedrivs i offentlig regi och påverkar därmed forskningens inriktning. Motsvarande inflytande finns över t.ex. vårdpersonalens fortbildning där läkemedelsbolagen står för en stor an-

del. Företagen inom läkemedel och medicinsk teknik riktar sig numera direkt till patienterna för rådgivning och marknadsföring.

För att återknyta till utredningens etiska utgångspunkter ger utvecklingen ett belysande exempel på hur privata aktörer genom sin expansion kan komma att överta kompetens och makt från de gemensamma organen.

Läkemedlen och den medicinskteknologiska industrin finns redan i huvudsak i en internationaliserad ekonomi och en liknande utveckling har redan inletts för olika vårdtjänster. Internationaliseringen sker på flera plan. Arbetsmarknaden blir allt mer internationell, vårdföretagen söker sig utomlands och vård i utlandet är ett möjligt val för allt fler patienter i olika länder.

Vårdpersonalens arbetsmarknad blir för varje år allt större. De privata vårdföretagen etablerar i allt högre grad verksamhet över nationsgränserna. Flera länder, bl.a. Storbritannien, Nederländerna, Norge och Danmark, upphandlar vård i andra länder för att korta köer och väntetider. Patienter söker också allt oftare vård i andra länder på egen hand. Frågor om hemlandets skyldighet att betala för sådan vård har tagits upp i EG-domstolen i några uppmärksammade domar. (Målet C-157/99, Geraets-Smit, målet C-368/98, Vanbraekel.) I Sveriges pågår också flera liknande processer i bl.a. Regeringsrätten.

Viktiga frågor bör ställas om tänkbara fortsatt steg i vårdens internationalisering. Kommer vårdtjänsterna att också utvecklas till en global tjänstemarknad? Kommer där att finnas globala vårdbolag liknande de stora läkemedelsföretagen? Om utvecklingen går i denna riktning finns det då några möjligheter att demokratiskt fastställa och söka uppnå grundläggande mål för sjukvården? Kommer också vårdtjänster att vara en fråga för WYO, Världshandelsorganisationen?

I Sverige har vi hittills, sett ur ett industriellt och näringspolitiskt perspektiv, hävdats oss väl när verksamhetsområden och branscher internationaliserats. En stark offentlig verksamhet som kompetent beställare i kombination med ett eller flera privata företag har tagit Sverige på de nya marknaderna. Försöken att internationellt lansera metoder och teknik genom organisationer eller företag direkt ägda av myndigheter eller andra offentliga organ har prövats men sällan lyckats.

En fråga är därför om Sverige kan vinna långsiktiga fördelar på en internationaliserad vårdmarknad genom att erbjuda bra utvecklingsmöjligheter för kommersiella vårdföretag? Å andra sidan kan

det – som redan uppmärksammats i andra branscher – vara så att möjligheterna att vara bland de ledande inom forskning och i utvecklingen av teknik och behandlingsmetoder minskar om det egna vårdsystemet blir konkurrensutsatt med allt mindre marginaler och tid för forskning och utvecklingsarbete.

Språk, kultur, tradition

Vårdgivare som etablerar vårdverksamhet i andra länder möter alla de skillnader i språk, tradition och kultur som finns inbyggda i också i ländernas vårdsystem. Amerikanska vårdföretag som prövat verksamhet i Europa, främst i Storbritannien, har hittills haft svårigheter att ställa om till andra villkor. Det är möjligt att vårdgivare från mindre länder, som i höge grad varit tvungna att anpassa sig till andras sedvänjor, kan ha bättre möjligheter att bedriva vård över nationsgränser.

Vård, demokrati och överstatlighet

Inom EU finns klart angivet att medlemsstaterna själva fullt ut beslutar om organisationen av hälso- och sjukvården och om valet av socialförsäkringssystem (artikel 152). Sedan länge finns också gemensamma regler om rätten till vård i annat land vid akuta sjukdomsfall (1408-71). Där anges också rätt till planerad vård efter förhandstillstånd från bosättningslandet som skall betala (art. 22). Sådana förhandstillstånd har lämnats ytterst sällan.

När rätten till vård i annat EU-land i några uppmärksammade fall prövats av EG-domstolen har domstolen slagit fast att sjukvårdstjänster omfattas av den fria rörligheten. Medan frågor om hälso- och sjukvårdens organisation ligger inom varje medlemslands beslutsområde bedöms sjukvårdstjänsterna som en del av den öppna marknaden.

De domar som hittills avgjorts ger länderna som skall betala rätt att kräva förhandstillstånd men att tillstånd måste ges om vård inte kan ges inom rimlig tid (*without undue delay*) i hemlandet. I en dom avvisas krav från Nederländerna att vårdgivaren i annat land måste motsvara de krav på evidensbaserad vård som ställs på vårdgivare i det egna landet. Domstolen hävdade att detta innebar ett handelshinder. Sådana krav kan enbart ställas om det omfattas av en

enhetlig internationell standard. Någon sådan finns inte ännu beträffande vårdtjänster. När vårdssystem öppnas för privata vårdgivare förutsätts att alla vårdgivare skall behandlas lika oberoende av från vilket EU-land de kommer.

Tanken att medlemsländerna skall vara skyldiga att betala för vård som invånarna söker i andra EU-länder oroar alla länders sjukvårdsansvariga. Vad händer med den egna vårbudgeten, med planering och med prioriteringarna inom vården om resurserna används för att betala invånarnas vård utomlands. Det är sällan de mest sjuka som har möjlighet att söka planerad vård i andra länder.

Samtidigt finns andra frågeställningar inom hälso- och sjukvården som behöver uppmärksammas i samarbete mellan länder. Det gäller t.ex. samverkan för bättre vårdorganisation för människor som bor nära nationsgränser och samverkan för den högspecialiserade vården där specialiteterna börjat bli så snäva att såväl ekonomi som patientsäkerhet motiverar ansvarsfördelning och samverkan mellan länder.

Under det spanska ordförandeskapet i den Europeiska unionen år 2002 genomförs två möten om medlemsländernas hälso- och sjukvård som bl.a. uppmärksammar den högspecialiserade vården och frågan om särskilda referenscentra för sådan vård.

Andra frågor som kräver uppmärksamhet är behovet av information och samordnade medicinska program när vårdkedjor sträcks över nationsgränser.