

8 Allmänna överväganden och alternativa förslag

Det går en linje från forna tiders bystämmor till vår tids heta diskussioner om sjukvården. Vården och omsorgen är en gemensam samhällsangelägenhet. Den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen uppdrar till huvudmännen – landsting och kommuner – att säkra befolkningens tillgång till god vård på lika villkor. I det gemensamma ansvaret för vård och omsorg till den som drabbas av sjukdom eller svaghet befästs demokrati och samhörighet.

När Stockholms läns landsting sålde ut verksamheten vid S:t Görans sjukhus AB väcktes många frågor. Vad händer nu med landstingets ansvar för sjukvården? Kan vårdkedjor hållas samman om ett centralt akutsjukhus har en annan produktionsansvarig? Kan – på kort eller lång sikt – detta öppna för bakdörrar till sjukvården där plånboken och inte behoven styr? Om inte öppenhet och offentlighet garanteras – kan den demokratiska kontrollen mista sin kraft? Personalens meddelarfrihet att påtala missförhållanden mister sitt lagstöd – kan det hota välfärden? Finns det gränser för hur mycket av den offentliga verksamheten som kan säljas ut? Räcker det med att veta att det är vår gemensamma landstingskassa som betalar?

Förändringen öppnade också för nya möjligheter. Kan vården organiseras på nya sätt? Ger nya ägare till ett sjukhus personalen nya möjligheter att utvecklas? Kan olika och konkurrerande vårdgivare ge en bättre arbetsmarknad för sjukvårdspersonal, bättre löner, mera personlig utveckling? Kan olika vårdgivare utmana varandra till en totalt sett bättre vård? Kan nya kunskaper från olika samhällsfält utveckla verksamheten?

I ett slutavsnitt söker vi här strukturera och sortera frågeställningar inför den fortsatta diskussionen om vårdens drifts- och ägarformer.

8.1 Vården i Sverige – samsyn eller konflikt?

Sjukvården står inför stora utmaningar, i Sverige liksom i resten av världen. Det finns inga enkla svar eller någon given modell för att möta dessa utmaningar. Sjukvårdens personal i landsting och kommuner och i personalkooperativ, organisationer och små och stora företag liksom förtroendevalda politiker, företagare och administratörer bidrar alla till att lösa dagliga problem och att forma strategier för framtiden.

Varje ny situation kräver nya ställningstaganden. På gott och ont kan den politiska kulturen innebära att skillnader mellan alternativ accentueras. Partiernas ställningstaganden blir därmed tydliga för väljarna, men när en ny majoritet efter ett val skall genomföra sin modell kan det lägga ytterligare press på verksamheten. Utöver det kontinuerliga förändringstryck som möter vård och omsorg genom ny teknik, nya behandlingsmetoder och därmed ökade anspråk skall vården dessutom möta upprepade ideologiska motiverade struktur- och organisationsförändringar. Dessutom skapas osäkerhet om verksamhetens grundläggande långsiktiga mål.

Det finns ingen naturlag som styr de val som ska göras och det är inte heller så att tidigare valda lösningar för alla tider kan vara de mest giltiga. Men det ligger ett ansvar hos de politiskt ansvariga att istället för konfrontation sträva efter samsyn för att möta de utmaningar som omsorgsverksamhet och hälso- och sjukvård står inför.

Beslut som medvetet tar hänsyn till långsiktiga konsekvenser är en viktig förutsättning för en hållbar utveckling för svensk hälso- och sjukvård. Kunskap och underlag för diskussion om olika sätt att lösa problemen är den bästa grunden för framtida beslut. Erfarenheter och impulser från andra länder kan ge nya insikter.

Vi har beskrivit andra länders vårdssystem och hur de har växt fram med utgångspunkt i sin historia och tradition. De lösningar som väljs för vårt eget land måste på samma sätt förankras i och relateras till vårt samhälles egen unika tradition.

Vårt utredningsarbete tar sikte på (akut-)sjukhusens centrala roll men också på mångfaldens förutsättningar generellt inom omsorg och hälso- och sjukvård. Vi ser det som angeläget att i huvudsak tillämpa gemensamma synsätt för spelreglerna inom dessa fält.

Planering och konkurrens

De privata vårdgivarna medverkar i den gemensamt finansierade vården i två principiellt olika former.

Det i Sverige hittills vanligaste är upphandling i konkurrens där huvudmannen erbjuder olika vårdgivare att lämna anbud för att under en begränsad tid svara för ett i anbudsunderlaget definierat uppdrag. När avtalstidens slut närmar sig görs en ny upphandling.

Den andra formen utgår från vårdtagarna. När ett behov av vård eller omsorg fastställts genom diagnos och remiss eller biståndsbedömning väljer patienten eller vårdtagaren den vårdgivare han eller hon vill vända sig till. Villkoret är att vårdgivaren har en verksamhet som är godkänd av huvudmannen. En enhetligt fastställd ersättning följer vårdtagaren. För närvarande tillämpas systemet framförallt inom äldreomsorgen i vissa kommuner.

Frågan bör ställas inom vilka delar av vården som konkurrensupphandling mellan vårdgivare kan bidra till en mer kostnadseffektiv vård och inom vilka verksamhetsområden som kontinuitet och vårdtagarnas möjligheter till egna val har större värde.

Det område som inte lämpar sig för någon av dessa modeller bör reserveras för huvudmannen att utföra i egen regi. Vi menar att det är möjligt att hantera finansiering och produktion i en och samma organisation.

Politikerna – medborgarna till tjänst

De förtroendevalda i kommuner och landsting är allmänhetens företrädare och får under mandatperioden ansvar för förvaltningen av verksamhet som under lång tid byggts upp gemensamt. Varje kommun eller landsting kan välja att organisera arbetet så att olika grupper av folkvalda har olika funktioner. Vissa nämnder eller styrelser kan som sitt huvudsakliga ansvar antingen ha rollen som förvaltare eller som beställare. Denna rollfördelning får dock inte innebära att de folkvalda till någon del befrias från sitt finansiella eller operativa ansvar.

Oavsett hur hälso- och sjukvården bedrivs – i egen regi, intraprenader, helägda kommunala bolag eller genom entreprenader till företag och organisationer med eller utan vinstsyfte – vilar ansvaret för att god vård på lika villkor erbjuds befolkningen ytterst på de valda företrädarna i kommuner och landsting. I samverkan med all

personal skall verksamheten formas med ett enda bestämt syfte; att vara medborgarna till tjänst.

Personal – arbetsmarknad för god vård

Fler vårdgivare innebär en mer mångsidig arbetsmarknad för vårdens anställda med fler alternativ, fler arbetsmiljöer, ökad lönekonkurrens och kanske nya möjligheter till utveckling i arbetet. I många fall har entreprenader gjort det lättare att behålla och rekrytera personal.

Samtidigt måste beställarna uppmärksamma effekter som kan uppstå. Bristande konkurrens kan ge privata entreprenörer ekonomiska marginaler som ger möjligheter att rekrytera personal genom att erbjuda högre löner. Det kan leda till att resurser (personella och ekonomiska) förs från vårdenheter som har att ta hand om svårare vårdfall med större medicinska behov till vårdinsatser med lägre prioritet.

Från andra områden finns också exempel på lönedumpning som konkurrensfaktor

Patienten och vårdtagaren i centrum för vårdarbetet

Med större kunskaper, rikare tillgång till information och en utveckling där andra vårdfilosofier får större uppmärksamhet ändras också patientens och vårdtagarens roll i vården. Mot en tidigare passiv underordning inför den medicinska professionen står nu allt oftare en patient eller anhöriga med tydligare egna idéer om hur vårdinsatserna skall göras. Det är i allt väsentligt en positiv förändring.

Samtidigt är det många patienter som har nedsatt autonomi. Hälso- och sjukvården skall också möta dessa människors behov med stor respekt för deras integritet.

Det finns samtidigt inbyggda faror att patienter med större och mer tydligt artikulera krav tar i anspråk vårdens resurser på bekostnad av de, ofta äldre, som inte har samma tradition eller förmåga att hävda sina behov. Att förstå principen om vård efter behov är också för patienterna en övning att väga sina svårigheter mot andras och att förstå svårigheterna i de val som vårdens personal ständigt måste göra.

8.2 Vi hävdar några grundprinciper

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

Tydliga etiska utgångspunkter

De etiska utgångspunkter som lagts till grund för hälso- och sjukvårdens prioriteringar och för medicinsk-etiska ställningstaganden bör också vägleda beslut om organisation, drifts- och ägarformer. Utredningen tar för sina överväganden stöd från en tydlig etisk plattform.

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

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

Öppenhet för mångfald

Den kommunala självstyrelsen och möjligheten att välja organisationsformer och struktur efter skiftande förutsättningar har ett stort värde. Ökad grad av patientmedverkan i vården, variationen i behov genom etnisk och kulturell bredd, större kunskap om behandlingsformer och individers önskan om ökad valfrihet, som patienter och som anställda inom vården, talar för värdet av en ökad mångfald av vårdgivare. Utvecklingen i Sverige går också entydigt i den riktningen.

I andra delar av detta betänkande pekar vi på problemen med koncentrationstendenser som riskerar att underminera denna önskan om mångfald och diskuterar möjliga medel för att värna mångfalden.

Nationell samordning

Samtidigt som friheten att regionalt och lokalt välja medel för vården har ett stort värde finns det behov av samordning. Målet om god vård på lika villkor omfattar hela befolkningen. Det kräver nationell samsyn, regelverk och normsystem som gäller alla och medverkar till långsiktiga lösningar.

För den högspecialiserade vården finns behov av regional, nationell och även internationell samordning. Hälso- och sjukvårdsresurserna behöver samordnas och möjligen samplaneras.

8.3 Områden som kräver särskild bevakning

Erfarenheter från länder med längre tradition av mångfald bland vårdgivare pekar på konkurrensupphandlingarna som pådrivande orsak till koncentration och färre vårdgivare. Mångfald och privata verksamheter utan vinstsyfte främjas däremot i system där konkurrens och valfriheten utgår från patienternas och vårdtagarnas valmöjligheter.

Mångfald och koncentration

Samtidigt som de privata entreprenaderna inom vård och omsorg ökar i omfattning sker en tydlig koncentration bland de privata vårdgivarna genom sammanslagningar och uppköp av mindre företag och av verksamhet som utvecklats som personalkooperativ. I delar av vården finns redan tendenser att den eftersträvade mångfalden är på väg att ersättas av ett fåtal privata vårdgivare. I flera fall har vid offentliga upphandlingar inga eller endast ett anbud lämnats.

Vårdens infrastruktur

Inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområden finns verksamheter som i särskild grad bygger på samverkan med intressenter utanför landstingssfären. Områdena kännetecknas av behovet av samordning och är bl.a. följande:

- Forskning och utvecklingsarbete är i huvudsak relaterat till universitetssjukhus och olika högskolor men arbetar i nära samarbete med hälso- och sjukvården i övrigt. Tillträdet för forskning, utveckling och utbildning måste fortsatt garanteras också i ett system med många olika vårdgivare.
- Folkhälsoarbete och förebyggande arbete är ett annat område som inte enkelt kan definieras och vägas in i samband med olika former av upphandling.
- Både forskning och folkhälsoarbete har ovärderlig hjälp av det samlade statistiska materialet från vårdgivarna. Fler vårdgivare får inte leda samordningen av statistiskt material upphör.

Inom bland annat dessa områden måste utvecklingen följas mycket noga så att unika kvaliteter i svensk hälso- och sjukvård inte går förlorade.

Upphandling

När landsting och kommuner ökar mångfalden av utförare inom hälso- och sjukvård och omsorg genom att sluta avtal med olika privata företag är det i allmänhet resultatet av en upphandling. Det kräver en särskild och stark kompetens hos beställaren. Villkoren

för upphandlingen måste vara sådana att målen för hälso- och sjukvården och omsorgsverksamhet inte hotas.

- Lagen om offentlig upphandling reglerar alla former av upphandling som sker inom den offentliga sektorn. I Sverige har lagen, på basis av EU-reglering, utformats så att även vårdtjänster inkluderas. Effekterna för de olika formerna av företag som anlitas måste bevakas liksom huvudmannens möjlighet att leva upp till sitt ansvar att bereda invånare och andra den vård de behöver.
- Landstingen och kommunerna har det slutliga ansvaret för hälso- och sjukvård och omsorg. Detta ansvar lämnar inte den gemensamma sektorn för att andra vårdgivare anlitas som utförare. Huvudmannen måste ha möjlighet till nya lösningar om entreprenören går i konkurs, bedriver olämplig verksamhet eller av annan anledning upphör med verksamheten. Beredskap måste ständigt finnas för att hantera en ny upphandlingssituation eller för att återta verksamheten i förvaltningsdrift.

Inom bland annat dessa områden måste utvecklingen följas mycket noga så att inte unika kvaliteter i svensk hälso- och sjukvård och omsorg går förlorade.

Systemen för ersättning och kontroll

Viktiga avgöranden vid en övergång till större mångfald av vårdgivare är dels systemen för ersättning och deras utformning och dels i vilken grad huvudmännen kan upprätthålla sitt ansvar för samordning, strategisk och långsiktig planering. Även i system med fler privata vårdgivare är gemensam strategi och sammanhållen planering avgörande för att kontrollera kostnader och säkerställa kvalitet.

Av kommunallagen framgår att innan en kommun eller ett landsting lämnar över vården av en kommunal angelägenhet till någon annan skall fullmäktige se till att kommunen eller landstinget tillförsäkras en möjlighet att kontrollera och följa upp verksamheten. Vidare skall inom hälso- och sjukvård, vem som än bedriver den, ett fortlöpande kvalitetsutvecklings- och kvalitetssäkringsarbete bedrivas.

Avtalet mellan huvudmannen och entreprenör måste innehålla adekvata former för kontroll och uppföljning samt reglera kvali-

tetsarbetet. Det är angeläget inte bara för kontrollen och utvecklingen av det aktuella företaget utan också för att huvudmannen skall kunna jämföra verksamheter som bedrivs i olika former. Den information som sådana jämförelser kan ge är viktig för bedömningen av hur hälso- och sjukvårdens organisation bör utvecklas i framtiden.

Bolagsbildning

Landstingen och kommunerna söker organisationsformer för sina verksamheter i egen regi med tydligare lednings- och redovisningsstrukturer. För att uppnå detta finns idag inte många alternativ till att bilda aktiebolag men även inför bolagsformen ställs frågor:

- Bolagsbildning kan uppfattas som ett steg mot privatisering, dvs. bolaget uppfattas som en verksamhetsform som indikerar att verksamheten är på väg att lämna den kommunala sfären.
- Lämnas vården av en kommunal angelägenhet som sjukvård över till ett aktiebolag där kommun eller landstinget äger samtliga aktier uppstår frågan om verksamheten skall upphandlas.
- Hälso- och sjukvårdsverksamhet som innebär myndighetsutövning måste drivas i förvaltningsform och i andra fall kan möjligheterna genom ägarstyrning av ett bolag vara otillräckliga för att få fram önskad samordning mellan verksamheter.

Den klara struktur som bolagsformen erbjuder kan bara i begränsad utsträckning åstadkommas inom ramen för den offentliga förvaltningen. Reglering av mer självständiga former för verksamhet inom ramen för den offentliga förvaltningen kan utvecklas t.ex. intraprenader.

En ny aktiebolagsform för verksamhet utan vinstsyfte, d.v.s. där vinsten obligatoriskt återinvesteras i verksamheten, utreds för närvarande.

Intraprenader

Motsvarande klarhet kan åstadkommas med en mer målmedveten bearbetning av formerna för intraprenader. De kan många avseenden bli lika tydliga som ett aktiebolag men möjligen inte ha samma förutsättningar för snabba beslut och egen finansiell hantering.

Arbetet att utveckla intraprenader kan behöva stimuleras och med stöd av goda exempel visa på former för t.ex. personalens ökade delaktighet, självständighet och ansvarstagande.

Organisationer utan vinstsyfte, OUV

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

I kapitel 3 har vi belyst utvecklingen och sökt förklaringar till denna, i jämförelse med andra länder, begränsade medverkan av organisationer utan vinstsyfte.

Vård utan vinstsyfte genom olika föreningar, organisationer och intressegrupper och kan motverka tendenser som drar vården bort från samhällets gemensamma ansvar till att bli en tjänst som andra på marknaden och viktiga kompletterande insatser, som anhöriga, anhörigföreningar och andra, gör inom vården bör ytterligare kunna utvecklas.

Skall föreningar, kooperativ och andra i större grad engageras som vårdgivare med ansvar för entreprenader bör samhället visa intresse genom att skapa en tydligare ram och bättre möjligheter för dem som vill ta sådant ansvar.

Entreprenadernas omfattning, krav på garantier och betalningsrutiner från landsting och kommuner ställer krav på kapitalbas hos entreprenörerna. Verksamhet som inte drivs med vinstsyfte har inte någon riskkapitalmarknad för kapitalförsörjning. Ett viktigt steg är att erbjuda former som kan underlätta kapitalförsörjningen till vårdgivare utan vinstsyfte.

En tydlig och av alla känd associationsform för verksamhet utan vinstsyfte bör ge bättre förutsättningar för utveckling. Regeringen har tillsatt en utredning (Dir. 2002:30).

Andra insatser kan göras genom bl.a. stöd till forskning, utvecklingsarbete, utbildning och samordning mellan olika typer av organisationer.

Det behövs också en grundligare diskussion hos vårdhuvudmännen om vad mångfald skall innebära. Avses enbart en mångfald av entreprenörer eller skall mångfalden ge olika aktörer rätt att betjäna olika grupperns behov och forma alternativa miljöer? Ett vårdsystem med en i sådan riktning utvecklad mångfald bör, där möjligheter

finns, motivera fler organisationer och grupper att med egen verksamhet bidra till vård och omsorg.

Utredningen menar att olika former av frivilligarbete kan tillföra verksamheter nya värden. Frivilligarbete, anhörigvård och besöksgrupper är redan idag en omistlig del av arbetet inom främst omsorgsverksamheten, äldreomsorg och rehabilitering.

I de organisationer utan vinstsyfte, OUV, som idag verkar inom omsorgen görs arbetet av professionell personal. Till de professionellas arbete kan OUV dessutom tillföra insatser från bl.a. egna medlemmar som adderar ytterligare värden och engagemang till verksamheten.

Dessa inslag av frivilligarbete tillför unika värden till verksamheten. De kan inte definieras som krav vid en traditionell upphandling men däremot ha betydelse vid fria vårdgivarval.

Frivilligarbetet behöver värderas högre inte för att ersätta professionellt verkssamma utan för att tillföra mervärden, både för dem som engageras och dem som drar nytta av detta.

På liknande sätt kan frivilligarbetet värderas högre även i andra sammanhang. Det bör kunna ges meritvärde såväl vid anställning i offentlig tjänst som i samband med antagning till olika utbildningar.

8.4 Vinst för vården – nya vägval

Vårdgivare med eller utan vinstsyfte kan bidra till utveckling av omsorg, hälso- och sjukvård i Sverige. Med hänvisning till vår analys utifrån begreppen rättvisa och frihet menar vi att det nu i en ny situation gäller att hitta balanspunkterna inom olika delar av vård och omsorg.

I vårdens vägval ingår att söka möjligheter till bättre vård med en större mångfald av vårdgivare och att samtidigt undvika risker som kan uppstå när t.ex. starka ekonomiska drivkrafter verkar inom vården. Vinst i vården blir inte automatiskt vinst för vården.

Det finns också andra avvägningar att göra. Behovet av starkare nationell reglering för att hålla samman ett vårdssystem med många aktörer måste vägas mot regional och lokal frihet att välja väg för att kunna möta variationer i behov beroende av bl.a. geografiska förutsättningar, befolkningsunderlag och åldersfördelning.

Det första valet gäller om det överhuvudtaget behövs någon ytterligare ny reglering när vården i Sverige öppnas för en större

mångfald av vårdgivare. Skall vårdhuvudmännen även då fritt kunna välja administrativa och organisatoriska former och utan inskränkningar sälja och överlåta driftsansvar för olika verksamheter?

En internationell utblick visar att länder med stor mångfald av vårdgivare i stort sett utan undantag har olika former av sammanhållande central reglering för att i mångfalden säkerställa prioriteringar, mål och kontroll av utveckling och kostnader. Även i Sverige innebär fler privata aktörer och starka ekonomiska drivkrafter inom vården så stora förändringar att det krävs liknande former av regleringar.

Dessa regleringar kan ske på olika sätt och där ett första principiellt vägval står mellan *särskilda regler för berednings- och beslutsprocessen* eller ett större inslag av *nationell reglering*.

Förenklat kan vägvalet illustreras med följande två huvudvägar.

- (A) Den ena vägen innebär att vårdhuvudmännen, landsting och kommuner, fortsatt har möjlighet att fritt välja administrativa lösningar och drifts- och ägarformer, men att beslut om förändringar omges av särskilda berednings- och beslutsregler. Majoriteterna i kommunerna och landstingen måste tydligt redovisa sina syften i valrörelser och inför förestående omfattande beslut. Se nedan A.
- (B) Den andra vägen innebär mer av nationell reglering. Utgångspunkten är då att prioriteringar och mål för den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården behöver ett starkare skydd när vården öppnats för privata vårdgivare och ekonomiska vinstintressen. Regleringen kan ske genom att privata vårdgivarers tillträde till vården begränsas till vissa delar eller genom lagreglering av finansieringsformer, prioriteringar och tillsyn. Exempel och förebilder finns redan från länder vars vårdssystem rymmer den mångfald som nu utvecklas i Sverige. Se nedan B.

8.4.1 Ett tydligt regelverk för det demokratiska beslutsfattandet och andra frågor som rör demokratin

A

Medborgarnas inflytande vid beslut om vårdens drifts- och ägarformer

Den svenska hälso- och sjukvården har vuxit fram genom att befolkningen under historiens gång valt olika sätt att organisera sig för att möta detta gemensamma behov. Vården har i huvudsak organiserats offentligt och bekostats med skattemedel. Med rätta kan man säga att den offentliga hälso- och sjukvården i Sverige med sjukhus och andra vårdssystem ägs av medborgarna själva.

Befolkningens intresse gäller i första hand inte ägandet utan tillgången till god vård, som ges efter behov på lika villkor. Huvudmännen – landsting och kommuner – har möjlighet att engagera aktörer, med olika drifts- och ägarformer, att bedriva den gemensamt finansierade vården. Det är angeläget att beslut om förändringar av vårdens ägar- och driftsformer är väl genomtänkta. Det är också angeläget att allmänheten har möjlighet till insyn och delaktighet i förfarandet. Förutsättningarna förbättras om förslaget om privatanställdas yttrande- och meddelarfrihet beträffande verksamheter som har anknytning till det allmänna genomförs liksom om förslaget om att allmänheten bör tillförsäkras insyn vid kommunala entreprenader genomförs, jfr avsnitt 7.1.7.

Frågan är om besluts- eller beredningsregler utgör den bästa garantin för insyn och delaktighet.

Särskilda regler inför särskilt viktiga beslut

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 i den politiska diskussionen inför avgöranden av långsiktig karaktär och av stor principiell och ekonomisk betydelse. Deras förslag behandlas i avsnitt 7.1.6. av detta betänkande.

Särskilda beslutsregler

Två förslag som behandlas av kommittén innebär att särskilda bestämmelser tillämpas när beslut i sakfrågan fattas. Dessa är två beslut med mellanliggande val eller beslut med kvalificerad majoritet. Krav på två beslut med mellanliggande val skapar tröghet i beslutsprocessen som kan skapa utrymme för fördjupad diskussion men innebär samtidigt en fördröjning av beslutsprocessen. Krav på kvalificerad majoritet kan i bästa fall leda till kompromisser men kan också leda till att en stabil minoritet under en lång tid blockerar beslut.

I områden där majoriteterna skiftar mellan valperioderna kan krav på två beslut med mellanliggande val få liknande konsekvenser. För hälso- och sjukvårdens del kan det innebära att skillnader i utformningen i olika delar av landet förstärks. Sådana konsekvenser måste vägas mot hälso- och sjukvårdslagens mål om god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Särskilda beredningsregler

Två andra alternativ innebär att särskilda regler tillämpas vid beredning av ett ärende men påverkar inte formerna för hur ärendet avgörs. Dessa alternativ är samråd och rådgivande folkomröstning. Även de här alternativen skapar utrymme för rådrum. Rådgivande folkomröstning måste med nödvändighet innebära ställningstagande till redan förberedda och förenklade alternativ. Det tvingar dock en majoritet som vill genomföra en förändring att i mötet med väljarna motivera och förklara sin ståndpunkt. Den andra sidan får samtidigt tillfälle att i samband med valrörelsen redogöra för sina invändningar.

Samråd enligt Kommundemokratikommitténs förslag skall kunngöras, pågå under minst fyra veckor och en sammanställning skall göras av lämnade synpunkter som fogas till handlingarna i ärendet. Formerna för samråd är inte närmare angivna i förslaget. Samrådsförfarandet avses bli generellt tillämpligt avseende beslut om stora förändringar. För att det skall tillämpas måste kunna fastställas om sådana beslut medför långsiktiga effekter och om de förhållanden som rått före beslutet inte kan återställas utan stora ekonomiska konsekvenser.

Samråd, om det utformas enligt Kommundemokratikommitténs förslag, kommer sannolikt att i viss omfattning tillämpas vad avser avgöranden om ändringar i vårdens ägar- och driftsformer. Vad gäller till exempel ett landstings överlåtelse av driften av ett sjukhus till annan är de långsiktiga effekterna till stor del beroende av för hur lång tid överlåtelsen sker. Om ett landsting säljer eller lägger ned ett sjukhus får det långsiktiga effekter men de ekonomiska konsekvenserna för landstinget kan variera beroende bl.a. på landstingets storlek.

Omständigheter att beakta

Samråd riktar sig till dem som är folkbokförda i kommunen eller landstinget. Vid en folkomröstning deltar de som är folkbokförda i kommunen och som fyller 18 år senast på dagen för folkomröstningen. Ändrade ägar- och driftsförhållanden av sjukhus som bedriver regionsjukvård eller högspecialiserad vård av riksintresse är emellertid av betydelse för vården av befolkningen i flera eller i vissa fall samtliga landsting. Om särskilda beredningsregler skall införas bör det diskuteras hur förutsättningar skapas för att även de regionala eller nationella intressena beaktas i samband med beslut om att överlåta drift eller ägande av sjukhus.

Det kan vidare konstateras att varken särskilda besluts- eller beredningsregler mer än indirekt påverkar det materiella innehållet i de beslut som fattas.

Har exempelvis samråd genomförts står det den beslutande församlingen fritt att därefter ta vilket beslut som helst. Även vid krav på kvalificerad majoritet och om majoriteten tillräckligt stor kan ett landsting lägga ut driften av all sin hälso- och sjukvård på entreprenad. Detta är helt naturligt i ett demokratiskt system men kan ändå vara värt att notera när man diskuterar om den här typen av regler är ett alternativ till stopplag eller någon annan reglering.

Överlåtelse av driften av ett sjukhus eller förvärv av motsvarande vård bör i allmänhet ske genom upphandling.

Sker samrådet inför ett förberedande beslut om upphandling hindrar bestämmelsen i 7 kap. 5 § lagen om offentlig upphandling inte en laglighetsprövning. Däremot kan det vara svårt att på ett tidigt stadium, innan villkoren för en upphandling är bestämda, avgöra om ett beslut kommer att omfattas av kravet på samråd eller inte. Samrådet sker också på ett principiellt plan utan kännedom

om intressenter och ekonomiska uppgifter som framkommer först när upphandling inletts.

När upphandling kommit igång inträder i gengäld sekretessregler kring upphandlingen som undanhåller information från samrådet.

Ett beslut som lagen om offentlig upphandling är tillämplig på har kommun- eller landstingsmedlemmar inte rätt att få laglighetsprövade.

Avtalstider vid upphandling av sjukvårdstjänster har föreslagits kunna vara upp till åtta år. Valperioderna är hälften så långa. En ny majoritet kan därför under hela sin mandatperiod vara förhindrad att ändra ett avtal om exempelvis överlåtelse av driften av ett sjukhus.

8.4.2 Nationell reglering med mångfald av vårdgivare

B

Hälso- och sjukvården och omsorgsverksamheterna i Sverige har under lång tid drivits i huvudsak i offentlig regi och förvaltningsform. Ansvaret har funnits hos vårdhuvudmännen – landsting och kommuner. Systemet har varit sammanhållet av en enhetlig drifts- och ägarform och av politisk samsyn.

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

Länder som under lång tid haft sådan mångfald av vårdgivare har också vid jämförelse med svenska förhållande betydligt mer av sammanhållande centrala regelverk. En genomgång av regelverken visar på stor variation och de har alla växt fram ur respektive lands historia och tradition. Alla har de ändå något gemensamt – de vill hindra att vård fördelas efter betalningsförmåga istället för efter medicinska behov. Regleringar kan uppfattas som byråkratiska inslag, men finns där för att hävda människovärdet och människans rättigheter som person – inte efter hennes förmåga eller betydelse som aktör.

Modellerna för reglering i de länder utredningen granskat varierar men kan indelas i två grova kategorier.

- Den ena typen av reglering (B 1) innebär att privata vårdgivare (i de flesta fall avgränsat till privata vårdgivare med vinstsyfte) inte har rätt att verka inom vissa specifikt angivna delar av vården.
- Den andra typen av reglering (B 2) innebär att vårdgivare oberoende av ägarform ställs under likartade krav och villkor för att kunna medverka i och ersättas genom samhällets solidariskt finansierade vård.

De modeller eller alternativa förslag som redovisas nedan har i stort sett alla förebilder i ett eller flera andra länder. Lika litet som marknadsmekanismer enkelt kan flyttas in i vården kan regelverk enkelt importeras. De redovisade modellerna skall i första hand ge underlag för en diskussion om hur och i vilka former mål och prioriteringar skall värnas om fler vårdgivare och starkare ekonomiska drivkrafter engageras att verka inom vård och omsorg.

B 1 Reglering som utgår från att vårdgivare med vinstsyfte utesluts från vissa verksamheter

De alternativa modeller har som utgångspunkt att vissa specifikt angivna verksamhetsområden inte öppnas för privata vårdgivare med vinstsyfte. Hänvisningar görs till liknande reglering eller lagstiftning i Nederländerna, Kanada och USA.

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

Den tydligaste lagstiftningen finns i Nederländerna där beslut att etablera sjukhusverksamhet måste sanktioneras genom regeringsbeslut. En särskild lag begränsar rätt till sådant beslut (licens) till organisationer som avser att driva verksamheten utan vinstsyfte.

- a) En stopplag med likheter med den nu temporära om förbud för ägare med vinstsyfte att driva akutsjukhus kan alternativt ta sikte på att omfatta enbart universitetssjukhus och sammanfaller då med en internationell praxis. I ytterst få fall och inte hel-

- ler i USA drivs forsknings- och utbildningssjukhus (teaching hospitals) i någon utsträckning som vinstsyftande vårdföretag.
- b) En annan avgränsning kan vara att företag med vinstsyfte inte ges rätt att äga eller på entreprenad driva regionsjukhus och länssjukhus. Regionsjukhusen har uppdrag från flera huvudmän och länssjukhusen är för respektive huvudman centrala nav i den vårdverksamhet de ansvarar för. Om ägande och/eller drift lämnas till privata vårdgivare förlorar huvudmannen överblick och kompetens.

B 1.2 Förbud med ventiler för undantag genom nationellt sanktionerade beslut

Drift och ägande av sjukhus i annan form kan ha positiv betydelse för vården genom att utgöra referens- och jämförelseobjekt. Landstingen har olika möjligheter att pröva alternativa driftsformer utan att på sikt förlora överblick och kompetens som ansvariga huvudmän. Storstadsregionerna och de större landstingen har här andra möjligheter än de mindre landstingen.

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

En liknande möjlighet till reglering är att landstingsägda sjukhus som avses överlåtas till privat drift/ägande för rätt att verka måste föras in på Riksförsäkringsverkets förteckning över privata sjukhus genom ett nationellt beslut.

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

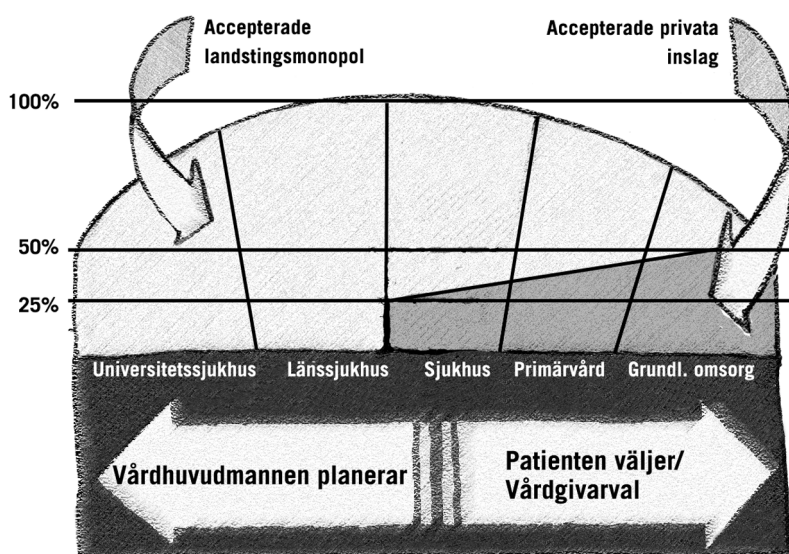
Motiv för överlåtelse av driften av ett sjukhus kan vara att få förnyelse och utveckling av verksamheten med ett nytt ledarskap och genom att erfarenheter av organisation, ledning och processer förs in från andra verksamheter. Det kan ses som en omväg att överlåta hela verksamheter och personal för att uppnå detta. I Kanada har sjukhus som drivs utan vinstsyfte möjligheter att lämna över management till kommersiella managementföretag som sedan kan driva verksamheten med ersättning som kan relatera till ekonomiska

verksamhetsresultat. Vinstsyftet och ekonomisk drivkraft accepteras men med bibehållen kontroll hos de ursprungliga ägarna.

B 1.4 Reglering av andelar

Det kan också övervägas att inom det fält som ger utrymme för privata producenter även klargöra att en del av dem ska vara organisationer utan vinstsyfte. Vi hänvisar till vårt avsnitt om koncentrationstendenser som tydligt visar att det kan finnas skäl att hålla tillbaka koncentrations- och koncernbildningar.

Figur 8.1 – Principskiss för hur fördelningen av andelar men olika typer av vårdgivare kan fördelas inom vården



Genom en sådan reglering skapas garanti för mångfald. Den sätter gränser för privata inslag och kan anses motverka osunda kartell- eller koncernbildningar och därmed oönskade monopol- eller oligopolstrukturer. Den kan samtidigt ses som en begränsning av landstingens eller kommunernas dominans inom t.ex. omsorgs- och primärvårdsområdet. Ett i några avseenden liknande förslag fördes

fram av Samverkansdelegationen i "Klara spelregler" (SOU 1997:179).

B 1.5 En vidgad reglering av vårdhuvudmännens kärnverksamhet

Enligt nuvarande lagstiftning kan vårdhuvudmännen uppdra till andra att utföra uppdrag som de har enligt lagen. För uppgifter som innebär myndighetsutövning finns inte denna rättighet såvida den inte ges i särskild lag.

En ytterligare möjlig form för reglering är att definitionen av det som betecknas som vårdens kärnverksamhet och inte får överlåtas till annan vårdgivare utvidgas.

B 2 Reglering som för in alla vårdgivare under gemensamma och lika villkor

I region Skåne har sjukhusen i Helsingborg och Ängelholm nyligen överförts från förvaltningsform till kommunalägda bolag. Planer fanns vid ett av sjukhusen att, förutom landstingspatienter, också behandla patienter med privat försäkring. Planerna avskrevs dock efter att först enskilda läkare och därefter landstingspolitikerna som representanter för ägarna gripit in. Däremot kan det privat drivna Närsjukvården på Österlen AB (med Simrishamns sjukhus), S:t Görans sjukhus AB i Stockholm och privata kliniker utan hinder ta emot patienter där ersättningen kommer från så väl offentlig som privat finansiering i form av sjukvårdsförsäkring eller annat.

Det kan ses som ett exempel på att lika villkor inte gäller mellan olika drifts- och ägarformer. Exemplet i sig visar också på risken att utvecklingen inom vården går i annan riktning än den som anges i hälso- och sjukvårdslagen och i beslut om prioriteringar. Syftet med en privat sjukvårdsförsäkring är i regel att snabbare få vård dvs. att bryta den prioriteringsordning efter behov som i övrigt gäller. För att anknyta till de etiska utgångspunkterna – syftet att mest gynna den minst gynnade överges.

B 2.1 Reglering som förbjuder blandad finansiering

Vårdsystemet i Kanada som när det gäller verksamhetsansvar sköts av landets provinser (de största motsvarande Sverige i storlek) hålls samman genom några grundläggande principer i den federala lagstiftningen Canada Health Act.

En av principerna är att vårdgivare som medverkar i och får ersättning från den offentligt finansierade vården inte får ta emot privat finansiering. Detta innebär att samma villkor gäller för alla ägar- och driftsformer; förvaltningsform, kommunalt ägda eller privata bolag eller andra associationsformer. Det är samtidigt möjligt med privat finansiering och privata vårdgivare men enbart i separata system.

I en svensk version bör sådan reglering göras i en form som riktar sig uteslutande mot privat finansiering. En reglering får inte hindra möjligheter att fördela ansvar för vårdområden mellan huvudmännen eller rätten för patienter att söka vård i annat landsting. Det bör inte heller hindra samarbetet över nationsgränser där offentliga system i ett land tar hjälp av vårdresurser i ett annat. Udden i en reglering skall riktas mot finansiering som utgår från rätten till förtur.

B 2.2 Reglering som jämställer vårdgivares relation till huvudmännen

I utvecklingen i Sverige uppmärksammas bl.a. skillnader som uppstår mellan privata vårdgivare och förvaltningsdrift (eller kommunalägda bolag) även på andra områden än rätten till annan finansiering.

Vårdavtal ger privata vårdgivare större möjlighet att planera långsiktigt genom flerårsavtal medan egen verksamhet har kortare planeringshorisonter och tvingas ta större andel av ibland nödvändiga anpassningar till ändrade behov eller förändrade ekonomiska ramar.

Nederländerna, men också Tyskland och Kanada, på delstats- resp. provinsnivå har former av reglering som ställer alla offentligt finansierade vårdgivare på mer jämställd nivå. Den centrala nivån ställer alla vårdgivare inför samma krav på insyn, kontroll och rätt att tillstyrka eller avslå större investeringsbeslut eller andra strategiska planer.

B 2.3 Kontrollerad mångfald – någon form av ackreditering/licensiering

De alternativ som här redovisas tar sin utgångspunkt i att olika vårdgivare tillåts agera på samma scen under ett gemensamt fastställt nationellt regelverk. Balansen mellan offentligt, privat – med eller utan vinstsyfte – kan regleras.

I tidigare kapitel 5 har vi redogjort för det arbete som pågår vad avser ackreditering, licensiering och kvalitetskontroll. För det fortlöpande kvalitetsarbetet är det angeläget att finna en lättskött och fortlöpande process som garanterar en hög nivå och god säkerhet i arbetet med kvalitetskontroll och uppföljning. Konstruktionen kan också innehålla de begränsningar som avses gälla i fråga om vinst, ägarformer etc.

Ett ackrediteringsinstitut kan formas och möjligen knytas till ett partssammansatt råd. Som alternativ till landstingen och kommunerna själva (eller respektive förbund), eller till statens kontrollorgan som t.ex. Socialstyrelsen kan man också tänka sig ett partsammansatt organ som ges en roll i godkännande, ackreditering och kvalitetsuppföljning. Detta råd kan, med eller utan lagreglering, ha en sammanhållande funktion för såväl etableringskontroll som kvalitetsuppföljning.

Nya vårdgivare kan beviljas start av verksamhet men ska inom en i förväg fastlagd tidsrymd infogas i ackrediteringssystemet.

B 2.4 Ägarbyten ska godkännas

Koncentrationstendenserna är starka bland de privata vårdgivarna inom vård och omsorg. En möjlighet att bromsa koncentrationsprocessen är att ge huvudmännen, som finansierar verksamheten genom vårdavtal, rätt att ta ställning till och ev. avslå planerade ägarskiften. Reglering som innefattar sådan prövning finns både i Nederländerna och Kanada (provinsnivå).

B 2.5 Upphandlingsstyrning

Det kan övervägas att inom det fält som ger utrymme för privata producenter även klargöra att en del av dem ska vara organisationer utan vinstsyfte, OUV. Vi hänvisar till vårt avsnitt om koncentra-

tionstendenser som tydligt visar att det kan finnas skäl att hålla tillbaka för stora koncentrations- och koncernbildningar.

Lagen om offentlig upphandling och anpassning till gemensamma normer inom Europeiska unionen utgör ett stöd för upphandling och en inriktning mot konkurrensupphandling. Det finns goda skäl att inom EU verka för en egen reglering för upphandling inom omsorg respektive hälso- och sjukvård.

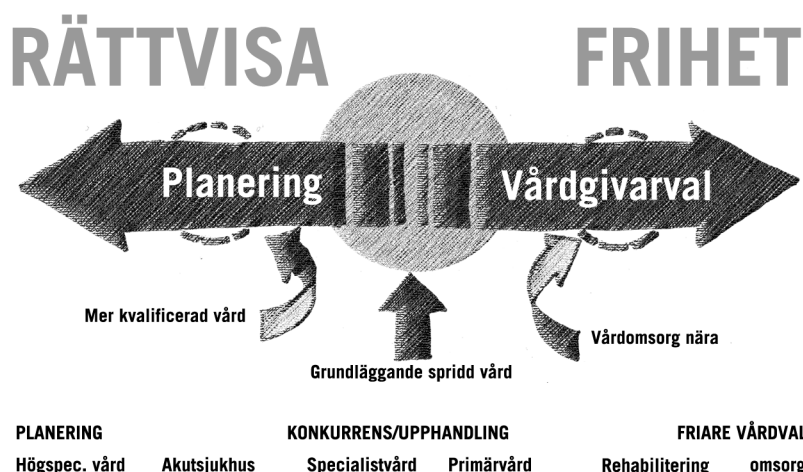
8.5 Planering – konkurrens – vårdgivarval

I strävan efter att balansera rättvisa och frihet respektive solidaritet och subsidiaritet bör former sökas som bäst svarar mot olika verksamheters unika förutsättningar. Bilden nedan kan ses som en karta över vårderna där olika former för organisation, styrning och drifts- och ägaransvar passar bättre eller sämre in.

Möjligheten till autonoma lösningar och egna val har starkare bäring inom omsorg, omvårdnad och inom delar av sjukvården som t.ex. rehabilitering i olika former.

För högspecialiserad vård och akutsjukvård väger däremot planering och samordning tyngre för att säkra rättvis fördelning och ekonomisk hushållning. Befolkning, geografi, tradition och andra förhållanden påverkar förutsättningar för hur olika avvägningar kan göras.

Figur 8.2 En schematisk bild för diskussion om olika styrnings- och ägarsystem inom vården



Ur denna grundplan kan ett mönster bildas som innebär att olika slags verksamhet kan formas utifrån sina egna unika förutsättningar.

8.5.1 Omsorg, rehabilitering m.m. – egna val av vårdgivare

Omsorg, omvårdnad och rehabilitering omfattar i regel längre vårdtider och i hög grad patientens eller vårdtagarens medverkan. Familjens, anhörigas insatser och det frivilliga sociala arbetet tangerar och samverkar löpande med samhällets omsorger, som träder in först när dessa insatser behövs. Tidsaspekter, delaktighet och önskan om autonomt ansvar talar för att vårdtagaren, patienten eller dennes anhöriga så långt det är möjligt skall kunna välja vårdgivare.

En annan aspekt är frågan om kontinuitet. Tidsbegränsade vårdavtal och återkommande upphandlingar bryter kontinuitet och försvårar möjligheterna att utveckla trygga relationer mellan vårdtagare, personal och ledning, samtidigt som önskan om mångfald ofta motverkas genom den likriktning som kommer från upphandlingar och anbudsunderlag.

Figur 8.3 Omsorg, rehabilitering m.m. – om möjligt rätt till egna val av vårdgivare



Mångfald, valfrihet och kontinuitet bör här hävdas genom att patienter och vårdtagare, så långt det är möjligt med hänsyn till befolkningsunderlag och motsvarande, ges rätt till egna val av vårdgivare. Vårdgivarvalet ger vårdgivare som driver en genom tillsyn godkänd verksamhet rätt att fortsätta att verka så länge kvalitet upprätthålls och tillräckligt många vårdtagare väljer dennes tjänster. Upphandlingen blir en fråga om att ett antal parallella ramavtal kommer att upprättas som sedan bildar alternativ för den enskilde. Regeringen har uttalat (prop. 2001/2002:142) att frågan om sådana kundvals-system inom bl.a. äldreomsorg och sjukvård bör utredas särskilt.

Tillsyn och kvalitetssäkring kan göras fristående från huvudmannen. Ersättningarna avtalas generellt och lika för alla vårdgivare. Huvudmannen bör också, för att hindra överetablering och för stort utbud, ha möjlighet till etableringskontroll och, för att värna mångfald där sådan kan skapas, ha rätt att sätta tak för antal vårdtagare hos en enskild vårdgivare.

Skyddet så att de mest vårdkrävande inte väljs bort av vårdgivare bör säkras i första hand genom variation i ersättningar så att de mest behövande i första hand får den omvårdnad, omsorg och rehabilitering han eller hon behöver och i andra hand genom att vårdgivare inte ges rätt att om plats finns avvisa vårdtagare, som söker dess tjänster. I Tyskland finns t.ex. en sådan reglering.

Skall vårdgivare utan vinstsyfte spela en större roll inom svensk vård är det i första hand inom omsorg och rehabilitering. Deras möjlighet att hävda och utveckla verksamheterna är också större när beslut om vårdgivare tas via vårdtagarnas individuella val än genom återkommande konkurrensupphandlingar av vårdavtal.

8.5.2 Primärvård, specialistvård – vårdformer mer lämpade för upphandling i konkurrens

Kontinuitet och långsiktig patientkontakt är viktiga också för primärvården. Inom öppenvård och specialistsjukvård finns verksamheter där vårdinsatserna är relativt väl definierad med möjlighet till marknadsmässiga jämförelser och där patienternas kontakt med vårdgivaren ofta är tidsmässigt begränsad och behovet av kontinuitet därför mindre.

Figur 8.4 Planerade, tidsmässigt begränsade vårdinsatser – mest lämpade för upphandling i konkurrens



Upphandling kräver fungerande konkurrens för att undvika oönskade undanträngningseffekter. Det finns t.ex. risk att allt för fördelaktiga avtal för öppen, privat specialistvård leder till att resurser (personella och ekonomiska) förs från vårdenheter med de större medicinska behoven till vårdinsatser med lägre prioritering.

Utrymme för mångfald i delar av verksamheten

Även inom den högspecialiserade vården och på universitets- och regionsjukhus kan vissa delar av vårdverksamheten lämpa sig för entreprenader. Det kan gälla planerad kirurgi för patienter med tydliga diagnoser, röntgen- och laboratorieteknik. Samtidigt sker här en medicinskteknologisk utveckling som gör det möjligt att föra mer av dessa behandlingar till dagkirurgi och till mindre vårdenheter närmare patienterna.

Frågan är om den här typen av tydligt avgränsade och beskrivna vårdentreprenader främst kommer att utvecklas vid de stora sjukhusen eller i olika former av närsjukvård.

Den totala verksamhetens effektivitet, samarbete, ersättnings-system etc. måste också beaktas. Entreprenader inne i verksamheten kan också skapa andra problem som är knutna till lokalanvändning etc.

8.5.3 Akutsjukhus, högspecialiserad vård – planering (samordning)

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

Figur 8.5 Den högspecialiserade vården – planering och samordning för ökad effektivitet



De något lägre produktionskostnader vid S:t Görans sjukhus, som ofta lyfts fram i debatten, är inte resultat av konkurrens och privat ägande utan förklaras främst av planeringsbeslutet att sammanföra två av Stockholm innerstadssjukhus, Sabbatsberg och S:t Göran, till ett enda.

Delar av specialiserad eller högspecialiserad vård kan lämnas till andra vårdgivare, men verksamheten som helhet är dock i allt för hög grad indragen i regionala, nationella och även internationella strukturer för att klara en allt för stor splittring.

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.

Samtidigt finns redan i den offentligt drivna vården prestige och professionella intressen som bäddar för rivalitet istället för samverkan. Om det till detta fogas också ekonomiska drivkrafter från de stora privata företagen försvåras möjligheterna till samordnad planering.