

SOCIALUTSKOTTET

Socialutskottets offentliga utfrågning
om mångfald och konkurrens
inom hälso- och sjukvården
Den 23 maj 2000

RIKSDAGENS SOCIALUTSKOTT

Socialutskottet anordnade den 23 maj 2000 en offentlig utfrågning om mångfald och konkurrens inom hälso- och sjukvården.

Utfrågningen anordnades mot bakgrund av utvecklingen och den allmänna debatten när det gäller olika driftsformer i hälso- och sjukvården. Svensk hälso- och sjukvård befinner sig i en omfattande förändringsprocess. Nya behandlingsformer och läkemedel utvecklas kontinuerligt. Gamla strukturer och invanda arbetsformer ifrågasätts och förändras. Kvar står medborgarnas krav på att bästa möjliga hälso- och sjukvård skall tillgodoses. Detta aktualiserar frågor kring arbetssätt och driftformer.

Utfrågningen skall ses som ett led i utskottets uppföljande och utvärderande verksamhet. Utskottet bedömer att vad som sades under utfrågningen är av så allmänt intresse att det bör göras tillgängligt för en vidare krets. Därför publiceras här en utskrift av utfrågningen.

Stockholm i oktober 2000

Ingrid Burman

Monica Dohnhammar

Socialutskottets offentliga utfrågning om mångfald och konkurrens inom hälso- och sjukvården den 23 maj 2000

Deltagande inbjudna:

Johan Calltorp, professor, hälso- och sjukvårdsdirektör, Västra Götalandsregionen

Lars Söderström, professor, Lunds universitet

Harry Pettersson, universitetslektor, Lunds universitet

från Socialdepartementet:

Mikael Sjöberg, statssekreterare

Björn Reuterstrand, rättschef

Lena Barrbrink, departementssekreterare

från Landstingsförbundet:

Sören Berg, projektchef

Folke Schött (m)

Elaine Kristensson (s)

från Bure Hälsa och sjukvård:

Per Båtelson, verkställande direktör

Ann-Sofi Lodin, utvecklingschef

Saila Horttanainen, informationschef

från Kooperativa Institutet:

Ulla Loord-Gynne, tf verkställande direktör

Från socialutskottet deltog:

Ingrid Burman (v), ordförande

Chris Heister (m), förste vice ordförande

Susanne Eberstein (s), andre vice ordförande

Margareta Israelsson (s)

Leif Carlson (m)

Hans Karlsson (s)

Conny Öhman (s)

Rolf Olsson (v)

Lars Gustafsson (kd)

Cristina Husmark Pehrsson (m)

Thomas Julin (mp)

Kenneth Johansson (c)

Kerstin Heinemann (fp)

Lars Elinderson (m)

Tullia von Sydow (s)

Utfrågningen ägde rum i Skandiasalen

Socialutskottets offentliga utfrågning om mångfald och konkurrens inom hälso- och sjukvården

Ordföranden: Jag ber att få hälsa er alla välkomna till socialutskottets offentliga utfrågning om mångfald och konkurrens inom hälso- och sjukvården.

Svensk hälso- och sjukvård befinner sig i en omfattande förändringsprocess. Nya behandlingsmetoder utvecklas kontinuerligt. Gamla strukturer och invanda arbetsformer ifrågasätts och förändras. Kvar står att medborgarkravet på bästa möjliga hälso- och sjukvård ska tillgodoses.

Den senaste tiden har präglats av en debatt om olika driftsformer för hälso- och sjukvården. Regeringen har också aviserat en proposition kring detta. Eventuell proposition, liksom andra hälso- och sjukvårdsfrågor, kommer att behandlas av socialutskottet under hösten.

Som ett led i arbetet med att skaffa oss ett brett underlag inför kommande behandling och diskussion har socialutskottet inbjudit till denna utfrågning. Vi har inbjudit olika aktörer och huvudmän inom hälso- och sjukvården för att de ska få ge sin syn på olika driftsformer. Ni är alla hjärtligt välkomna!

Vår offentliga utfrågning kommer att dokumenteras och publiceras i någon form. Det är därför bra om de av er som avser att använda overheadbilder i föredragningarna också lämnar bilderna till våra stenografer så att de kommer med vid en publicering.

Rent praktiskt kan jag säga att vi tar en paus ungefär kl. 11.20. Då kommer det att serveras förfriskningar för oss i denna lokal. Dessvärre kan vi av säkerhetsskäl inte släppa ned er som finns på läktaren, så ni får disponera den korta pausen för social samvaro.

Som vanligt vid våra offentliga utfrågningar är det angeläget att följa tids-schemat så att alla inbjudna talare har möjlighet att disponera avsatt tid.

Med detta ber jag ännu en gång att få hälsa er alla välkomna. Jag lämnar härmed ordet till vår förste talare och inbjudne gäst, professor och hälso- och sjukvårdsdirektör Johan Calltorp från Västra Götalandsregionen. Varsågod!

Johan Calltorp: Tack så mycket! Jag är glad att få medverka här med mina synpunkter. Jag har en bakgrund som forskare inom fältet hälso- och sjukvårdssystem under ca 15 år och har nu ett arbete som hälso- och sjukvårdsdirektör i nämnda stora region, inkallad där för att bidra till en stabilisering av situationen.

Jag kommer i dag mestadels att använda perspektiv från min forskarbakgrund, så jag talar inte i första hand som hälso- och sjukvårdsdirektör. Men jag ska försöka kommentera och tydliggöra i den mån det råder oklarhet i några av de frågor som jag tar upp. Jag tänkte ge en belysning i ett hälso- och sjukvårdssystemperspektiv.

Vilka är då de viktigaste frågorna som jag ser aktualiseras av den utveckling som ordföranden beskrev för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet?

Först ska jag peka på de utmaningar som jag tycker mig se. Vi kan ju se en ganska enig bild vad gäller det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. (*Bild 1*) Det gäller då de växande kraven via den biomedicinska utvecklingen och

den teknologiska utvecklingen. Vidare har vi de växande krav som kommer av befolkningsförändringen – befolkningspyramiderna är ju välkända. Vi är på väg mot en nästan omvänd pyramid. (*Bild 2*) Grovt sett växer kraven på hälso- och sjukvården parallellt med den här utvecklingen. Reformeringen av pensionssystemet – för att göra den jämförelsen – måste, som jag ser det, följas av någon typ av reformering av hälso- och sjukvårdsfinansieringssystemet. Jag återkommer senare till detta.

Ett tema är utvärdering och effektmätning. Hur når vi effektivitet och precisering när det gäller de metoder som vi använder och arbetar med? Behovet av att sätta gränser pekar på prioriteringsfrågan. I svensk hälso- och sjukvård har vi, som framgick inledningsvis här, haft en period under senare delen av 90-talet med omfattande organisationsförändringar framdrivna, skulle jag vilja säga, av bakgrundsbilden: växande krav, begränsade resurser och ett starkt behov av att förändra hälso- och sjukvårdens organisation, struktur och sätt att arbeta. Frågan om mångfald och konkurrens kommer in i det perspektivet. Min värdering är att det är ett av de viktigaste redskapen för att åstadkomma ett mer effektivt och bättre fungerande hälso- och sjukvårdssystem.

Idémässigt, sett till den svenska hälso- och sjukvårdsmodellen som helhet, har vi en modell byggd på gemensam finansiering för hälsa och välbefinnande, alltså den nödvändiga vården och omsorgen. (*Bild 3*) Vi har en modell med skattefinansiering landstingsvis och en väldigt stark koordinering och utjämning. Traditionellt har ju också våra egenavgifter varit relativt begränsade men de har ökat. Avgiftsinstrumentet har använts i ökande grad. Avgifterna ligger väl, trots högkostnadsskyddet, på en övre gräns för vad som är möjligt med den här grundmodellen.

Som finansieringsmodell är det en solidaritetsmodell mellan generationerna, kan man säga. Vi betalar sjukvården grovt sett via skatten medan vi är friska och yrkesarbetande och vi använder sjukvården när vi blir gamla och vårdbehövande. Internationellt värderat är den här modellen framgångsrik både från rättvis- och solidaritetssynpunkt och från effektivitetssynpunkt.

Jag uppfattar att det finns en mycket stor uppslutning i det svenska samhället kring vår modell idémässigt. (*Bild 4*) Jag gör den tolkningen men är medveten om att det finns politiska grundfrågor som berör delar av modellen.

Jag ser nu en rad både inre och yttre hot mot vår sjukvårdsmodell. Förnyelsebehoven är kanske de starkaste hoten, om vi inte förmår förnya sjukvården så att den fungerar i takt med de växande kraven, befolkningens serviceönskemål osv. Här har vi ett starkt hot, kanske lika starkt som bristen på resurser samt finansieringsfrågorna.

I ledarskapsfrågorna ser jag i min nya roll väldigt tydligt behovet av aktiva ledare. Jag ser en mycket stor ledarskapskris och ledarskapsbehov. Det här är minst lika stort som resursfrågorna.

Aktörernas roller kommer jag tillbaka till i samband med beställar–utförarmodellen. Vi har mycket att göra. Det gäller att tydliggöra politikernas roll, tjänstemännens roll och de vårdprofessionellas roll.

Löner och rekrytering hoppar jag över. Jag vill bara kommentera att vi har ett växande rekryteringsproblem, speciellt i en situation med en stark ekono-

mi och växande dynamiska sektorer med högre lönelägen än hälso- och sjukvården. Det är kanske ett av de viktigaste hoten.

Också bilden av hälso- och sjukvården som kunskapsföretag vill jag lyfta fram. Det här är vårt mest komplexa kunskapsföretag. Vi behandlar det dock inte som ett kunskapsföretag när vi ser på styrning och ledning. Det är också knutet till modernisering, till utveckling av hälso- och sjukvården. I den roll som jag har gått in i ser jag tydligt just uppgiften att förändra hälso- och sjukvården från att vara en förvaltningsorganisation till att bli en mer modernt fungerande kunskapsorganisation. Detta har också en koppling till temat om konkurrens och alternativa driftsformer.

Internationaliseringen är ett väldigt viktigt tema som berör vår sjukvårdsmodell. De senaste dagarna har det talats en hel del om EU-projektets utveckling som, tror jag, grundläggande berör vår sjukvårdsmodell och som kommer att beröra finansieringsfrågorna. Sedan har vi frågor som handlar om *basic package* – vad vårt erbjudna vårdinnehåll ska innehålla, oavsett en skattefinansierad vård eller eventuellt alternativa kompletterande finansieringsformer osv.

Den grova slutsatsen hos de flesta experterna inom området är, uppfattar jag, att EU som ett gemensamt projekt inom unionen innebär att hälso- och sjukvård i en mängd olika avseenden kommer att påverkas av EU:s mekanismer när det gäller att driva juridisk och ekonomisk harmonisering. Det är ett stort komplex som förtjänar en speciell utfrågning men jag vill peka på att detta berör också frågorna om vad vår sjukvårdsfinansiering ska omfatta, vilka regler som ska finnas för upphandling, konkurrensutsättning osv. Slutsatsen är att vi måste anpassa oss till EU-utvecklingen. Som jag bedömer det kommer EU:s finansiering att gå djupt in i hälso- och sjukvården och det kommer att ske snabbare än vi kanske räknar med.

När det gäller avsnittet om finansiering vill jag slutligen peka på – utifrån min roll som ansvarig för en vårbudget på 19 miljarder kronor i Västra Götalandsregionen och de samråd som jag deltagit i tillsammans med min regiondirektör och resten av sjukvårdshuvudmännen – att det hos de ansvariga för hälso- och sjukvården finns en enig bild över de svenska landstingen och regionerna: Vi har ett finansieringsproblem på några års sikt. Det är akut i vår region, och även i ganska många andra landsting. Bedömningen är att efterfrågan på vård, behoven av vård, inte kommer att långsiktigt kunna mötas med den finansieringsmodell som vi har.

Uppfattningen om regeringens tillskott av pengar till sektorn är väl, grovt sett, att det är fråga om ett återförande av resurser som under ganska lång tid har dragits bort från sjukvården. Vi får kanske höra kolleger från forskarfältet senare kommentera resursfrågorna. Det finns nog en växande konsensus nu att svensk hälso- och sjukvård rör sig mot ett resursproblem inom de närmaste åren. Dynamiken i resursproblemet är väl att staten faktiskt har drivit en kostnadsbegränsning mot hälso- och sjukvårdssektorn sedan ungefär 15 år tillbaka. En del av vårdvolymen har via ädelreformen flyttats till kommunerna, men ostridigt är att resurserna totalt sett för hälso- och sjukvårdssektorn har minskat. Det har drivit fram en vitalisering och en effektivisering men också väldigt snabba strukturförändringar. Vi ser olika bedömningar av utveckling-

en framöver men flertalet bedömare tvekar kring att utrymmet för ökad finansiering kommer att finnas skattevägen.

Pedagogiskt vill jag vid den här utfrågningen peka på betydelsen av två perspektiv som jag tycker ofta blandas och blir oklara i debatten om alternativa vårdformer och konkurrensutsättning. Det första perspektivet gäller resurserna för sjukvården, finansieringen totalt sett. Det andra perspektivet gäller hur vi inom en given resursram åstadkommer den mest effektiva vården. Hur vitaliserar vi och hur använder vi redskapen konkurrens och mångfald för att åstadkomma förnyelse och, naturligtvis, mesta möjliga vård inom den här ramen? Jag tror att det är viktigt att hålla isär de här båda perspektiven. (*Bild 5*)

Om jag tittar på hälso- och sjukvårdssystem och de internationella erfarenheterna är min bild – bilden kan komma att växla i föredragningarna här – att vi ser att finansiering och produktion av vård kan kombineras på olika sätt, privat och offentligt. De internationella erfarenheterna säger mig att kollektiv, gemensam, finansiering – skatt eller försäkring, – för en så stor population som möjligt är den bästa formen. Ju större fragmentering av finansieringen, desto större problem. Det finns grundläggande problem i relationen mellan partierna i fråga om en finansiering men jag ska inte gå in på det.

Grundläggande frågor är: Hur säkra adekvat tillgänglighet? Hur begränsa vårdutnyttjande, vare sig man har skattefinansiering eller man har försäkringsfinansiering? Hur optimera vårdinsatsen? Klassiskt viktigt är också: Hur undvika selektion av patienter från vårdgivare eller finansiärer?

Hur hanterar man gränslinjen mellan gemensam finansiering och privat finansiering? Den frågan är central och viktig i ett antal olika länder, och det finns ett antal olika erfarenheter. Jag hinner inte gå in på detaljer. Detaljerna i min föredragning går det att läsa om i det ganska omfattande bildmaterial som jag lämnar. Jag pekar på Kanada som har en försäkringsfinansiering med kompletterande frivilliga försäkringar. Man har ett förbud för kompletterande försäkringar inom det område som den basala, grundläggande, försäkringen erbjuder.

I linje med vad jag tidigare beskrivit är de här frågorna vitala framåt i tiden – alltså om den gemensamma finansieringen i dagens skattefinansierade system inte räcker i den svenska vården. Det är viktigt att göra socialutskottet uppmärksam på de här frågorna och att göra staten uppmärksam på att analysera de alternativa handlingsvägar som finns framåt i tiden. (*Bild 6*)

Kanadas modell är mycket intressant och mycket talar för att Sverige rör sig mot en kanadensisk sjukvårdsfinansieringsmodell. Holländska erfarenheter av hur *basic package* används återkommer jag till senare i diskussionen.

Den norska prioriteringsutredningen Lønning II har på ett mycket intressant sätt gått in på de här frågorna och visat hur en kompletterande finansiering utanför ett basalt vårdutbud kan styras och regleras via den prioriteringsmodellen. Det handlar alltså om hur prioriteringsmodeller kan användas för att klara ut gränslinjen mellan basal finansiering och kompletterande finansiering.

I Sverige försöker vi egentligen tackla den här gränslinjen på omvänt sätt jämfört med Norge. I Norge säger man: Varför inte låta graderade egenande-

lar, alltså patientavgifter, fungera på gränslinjen mellan ett slags basal hälso- och sjukvård och ett som ligger utanför? Vi har hittills enligt Prioriteringsutredningen och de resonemang som jag och andra medverkat i försökt fastställa gränslinjen så exakt som möjligt. I Norge säger man också: Varför inte låta den flyta mer och låta egenandelarna spela inom det fältet? Jag vill väcka den tankegången men är medveten om att den är kontroversiell och innehåller en mängd olika aspekter, men jag tror att det är en tanke som man kan ha med sig framåt.

Hur ska man styra en situation med växande mångfald och olika aktörer i hälso- och sjukvården? Jag vill peka på beställar–utförar-modellen som en grundläggande modell för att kontraktsmässigt styra finansiering i ett system med en växande mångfald och via kontrakt säkerställa innehållet i den hälso- och sjukvård som ska erbjudas av aktörerna. Storbritannien ger oss förebilder för detta. I Sverige har vi en utveckling där, uppfattar jag, beställar–utförar-modellen är ett koncept, en idé, som är under stark utveckling. De tre stora regionerna t.ex. har gått in för den modellen.

Den sannolika utvecklingen tror jag är att vårt system utvecklas med landstingen, regionerna, som finansiärer och beställare. Gradvis växer en större mångfald av producenter fram.

Beställarstyrningen av hälso- och sjukvården handlar huvudsakligen om att komma in i en innehållsmässig styrning av vården. Avtal och kontrakt ska innehålla ekonomi men också gå in i innehållsliga delar.

Enligt min uppfattning är det så att en växande mångfald är på väg i den svenska hälso- och sjukvården. Den följer en internationell utveckling. Man kan se det i stora drag. När det gäller medellinjen i Sverige mellan kapitalism och planering, socialism i öster, går det mot en linje där vi har gemensam finansiering med växlande inslag av aktörer som arbetar inom det gemensamt finansierade systemet. Vi ska vara på vakt mot en framväxande privat finansiering men jag tror att vi diskuterar utifrån en fortsatt modell där en mångfald av aktörer arbetar inom den gemensamma ramen. Där har vi stor nytta, vilket nog kommer att belysas mer, av mekanismerna vitalisering, ökat eget ansvar, möjligheter till jämförelser mellan privata och offentliga aktörer, kooperativa aktörer osv. Vi kan kvalitetsutveckla vårt system. Vi kan få kostnadsjämförelser och vi kan komma vidare med resultatjämförelser. Inte minst kvalitetskonkurrens är nog en viktig del av detta med att använda de nya styrningsmodellerna.

Jag återkommer med detaljer under frågestunden senare här.

Lars Söderström: I likhet med professor Calltorp är jag väldigt glad över att få komma hit. I vintras sammanställde jag erfarenheter av ett antal studier inom nationalekonomi när det gäller driftsformer i skola och sjukvård. Det är av intresse att titta på vad det betyder att man har privat eller offentligt och inom det privata vad det betyder att ha vinstmotiv eller inte vinstmotiv, liksom när det gäller det offentliga vad det kan finnas för skillnader mellan statliga och andra offentliga organ som driver skolor och sjukhus.

När jag började med detta förvånade det mig att det fanns så oerhört mycket skrivet om det; det hade jag inte väntat mig. Vi hittade ett hundratal

mycket bra studier med genuin vetenskaplig karaktär, huvudsakligen doktors-avhandlingar men också en hel del tidskriftsartiklar.

Hur ska man då börja jämföra detta? Ja, man måste naturligtvis sätta in de olika driftsformerna i ett sammanhang och titta på den miljö där de här aktörerna agerar. Enkelt uttryckt kan man skilja mellan monopolistiska miljöer där det är *en* aktör och miljöer med konkurrens, där det finns flera aktörer. Man kan vänta sig olika effekter när olika aktörer har herraväldet. Vad som kan noteras är att det nästan inte finns några exempel på privata vinstorienterade sjukhus i en monopolistisk situation, inte heller på skolområdet, så i monopolfallet finns det inte underlag för statistiska jämförelser.

Vill man titta på jämförelser mellan privat och offentligt måste man alltså titta på fall där det finns konkurrens.

Vad är då konkurrens? Konkurrenten kan fungera bättre eller sämre. Konkurrentens villkor är det väldigt viktigt att hålla reda på. En oerhört viktig aspekt är ersättningssystemet. Hur går det till att finansiera verksamheten? Har man en prestationsersättning, t.ex. DRG, inom sjukhusvården eller har man en rambudget? Man får alltså olika beteenden hos olika aktörer beroende på hur ersättningssystemet ser ut. Sjukhusdirektörens och landstingsrådets viktigaste medel att styra verksamheten är just hur man utformar ersättningssystemet.

I USA har man erfarenheter av DRG sedan 1983 och man har hunnit nyansera det hela ganska mycket. I Sverige är vi på gång åt det hållet. I och med att man för in detta kan nya aktörer lite enklare föras in. Men om man håller sig till en rambudget och tänker sig att olika aktörer ska konkurrera i det fallet fungerar det sämre.

En annan viktig aspekt på konkurrenten är etableringen. Hur går det till att komma in på marknaden? Vilka hinder finns det för etablering?

I Sverige har vi fastnat för vad som kan karakteriseras som en kvasimarknad där upphandlare delar ut uppdrag till olika aktörer. I Stockholm har vi nu ett antal sådana fall. Man skriver kontrakt och sedan får patienterna välja vilken leverantör som ska användas. Det är en kvasimarknad i den meningen att det bestäms vilka som får agera men också hur mycket var och en får agera – man sätter tak för de olika verksamheterna. Det kan vara ett mjukt tak genom att man har en högre ersättning upp till en viss nivå och sedan en lägre ersättning över den nivån. Detta är ju något helt annat än en fri etablering där de som har någonting nytt att komma med kan tränga sig in på marknaden och bjuda under dem som redan finns där och där man samtidigt har en utslagning av dem som fungerar sämre. Det är alltså två olika situationer. När man ska jämföra privat och offentligt, eller vinstorienterat och icke vinstorienterat, är det klart att de här sakerna spelar en stor roll för hur det hela fungerar.

Jag vill alltså från början understryka att man inte isolerat kan tala om driftsformens betydelse. I stället är det nödvändigt att se till kontexten – i vilken miljö man agerar. Den första observationen är alltså att vinstorienterade aktörer finns i en konkurrensutsatt situation.

På utbildningsområdet är det väldigt tydligt att konkurrens har en positiv systemeffekt. När man i en monopolsituation släpper in konkurrenter – ty-

piskt är friskolor – ökar kvaliteten i hela systemet utan att kostnaderna exploderar. Man får alltså en bättre effektivitet till följd av konkurrensen. Detta ser man på område efter område. Det finns en lång rad studier som bekräftar denna iakttagelse.

På sjukhusområdet har det varit svårare att göra samma iakttagelser helt enkelt därför att det är så ensidigt. I Storbritannien och i Sverige är det praktiskt taget bara offentliga sjukhus. I Holland är det bara privata sjukhus. Ska man ha konkurrens mellan olika typer av aktörer, får man vända sig till USA igen. Det är lite trist att man alltid hamnar i det amerikanska materialet och tvingas att reservera sig för de olikheter som finns i de allmänna förutsättningarna mellan USA och Europa.

Det som utmärker den fungerande konkurrensen är den kreativa destruktionen, som Joseph Schumpeter skrev om, dvs. att man får in innovationer och slår ut det som är mindre bra. Men det fungerar inte, vill jag påstå, på en kvasimarknad om inte de som sköter kontraktskrivningen är oerhört skickliga och framsynta och får ett system som fungerar. Fastnar man för den modellen, har konkurrensen inte lika stora fördelar.

Vad är då intrycket av olika vårdorganisationer? Om man tittar på makronivå och andel av BNP som används till sjukvård, framstår ju USA som extremt med en mycket hög andel och mycket höga kostnader. När man bryter ned detta i olika förklaringsfaktorer visar det sig att det framför allt är pris-skillnader för löneskillnader som slår igenom. Om man ser på hur många läkare det finns per tusen innevånare, hur många sköterskor och vårdplatser det finns och går igenom de fysiska resurser som används i sjukvården, hamnar inte USA lika extremt, utan Sverige kommer väl i nivå. Frågan är hur pass mycket detta betyder och hur man ska tolka det. Men detta är väldigt övergripande.

Går man ned på enskilda diagnoser, som vissa studier har gjort, kan man jämföra Europa och USA. Det finns jämförelser mellan Storbritannien, Tyskland och USA när det gäller njurstens- och cancervård samt en del andra diagnoser. Där är det påfallande att Storbritannien är billigast, att Tyskland är dyrast och att USA ligger i mitten. När det gäller utfallet är Storbritannien bäst, mätt i olika kvalitetsvariabler när det gäller diabetes. I något fall är Tyskland bäst. Men i allmänhet är USA bättre. Man gör alltså både kostnadsjämförelser och utfallsjämförelser, och det är inte entydigt till den ena eller den andra kontinentens fördel.

Går man sedan in på de studier som jämför olika driftsformer mer direkt inom ett land, har vi en del kända studier i USA som framför allt har gällt medicarepatienter. Vi har en studie från Sloan m.fl. där man tittade på 35 800 patienter och 295 sjukhus som drevs med vinst. 1 915 sjukhus var stiftelser som är den dominerande sjukhusformen i USA. Det är bara 15 % av alla sjukhus i USA som är vinstdrivande. Merparten är privata men drivs i stiftelseform. I undersökningen ingick också 500 offentliga sjukhus. Man kom fram till att de vinstdrivande sjukhusen hade ett högre pris för de federala myndigheterna som betalar medicare.

Man tittade på olika kvalitetsaspekter, mortalitet, återremittering, hur man kom tillbaka till eget boende, om man klarade dagliga aktiviteter etc. Den

största skillnaden visade sig vara att öppenvårdskostnaderna var större när man hade varit på ett privat vinstdrivande sjukhus. Hur förklarar man då detta? Är det ett oroande tecken eller inte? Det handlar väldigt mycket om rehabilitering efter en sjukhusvistelse. Förklaringen i det här fallet är att man fick väsentligt mer rehabilitering i det fallet.

Andra studier har tittat på avkastning på kapital totalt sett. Där finner man att den är högre för vinstdrivande än för icke vinstdrivande sjukhus. Man har tittat på vad som händer med andelen oförsäkrade. Det är ju ett stort problem i den amerikanska sjukvården att många är oförsäkrade, och sjukhusen har, om inte annat, en moralisk skyldighet att ta emot dem. Stiftelsernas skattesubventioner motiverar man med att de har en särskilt stor skyldighet att ta emot oförsäkrade patienter, och det gäller också för de offentliga.

Här kan man se att det är färre oförsäkrade på vinstdrivande sjukhus. Men om man korregerar för olikheter i lokalisering så försvinner skillnaderna. De vinstdrivande sjukhusen ligger huvudsakligen i urbana miljöer, där försäkringstäckningen är bättre. Därför får de totalt sett en mindre andel, men man kan inte av studierna dra slutsatsen att de skulle vara mer obenägna att ta emot oförsäkrade patienter. Det finns flera iakttagelser av den typen.

Den första och centrala slutsatsen av genomgången som vi gjorde är alltså att man måste väga in miljön. Rent allmänt sett kan man säga att konkurrens är bättre än monopol. Eftersom de vinstdrivande sjukhusen alltid förekommer i en konkurrenssituation, får man ett intryck av att de är bättre. Det finns sammanställningar av de 100 bästa sjukhusen. På dessa sammanställningar är de vinstdrivande sjukhusen ganska kraftigt överrepresenterade, framför allt i sydstaterna, inte fullt så mycket i nordstaterna.

Förklaringen, skulle jag vilja påstå, är att de i stor utsträckning är lokaliserade i de regioner där det sker en expansion. De tillhör den moderna delen av den amerikanska sjukvården. En bidragande faktor är deras förmåga att generera riskkapital.

Stiftelserna är ju beroende av donationer, subventioner och bidrag från stat och kommun, medan de vinstdrivande finansierar sig själva och därmed snabbare kan komma in på marknaden.

Man ser också en viss skillnad när det gäller modernitet i kapitalutrustning etc. Det kan bidra till högre kostnader, men man ska väga in skattesubventioner och annat som gör att de inte konkurrerar på helt lika villkor när de sätter priserna.

Men det intressanta är att när det finns konkurrens och olika driftsformer, tenderar skillnaderna mellan olika typer av företag att försvinna. Ju intensiva konkurrensen fungerar desto mindre blir skillnaden, därför att de som är kvar på marknaden i en konkurrenssituation helt enkelt måste vara väl så bra som alla andra som är kvar på marknaden. De kan inte vara väsentligt dyrare och kan inte ha väsentligt lägre kvalitet, för då väljs de bort. Därför tenderar skillnaden att minska med starkare konkurrens.

Den slutsats som vi drar i vår rapport är att om man vill befrämja utvecklingen, är det alltså konkurrensen man ska befrämja, och det är sekundärt om man tillämpar den ena eller den andra driftsformen.

Harry Petersson: Tack för inbjudan att få komma och presentera hur en statsvetare kan se på de här problemen.

Jag hade förmånen att i mitten av 90-talet få göra ett par utvärderingar i två landsting, nämligen i Sörmland och Gävleborg, där vi huvudsakligen intresserade oss för hur de beställar- och utförarsystem, alltså de nya styrsystemen som tidigare har nämnts, fungerade. Eftersom jag är statsvetare, hade jag anledning att begränsa mig till i huvudsak de demokratiska aspekterna på detta. Jag har tänkt ta detta som utgångspunkt för min presentation här.

Det är främst två begrepp som jag skulle vilja ta som utgångspunkt. Det ena är legitimitet och det andra är ansvarsutkrävande. Legitimitet handlar om förtroende, dvs. om medborgarna har förtroende för de politiska institutionerna. Om de har förtroende för de politiska institutionerna, är de också beredda att stödja det politiska systemet. I den litteratur som finns på området brukar man tala om fyra olika stödnivåer. Man talar om stödet till samhället, till regimen som sådan och också om stödet till de politiker som för närvarande fattar besluten samt om stödet för åtgärderna.

Vad man kan konstatera är att om det finns brister i legitimiteten, kan det undergräva människors tillit till hur systemet fungerar. Det kan resultera i missnöje, politikerförakt och i olika typer av missnöjespartier, måhända också i en deklining av demokratin. För oss är alltså legitimiteten av centralt värde att analysera.

Förutom de nämnda fyra nivåerna tillmäts också den offentliga processen ett särskilt intresse, dvs. att det finns en offentlighet i systemet som gör att alla kan få inblick i och har möjlighet att skärskåda de beslut som fattas.

Ansvarsutkrävandet är, som jag sade, en annan viktig hörnpelare. Medborgarna måste ju ha möjlighet att välja sina representanter. Men de ska förstås också ha möjlighet att rösta bort sina representanter, om de tycker att dessa inte gör ett bra jobb. I det här sammanhanget skulle jag vilja peka på att det här förutsätter att politikerna kan genomföra de principiella beslut som de har fattat. Vi brukar tala om den parlamentariska styrningskedjan, dvs. att det finns något slags linje mellan de beslut som fattas i riksdag, regering och kommunala församlingar och det förverkligande som sker av besluten. Här har ganska mycket hänt under senare år, som inte minst vi statsvetare har haft anledning att analysera. I vårt svenska system har vi i princip gått över till en ramlagstiftning, dvs. att det är målsättningar som styr. Och målsättningarna är av den karaktären att de skapar intentioner för vad man ska göra. Däremot talar de inte i detalj om hur verkställandet ska ske. Det kan i sig indikera att det kan uppkomma genomförandeproblem i kedjan.

En annan omständighet är att många av dem som arbetar inom socialtjänst, hälso- och sjukvård, av oss kallade närbyråkrater, dvs. tjänstemän, läkare, sjuksköterskor, socialarbetare, har en långt driven autonomi i sin verksamhet. De har alltså möjlighet att utifrån sin vetenskapliga skolning och sina erfarenheter prägla verksamheten på ett påtagligt sätt. Man kan i sammanhanget också fråga sig om det egentligen inte är de som utformar policyn genom att de skapar riktlinjerna för verksamheten.

Det är alldeles givet att det i grunden finns något positivt i detta. Det är givet att de vetenskapliga rönen och den beprövade erfarenheten huvudsakligen

kan styra det hela. Men vad man pekar på i det här sammanhanget är att glappet mellan vad politikerna uttrycker och vad som händer i verkligheten självfallet inte får blir för stort, därför att då får vi problem med utkrävandet, dvs. att resultatet helt enkelt kan bli att vi försöker utkräva ansvar av politiker som egentligen inte har haft ett inflytande över hur verksamheten i realiteten ser ut. Detta är kort formulerat genomförandeproblemet i sammanhanget.

Jag ska gå över till det som jag har studerat, nämligen beställar- och utförarsystem. Man kan i det sammanhanget fråga sig om den här typen av beställar- och utförarsystem gynnar styrningskedjan eller om det riskerar att öka glappet i styrningskedjan ytterligare och vad det i så fall får för konsekvenser. Vi har ju hört här tidigare att den här typen av beställar- och utförarsystem, inte minst i England och USA och också på många håll i Sverige, har fått ett genomslag. Ofta är det effektivitetskrav som ligger bakom; man vill förbättra och effektivisera. Nyckeln är ofta att man vill skapa konkurrens mellan olika vårdgivare. Man vill skapa en stark beställarorganisation som till sitt förhållande har ett antal utförare som i konkurrens med varandra kan skapa en bättre vård.

Om jag ska försöka tolka detta ur styrningskedjans perspektiv, kan man säga att det naturligtvis initialt finns en risk för att politikerna ytterligare fjärras från verksamheten. De får nog inrikta sig, som det heter i de här modellerna, på att försöka ta reda på de behov som medborgarna har. Det är deras främsta roll. Däremot ska de inte gå in i genomförandet på ett mer påtagligt sätt.

Jag vill ta upp några av de erfarenheter som jag kom fram till. Jag lämnar härvidlag Sörmland åt sidan. Det finns en rapport om Sörmland också. Jag har en rapport om Gävleborg som ni självfallet får ta del av om ni så önskar.

I början av 90-talet tog Socialdemokraterna i Gävleborg initiativ till att till skapa en effektivare vård. Man såg helt enkelt att man på sikt inte hade de resurser som behövdes för att genomföra den sjukvård som man ville genomföra. Effektiviseringskraven blev alltså påträngande. Vidare ansåg man att politikerna i många hänseenden, speciellt de gamla direktionerna, hamnade i fel situation. De blev ofta verksamhetens företrädare och inte de som i första hand företrädde medborgarna. Det var också en situation som man ville komma ifrån i detta hänseende.

Man kan rent allmänt sett se att det är effektivitetshänsynen som i väldigt hög utsträckning har styrt den här reformen. Vad man gjorde var att tillskapa fyra hälso- och sjukvårdsnämnder, var och en av dem ansvarig för ett geografiskt område. De tog fram sina beställningar som de sedan förhandlade fram med de olika utförarorganisationerna. Man lade grunden för ett prestationsbaserat ersättningssystem som näppeligen kan sägas ha varit färdigt när jag tittade på det. Man lade vidare stor vikt vid utvärderingssystemet. Om man inte hade möjlighet att följa genomförandekedjan på samma sätt, borde man i stället ha utvecklat utvärderingssystemet för att få en bra återföring av vad som egentligen hade hänt. Landstingsstyrelsen fanns självfallet kvar som ett styrelseorgan. Hälso- och sjukvårdsnämnderna lades formellt sett direkt under landstingsfullmäktige för att markera deras självständighet.

Vad visar då resultaten? Jag tänker då förstås i första hand på den politiska organisationen, eftersom det är den som jag har studerat. Politikerna, främst de i hälso- och sjukvårdsnämnderna, kom att fungera som medborgarnas företrädare. En föresats som de hade var förstås att öka kontaktytorna gentemot medborgarna. Enligt deras egen uppfattning kom de att göra det i viss mån. Jag kan inte säga att resultaten är imponerande, men det fanns ändå en viss rörelse i den riktningen. Vidare menade politikerna i stor utsträckning att de kunde tillgodose medborgarnas behov, så i det hänseendet fanns det i vart fall inga direkta farhågor.

Vad man kunde lägga märke till var att hälso- och sjukvårdspolitikernas roll kom att snävas in genom den nya rollen. De blev beställarpolitiker med relativt få kontakter med verksamheten och måhända också med lite insyn i organisationen. Man förändrade alltså hela styrsystemet. Fullmäktige fick en helt annan roll, blev mer ett debattorgan och saknade många gånger reella ärenden inför mötena. De antog ramarna för besluten, och de fattade självfallet beslut om budgeten.

De som var mest positiva till det hela var hälso- och sjukvårdspolitikerna i de fyra nämnderna. De menade att de numera inte behövde ge sig in i ständiga detaljdiskussioner om hur deras intentioner skulle förverkligas. Därigenom menade de att de kunde ställa högre krav på verksamheten.

Lika positiv blev inte den bild som jag fick av hur denna modell fungerade i övrigt. Den konkurrens som man hade sagt sig vilja skapa mellan de olika utförarna kom av naturliga skäl inte fram. Bristen på konkurrerande utförare var självfallet påtaglig, och några egentliga försök att privatisera för att få fram privata alternativ gjordes inte. Eftersom antalet utförare då var begränsat, innebar det för medborgarnas del att valfriheten näppeligen ökade, i vart fall så långt man då hade kommit i den här reformen.

Om jag tittar på de utvärderings- och uppföljningssystem som fanns, kan jag konstatera att det ställdes stora förhoppningar på detta system som emellertid inte infriades i någon större utsträckning. Politikerna uttryckte ett ganska klart missnöje och menade att de inte fick en fullödigare information om detta än vad de hade fått tidigare.

Den sammanfattning som jag gjorde i min rapport var närmast att reformen haltade. Man kan konstatera att beställarsidan, de politiker som satt i hälso- och sjukvårdsstyrelserna, t.o.m. var rätt förtjust i sin nya roll, som innebar att de relativt fritt och obundet kunde driva verksamheten och diskutera beställningarna, men självfallet med invändningen att de avskärmades från genomförandet. Däremot fungerade knappast de andra inslagen i reformen särskilt väl, som jag nyss sade. Valfriheten och konkurrensen kom inte att öka.

Hur kan man då bedöma detta utifrån ett legitimitets- och ansvarighetsperspektiv? Om jag börjar med ansvarighetsperspektivet, så kan man föra två olika resonemang om det. Först kan man förstås föra resonemanget att de enskilda cheferna, de som ansvarar för enheterna, kan sägas vara ansvariga för hur det gick. Jo, självfallet. I den här litteraturen talas om *responsibility*, dvs. att man naturligen utkrävde ett ansvar av de olika enheterna och såg till att de uppfyllde de mål som fanns i beställningarna. I det hänseendet såg jag inga förändringar, utan det sköttes ungefär som tidigare.

Det andra resonemanget, och det för jag mer med statsvetenskapliga förtecken, handlar om den politiska ansvarigheten. I den här litteraturen brukar det kallas för *accountability* för att göra skillnad från det första begreppet. Man har ju sett i andra studier att politikerna i den här typen av system har haft svårt att ta ett sådant fullödigt ansvar. Till den medborgare som på gatan frågar politikern vad som har hänt på vårdhemmet, eftersom man inte tycker att man längre får samma goda vård som tidigare, blir politikerns svar att det får man ställa verksamhetschefen till ansvar för. För patienten som i december får reda på att operationen är inställd på grund av resursbrist blir svaret detsamma. Då uppstår paradoxen ur ett slags *responsibility*-sida, dvs. att ansvaret kan utkrävas av den enskilde tjänstemannen som leder verksamheten. Man kan ha uppnått sina mål, men ur *accountability*-sidan är ju resultatet närmast katastrofalt.

Hur kan man då se på legitimitetssidan här? Jag har sagt att det i huvudsak är stödet för politikerna och för åtgärderna som är det intressanta att studera i just det här hänseendet. Vad jag kom fram till var närmast att politikern blev avskärmad från genomförandet. Låt mig bara ge en ytterligare synpunkt på detta. Behovet av att kunna ha en god information om genomförandet kan ha ett syfte i sig, nämligen att politikern måste kunna bedöma genomförbarheten av reformen. Har man då föga kontakt eller ingen kontakt alls med verksamheten känner man inte till dess krav. Det kan då finnas en risk för att man presenterar lösningar som helt enkelt kan vara mindre genomförbara.

Allt det som jag har sagt nu kan sägas vara mot bakgrund av normen om det starka samhället, att vården ska betalas solidariskt och att det ska finnas en stark styrningskedja som kan genomföra de beslut som fattas. Men, kan man då fråga sig, vad händer då om politikerna i det här systemet inte lyckas genomföra det som de hade tänkt sig? Vad händer om resursbristen blir så pass stor att politikerna får otillräckliga möjligheter att genomföra det som de vill göra? I detta hänseende, och då spekulerar jag enbart eftersom jag inte har något egentligt forskningsunderlag för detta, kan man mycket väl tänka sig att det finns medborgare som gör helt andra värderingar än vad politikerna gör. Dessutom har de kanske intresse av och möjlighet att privatekonomiskt spendera mera på hälso- och sjukvård än vad som det ges möjligheter till inom ramen för det offentliga. Här finns sannolikt en brytpunkt mellan vad det politiska systemet kan åstadkomma och de möjligheter som andra alternativ kan ge. Jag vet inte var denna brytpunkt finns, men jag tar för givet att den finns. Det är förmodligen en vattendelare där vi måste bestämma oss.

Ulla Loord-Gynne: Även jag vill börja med att tacka för att jag fick komma hit och för att de kooperativa frågorna på det sättet kommer in i den här debatten, som jag hoppas i alla fall.

Jag kommer från Kooperativa Institutet, som är ett utvecklingsinstitut som jobbar med att utveckla Kooperation såväl på de gamla områdena som på nya områden. Vi ägs av konsumentkooperationen i Sverige, alltså av OK, KF, Riksbyggen, HSB, Folksam, Fonus och av KFO, som är Kooperationens arbetsgivarorganisation. Jag säger detta för att det inte ska råda någon tveksamhet om vems ärende jag går.

Trots att min tid också är utmätt, vill jag ändå inleda med att tala lite om kooperation i allmänhet.

Det finns olika typer av kooperation, som ni säkert vet. Det finns konsumentkooperation, arbetskooperation och producentkooperation. Det är de stora grupperna. Dessa olika typer av kooperation har utvecklats med utgångspunkt i idén om demokratiskt samarbete för att lösa gemensamma behov, vilket är väldigt viktigt i kooperationen.

Kooperation är egentligen inte en företagsform utan en idé om hur människor kan hjälpa varandra att driva företag till ömsesidig ekonomisk nytta. Den företagsform som lämpar sig bäst för kooperativ verksamhet är den ekonomiska föreningen. Men vi menar att innehållet naturligtvis är viktigare än formen. Det finns kooperativ som är aktiebolag och handelsbolag, och det finns även ideella föreningar som är kooperativ. Det finns också verksamheter som i allt väsentligt är kooperativa, men som inte vet om det eller som aldrig skulle kalla sig för kooperativ.

I ett traditionellt företag, och då menar jag i betydelsen ett icke kooperativt företag, finns det ägare, kunder, leverantörer och anställda. Dessa grupper, menar jag, har i vissa avseenden principiellt motstående intressen. I ett kooperativt företag däremot utgör inte ägarna ett separat intresse, utan det sammanfaller endera med kunder, leverantörer eller anställda.

I producentkooperationen sammanfaller ägare och leverantörer. I arbetskooperationen sammanfaller ägare och anställda. I konsumentkooperationen är ägare och kund samma sak.

Ett utmärkande drag i kooperativen är medlemmarnas och ägarnas aktiva medverkan, och kooperativa lösningar är ett sätt att låta dem som i första hand berörs av verksamheten driva den i egen regi.

Närmast berörda av hälso- och sjukvården är, vad jag förstår, brukare, patienter och personal. Brukarinflytande, som man talar mycket om i kommunal och landstingskommunal verksamhet, blir i en kooperativ verksamhet inbyggt i själva organisationen. Brukarinflytande har ju t.ex. i högsta grad föräldrarna i ett föräldrakooperativt dagis. I personalkooperativen, som de har kommit att kallas men som egentligen är arbetskooperation – de kallas personalkooperativ därför att det ofta har handlat om avknoppningar från offentlig sektor av personal –, tillgodoses personalens inflytande över verksamheten maximalt, eftersom de är anställda i och äger företaget. Allting som jag säger är naturligtvis inom de ramar och den lagstiftning som finns för verksamheten och de ekonomiska ramar som entreprenörerna har blivit tilldelade.

Man kan ju i princip tänka sig brukarkooperativ även inom hälso- och sjukvården. Men jag tror att vi har en lång väg dit. Ändå var det just den brukar- eller konsumentkooperativa modellen som vi började intressera oss för på Kooperativa Institutet. Det var för snart tio år sedan. Det kom sig genom kontakter som vi hade med konsumentkooperationen i Japan. Då blev vi medvetna om att det finns en hel del konsumentkooperativ hälso- och sjukvård i Japan. Man är alltså medlem i sin vårdcentral precis som man är medlem i Konsum – en hissnande tanke.

Numera vet vi att det finns kooperativa vårdcentraler och sjukhus i många länder. Det finns bl.a. i Spanien, Kanada och Amerika. Vi tog fram en modell

som skulle kunna fungera i Sverige för en sådan här konsumentkooperativ vårdcentral. Men den har inte haft någon större framgång. Det finns inget ”vårdcentralskonsum” eller något sådant – ännu ska jag väl tillägga. Trots alla de åtråvärda kvaliteter som kooperativa lösningar, som jag ser det, skulle tillföra hälso- och sjukvården har vi inte många exempel på kooperativa vårdcentraler eller kooperativa lösningar inom den delen av hälso- och sjukvården som jag har förstått att det här handlar om, alltså vårdcentraler eller slutenvård.

Antalet kooperativ – och då talar jag om ekonomiska föreningar, för det är så statistiken är upplagd på SCB – inom vård- och omsorgssektorn ökar. De har ökat med 332 stycken kooperativ under den senaste femårsperioden. Totalt finns det 1 109 ekonomiska föreningar inom det här vårdområdet, alltså inte bara inom hälso- och sjukvården tyvärr. Den ökningen ligger främst inom barnomsorgen.

Inom äldreomsorg, tandläkeri och handikappomsorg finns det betydligt fler kooperativ än inom den rena hälso- och sjukvården, om jag får uttrycka mig så. Vi känner bara till ett tiotal kooperativa enheter inom hälso- och sjukvården, alltså vårdcentraler och slutenvård. Fler finns det alltså inte. Vi måste naturligtvis fråga oss varför. Det finns 24 stycken kooperativa rådgivningsbyråer runt om i landet. Deras uppgift är att stödja grupper som vill starta kooperativ. Enligt dem är viljan stor hos vårdpersonalen, men stödet till dem räcker tydligen inte till. De grupper som rådgivarna möter som kommer från hälso- och sjukvården har ofta mycket goda professionella kunskaper på sitt område och goda idéer om hur de skulle vilja arbeta och utveckla t.ex. en vårdcentral. Men vad de ofta saknar är kunskaper om upphandling, ekonomi och annat som hör till entreprenörskap. Jag tror inte heller, utan att vara riktigt säker på det, att vårdutbildarna är speciellt alerta vad gäller att förmedla sådana kunskaper.

Då är det naturligtvis lättare om man har en stark vårdentreprenör i ryggen som har vana och kunskaper på de här områdena. Det gäller naturligtvis också den egna anställningen, som antagligen känns tryggare om man är landstingsanställd eller anställd av en stor vårdentreprenör.

Det finns förvisso solskensexempel på Kooperation inom hälso- och sjukvården. Vårdcentralen Akka i Västerhaninge är ett exempel. Den har funnits i många år. Det finns flera vårdcentraler som är kooperativa i Jämtland.

De som har startat de här verksamheterna har ett stort engagemang, en envishet och en uthållighet som man kanske inte kan förvänta sig att så väldigt många ska orka med vid sidan av sitt arbete inom vården i dag. Om man tillmäter de här småskaliga kooperativa alternativen en positiv betydelse för utvecklingen inom hälso- och sjukvården – vilket vi tror att de är – är mitt budskap att det krävs en större vilja och ett större engagemang från huvudmännens och upphandlarnas sida gentemot vårdpersonalen. Det krävs naturligtvis också ett stort mått av förståelse för de småskaliga entreprenörernas villkor.

Verkställande direktör Per Båtelson: Jag tackar också för inbjudan och för att jag får vara med och dela med mig av våra erfarenheter och synsätt på

mångfald och konkurrens inom hälso- och sjukvården. Jag tänkte bara inleda med en kort beskrivning av vilka vi är.

Vår mission, som har funnits med oss från början, innebär att vi ser oss själva som förnyare. Vi har perspektivet den enskilda människans förväntningar och behov. Vår vision är att bli en ledande aktör inte bara i Sverige utan i Nordeuropa, baserat på den kompetens och erfarenhet vi håller på att bygga inom de sju verksamhetsområden där vi finns i dag, med tyngdpunkten framför allt på öppenvården.

Det vi gör på årsbasis uttryckt i produktionstermer är över 2 miljoner konsultationer. Vi täcker in ungefär 1 miljon människor i olika typer av vårdavtal i dag, inte bara i Sverige. Vi har 4 500 anställda, varav 850 är läkare. Vi finns just nu i 29 medicinska specialiteter. (Bild 7) Slutligen vår geografiska spridning: Ungefär 35 % av vår verksamhet bedrivs utanför Sveriges gränser med tyngdpunkt i Norge och Danmark och sedan ett år tillbaka i England och Schweiz. Vi har också funnits med laboratoriemedicin i Polen i ett antal år. (Bild 8)

Jag umgås med anställda, politiker och tjänstemän, och jag träffar patienter. Många patienter skriver dessutom brev som berättar om hur det fungerar i verkligheten både hos oss och hos de offentliga vårdgivarna. Vi har varit aktiva under sju år och byggt en egen kompetens i stora delar av hälso- och sjukvårdsområdet. Vi är bekymrade över utvecklingen just nu, och jag vet att ni ställer er samma frågor som vi. Hur ska vi klara de ökade kraven från medborgarna på bästa möjliga hälso- och sjukvård med begränsade finansiella ramar? Hur klarar vi krav på ökad effektivitet och de framtida investeringsbehoven? Sverige har börjat tappa en del av den position som vi historiskt har byggt upp i europeisk hälso- och sjukvård, därför att vi investerar för lite. Hur hanterar vi patienternas upplevelse av försämrad tillgänglighet, bristande kontinuitet och en alltmer stressad personal? Varför får vi inte större genomslag för det vi kallar för *best practice*, alltså bästa metodik, trots att kunskapen finns och är dokumenterad? Och varför lägger vi inte större vikt vid den patientupplevda kvaliteten, för den mäts ju trots allt ganska brett i dag? En viktigt utgångspunkt för oss i vårt arbete är därför hur vi inom den privatproducerade, men offentligt finansierade, sjukvården kan bidra till den generella utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård.

Det finns många bilder av vår verksamhet – och av våra kollegers också för den delen – som förmedlas av medier, politiker osv. Jag skulle vilja ge några fakta i dag om vilka villkor vi verkar under och hur vi ser vår roll i svensk hälso- och sjukvård. Låt mig ta några exempel när det gäller områdena patient/kundnytta, resurser i sjukvården, personal, kvalitet och samverkan.

När det gäller patient- och kundnytta arbetar vi aktivt med att stärka patientens delaktighet och inflytande. Vi ser det inte som ett hot utan som en möjlighet. Ett starkt patientfokus och en övertygelse om att aktiva, mer välinformerade patienter bidrar positivt är utgångspunkterna i vårt utvecklingsarbete. Vi erbjuder effektiva och moderna koncept för hälso- och sjukvård, koncept som hittills har tilltalat beställare, ingett förtroende hos patienter och attraherat vårdpersonal. I dag arbetar vi t.ex. med nya heltäckande lösningar för patienter med diabetes eller patienter med bröstcancer. Vi organiserar

dessutom vår verksamhet så att vi undviker onödiga väntetider, onödiga remisser och återbesök. Vi samarbetar aktivt kring olika diagnoser med primärvård och även den högspecialiserade vården. Vi utvecklar också olika typer av IT-stöd, framför allt mot våra patienter.

När det gäller resurserna i sjukvården – visste ni att vi som privata producenter får betydligt mindre betalt än de offentliga vårdgivarna för samma vård, trots att vi håller minst samma kvalitet, trots att vi tar alla investeringar och ekonomiska risker och trots att vi har tak, ganska hårda tak, i våra avtal, dvs. vi får inte betalt för mer än den volym som beställaren faktiskt har beställt?

Det finns en missuppfattning i dag att vi som privata vårdproducenter driver kostnad och volym. I verkligheten är det tvärtom. Vi åtar oss att fördela en beställning jämt över året och att prioritera patienterna på medicinska grunder. Dessutom är det så att besparingarna för huvudmän och skattebetalare ligger på en nivå mellan 10 % och 20 % när privata producenter får utföra en del av vården, i vissa fall upp till 40 % där konkurrensen fungerar bra. Ett exempel är laboratoriemedicin här i Stockholm.

Vi kommer inte heller med negativa ekonomiska överraskningar, och vi stänger inte vår verksamhet i slutet av året för att pengarna är slut. Trots den lägre ersättningen går våra företag bra i dag. Vi låter vinsterna stanna i de verksamheter där de genereras. Vi investerar i en betydligt högre takt än svensk hälso- och sjukvård i allmänhet. Ett exempel på det är S:t Göran, där vi sedan övertagandet i december har mer än fördubblat investeringstakten.

Vi anser också att dagens ersättningssystem för både offentliga och privata producenter till en del är undermåliga. De baseras på ren åtgärd, t.ex. en knäoperation, helt utan någon koppling till det medicinska eller patientupplevda resultatet av ingreppet eller efterföljande komplikationer och kostnader. Vi är beredda och hoppas att utvecklingen går mot ersättningssystem där vårdresultaten får ett betydligt större inflytande över ersättningens storlek.

Vi har i dag en lägre personalomsättning och sjukfrånvaro än snittet, trots att vi följer de gängse kollektivavtalen. Detta i en tid då allt fler svenska läkare och sköterskor söker sig till Norge eller bemanningsföretag. Flera undersökningar, bl.a. från Kommunalarbetareförbundet, visar att personal trivs och utvecklas bättre i privat verksamhet. Vi arbetar med vinstdelning till personalen. Vi arbetar med trygga ledare under stabila, förutsägbara förhållanden i verksamhet som i storlek för ett resultatansvar har ett snitt på mindre än 50 personer.

Vi driver också en aktiv utveckling för att höja personalens status genom kompetensbreddning och nya karriärvägar. Framför allt ser vi till att befogenheter följer med delegerat ansvar så att ledarskap upplevs som meningsfullt och trovärdigt och att beslutsvägarna därmed också blir betydligt kortare.

Vi mäter själva kontinuerligt vår kvalitet. I mätningar av t.ex. patientupplevd kvalitet kommer vi ut bra i jämförelse med offentliga verksamheter. Vi såg bl.a. till att införa Pickermetoden i Europa som är det vetenskapligt bäst meriterade instrumentet för kvalitetsmätning som existerar i dag.

Andra mäter också vår kvalitet. Bure Hälsa och sjukvård vann Landstingsförbundets kvalitetsutmärkelse för svensk hälso- och sjukvård i fjol. Det var

för oss ett stort erkännande. I motiveringen från Landstingsförbundet stod det bl.a. att vår verksamhet lyckats skapa ett starkt patientfokus.

Vi arbetar med både ISO och andra kvalitetsstandarder, och vår laboratorieverksamhet är ackrediterad av Swedac. Den medicinska kvaliteten granskas regelbundet genom medicinska revisioner och naturligtvis beställarnas egen kvalitetsuppföljning. Vi vågar påstå att granskningen av oss är mer näringsgången än den som den offentliga vården utsätts för. Hela vår existens skulle hotas om vi inte levde upp till de lagar, krav och förväntningar vi har på oss.

Vi driver utveckling i samverkan med den offentliga vårdens aktörer, inte bara inom vårdutveckling och liknande utan också inom områden som IT. Tillsammans med Norrbottens läns landsting utvecklar vi nu ett totalintegrerat vårdstöd för öppen och slutenvård. Detta system, som i Norrbotten kallas för VAS och som vi kallar för Alfa, har bl.a. av Socialstyrelsen ansetts ligga fem år före övriga landstingssystem. Det finns flera aspekter på samverkan att lyfta fram. Vi blir över tid en allt viktigare brygga till internationell sjukvård genom vår närvaro i flera länder.

Slutligen vill jag säga någonting om de grundläggande principerna och poängtera att Bure Hälsa och sjukvård delar synen på de grundläggande principerna för en allmän hälsa och sjukvård, att sjukvården ska vara demokratiskt styrd, finansieras solidariskt och ges utifrån behov. Vi ser ingen konflikt mellan dessa principer och den verksamhet vi bedriver.

Min ambition med detta inlägg har varit att kortfattat ge exempel på mångfald och sund konkurrens aktivt bidrar till utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Sverige har inte råd att avstå från de möjligheter som seriösa, långsiktiga, privata aktörer, oavsett om det är kooperativ eller om det är större företag, kan bidra med för att ge patienterna bästa möjliga vård inom ramen för den offentliga finansieringen. Vi vet att vi, liksom våra kolleger och konkurrenter, gör ett bra jobb för patienter, personal och beställare. Tack för ordet.

Ordföranden: Tack. Då tar vi en paus fram till kl. 11.45. Det finns förfriskningar i rummet bredvid.

Ordföranden: Vi återupptar nu den offentliga utfrågningen. Det är Sören Berg, projektchef på Landstingsförbundet som står på tur. Vad jag förstår så avser ytterligare företrädare för Landstingsförbundet att tala sedan.

Sören Berg: Jag ska försöka ge en bakgrund till hur det ser ut i dag. Sedan följer ett slags lägesbild från landstingssektorn. Folke Schött och Elaine Kristensson lämnar sedan några politiska kommentarer kring det.

Jag tänkte visa några bilder och kommentera dem ganska raskt. Min ambition är att ge en bild av vad som händer i landstings- och regionsektorn och vad som diskuteras där.

Den huvudsakliga diskussionen rör den horisontella förskjutningen på bilden, dvs. att inom ramen för offentlig finansiering ändra balansen mellan offentlig och privat produktion av hälsovårdstjänster. (*Bild 9*) Det är också dagens tema. Men på sikt har vi även en diskussion som vi bara har snuddat vid i dag i vissa inlägg, och den handlar om förskjutningen vertikalt på bilden, alltså från offentlig till privat finansiering. I princip är detta två olika frågor, men det finns självfallet vissa beröringspunkter. Jag tror att de finns med i

diskussionen. Men jag kommer i princip att uppehålla mig vid den första, horisontella, förskjutningen.

Om man tittar på hur det ser ut i landsting och regioner, ser ni att den traditionella bilden är ganska välbekant. Vi har haft, och har fortfarande, en dominerande offentlig drift. Privat produktion har huvudsakligen varit koncentrerad till storstäderna. De senaste åren har det emellertid skett en del förändringar. För det första har det skett en generell ökning från låg nivå. Den särskilda ökningen ägde rum företrädesvis i mitten av 1990-talet. De senaste åren har det inte hänt särskilt mycket, om man ser till volymen av privatvården. Det har också skett en förskjutning från taxa till avtal, alltså ett ökat inslag av konkurrens och upphandling. På två ställen har väldigt stora förändringar skett. Det ena stället är Västmanland, där en stor del av primärvården, knappt hälften, har övergått i privat regi. Det andra stället är Stockholm, där man satsat mycket på flera olika vårdformer. Detta är följderna av politiska beslut, som alltså har fått genomslag.

Förra veckan gjorde vi en rundringning till flera landsting. I dag ser man en del trender som visar att man i många landsting gör bedömningen att det finns en ny typ av diskussion och att det finns ett ökat intresse. Jag skulle kunna karakterisera det som att man fått en mer pragmatisk inställning. Man tittar och värderar situationen utifrån konkreta för- och nackdelar. Vi vet också att det finns särskilda, politiskt initierade satsningar i de tre stora regionerna.

Av de hittills vunna erfarenheterna tror jag att man med bibehållande av en ganska stor objektivitet kan konstatera att entreprenaderna i huvudsak har varit framgångsrika. (*Bild 10*) En stor del av dessa erfarenheter kommer i och för sig från äldreomsorgen, men det finns också en hel del andra källor. Det finns konsultrapporter som Kommunförbundet beställt, och det finns erfarenheter från Västmanland och Stockholm. Jag tror att man kan säga att dessa entreprenader i huvudsak har varit framgångsrika. De är kostnadseffektiva, och de är minst lika följsamma gentemot uppdragsgivarna, vilket är intressant att peka på. Personalen är mer nöjd, och det finns inga generella tecken på lägre kvalitet.

Sedan finns det vissa problem. Det är kvalitetsproblem som har att göra med en alltför hård kostnadspress. Man kan diskutera om det finns någon skillnad i det avseendet eller om det rör sig om samma fenomen som uppträder i offentligt finansierad vård. Vi har också några exempel på orealistiska entreprenörer som helt enkelt inte klarar sitt åtagande. Det är ganska udda exempel, men det finns några stycken. Det blir dramatiskt om någon som har ett uppdrag kommer och säger att man inte klarar av att fullfölja det.

Man kan tänka sig en enkel bild av sjukvårdssidan. Det finns landsting som av tradition har bedrivit sjukhusvård och primärvård. Sedan finns det kommuner som har drivit äldreomsorg av olika sorter, hemsjukvård, hemservice och annat. Slutligen finns det enskilda som har finansierat en del annan hälso- och sjukvård. Det handlar om receptfria läkemedel, glasögon, tandvård och andra välbekanta saker. Det som nu sker och som har diskuterats väldigt mycket är en uppdelning av de här traditionella verksamheterna i mindre bitar. Man upphandlar sedan de olika bitarna, skapar på så sätt konkurrens

och får en större självständighet och en större dynamik i just de verksamheterna.

Diskussionerna handlar inte bara om vad som sker i de enskilda entreprenaderna utan också om vad som händer i systemet som helhet. Här är bilden lite mera komplex. För det första kan man konstatera att de väldigt tydliga, initiala kostnadsänkningarna inte har varit så lätta att upprepa, utan det handlar om ett slags engångseffekter. För det andra kan man konstatera att de inte heller alltid går att mångfaldiga. Några privata vårdproducenter har sagt till mig: Man är ju inte dum, utan man går först in på de områden där man ser stora potentialer. Det är inte säkert att potentialen är lika stor när man privatiserar större delar av verksamheten.

Transaktionskostnaderna blir i realiteten ganska höga. De stiger, eftersom det kräver lite mer att lägga ut verksamhet på anbud. Å andra sidan kan man säga att detta kan vara ett övergående fenomen, och det kan också vara ett led i att skapa en nyttig tydlighet som vi borde ha skapat tidigare.

I samband med entreprenörsbyten diskuteras också kontinuitetsfrågor. I bl.a. Gävleborgs län har man ställt inför frågan vad man gör när en entreprenör konkurreras ut av någon annan och patienterna upplever att de hade relationer till just de läkare som får flytta. Också Norge har erfarenhet av den problematiken.

En annan diskussion handlar om den innehållsmässiga och strukturella flexibiliteten. Det man vinner med avtalen är tydlighet. Men baksidan är att man kan förstärka tendenserna till revirbevakning. "Nu har jag minsann fått en femårsavtal, så nu ska ingenting få förändras under den perioden." Vad jag försöker redovisa är ett antal reflexioner och argument snarare än någon balanserad slutsats. Det finns ju även fördelar med detta, men vi upplever det som att vi snarast skapar en ökad revirbevakning. Därför måste vi skapa metoder för att få en innehållsmässig och strukturell flexibilitet också mellan entreprenörerna och under avtalsperioderna.

Ytterligare en annan fråga som diskuterats gäller motivationen och arbetsglädjen i egen-regi-verksamheterna. På en del håll har man problem med att veta vilken den övergripande verksamhetsidéen är – ska man finnas kvar i offentlig regi om nu alla ska konkurrensutsättas? Är det bästa man kan göra att bli privat, eller finns det någon särskild idé med att finnas kvar i den offentliga verksamheten? I några av de stora regionerna har man infört utmanarmöjligheter. Det innebär att anställda har rätt att gå bakom ryggen på sin chef för att försöka åstadkomma en avknoppning. Det kan innebära en väldig massa dynamik, men det kan också göra det svårt att vara chef när man har medarbetare som kan göra på det sättet. Detta diskuteras bland cheferna.

Den sista och kanske viktigaste punkten rör det som kallas marknadsvidgning, som Per Båtelson talade om nyss. Denna marknadsvidgning kan innebära en turboeffekt i frågan om det offentliga åtagandets gränser. Det finns bl.a. en intressant rapport om vinstdrivande vård, som SAF och Privatvården har givit ut. I den ges några exempel på framgångsrikt samspel mellan marknaden och privatvård. Slutsatsen av de exemplen är att man genom att föra in en privat producent och att säga att folk får betala för att få vissa tilläggstjänster till slut får medborgarna att kräva att också dessa tjänster borde ingå i skatteå-

tagandet. I dessa fall omöjliggörs en offentlig prioritering, och man tvingas gå tillbaka till en offentlig finansiering. Jag kan återkomma till detta, som jag uppfattar som en viktig fråga. Hur ser vi på att de här privata producenterna faktiskt vidgar utbudet? Det kan vara någonting positivt, men det sätter fingret på frågan vilket uppdrag vi egentligen har givit dem och vad som ska ligga kvar inom den offentliga finansieringen.

Det finns ett antal europeiska referenspunkter. (*Bild 11*) Om man jämför med Sverige kan man i korthet säga att privat vårdproduktion är väldigt vanligt. I många länder finns ett mer utvecklat regelverk, helt enkelt för att de har behövt det. Vi har inte haft så mycket privatvård, så vi har inte behövt så mycket regelverk.

Det finns också ett stort inslag av *non profit*-verksamhet, t.ex. nästan alla akutsjukhus i länder med offentligt finansierad vård. *GP's* i Storbritannien har också *non profit*-status. Men gränsdragningarna är inte alltid så enkla att göra, eftersom de t.ex. har möjlighet att investera i sina egna hus. Så gränsen mellan att ta ut vinst eller inte är inte alltid så tydlig i praktiken.

Ofta finns det ett slags valfrihetsmodell i första linjen och ett senare remissstävång. Det är mycket vanligt i Europa. Den modell som vi nu testar i Sverige med anbudsupphandling och begränsade avtalstider är mycket ovanlig. Vi gör något som är mycket ovanligt internationellt.

Vi kan också konstatera att det inte finns något entydigt samband mellan driftsform och kostnad, och det förs ofta likartade diskussioner som här, vilket bl.a. framgick av det Johan Calltorp sade här i början.

Det som nu diskuteras mycket bland dem som funderar över dessa saker är de komplikationer som finns. Problemet är att det verkliga nytänkandet och möjligheterna kanske inte ligger i att vi blir bättre i varje liten del. Den spännande utvecklingen finns kanske där det finns folk som vågar knyta ihop delarna på ett nytt sätt, t.ex. det som vi kallar äldreomsorg med det som kallas sjukvård. Det kanske är där de stora potentialerna finns att göra något som både är företagsmässigt och medborgarmässigt intressant. Frågan är hur vi ska klara av att göra det, så att vi inte bara får en inlåsnings och gör allt på samma sätt fast lite billigare. Det finns också privata aktörer som menar att det just är genom att skapa nya koncept som de kanske kan erbjuda någonting nytt.

Det finns olika utvecklingslinjer att följa. En utvecklingslinje som diskuteras mycket, bl.a. från SNS, är modellen där pengarna följer patienten. Man överför konkurrensen från upphandlingen till kundvalet. Ni känner igen det från diskussionen om äldreomsorgen i Stockholms kommun. En sådan modell förutsätter en åtskillnad mellan behovsbedömningen och vårdproduktionen, vilket ju går alldeles utmärkt i många fall men kan vara ganska komplicerat i andra sammanhang. Vid en hjärtinfarkt kan man inte först göra det ena och sen det andra. Man måste också på något vis hantera patientens kunskapsunderläge. Man diskuterar nu i vilken mån detta skulle kunna bli möjligt, och i så fall var, när och under vilka omständigheter.

Man diskuterar också hur uppdragsmodellen kan vidareutvecklas. (*Bild 12*) Det bygger mycket på dessa tankar: Hur kan landsting, kommuner och andra bli finansierare som stimulerar till nya, spännande koncept och ett nytänkande

som leder vidare? Jag vill bl.a. peka på den upphandling som har gjorts i Simrishamn i Skåne. Där ryms en hel del av den här diskussionen och man diskuterar olika lösningar och problem.

Här ska jag sluta, och jag överlämnar därmed ordet till Folke Schött och Elaine Kristensson.

Folke Schött (m): Jag heter Folke Schött, och förutom att jag sitter i några Landstingsförbundsorgan är jag landstingsråd här i Stockholm.

Om ett mål är att förbättra för patienten och sätta patienten i centrum, måste ett annat mål vara att kunna rekrytera, behålla och eventuellt locka tillbaka personal. Detta upplever vi som ett ökande problem i samtliga landsting i landet. Skattebetalarna ska ha valuta för sina pengar, och vi som politiker ska helst koncentrera oss på det som bara vi kan sköta. Jag är ju inte vald för att vara sjukhusdirektör, men icke desto mindre får jag så gott som dagligen frågor från massmedierna om varför man inte har sängar på Karolinska sjukhuset och varför patienter skickas hem. Jag säger: "Det vet jag faktiskt inte. Det måste ni tala med Karolinska sjukhuset om." Det handlar om en kulturförändring som det tar tid att få genomslag för.

Om det föregående var målen, så är medlen lite mer varierande: Stärk patienterna genom en vårdgaranti och genom att låta pengarna följa patienten. Förbättra för personalen genom att skapa konkurrens mellan olika arbetsgivare. Tillåt alltså avknoppning, handla upp av och tillåt privata entreprenörer. Vi vet att detta leder till större arbetstillfredsställelse och till att fler jobbar inom vården.

Jag anger LOU med ett frågetecken. Vi upplever nämligen att vi har problem med att upphandla sjukvård enligt den modell som lagen om offentlig upphandling föreskriver. Den är helt enkelt inte riktigt skriven för verksamheter där det inte finns en stor fungerande marknad från början i privat regi. LOU är egentligen skriven för att förhindra att kommuner på olika sätt konkurrerar ut privata bolag, och det förhållandet råder inte riktigt inom sjukvården.

Beställar–utförarmodellen handlar just om att vi ska koncentrera oss på vår roll som politiker och låta dem som är bättre skickade sköta produktionen. Som ett led i detta har vi inte bara sålt ett sjukhus – vilket möjligen någon har lagt märke till – utan även beslutat att bolagisera ett par av våra andra sjukhus för att tydliggöra deras fristående roll och gett dem en självständig ställning som producenter. Sedan är vår roll att göra upphandlingar av dem.

Detta var i korthet vad jag tänkte säga, och jag lämnar ordet till Elaine Kristensson.

Elaine Kristensson (s): Dagens ämne, mångfald och konkurrens inom hälso- och sjukvården, tänkte jag bara kommentera på följande vis. De flesta är överens om och inser att hälso- och sjukvården behöver förändras och utvecklas i takt med de medicinska rön som kommer i allt hastigare tempo och utifrån medborgarnas förväntningar och önskemål. En större mångfald kan vara ett redskap för att förändra och få in utvecklingsidéer i verksamheten. Det kan man naturligtvis åstadkomma på olika sätt.

Man kan stilla och lugnt konkurrensutsätta de utomstående vårdgivare som finns och pröva dem mot landstingets egen verksamhet. Det sker inte alltid på

det viset, men det är väl en bra metod, om man vill få fram de nya idéerna och kanske också få ut mer vård för pengarna.

Sedan kan man också avknoppa landstingets egen verksamhet och privatisera den. Där tror jag att man ska notera att detta är positivt, förutsatt att det är personal och medarbetare som känner att de vill pröva några nya idéer, som de kanske inte har fått utrymme för i den egna verksamheten tidigare inom landstinget. Däremot är jag oerhört kritisk till det tvång som förekommer på det här området. Jag tror att det här är ett sätt att åstadkomma en större mångfald förutsatt att det sker utifrån att det är personalens intresse för att starta eget som driver fram detta.

Sedan kan jag avslutningsvis bara säga att den allra viktigaste frågan när det gäller hälso- och sjukvård inte är vinster och överskott, utan hur vi tillsammans skapar de resurser som långsiktigt krävs för hälso- och sjukvården och hur det ska gå till. Ska det vara en prioritering inom sjukvården? Ska det vara en prioritering inom välfärdssystemet i stort? Eller ska det gå till på något annat sätt? Jag tror att vi också ska notera att vi ska vara måna om den gemensamma finansieringen och den omfördelade effekt som den har.

Ordföranden: Jag tackar samtliga företrädare för Landstingsförbundet.

Jag överlämnar ordet till statssekreterare Mikael Sjöberg på Socialdepartementet.

Mikael Sjöberg: Tack för ordet, och tack för inbjudan!

Som har blivit tydligt här i dag befinner sig svensk hälso- och sjukvård i en omfattande förändringsprocess. Nya behandlingsformer och läkemedel utvecklas. Dessutom förändras arbetskraften ganska radikalt, och utbildningsbakgrunden förändras. Deras värderingar förändras, och deras förmåga att hantera olika situationer förändras på grund av andra utbildningssystem och nya krav på de anställda. Hela samhällets teknikutveckling påverkar också sjukvården i stor utsträckning. Därför måste gamla strukturer och invanda arbetsformer omformas och se till att följa med i den här utvecklingen.

Den här utvecklingen kräver bl.a. att sjukvården hittar ett nytt arbetssätt med förändrade driftsformer och förändrade organisationsformer. Hälso- och sjukvårdens olika verksamheter bygger på att personalen har en hög kompetens och kreativitet. De jobbar ofta självständigt och har många gånger beslut att fatta på kort tid.

För att ge kreativiteten utrymme och främja innovationer måste hälso- och sjukvården utveckla stimulerande arbetsmiljöer. Sjukvården måste också bygga in kontinuerlig verksamhetsutveckling som en naturlig och oundgänglig del av sin verksamhet. Det är ingen lätt sak i en verksamhet som har så starkt tryck på sig att klara den dagliga verksamheten. Därför krävs det arbetsformer som frigör den enskildes och arbetslagets vilja och förmåga. Därför måste sjukvårdens ledning, organisation och arbetsformer utvecklas.

I detta arbete kan, enligt regeringen, olika driftsformer bidra med erfarenheter och nytänkande. Genom att bejaka privata, ideella och kooperativa entreprenörer främjas utvecklingen. Det ger enskilda och arbetslag möjlighet att utveckla sina tankar och idéer, och detta kan också i sin tur stimulera utvecklingen hos de offentliga utförarna.

Samtidigt som den här utvecklingen uppmuntras är det viktigt att kommersiella intressen inte tillåts ta överhanden och försvåra möjligheterna att upprätthålla de grundläggande principerna för den allmänna hälso- och sjukvården. Grunden, den s.k. allemansrätten, ska bevaras. Grunden är alltså en sjukvård som bygger på att den är demokratiskt styrd, solidariskt finansierad och ges utifrån behov.

I förhållande till den tidigare utvecklingen, då den offentliga driften kompletterades av privat produktion av mindre företag och organisationer, har det under 90-talet tillkommit nya inslag i utvecklingen av alternativa driftsformer, och vi ser en kraftig ökning av de privata alternativen inom flera kärnverksamheter.

Dessutom har en betydande förändring skett av företagsstrukturen på den privata marknaden för olika välfärdstjänster. Stora bolag och koncerner är i färd med att överta driften av vårdcentraler, sjukhus och sjukhem. Även inom skolor och daghem ser vi det här. Detta sker i en omfattning som ibland skapar monopolliknande förhållanden.

Många av de här företagen är verksamma inom flera kommuner. Vissa har också etablerat sig på den utländska marknaden. Några av företagen ägs dessutom av utländska intressen. Det här ska då jämföras med situationen på 80-talet och nästan hela 90-talet, då det ofta handlade om personal- eller föräldrakooperativ och där mycket av diskussionen kom från barnomsorg och skola.

Självklart kommer den här utvecklingen att få betydelse. Exakt hur företagsstrukturen kommer att påverka den framtida utvecklingen är svårt att överblicka, men skillnaden på ett föräldrakooperativ och ett multinationellt företag är tillräckligt stor för att mana till eftertanke. Inom flera områden kanske det räcker med medvetenhet och försiktighet, medan det inom andra områden kan krävas helt andra regleringar på grund av den förändrade omvärlden. Risken för oligopol och monopol måste särskilt observeras. Vi vill ju inte byta ett offentligt monopol mot ett privat monopol om vi tror att mångfalden är en del i effektiviseringen av den offentliga sektorn.

Sverige saknar, som vi tidigare har hört här, till skillnad från vissa andra länder regler för i vilka ägar- och driftsformer som sjukvården kan bedrivas. Det beror på att sjukvården helt har dominerats av den offentligt drivna vården, och då har regleringen tidigare inte ansetts nödvändig.

För att allemansrättens principer ska kunna upprätthållas, samtidigt som alternativa driftsformer släpps in i vården, är det nödvändigt att Sverige reglerar var i sjukvården privata intressen inte får förekomma, och då framför allt privata vinstintressen.

För närvarande gör vi bedömningen att det inte finns skäl att särskilt reglera driftsformerna i den öppna sjukvården. Däremot krävs det, enligt regeringens bedömning, regler för sjukhusvården. Sådan lagstiftning finns också i vår omvärld.

Det är framför allt fyra skäl som talar för att reglera sjukhusens driftsformer.

Det är en viktig princip att vården ges på rätt vårdnivå och att så mycket som möjligt sker inom primärvården, vilket också är en central ambition i regeringens arbete med den nationella handlingsplanen för sjukvården.

Sjukhusen ska så långt som möjligt stödja och verka för denna princip. Med ett ökat antal vinstdrivna företag kan denna princip kollidera med företagsekonomiska intressen, som leder till att de vill öka sitt patientunderlag och förbättra intäkterna.

Det är heller ingen hemlighet att det inom primärvården finns flera s.k. lätta patienter, som är attraktiva för vinstdrivande sjukhus med avtal baserade på patientbesök att få till sig, då de inte kostar så mycket per besök.

Forskning i USA visar att man får fördyrande kostnader i sjukvårdsområdet. Däremot är det viktigt att notera att det är sällan man ser fördyrande kostnader på det enskilda sjukhuset. Där är vår bedömning – och enligt den litteratur som finns – att det oftast är själva budskapet om att någonting ska konkurrensutsättas som leder till effektiviseringar. Det är inte alltid så att det är när utförsäljningen sker som effektiviseringarna uppkommer, utan hotet om förändring skapar nytänkande och högre krav på kostnadseffektivitet osv. Men i sjukvårdsområdet ser man i USA ökade kostnader.

Sjukhusen är en del av vår välfärdsinfrastruktur. Vi är helt enkelt beroende av våra sjukhus. Vad händer vid en konkurs? Vilket ansvar måste landstingen ta? Vilka ekonomiska utrymmen har man för det? Vad händer om ett landsting säljer ett eller flera av sina sjukhus och de senare, när de ska omförhandla sina vårdavtal, meddelar att de inte tänker ha lika stort avtal med landstinget? Vad händer om man vill använda 50–60 % av sin kapacitet till att operera åt andra finansiärer? Hur kommer landstingen att klara en situation där stora delar – vilket kanske inte är aktuellt i närtid men ändå är en risk som finns – av sjukhusen lägger sin kapacitet inte till landstinget utan till t.ex. försäkringsbolag eller andra privata finansiärer? Vilket ansvar och vilka möjligheter har ett landsting i dag att hantera en sådan situation?

Slutgiltigt fungerar inte kundbegreppet på sjukhus. Vår bedömning är att patienten aldrig kan vara kund i en mer traditionell marknadsekonomisk beskrivning, utan det är i så fall landstinget som är kund. Vissa saker hör helt enkelt inte hemma på marknaden. Det går faktiskt att föra principiella resonemang om marknaden är lämplig för precis alla uppgifter, och den verksamhet som bedrivs på sjukhus är icke förenlig med de marknadsmekanismer som finns.

Frågan om driftsformer rymmer både enkla och svåra avvägningar. Det svåraste är att det inte finns några enkla svar. Det finns inga vita och svarta svar att visa upp, inga vita och svarta lappar som kan visa vilket som är rätt och fel. Driftsformerna är nämligen ibland ett medel och ibland en principiell fråga. Man kan alltså ibland konstatera att driftsformen är ett medel som är relativt odramatiskt, eller åtminstone borde vara odramatiskt. Men ibland rör det viktiga principiella frågor, och det gör att debatten oftast blir mycket komplicerad att föra.

Många gånger riskerar dock frågan om driftsformer att få en alltför stor del av den sjukvårdspolitiska debatten. Viktigare frågor står på dagordningen, bl.a. vilket sjukvårdssystem vi vill ha, alltså vilket finansieringssystem vi tycker är lämpligt. Ett system byggt på allemansrättens principer eller ett försäkringsfinansierat system är väl den tydligaste skillnaden i motsättningar-

na där. Ibland kan jag uppleva att vissa gömmer sig bakom driftsformdebatten, när man egentligen har ambitionen att förändra hela sjukvårdssystemet.

Sjukvårdens utveckling har, som har beskrivits i dag, motsvarat högt ställda förväntningar fram till dagens läge. Även med 90-talets ekonomiska restriktioner har svensk sjukvård förmått öka både nivån och kvaliteten på en rad insatser. Enligt Socialstyrelsen ligger svensk sjukvård mycket högt i jämförelse med andra OECD-länder.

Vården har också förmått prioritera de äldsta, som både får vård för allt svårare akuta tillstånd och i allt större utsträckning erhåller planerade vårdinsatser. Därmed har en allt större andel av sjukvårdens insatser kommit att riktas mot allt äldre patienter. T.ex. har vanliga åtgärder för äldre som starr-, höftleds- och kranskärlsoperationer ökat kraftigt under 90-talet. Det betyder i sin tur att alltfler äldre människor genom insatser från sjukvården fått möjligheter att se och höra samt röra sig utan smärta.

Utvecklingen under 90-talet har alltså präglats av att alltfler får allt bättre vård, inte minst de äldre, som sagt var. Men genom den svaga samhällsekonomiska utvecklingen har sjukvårdens resurser inte ökat i takt med den medicinska utvecklingen, och det har lett till växande köer och försämrad kontinuitet samt till ett hårt tryck på personalen. Det innebär att det samtidigt finns skäl att vara nöjd, därför att alltfler får allt bättre hjälp, och skäl att vara missnöjd, därför att alltfler får avstå från hjälp på grund av den tekniska utvecklingen.

Det är särskilt viktigt att även under 2000-talets inledning garantera att de förbättrade behandlingsmöjligheter som ligger i den medicinska och medicinsk-tekniska utvecklingen fördelas efter behov, och inte minst till den växande gruppen äldre. Någon bättre garant för att det ska fortgå än att vi har en fortsatt solidarisk finansiering av vården finns inte. Det finns inte något vårdssystem annat än det som är byggt på allemansrättens principer som kommer att kunna fördela vården på det sätt som vi har sett sker i Sverige.

Därför är det viktigt att inte låta dagens tillgänglighetsproblem, som delvis har sin grund i en obalans mellan öppen och sluten vård, föranleda framväxten av ett nytt sjukvårdssystem, ett försäkringsfinansierat sådant.

Däremot måste vi, som sagt var, utveckla hälso- och sjukvårdens organisation för att klara morgondagens patienter, morgondagens behandlingsterapier och morgondagens anställda. Om vi inte lyckas med det kommer det misslyckandet att vara orsaken till att ett nytt, försäkringsfinansierat sjukvårdssystem kan växa fram i Sverige.

I regeringsförklaringen den 14 september 1999 uttalades bl.a. att en mångfald av alternativa driftsformer i sjukvården bejakas, men att svenska sjukhus inte ska drivas utifrån privat vinstintresse. Arbete med denna inriktning pågår för närvarande i Regeringskansliet.

Ordföranden: Jag tackar Mikael Sjöberg och alla som har bidragit med intressanta inlägg, informativa och kunskapshöjande.

Jag öppnar nu för frågor. Jag har redan en lång lista, och jag börjar med att lämna ordet till Susanne Eberstein.

Susanne Eberstein (s): Jag har först en fråga till professor Söderström. Sverige är ett litet land, och marknad och konkurrens fungerar inte alltid en-

ligt läroböckerna just därför. Jag undrar då om professorn ser några tecken som tyder på att konkurrensutsättning av sjukvården i Sverige skulle kunna leda till ett nytt monopol, fast ett privat sådant.

Jag har också en fråga till direktör Båtelson. Jag undrar om S:t Görans sjukhus tar emot alla patienter och inte hänvisar några vidare.

Lars Söderström: Sverige är litet, men det är inte så litet att det bara finns plats för ett sjukhus. Man kan mycket väl ha konkurrerande enheter. De kan finnas på flera ställen. Det kan organiseras på många olika sätt. Jag tror inte att det skulle bli ett monopol.

Däremot får man naturligtvis komma ihåg att på en liten ort kan valmöjligheterna vara så små, i Norrland t.ex., att man inte har så många sjukhus att välja på. Men det har man inte i dag heller. Man får se till, med hjälp av kvalitetskontroller och annat, att man inte hamnar i en svår situation.

Det som är viktigt, om man vill ha mångfald, är att skapa en miljö för mångfald och se till att ersättningssystemen fungerar, att de genererar de incitament som man vill befrämja och ingenting annat, samt att etableringsmöjligheterna är sunda. Det ska man arbeta på, och lära sig att skriva kontrakt. Missar man det är jag inte alls någon varm tillskyndare av konkurrens. Men om man klarar de här punkterna och villkoren för konkurrensen tror jag inte att det finns något bättre system.

Per Båtelson: Svaret på frågan om S:t Göran är att vi självklart tar emot alla patienter. Vi har ju lämnat en garanti till Stockholms läns landsting att producera de 29 000 DRG-poäng som vi får ersättning för. Producerar vi mer får vi dock ingen ersättning.

Vad vi gör aktivt, eftersom de här inte räcker till för att klara efterfrågan, är att mer och mer försöka jobba med primärvården, t.ex. genom att specialister från sjukhuset åker ut till primärvården och gör en del utredningar där för att, som någon var inne på här tidigare, undvika att man vårdar folk på fel vårdnivå.

Chris Heister (m): Jag tänkte ställa två frågor. Men inledningsvis vill jag konstatera, mot bakgrund av vad statssekreterare Mikael Sjöberg sade, att det råder inget tvivel om att alla i den här salen står för en solidarisk finansiering av sjukvården. Det förslag som vi har med en allmän obligatorisk hälsoförsäkring är en solidarisk finansiering, som innebär att resurserna följer patienten och därmed stärker patientens ställning i sjukvården. Det kan också statssekreteraren ta del av om han läser våra partimotioner.

Det andra som jag tror är viktigt att konstatera är att vi har väldigt stora olikheter i dag när det gäller sjukvård i olika delar av landet – någonting som Socialstyrelsen också varnar för. Det tog också Lars Söderström upp. Jag tycker att det är intressant, just detta att få man ökad mångfald och ökad konkurrens minskar skillnaderna.

Nu kommer jag till mina två frågor. Den ena frågan utgår från detta som statssekreteraren tog upp och som finns i den departementspromemoria som Socialdepartementet har tagit fram inför sin proposition, där man säger att det är viktigt att kommersiella intressen inte tillåts ta överhand och försvåra möjligheterna att upprätthålla grundläggande principer för en allmän hälso- och sjukvård och då bl.a. vård efter behov. Det är det jag tänker uppehålla mig

kring. Samtidigt säger man att det är viktigt med ökad mångfald och konkurrens och att man vill tillåta vinstintressen i primärvården och när det gäller psykiatrisk öppenvård och omsorg.

Det som jag tycker är intressant i detta sammanhang är att i de verksamheterna finns de verkligt svaga grupperna, de som inte har möjlighet att efterfråga utan många gånger har svårigheter att komma till. Då förstår jag inte riktigt logiken från statssekreterarens och Socialdepartementets sida. Mångfald och konkurrens är bra för att utveckla verksamhet; det tycker man är bra i primärvården, där de svåra uppgifterna finns. Men när det gäller akutsjukvården säger man nej. Jag förstår inte denna boskillnad. Samtidigt har man t.o.m. anslagit mer resurser just till primärvården och den psykiatriska vården och omsorgen därför att man tycker att de verksamheterna är viktiga. Där tillåter man då mångfald och konkurrens, men man gör det inte för akutsjukvården.

Den slutsats jag drar, som jag skulle vilja att statssekreteraren kommenterade, är: Anser inte statssekreteraren att akutsjukvården behöver utvecklas, och är det därför man vill lägga detta tanke- och utvecklingsförbud som det de facto innebär att säga nej till de möjligheter som i dag finns?

Den andra frågan gäller den diskussion som har pågått länge, och det handlar om definitionen av akutsjukhus. Man säger i promemorian också att det ska vara möjligt att hyra in och alltså anlita personal från vinstdrivande företag. Man säger att delar av verksamheten kan drivas i vinstintresse på ett sådant sjukhus. Det jag skulle vilja fråga, för att få veta hur ni resonerar, är: Om man tänker sig att den planerade elektiva vården skulle kunna drivas i ett vinstdrivande företag, medan akutsjukvårdsdelen inte skulle göra det utan skulle vara landstingsägd, innebär det att det är bara fastighetsbildningen som avgör om de inte ska få driva den här verksamheten som ett aktiebolag eller om man ska förhindra den möjligheten? Just den här definitionen, hur man ser på detta, är viktig. Om man ska införa en lagstiftning med den långtgående inskränkning som det innebär måste man veta vad det handlar om och också inse konsekvenserna av det.

Mikael Sjöberg: Det var ett ganska omfattande frågebatteri, inte minst kring vår promemoria. Jag vill först säga att jag inte nämnde någon speciell som vi bedömer har avvikande uppfattningar om en solidariskt finansierad vård.

Sedan tycker jag att det är viktigt att understryka att vi från Socialdepartementets perspektiv är positiva till alternativ och till olika typer av driftsformer. Det som är det svåra i den här frågan är att avgöra om det finns gränser för när det här övergår från att vara enbart en hjälp till organisationsutveckling och konkurrensutsättning till att också hota någonting. Det enklaste är alltid att säga att saker och ting är vita eller svarta.

När vi har gjort den analysen har vi kommit fram till att det finns en sektor inom svensk hälso- och sjukvård, nämligen akutsjukhusen, där vinstintresse icke är förenligt med upprätthållande av den svenska sjukvårdsmodellen. Vi skulle med glädje se fram emot t.ex. att ytterligare sjukhus inom det offentliga bolagiseras, att det finns kooperativ som tar över eller t.o.m. att ideella organisationer driver sjukhus. Vi är inte på något sätt emot att det sker en utveckling även av driftsformer inom sjukhusen.

Orsaken till att vi försöker hitta en reglering som håller borta vinstintresset är bl.a. de fyra punkter som jag nämnde i mitt anförande. Därutöver är vår bedömning att just primärvården, som ofta är småskalig och kunskapsintensiv men har ganska låg investeringsvolym i både lokaler och instrument jämfört med ett sjukhus, är särskilt lämpad för småskalig drift. Där tror vi att vi har möjlighet att via alternativa driftsformer än de traditionella huvudmännen få fram utförare som kan erbjuda den här småskaligheten.

Det här sammantaget gör att vi tror att gränsdragningen bör ligga just vid att akutsjukhus icke ska drivas med vinstintresse.

Det här är ingen idé som är som den vore nedkommen från himlen. Det här är en situation som vi vet att stora delar av Europa, åtminstone där man har offentligt finansierade system, lever under. Det är svårt att ute i Europa i dag hitta helt privata akutsjukhus. Vi har alltså inte konstruerat den här idén själva. När vi funderade på det här studerade vi särskilt Europa och Kanada, även i viss mån Nya Zeeland.

Det sista som jag uppfattade i frågebatteriet handlade om gränsdragningen inne på sjukhuset. Där är vår preliminära uppfattning – vi får se när vi kommer med propositionen alternativt lagrådsremissen – att det är driften av sjukhuset som ska behållas. Däremot kommer det att vara ganska stor möjlighet att inom ramarna, när det gäller det som är självklart, som den tekniska servicen osv., ha det på entreprenad, men även att ha olika delar och olika verksamhetsinriktningar på sjukhuset på entreprenad. Den exakta fördelningen är vi inte klara på. Vi tror att det viktiga är att landstingen försäkras sig om att ha den demokratiska kontrollen och den demokratiska makten kvar över sjukhusen.

Conny Öhman (s): Min fråga tar sin utgångspunkt i det här med kostnadskontroll. Vi har ju en erfarenhet här i landet av vad som händer när man inte har kostnadskontroll över samhällsekonomin. Alla entreprenörer och avtalslutande parter vill ha långa avtal, på tre år, fem år eller ännu mer. Om man då låser volymer och priser och innehåll i den typen av avtal, och förväntningarna sedan inte infrias så att man kan få det resurstillskott till vården som vi alla kanske önskar, vad händer i ett sådant läge för den som till syvende och sist ska svara för kostnadskontrollen i systemet? Frågan riktas till både Landstingsförbundet och ekonomiprofessorn.

Folke Schött (m): Jag är inte riktigt säker på att jag fullt ut ser det problem som Conny Öhman tar upp. När vi har träffat avtal, framför allt med utomstående vårdgivare, har vi så småningom upptäckt att det är rätt angeläget att ha en viss längd på avtalen. Ettåriga avtal är det vansinnigt att ha, för det skapar ingen trygghet i verksamheten. Vi har landat på att femåriga avtal är rimliga. Det innebär naturligtvis att vi inte helt och hållet kan lägga ned den verksamheten inom femårsperioden, utan vi får ha en viss långsiktighet i planeringen. Däremot har vi i både avtalet med Bure om S:t Göran och andra liknande avtal klausuler om att rullande kunna omförhandla. Men det kräver naturligtvis att vi är överens med den motpart vi har för att kunna göra det.

Lars Söderström: Det som gör kostnadskontroll till ett viktigt ämne är att man i sjukvården har en s.k. tredjepartsfinansiering, dvs. antingen skatter eller försäkringar, men det är mycket sällan och i mycket liten omfattning patien-

ten själv som betalar. Det betyder att man på något sätt måste sätta en gräns för hur mycket man kan konsumera.

Där arbetar vi med köer och med olika metoder. Utomlands finns det andra modeller också. Det är t.ex. HMO-systemet, där man definierar en kostnad per patient, där patienterna går in och det sker en upphandling från primärvårdens sida, och ansvaret för kontrollen ligger på HMO. De använder konkurrerande sjukhus. Det är den tyska modellen, där man arbetar in poäng. Man sätter alltså en summa som ska användas under det kommande året. Man låter producenten arbeta med poäng, och sedan avgör man vid årets slut hur många poäng man har och hur mycket varje poäng är värd, och sedan fördelar man det hela.

Då lever producenterna under en viss osäkerhet, och de gillar inte detta. Men det är alltså en modell för kostnadskontroll där man kan tillåta att det är fritt fram. Man behöver inte ha köer till olika vårdinrättningar. Vi har i Sverige i huvudsak förlitat oss på köer för att hålla tillbaka det hela.

Det finns många modeller för detta. Jag tror att man ska försöka snegla lite på både HMO och den tyska modellen för att förbättra det svenska systemet och få in fler nyanser i detta.

Johan Calltorp: Kort om kostnadskontroll: Vi har ett uppenbart problem med vårt traditionella system i den offentliga sektorn. Jag tror att avtal och kontrakt med externa parter och med interna parter är en hjälp på vägen för att uppnå kostnadskontroll.

Poängen i det jag var inne på i mitt inledningsanförande var att kostnadskontrollen kan hotas om vi får in en mångfald av finansieringskällor. Det är vad USA lär oss. Principen är *en* fast finansiering, och det kan vara skatt eller försäkring. Man kan kommentera de ideologiska skillnader som finns där. Det ska vara fast finansiering via någon finansieringskälla. Sedan kan man mycket väl inom den ramen ha avtal och konkurrens. Konkurrensen inriktar sig inte på att öka finansieringen, utan på att utveckla bättre service och högre kvalitet.

Sören Berg: Jag vill bara kort tillägga att det finns en diskussion kring dessa frågor bland dem som professionellt agerar som sjukhusdirektörer, klinikchefer och annat därför att dessa frågor är komplicerade oavsett hur man gör. Läkemedel har vi traditionellt finansierat på det sättet att tillkommande läkemedel har betytt tillkommande kostnader. Direkt sjukvård finansierar vi på ett sådant sätt att tillkommande möjligheter ska inrymmas inom en fast budgetram. Det har också lett till köer och en del andra problem. Man kan säga att båda dessa metoder har haft sina uppenbara problem. Det ena leder till en väldigt snabb kostnadsstegring, och det andra leder till en resursbrist. Hur man än vänder och vrider på det finns det mycket som talar för att det är en komplicerad fråga som inte har funnit sin slutgiltiga lösning.

Leif Carlson (m): Fru ordförande! Jag har ett par korta frågor. Det sägs ofta att konkurrens och valfrihet riskerar att öka skillnaderna i tillgång på vård mellan olika socialgrupper, dvs. att allemansrätten skulle hotas på det sättet. Är det på det sättet är det naturligtvis en allvarlig invändning. Finns det någonting som stöder att det verkligen är på det sättet, eller är det så att tillgången är lika god även vid konkurrens, valfrihet och privatiseringar? Jag tänkte

närmast på professor Lars Söderströms genomgång av forskningsrapporter. Det var den ena frågan.

Den andra är följande. Johan Calltorp pratade om Kanada, och jag har en känsla av att vi rör oss något åt det hållet. Kanada är intressant. Där har man regler för ersättningar. Kanada har också ett problem som vi har, nämligen besvär med tillgång och med köer. I dessa yttersta av dagar har det lett till att Alberta har infört en förändring, dvs. att man med offentliga medel även nu ger pengar till dem som driver privat verksamhet med vinst helt enkelt för att effektivisera, få bort köerna och få ökad tillgänglighet. Med tanke på vad Johan Calltorp sade och på att han kan Kanada väl undrar jag om han har några reflexioner kring detta. Finns det något som vi kan lära av den utvecklingen? Problembilderna är rätt lika.

Lars Söderström: Det kom en avhandling i vintras som innehöll en del sådana saker. Det var två studier som hade med utnyttjande av vård att göra. En gällde i huvudsak engelska data, och där konstaterades att man trots, eller tack vare, de många reformer som har skett under de senaste 20 åren inte har sett någon förändring i tillgängligheten för olika grupper.

Det finns en svensk studie som gäller Värmlands län, där man klart kan iakttä skillnader. Högutbildade personer i högre inkomstlägen har med de mått man använder bättre access till sjukvård. Där finns en selektering. Det är i dagens system.

Johan Calltorp: Kort om Kanada: Jag uppfattar att vårt sjukvårdssystem rör sig åt det hållet. Då menar jag större regioner med ett ansvar för finansieringen. Man har formellt ett försäkringssystem. Vi kan debattera det. Det är en skattefinansiering, men det är formellt ett försäkringssystem. Man har en mångfald av vårdgivare som är ganska strikt reglerade.

Jag var i min inledning inne på att man också har privata försäkringar, men det är väldigt noga reglerat vad de får täcka. Man blandar inte in det som det basala vårdutbudet – kalla det skattefinansiering eller försäkringsfinansiering – ska täcka. Det är väl en allmän uppfattning att grunden för att hantera köer och öka prestationerna är att man tydliggör vad som är uppdraget för vårdgivaren, sjukhusdirektören och vårdorganisationen. Det gäller pengarna, uppdraget och en maximal press på att åstadkomma produktivitet. Det jag varnar för är att blanda finansieringssystem. Det leder till minskad effektivitet. Det är en aspekt framåt i tiden. Det handlar inte om dagens skattefinansiering eller ett alternativ, utan det handlar om att renodla finansieringen och sedan, inom ramen för den finansieringen, ha en mångfald.

Jag känner inte till det du beskrev om Alberta. Varje system har sina problem. Kanada har ju också ett ekonomiskt hårt pressat vårdssystem. Det finns inga genvägar där. Det jag vill säga kopplat till det är att frågan om vinst inte är så enkel, om man nu får diskutera en väldigt laddad politisk fråga. Om jag förstår Lars Söderström rätt har han beskrivit att det inte är någon större skillnad i beteende mellan vinstdrivande vårdföretag och andra vårdföretag om man ser på den amerikanska sjukvårdsmarknaden. Det är kanske inte grundfrågan. Vi har också problem med gränsdragningen slutna vård-öppen vård. Mikael Sjöberg är ju också inne på det.

Kärnfrågan är hur vi beskriver vårdbehovet och kravet på entreprenören om vi har ett system med flera entreprenörer. Det är svårt, tror jag, att bygga upp definitionerna enbart på vinstfrågan, även om den är viktig. Som jag uppfattar det är den viktig, vill jag tillägga, när man kommer längre ned i sjukvårdssystemet och när styrningen inom en organisation – läkare och sjuksköterskor – möter patienterna. Hur det interna systemet är upplagt är väldigt viktigt. Om man har en prestationsbetalning som läkaren eller sjuksköterskan får beroende på hur han eller hon agerar och om denna görs väldigt skarp och hård kan man skapa etiska problem och konflikter. Den typen av frågor är mera generella. Man kan å ena sidan säga att ett vinstdrivande sjukvårdsföretag är pressat att ha hårdare sådana krav. Å andra sidan kan man säga att de etiska konflikterna blir minst lika stora på grund av den interna styrning vi har i vårt nuvarande offentliga system.

Jag har sett vinstdrivande vårdssystem i USA som använder väldigt enkla intressanta mekanismer för att åstadkomma produktivitet. Jag har sett andra icke vinstdrivande vårdssystem som använder drivkrafter internt som jag tycker verkar tveksamma. Min kommentar till den frågan – att det inte är så enkelt – är ingen politisk kommentar. Men resonemanget om vinst eller ej är inte så enkelt. Det handlar om de interna styrsystem vi bygger upp, oavsett om det är ett vinstdrivande företag, ett offentligt finansierat system eller ett försäkringssystem.

Rolf Olsson (v): Jag har två frågor. Den första går till Mikael Sjöberg, som var inne på risker med monopolutveckling. Jag skulle vilja peka på utvecklingen i äldrevården här i Stockholm, där tre stora utförare numera dominerar verksamheten. Det är svårt att tala om att mångfalden fungerar. Min fråga är hur Mikael Sjöberg ser på hur man kan undvika en sådan utveckling. Vi kan t.ex. jämföra med primärvården framöver. Det ter sig i dagens läge kanske avlägset, men jag skulle ändå vilja veta om Mikael Sjöberg ser några styrmedel för att undvika en sådan utveckling. Det var den ena frågan.

Den andra frågan går till Johan Calltorp. Jag skulle vilja höra några tankar kring folkhälsoarbetets ställning i en framtid med ett stort inslag av konkurrensutsättning. På en av dina sista bilder hade du med ett inslag av förebyggande arbete och folkhälsoarbete i en utveckling med konkurrensutsättning, upphandling och prispress. Finns det några risker för att det förebyggande arbetet inte platsar i en sådan utveckling? Blir folkhälsoarbetet en angelägenhet för andra områden än hälso- och sjukvård? Det är min fråga.

Mikael Sjöberg: Om vi skulle hamna i en situation där så pass många landsting anammar tankarna om att vara betydligt mera fria i sitt utövande och ta in alternativa entreprenörer att det skulle leda till en monopolsituation inom primärvården är det klart att vi har fått en olycklig utveckling. Vi är inte ute efter att byta det offentliga mot ett privat monopol. Min bedömning är dock att det ligger väldigt långt fram i tiden. På både kort och medellång sikt är det snarare så att vi, bortsett från i ett antal landsting, kommer att se en ganska försiktig öppning mot andra entreprenörer.

Skulle vi däremot hamna i en sådan situation att vi har en monopolmarknad inom primärvården är min bedömning att det kommer att föras en relativt intensiv diskussion både i riksdag och i regering och även i Landstingsför-

bundet. Det går inte att förutse exakt vad som kommer ut av en sådan diskussion, men jag tror att det är mycket avlägset. Det är betydligt större risk för monopol och andra situationer inom andra offentliga verksamheter, som vi säkert också då får hämta erfarenhet ifrån. Det är där vi ser problem inom t.ex. äldreomsorg.

Jag vill bara i de olika diskussionerna vi för understryka att även stora företag – vi har Bure och andra – ändå än så länge är till förtjänst för de offentliga utförarna inom sjukvården. Vi ska ha klart för oss att vi har nytta av de privata, ideella och kooperativa utförarna i dag och att det är långt till att de skulle vara ett problem.

Johan Calltorp: När de gäller folkhälsoarbetet kan jag säga att det är långsiktigt och annorlunda till sin karaktär jämfört med mycket av det vi talar om här. Min uppfattning är att det måste finansieras på delvis annorlunda sätt. Hur vårdsystemet än utvecklas tror jag att vissa delar måste anslagsfinansieras för sig, skilda från konkurrenssituationen. Det hindrar inte den beställarutförar-modell som jag ser framför mig som väldigt mycket av nyckeln. Finansiären beställer akutvård, geriatrik, primärvård, osv. Finansiären beställer också folkhälsoarbete, specificerar de krav man vill ställa på organisationen som ska utföra arbetet och sätter upp resultatmål.

Beställar–utförar-modellen är inte på något sätt otjänlig när det gäller att beställa folkhälsoarbete. Generellt är det så att vi kommer att ställa ökade krav på folkhälsoarbetet när det gäller att redovisa metoderna man använder och resultaten man uppnår. Vad är det? Vad betalar vi för? Vad är det vi får ut för pengarna?

Det är svårt att tänka sig på en totalt öppen konkurrensmarknad. Där kommer det långsiktiga alltid att ha svårt att klara sig. Det är därför jag talar för en modell med en samlad finansiering av något slag – skatter eller det vi kallar försäkring – och sedan en mångfald inom den ramen.

I samband med diskussionen om mångfald, som väl alla bekänner sig till, finns det ett intressant problem i Sverige. Vi har för få institutioner som står utanför det offentliga och som kan agera organisatörer av sjukvård. Det kooperativa är intressant. Om man går till kontinenten – Holland, Tyskland – ser man att där av tradition finns vad som på engelska kallas *voluntary hospital*. Det är ideella stiftelser, osv. Vi saknar det. Vi har folkrörelserna, men de har inte drivit sjukhus eller sjukvård. I Tyskland, Holland och England finns det en större mångfald. Det är intressant. Vi får kanske en paradoxal och väldigt snabb övergång i Sverige till internationella aktörer med mycket kapital bakom sig. Det är en förklaring till att vi kommer att få börsnoterade vårdföretag – det första, Carema, nu i sommar och det andra, Bure, i höst – väldigt snabbt. Det ligger ingen värdering i det, men det hänger ihop med den historiska struktur vi har i Sverige.

Lars Söderström: När det gäller folkhälsoarbetet är det klart att den enhet som lättast kan sköta detta är primärvården. Hur skapar man då incitament för det i primärvården? Jo, det gör man genom att man skapar ett totalt kostnadsansvar för de patienter – de medlemmar – som finns på vårdcentralen. HMO-systemet har exakt den uppbyggnaden. Sedan kan man göra upphandling av sjukhustjänster och specialisttjänster runtom i landet. Om de ska ha den ena

eller andra driftsformen är sekundärt. Det primära är att primärvårdsenheterna har ett totalansvar för individernas hälsa och kan göra en korrekt avvägning mellan olika insatser.

Kenneth Johansson (c): Eftersom det för snart sex månader sedan var jag som tog initiativ till denna hearing vill jag säga att redovisningen har varit alldeles utmärkt, precis som också ordföranden har framfört. Mångfalden är utomordentligt viktig, liksom att vi får bort de hinder som finns och stimulerar och tar fram de åtgärder som vi kan plocka fram för att få ökad mångfald.

Jag har två frågor. Den första frågan riktar sig till Bure Hälsa och sjukvård och Kooperativa Institutet. Skulle ni ganska konkret kunna peka ut några av de omedelbara hindren – inte de politiska, för vi vet var *de* finns, utan de administrativa och juridiska hindren – för att stimulera mångfald? Kan vi få stöd och hjälp när det gäller att göra ett embryo till ett handlingsprogram i den delen?

Den andra frågan går närmast till Mikael Sjöberg. Det handlar om det som Chris Heister tog upp, dvs. definitionen av akut sjukvård. Ska man tolka Mikael Sjöbergs svar så att ett demokratiskt fattat beslut om att ett sjukhus ska lägga ut ett labb eller en röntgen på entreprenad är i linje med den proposition som är under utarbetande? Skulle exempelvis Lundby sjukhus i Göteborg, för att vara väldigt konkret, kunna inrymmas i de tankar som finns på Socialdepartementet i den delen?

Per Båtelson: Det krävs egentligen lite eftertanke för att svara på en så viktig fråga, men jag tyckte att det var intressant att Sören Berg noterade att hastigheten eller tempot i konkurrensutsättningsprocesserna verkar ha avtagit de senaste åren. Det är också vår erfarenhet. Jag tror att en del av denna problembild hänger ihop med att det saknas tjänstemannakapacitet för att hantera dessa frågor och att regelverken egentligen inte är tillräckligt klara för att man ska kunna förenkla hanteringen på ett bra sätt och göra det tryggare för framför allt mindre entreprenörer att ge sig in på detta.

Jag tycker också att det finns bekymmer som har att göra med lagen om offentlig upphandling. Det finns en slags rädsla både hos politiker och tjänstemän i dag i förhållande till tillämpningen av den lagen. Jag tror också att entreprenörer är räddare i dag än vad de var för några år sedan för att ge sig in i detta med den ökade politisering som finns av dessa frågor. Det vet jag inte riktigt hur man ska hantera.

Ulla Loord-Gynne: Jag kan i princip instämma i det. Vi har ibland tittat på vad det finns för hinder och kunnat konstatera att det egentligen inte finns några juridiska hinder för att det ska bli mera Kooperation på något område i samhället. Om man tar hälso- och sjukvårdsområdet tror jag att det är så som jag nämnde tidigare, dvs. att det är de tänkta entreprenörerna som helt enkelt inte har kraft att komma fram i systemet när det gäller upphandlingsförfaranden, att sitta i förhandlingar osv. Där tycker jag att det vore på sin plats att vi från Kooperationen också är lite självkritiska. Jag tänkte speciellt på det när någon sade att det inte finns några starka organisationer som tar på sig att vara entreprenörer och bygger vidare på välfärden. Där kan jag nog tycka att vi själva inom Kooperationen kunde göra mera för att ta ett kliv framåt och visa oss som entreprenörer.

Det finns för oss en paradox i det att Kooperationen ska byggas underifrån av de människor det berör. Det skulle på något sätt kännas fel att komma med färdiga modeller och koncept ut till dem som ska göra det.

Mikael Sjöberg: Först vill jag understryka att vi är inne i ett beredningsläge när det gäller denna produkt, så det går inte att svara alldeles precist. Om man tittar på den promemoria som var ute på remiss och på hur vi själva tolkar den vill jag säga att det skulle vara möjligt att lägga ut det labb du efterfrågade på entreprenad om sjukvårdsledningen så önskar.

Huruvida enskilda sjukhus skulle omfattas eller inte vill jag inte kommentera. Vi har en relativt bra bild av det, men jag vill inte här kommentera enskilda sjukhus. Jag vill ändå understryka att det åtminstone inte i promemorian – där finns inga som helst förändringar – framställs som en retroaktiv lagstiftning. Den frågan får både jag och andra på Socialdepartementet relativt ofta, så det kan finnas anledning att understryka detta.

Jag ska jättkort nämna att just de administrativa hinder som Kenneth Johansson efterfrågar – hur de ser ut och om de finns – är också vi ibland nyfikna på. Vi har många gånger försökt att föra resonemang med olika intresseföreningar och företag för att hitta dem. De är inte alldeles enkla att identifiera. Det verkar inte vara så många hinder av det slaget.

Lagen om offentlig upphandling dyker dock upp i många av de samtal vi har. En utredning har tittat på den delen. Det jag bara som allmän upplysning vill skicka med till alla här inne är att lagen om offentlig upphandling bygger på ett EU-direktiv. Det finns all anledning att ha i minnet att vår handlingsfrihet kring den lagstiftningen är, om jag uttrycker det försiktigt, något begränsad.

Lars Gustafsson (kd): Jag tycker att det har framkommit ganska klart att det finns en risk för att medborgare inte kommer att anse sig få den vård de önskar och som de betalar för. Många talare har påpekat att det är en uppenbar risk i framtiden. Vem som är vårdgivare är inte heller det primära, utan det är att man får den vård man efterfrågar. Många av talarna har också sagt att mångfald skapar konkurrens och utveckling av kvaliteten, oavsett om det är privat eller kooperativ verksamhet.

Detta gäller i första hand primärvård och inom äldreomsorg, osv. Skulle detta omfatta också sjukhusvård, om det blir tillåtet? Kommer man, rättare sagt, att få fortsätta?

Lars Söderström: Brist på vård, dvs. köer, är den modell vi har valt. Som jag sade i ett tidigare inlägg kan man komma undan detta på olika sätt om man bestämmer sig för det. Köer är alltså inte en självklar komponent i ett sjukhusystem, men man kan välja det om man vill ha det.

När det gäller mångfald och dess inverkan kan jag inte se att det skulle bli några problem. Kan man effektivisera resursanvändningen utan att kvaliteten försämras blir det mera vård över, och på så sätt blir det ett tillskott till de vårdbehövande. Jag har nog inte mer att säga på den punkten.

Sören Berg: Det finns två aspekter, om jag har förstått frågan rätt. Det finns en aspekt som gäller effektivisering och en aspekt som gäller vidgning av det offentliga åtagandet och den offentliga finansieringen.

Jag tycker att man kan se en ganska tydlig förskjutning när det gäller hur denna fråga har diskuterats under de senare åren. För några år sedan fanns det en väldigt stark betoning av att vi med effektivisering skulle kunna klara ut detta och att denna typ av mångfald var ett sätt att inom en oförändrad resursram få ut mer ur systemet. Den diskussionen finns kvar, och det finns argument åt olika håll.

Men det finns också en allt starkare underström. Man säger att det oavsett finansieringssystem är väldigt svårt att sätta en så stram kostnadsram på hälso- och sjukvården. Då jämför man med andra länder, och man jämför med läkemedelsområdet och annat. Det är, uppfattar jag när jag bedömer diskussionsläget i landstinget, väldigt få som gör bedömningen att man genom denna typ av effektivisering, t.ex. konkurrensutsättningsåtgärder, kan komma ifrån frågan om den totala resursnivån. Det uppfattar jag är en gemensam bedömning på producent- och finansiärsidan och över partigränserna. Ni får gärna säga emot mig om ni inte håller med.

Kerstin Heinemann (fp): Jag skulle vilja ställa en fråga till Per Båtelson. Man hör väldigt ofta att de som slutar i landstingen och går över till den privata verksamheten gör det därför att de upplever att de får en större chans att utveckla sig och att de får möjlighet att jobba efter sina egna idéer. Att vi tar till vara människors kunskaper är någonting som vården måste tjäna på.

Nu börjar också Bure blir lite stora. Jag skulle vilja fråga hur ni gör för att behålla era anställdas kreativitet, så att det inte blir likadant som i landstingen.

Per Båtelson: Det är alltid en risk som ligger i storleken. Den är inte enbart positiv. Vad vi försöker göra väldigt konkret är att inte jobba med enheter som är större än 50 personer, dvs. föra ned ansvar, befogenheter och resultatansvar och bryta ned organisationen i delar. Det gör att man upplever att man har den beslutskraft man behöver för att utveckla sin verksamhet väldigt nära sig. Det är korta beslutsvägar.

Det är klart att det kan bli ganska rörigt med väldigt många resultatenheter, men vi har valt det just för att behålla närheten till ledarskap och beslutsfattande. Det är det enklaste konkreta svaret på din fråga.

Thomas Julin (mp): Min fråga går också till Per Båtelson. Jag skulle vilja veta hur mycket verksamhet Bure har på mindre orter eller i glesbygden och hur stort intresset är för den delen av landet, just med tanke på att man många gånger pratar om att privat verksamhet bara är intresserad av att plocka russin ur kakan.

Per Båtelson: Jag skojar faktiskt inte om jag säger att vi väldigt länge ansåg oss som landsbygdslandstingens bästa vän. Det var så vi började. Vi har alltså utvecklats under en period då vi hade ett kraftigt socialdemokratiskt inslag i landsbygdslandstingen med stabila socialdemokratiska majoriteter, men då man hade bekymmer dels med kostnadseffektivitet, dels med kompetensförsörjning och såg oss som ett alternativ. Vi har vårt ursprung, kan man säga, i landsting typ Örebro och Sörmland. Vi har inte haft några preferenser när det har gällt var vi skulle jobba, utan vi är där vi är efterfrågade och känner att vi kan göra ett bra jobb.

Tullia von Sydow (s): Jag har en fråga till Johan Calltorp i hans båda roller. Vi står i dag inför en situation när vi blir alltfler äldre och alltmer vårdkrä-

vande. Äldre patienter ställer mycket stora krav på rehabilitering, längre vårdtider och samverkan med andra aktörer. Jag undrar hur dessa nya förhållanden kommer att påverka utvecklingen och organisationen av hälso- och sjukvården med bäring på de frågor som vi diskuterar i dag. Detta är ju ett nytt scenario.

Johan Calltorp: Du beskriver ju det uppdrag vi har framför oss. Jag var inne på det i min inledning. När vi ser framåt handlar det om att säkra vården för de äldre, även om de äldre blir vitalare och lever längre. Men i slutet av livet får vi en period av sjukdom, och det är en ökande börda av kronisk sjukdom som vårdsystemet sköter. Det ställer krav på finansieringen, som jag var inne på.

Men det ställer också krav på förnyelse, utveckling, strukturförändring, nya former för vården, nya serviceformer, nya sätt att föra samman öppen vård och slutna vård osv. Det är fantastiskt stora utmaningar och fantastiskt stora möjligheter. Min bild är att de alternativa driftsformerna, de privata entreprenörerna, en omfattande mångfald stora och små privata aktörer, alternativa aktörer, ska hjälpa oss att klara detta.

Men mitt resonemang utgår från det uppdrag som jag har nu som chef för en beställarorganisation. Vi har en fast budget och med pengarna från den ska vi beställa från olika producenter för att få bästa möjliga resultat, bästa möjliga vård. Jag har pekat på att vi ser ett problem framåt i tiden när det gäller hur den samlade finansieringen ska räcka.

Den andra frågan handlar om att använda en mångfald, där vår egen produktion, vår egen verksamhet, får stimulans och konkurrens av alternativa aktörer. Du frågar hur jag i rollen som sjukvårdsdirektör uppfattar saken. Den politiska skillnaden är inte så stor när det gäller synen på det hela. Det kanske är en politisk skillnad i takten. Jag uppfattar att det mycket är det som diskuteras. Men en ökad mångfald behövs för att vi ska kunna klara uppgiften och vässa vår vårdorganisation.

Lena Olsson (v): Jag har en fråga till Harry Pettersson. Jag ifrågasätter beställar- och utförarmodellen utifrån en demokratiaspekt. Politikerna kommer bort från verkligheten och därmed är det tjänstemännen som blir ansvariga. Jag anser att detta är ett sätt att minska demokratin. Stig Montin och Erik Amnå presenterar olika studier i SOU 1996:169. Jag skulle vilja att du vidareutvecklar lite grann vad de menar.

Jag har också en fråga till Lars Söderström om den produktionsökning som kallas prestationsmodellen. Det finns nu en grundläggande vetenskaplig kritik som Roland Grankvist har fört fram. Jag undrar om du kan redovisa denna kritik.

Harry Petersson: Egentligen ligger svaret lite grann i det som jag har talat om tidigare, nämligen fjärmandet av politiken från verksamheten. Det finns i och för sig lite olika aspekter på det problemet. Det jag närmade mig var ansvarsutkrävandet, där man kan ställa sig frågan: Kan man egentligen utkräva ett fullständigt ansvar om politikerna inte i alla hänseenden också har kontroll över genomförandet? Det är en av de viktiga frågorna som ligger i det här.

Får jag bara lite grann som ett komplement till detta också säga att legitimitetsfrågorna är intressanta på det viset att man kanske inte ser en förändring från den ena dagen till den andra. Det kan vara en glidande förändring som över tiden kan vara ganska betydande. Det gör att man helt klart måste rikta ett starkt intresse mot de här frågorna.

Man kan se två olika tolkningar, kanske beroende på vilken ideologisk uppfattning man har. Den ena tolkningen kan vara att det finns en ofullständighet hos genomförarsystemet, det finns en ofullständighet hos politikerna att ställa de krav på genomförande som kan finnas. Därför uttrycker man också ett missnöje och har minskad tilltro.

Det finns också en helt annan tolkning. Det är att det blir en större och större skara människor i vårt land, liksom i många andra länder, som inte bryr sig. I Möllers och andras definitioner kallar man dem de liknöjda medborgarna eller åskådardemokrater. Av olika skäl väljer de att ställa sig utanför det här systemet. Det är ett faktum som jag gärna skulle vilja peka på och som, om man drar ut riktlinjerna för det framtida, kan vara nog så allvarligt.

Jag tror att jag får stanna där med tanke på tiden.

Lars Söderström: Det finns många produktionsenheter i vården. Enskilda kliniker som kan vara offentliga eller privata. Prestationsmodell nämnde du. Jag utgår från att du tänker på ersättningssystemet: Hur ska man finansiera en klinik, vilka order ska man ge till en klinikchef, vad händer om det blir en lång kö, osv.? Där har vi olika erfarenheter av olika system. Det jag sade tidigare i mitt anförande var att vi inte är bra på att skriva kontrakt. Vi är inte bra på att analysera ersättningsmodeller. Vi måste bli bättre på detta. Att lära sig den saken är en av politikernas viktigaste uppgifter, om vi vill få fart på svensk sjukvård.

En annan sak, som också kom upp tidigare, var att man på ett tydligt sätt måste väga in kvaliteten på det utfall som man får. Hur blir livskvaliteten för de patienter som har passerat systemet? Man kan inte bara säga "Hej då" när de har kommit till dörren, utan man får ta ett ansvar för patienten på lång sikt. Detta måste man väga in och detta måste man klara ut för att få ett fungerande system.

Jag ser ingen som helst skillnad mellan privata och offentliga vårdgivare i det sammanhanget. Varje klinikchef har ett sådant ansvar. När kirurgprofessorn skryter med att han kan få ut patienterna på tre timmar, en dag eller något sådant efter en operation och man sedan överlåter på anhöriga att ta hand om patienter som knappt kan gå har man inte gjort hela sitt jobb. Det är min uppfattning. Det har vi försökt hävda under väldigt många år och i konflikt med snäva vårdintressen, därför att vi har ett system där man bara ser en del av kostnaderna. Det är de samhällsekonomiska, de övergripande kostnaderna som måste vara styrande. Där kommer också det förebyggande arbetet in. Då gäller det att hitta en organisation som väger in allt detta på ett vettigt sätt.

Lars Elinderson (m): Jag har till sist två frågor som båda rör monopolsituation kontra konkurrenssituation. Syftet med den här hearingen, som de borgerliga partierna gemensamt tog initiativ till, var att försöka få belyst hur man skulle kunna gå ifrån den nuvarande monopolsituationen inom sjukvården och i stället få ett större utbud av sjukvård. Det är intressant att konstatera

att diskussionen ändå i hög grad kommit att handla om risken att få ett nytt monopol och inte om hur man ska kunna gå vidare i den riktningen. Därför skulle jag först vilja ställa en fråga till Mikael Sjöberg om risken för en ny monopolsituation.

Varför har man inte tagit upp en diskussion om konkurrenslagstiftningen? Vi har ju konkurrenslagstiftning inom nästan alla andra områden, t.o.m. sådan som förbjuder lastbilsföretag att bilda monopol på den svenska marknaden. Varför skulle man då inte ta en diskussion som förbjuder andra monopol, t.ex. inom hälso- och sjukvården, i stället för att förbjuda en utveckling som i varje fall kan leda till ett större utbud av alternativa vårdresurser? Det var den första frågan.

Den andra frågan, som jag riktar framför allt till professor Söderström och möjligen till Johan Calltorp, är om man kan se skillnad i strukturen på sjukhusvården i olika länder beroende på om man har en monopolsituation eller en konkurrenssituation. Det intryck man har som tidigare landstingspolitiker, med viss utblick utanför våra gränser, är att vårt monopol har inneburit att vi har en större koncentration av sjukhusvården till större enheter och därmed en mer monopolliknande situation än man har i andra länder med mer konkurrens. Är det en riktig iakttagelse?

Mikael Sjöberg: Vi tycker att det viktigaste är att inte blunda för de nya problem som kan uppkomma. Ingenting är ju svart eller vitt. Det finns problem i dagens system och det kommer att finnas problem i morgondagens system. Vi gör bedömningen att det inte primärt är ett problem i primärvården att det uppstår en monopolsituation, åtminstone inte på kort eller medellång sikt. Det har inneburit att vi inte på något sätt har gjort bedömningen att det behöver göras någon översyn av konkurrenslagen, i alla fall inte utifrån det här perspektivet. Men det är viktigt att vara medveten om att en ökad mångfald kommer att föra in nya problem. De kan vara mindre än dem vi har i det nuvarande systemet, men inget nytt system är fritt från problem.

Johan Calltorp: Större enheter, ja, vi har en storskalighet i vårt system. Vi har en brist på grupper och individer som bär upp alternativ. Det hänger ihop med vår historia. Vi har en förändring på gång som är stark.

När det gäller beställar- och utförarmodellen och det Lars Söderström säger om att skriva kontrakt och avtal tror jag att vi talar om precis samma sak. Det gäller även de hinder för alternativ som togs upp av Kenneth Johansson.

Ja, jag kan vittna om att det ligger mycket i de strukturerna, administrationen, organisationen. Det finns också hinder i t.ex. den medicinska professionen. Det är inte bara politikerna som står för monopol. Det finns också, på grund av den modell och tradition vi har, hinder i själva vårdorganisationen, i den medicinska professionen, så det tar tid. Men riktningen är alldeles klar och beställar- och utförarmodellen är ett viktigt redskap för detta. Vi lär oss skriva avtal. Vi lär oss att bedöma kvalitet, att följa upp resultat och utfall och att även säkra rättvisan i vården.

Lars Söderström: Jag ska försöka fatta mig kort. Det är en jättefråga att göra internationella jämförelser av hur sjukhus fungerar. De är, som Johan också sade, normalt större i Sverige. Vi har faktiskt väldigt stora sjukhus. Med detta följer ju organisatoriska problem.

Man kan gå in på studier och titta efter hur läkarna använder sin arbetsvecka. Hur ser det ut i England, i Sverige och i andra länder? Då kan man konstatera att svenska läkare lägger ned väldigt mycket tid på att kommunicera, att sitta i sammanträden och annat jämfört med andra länder. Där har man en skillnad. Den kan höra ihop med att sjukhusen är för stora. Det kan hända att det är andra saker som spelar roll. Jag kan inte svara så mycket på det.

Men man kan också säga att vi skulle kunna ha mycket större mångfald. Specialistsjukhus tror jag är någonting som kommer i större omfattning. Integrering framåt talar man om i branschen, dvs. de som har en viss teknik, t.ex. dialystillverkning, skulle kunna starta verksamhet och ha dialysmottagning på global nivå med oerhört hög kvalitet. Där kanske man vill att Sverige ska vara med och att man ska kunna utnyttja sådana möjligheter. Men Gambro är ett vinstdrivande företag och släpper man inte in det kommer Sverige att stå vid sidan av den utvecklingen.

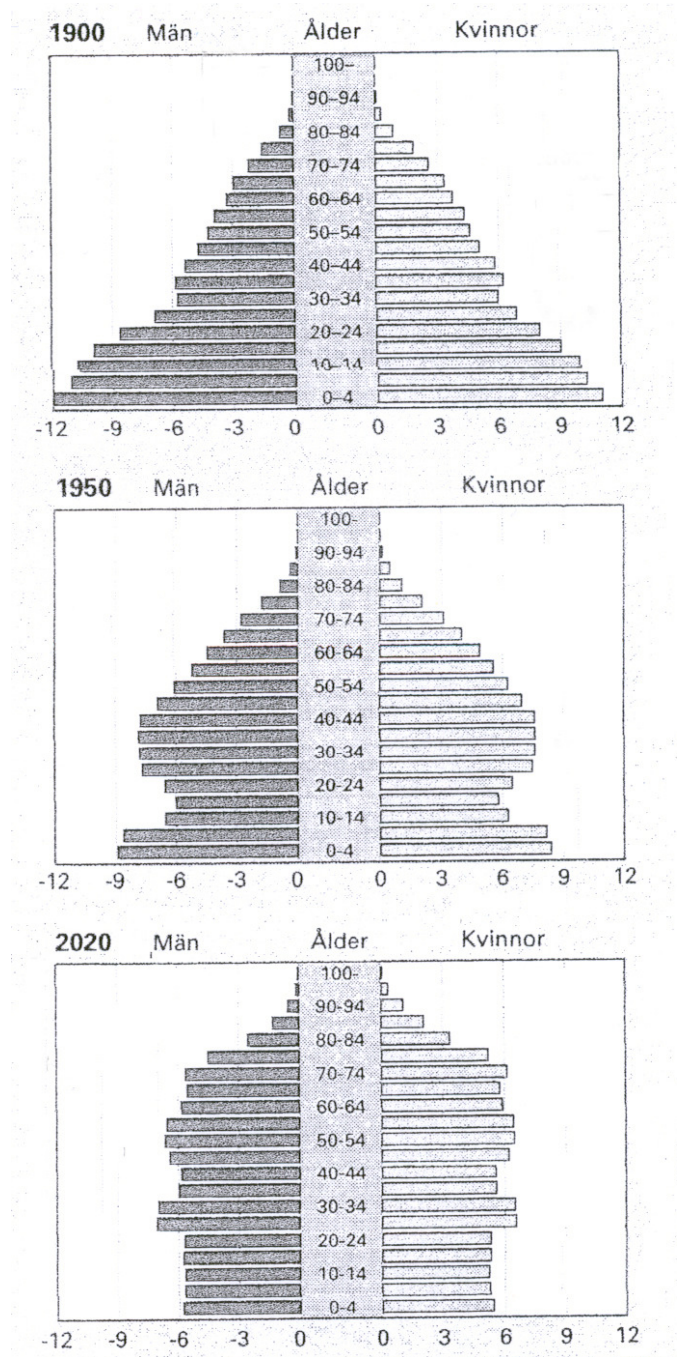
Ordföranden: Då ska jag be att få tacka alla er som har bidragit till att göra den här förmiddagen så informativ och även kunskapsuppbyggande. Diskussionen om driftsformerna lär fortsätta i samhället i stort och även i socialutskottet framöver. Jag tycker att den här offentliga utfrågningen har lagt en bra grund för den fortsatta diskussionen. Tack ska ni ha!

Socialutskottets offentliga utfrågning är avslutad.

Sammanfattning Framtidens utmaningar:

De växande kraven
Resurserna, finansieringen
Utvärdering - effektmätning
Behovet att sätta gränser
Ändamålsenliga organisationsförändringar
Hålla samman ett alltmer komplext hälso- och
sjukvårdssystem

Bild 2



Figur 1. Befolkningens fördelning efter kön och ålder åren 1900, 1950 och 2020.

Källa: SCB.

Den svenska "vårdmodellen":

Gemensam finansiering för all hälsa och
välbefinnande nödvändig vård och omsorg
Skattefinansiering landstingsvis, men med stark
nationell kontroll och utjämnning
Egenavgifter relativt begränsade
Solidaritetsmodell mellan generationerna
Hittills en framgångsrik modell ur rättvise-
synpunkt och solidaritetssynpunkt

"Vårdmodellen"

Sannolikt finns en mycket stor uppslutning i det svenska samhället kring att bevara den svenska "vårdmodellen" - men en rad hot finns, såväl "inre" som "yttre":

- förnyelsebehoven
- ledarskapet
- aktörernas roller
- löner och rekrytering
- synen på vården som "kunskapsföretag"
- internationalisering av teknologi, vårdmarknad, vårdfinansiering

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Finansieringsproblemet - långsiktigt
perspektiv

– Viktigt att bearbeta trots politisk
laddning

Kostnadsproblemet

– en styrning som ger kostnadskontroll är
mycket angelägen

Bild 6

Metoder att hantera gränsen mellan skattefinansiering (motsvarande) samt egenbetalning (eller kompletterande försäkring)

1) Canada

Obligatorisk finansiering ("försäkring") som omfattar alla medborgare, provinsvis organiserad. Aktiva beslut om vad som täcks och inte täcks - bl.a. används teknologivärdering och policyforskning aktivt, liksom "hälsotänkande" (arvet från Lalonde).

Kompletterande frivilliga försäkringar finns - men förbud att sälja försäkring för det som ingår i det provinsbaserade utbudet. Detta beskrivs som nyckeln till kostnadskontroll i det canadensiska systemet (Evans).

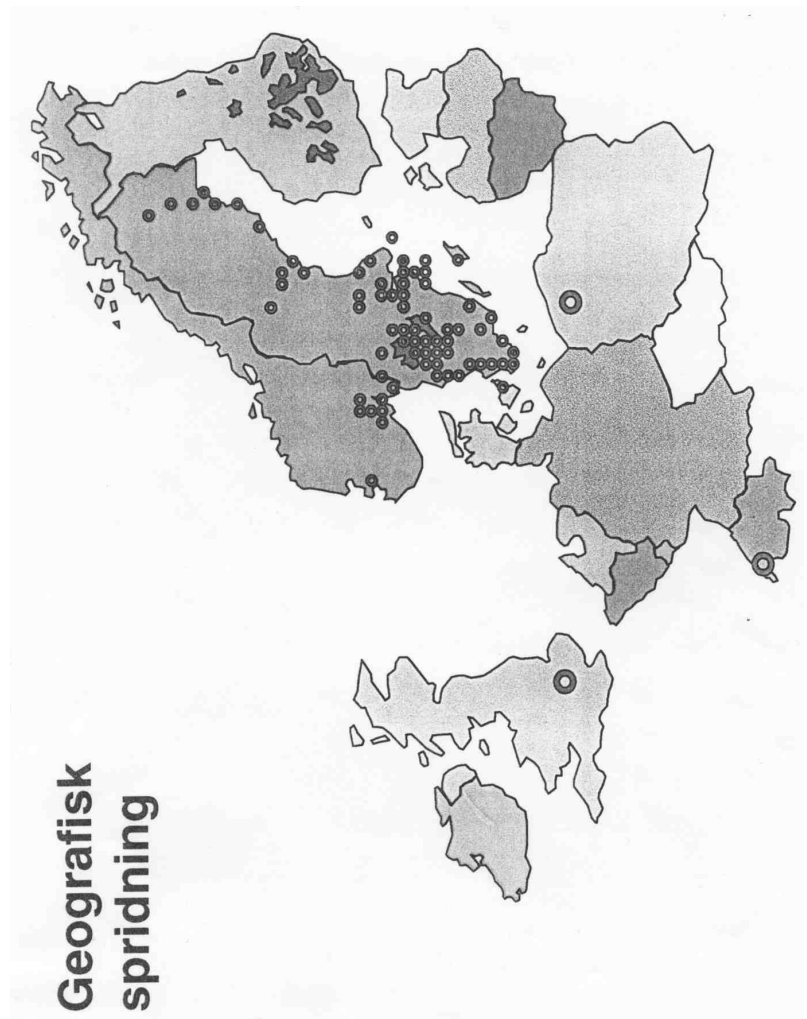
2) Holland.

Idémässigt kopplas Dunning-rapportens modell att definiera en "basic package" till en framtida modell med konkurrerande försäkringar (se figur).

Position 2000

>2 000 000	Konsultationer		
1 000 000	Individer - vårdavtal		
600 000	Individer - företagsavtal		
>10 000	Företag / Organisationer		
600	Boende inom äldre vården		
		4 500	Anställda
		850	Läkare
		>20	Medicinska specialiteter
7 000 000	Laboratorieanalyser		
500 000	Röntgenundersökningar		

Bild 8



Privat produktion och finansiering - två olika dimensioner och några exempel			
		Offentlig produktion	Privat produktion
	Offentlig finansiering	Landstingens primärvård, sjukhus mm. Kommunernas vård Statliga institutioner	Läkare och sjukgymnaster taxa/avtal. Läkemedel m subv. Fristående sjukhus Kiropraktorer
	Privat finansiering	Patientavgifter Vissa hjälpmedel Enstaka specialinsatser Utlandspatienter	Receptfria läkemedel Optiker Tandvård (stor del) Psykiatri (stor del) Naturläkemedel Viktväktare, Gym etc.

Läge och trender i landsting/regioner	
Av tradition: • Offentlig drift dominerande • Mest privatläkare i storstadsområden De senaste åren: • Generell ökning, från låg nivå • Från taxa till avtal - ökat inslag av konkurrens • Särskilt mycket privat drift i Västmanland och Stockholm; följd av politiska beslut Aktuella trender: • Ökat intresse, mer pragmatisk inställning på många håll • Särskilda satsningar i de tre stora regionerna	

Bild 10

Hittills vunna erfarenheter av entreprenaderna

(Stor del av erfarenheterna från äldreomsorg)

- Huvudsakligen framgångsrika
 - kostnadseffektivare
 - minst lika följsamma mot uppdragsgivaren
 - mer nöjd personal
 - inga generella tecken på lägre kvalitet
- Vissa problem
 - kvalitetsproblem pga. alltför hård kostnadspress
 - orealistiska entreprenörer klarar ej åtagandet



Iakttagelser och diskussioner kring systemet som helhet

- Svårt upprepa och mångfaldiga initiala kostnadssänkningar
- Transaktionskostnader behöver hållas rimliga
- Kontinuitet och valfrihet måste klaras även i samband med entreprenörsbyte
- Innehållsmässig och strukturell flexibilitet behöver fungera även mellan entreprenörer och under avtalsperioder
- Motivation och arbetsglädje måste kunna utvecklas även i egenregion
- Förhållningssätt till marknadsvidgning och tilläggsfinansiering behöver klargöras



Europeiska referenspunkter

Privat drift av offentligt finansierad vård

- Privat vårdproduktion vanligt inslag
- Ofta mer utvecklat regelverk
- Stort inslag av "non-profit"; t.ex. praktiskt taget alla akutsjukhus och GP:s i UK
- Ofta "valfrihetsmodell" i första linjen - med reglerad taxa och utbudskontroll samt remisstvång till sjukhus och specialister
- Anbudsupphandling med begränsade avtalstider mycket ovanligt
- Inget entydigt samband driftform - kostnad
- Delvis likartade diskussioner



Diskuterade utvecklingsmöjligheter

- Pengar som följer patienten - konkurrensen överförd från upphandlingen till "kundvalet"
 - förutsätter åtskillnad mellan behovsbedömning och "vårdproduktion"
 - kräver att patientens "kunskapsunderläge" kan hanteras
- Vidareutvecklad upphandlings/uppdagsmodell



Bild 12

"Mentala analogier" för att vidareutveckla uppdragsmodellen

- Enstaka varor och tjänster
 - detaljerad kravspecifikation
 - mångfald och "otrohet"
- Generalentreprenaden
 - övergripande kravspecifikation
 - förtroende och långsiktig relation
- Arkitektpristävlingen
 - en idé som utmanar till konkretisering
 - entreprenader och upphandling av enstaka varor och tjänster kan bli nästa steg

 LANDSTINGSFÖRBUNDET

1993/94:URD1	FÖRSVARsutskottet: Uppföljning av vapenstölder och vapenförvaring i försvaret
1993/94:URD2	KULTURUTSKOTTET: Bevakning vid centralmuseerna. En kartläggning
1993/94:URD3	FÖRSVARsutskottet: Kommunal beredskap – läge och problem
1993/94:URD4	SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET: Varför ökar antalet förtidspensionärer? – regelförändringar, yrkesförändringar och arbetslöshet 1980–1993
1993/94:URD5	KONSTITUTIONSUTSKOTTET: Samhällsinformation – regeringens och riksdagens roller
1993/94:URD6	KONSTITUTIONSUTSKOTTET: Samhällsinformation i riksdagen
1994/95:URD1	RIKSDAGENS UTSKOTT, utvärderingsgruppen: Utskottets roll och inflytande vid några utländska parlament – Förekommer uppföljning och utvärdering?
1994/95:URD2	LAGUTSKOTTET: Kunskapen om konsumentköplagen hos konsumenter och detaljister
1995/96:URD1	UTBILDNINGSUTSKOTTET: Påverkas lärarutbildningen av läroplanen?
1995/96:URD2	KONSTITUTIONSUTSKOTTETS seminarium den 7 mars 1996 KU:s granskning – juridik och/eller politik?
1995/96:URD3	UTBILDNINGSUTSKOTTET Åtgärder mot främlingsfientlighet och rasism i skolan Studenternas rörlighet mellan högskolorna efter 1993 års reform

1996/97:URD1	NÄRINGSUTSKOTTET Energiomställningsprogrammen
1996/97:URD2	UTBILDNINGSUTSKOTTET Den nya organisationen för universitetens och högskolornas lokalförsörjning – en uppföljning
1996/97:URD3	SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET Arbetslivsinriktad rehabilitering – En jämförande studie av anställdas och arbetslösas arbetslivsinriktade rehabilitering
1996/97:URD4	UTBILDNINGSUTSKOTTET Grundläggande högskoleutbildning Former för politik och planering
1996/97:URD5	UTBILDNINGSUTSKOTTET Hur går det för forskningen? Samarbetet mellan vissa forskningsstiftelser och statliga forsk- ningsstiftelser och statliga forskningsfinansierande organ
1997/98:URD1	SOCIALUTSKOTTET Assistansersättningen Hur fungerar assistansersättningen för personer med stora funk- tionshinder?
1997/98:URD2	NÄRINGSUTSKOTTET Statens stöd till forskning och utveckling av informationsteknik inom det näringspolitiska området – uppföljning av satsningar 1993–1996
1997/98:URD3	UTBILDNINGSUTSKOTTET Planering av högskoleutbildning – vad är önskvärt och vad är möjligt?
1997/98:URD4	NÄRINGSUTSKOTTET Statens finansiering av teknisk FoU
1997/98:URD5	NÄRINGSUTSKOTTET Datoriseringen vid Patent- och registreringsverket

1998/99:URD1	BOSTADSUTSKOTTET Statligt stöd till lokala investeringsprogram för en ekologisk hållbar utveckling – Uppföljning av den hittillsvarande fördelningen av ramanslaget E1 under statsbudgetens utgiftsområde 18
1998/99:URD2	UTBILDNINGSUTSKOTTET Pedagogisk utbildning för högskolans lärare Undervisningen om alkohol, narkotika och tobak (ANT) i skolan
1998/99:URD3	UTRIKESUTSKOTTET Sveriges uppföljning av två FN-konferenser under 1990-talet – FN:s konferens om miljö och utveckling, UNCED, i Rio de Janeiro, 1992 – FN:s kvinnokonferens i Peking, 1995
1998/99:URD4	UTRIKESUTSKOTTET En uppföljning och utvärdering av FN:s världskonferenser under 1990-talet – Regering, riksdag, myndigheter och frivilligorganisationer på nya internationella arenor – vem har makten över svensk utrikespolitik i FN-frågor?
1998/99:URD5	UTRIKESUTSKOTTET Internationell konflikthantering Quo vadit Europa? – freden, säkerheten och demokratin inför 2000-talet Paneldiskussion med Natos generalsekreterare Javier Solana Mänskliga rättigheter i interna konflikter och det civila samhällets roll
1998/99:URD6	SOCIALUTSKOTTET Läkemedel i framtiden
1999/2000:URD1	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Konstitutionsutskottets seminarium den 23 mars 2000 Skall makten delas?

SVERIGES
RIKSDAG

Beställningar:

Riksdagens tryckeriexpedition, 100 12 Stockholm

Tel 08-786 58 10

Fax 08-786 61 76
