

Motion till riksdagen 2005/06:So696

av Pär Axel Sahlberg m.fl. (s)

Non-profit-sektorn

Motionen delad mellan flera utskott

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anføres om att etablera begreppet OUV, organisationer utan vinstsyfte, för den sektor som driver non-profit-verksamhet.¹
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anføres om att se över upphandlingsreglerna för organisationer utan vinstsyfte.²
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anføres om stimulerande initiativ riktade mot organisationer utan vinstsyfte och fler människor engagerade i den svenska välfärden.

¹ Yrkande 1 hänvisat till NU.

² Yrkande 2 hänvisat till FiU.

Fel! Okänt namn på

Motivering

Sverige är unikt genom att förlita sig till det offentliga för nästan all vård och omsorg. Därmed är vårt land svårt att jämföra med andra länder som har en mångfald av utförare och ibland också en mer blandad finansiering. Vi vill värna en gemensam hälso- och sjukvård liksom en omsorg som solidariskt finansieras av oss alla. Detta skall dock inte hindra att vi är redo att bygga ut också de idéburna inslagen, kooperativ och andra former som kompletterar den offentligt drivna vården. Vinstintresset skall hållas tillbaka och värnandet om vård och omsorg för alla skall försvaras.

Upphandlingsregler, stimulans av organisationer utan vinstsyfte och fler människor engagerade i den svenska välfärden är viktiga områden som behöver utvecklas i den svenska välfärden. Begreppet OUV, organisationer utan vinstsyfte, bör etableras som begrepp för denna not for profit-sektor. Begrepp som ideella organisationer redovisar inte vad det här rör sig om.

Bakgrund

Vården i Sverige har genom århundraden tillbaka utvecklats som en del av det gemensamma, samhällsliga ansvaret. Till skillnad från länder med feodal historia utvecklades i Sverige sociala system underifrån i former som t.ex. byalag och landsting. Ett offentligt och kollektivt ansvar för vård och sociala institutioner knyter i Sverige an till en mycket lång tradition av kollektiva och solidariska arrangemang som skall omfatta alla.

De ursprungliga medeltida landstingen hade på sin dagordning förutom rättsliga frågor också sådant som försörjning i nödtider och förhållningssätt till obotligt sjuka och oförsörjda minderåriga och gamla. I byarnas byalag togs en form av kollektivt ansvar för de oförsörjda och sjuka.

I Sverige, som i andra länder, etablerades medicinsk vård och vårdinrättningar i anslutning till katolska kloster. Reformationen och Gustav Vasas bryska hantering av all katolsk verksamhet innebar att de antingen lades ner eller drogs in till kronan.

Under stormaktstiden utvecklades en statlig länsförvaltning och genom den de första länslasarettens. Även kyrkan var nära knuten till statsmakten. När provinsialläkarsystemet på 1700-talet lagfästes som statligt ansvar, tog det också över prästernas uppgift att till staten redovisa hälsoläget hos befolkningen.

De nya kommunallagarna 1862 återförde efter stormaktstidens centralstyre mer av beslut och ansvar till lokal och regional nivå. Landstingens främsta ansvarsområden blev sjukvård och undervisning. 1800-talets starka folkliga rörelser beskrivs som avgörande för demokratins framväxt i Sverige. Väckelserörelsen, nykterhetsrörelsen och arbetarrörelsen byggde upp sociala institutioner och olika verksamheter; främst folkbildning genom studieförbund och folkhögskolor. Det var däremot mer undantag än regel att folkrörelserna engagerade sig i den medicinska vården. De privata sjukhus som etablerades på ideell grund, och som ännu finns kvar, hade som ursprung Svenska kyrkans

Fel! Okänt namn på

högreståndsväckelse och social filantropi. Ersta sjukhus i Stockholm och Samariterhemmet i Uppsala är exempel på det förra, och Sofiahemmet samt Röda Korsets sjukhus i Stockholm och Carlanderska sjukhuset i Göteborg på det senare.

Kooperativa initiativ

Under 1900-talet har kooperativa initiativ varit viktiga för välfärdsutvecklingen inom bl.a. barnhälsovård och barnomsorg. Mödravården etablerades genom frivilliga initiativ och bostadskooperationen startade de första daghemmen. De kooperativa organisationerna har i övrigt inte heller de tagit på sig medicinska vårduppgifter.

Andra vårdgivare utan vinstsyfte

Ett betydande antal vårdinstitutioner har efter hand kommit att etableras av olika patientorganisationer. Reumatikerförbundet har t.ex. en stor vårdinrättning, Spenshult i Halland, och riksförbundet för Trafik- och Polioskadade driver rehabilitering genom Stiftelsen Mälargården norr om Stockholm. Psoriasisförbundet har en betydande egen vårdverksamhet osv.

Andra verksamheter har utvecklats baserade på specifika vårdfilosofier och alternativ medicin. Antroposofernas Vidarkliniken och annan verksamhet i Järna är ett exempel.

Det finns också vårdbehov som uppstår genom invandringen och där invandranas egna organisationer söker lösningar för sina gruppers specifika behov. Sedan länge driver judiska församlingarna omsorgsverksamhet för sina äldre och andra invandrargrupper planerar för liknande behov.

Den svenska modellen – intresseorganisationer

Till skillnad från länder med stark tradition av privata ideella och kooperativa vårdinstitutioner har folkrörelserna i Sverige främst ändå kommit att agera som intresseorganisationer. De har samlat upp och formulerat olika gruppers önskemål och krav på de offentliga organen. De senaste årtiondena har denna roll som intressebevakare och kravställare ytterligare accentuerats. I några fall avvecklas institutioner med motiveringen att de försvagar rollen som intressent och opinionsbildare.

Organisationerna dras in i verklighetens krav på kompromisser och avvägningar. Dessutom skapas komplicerade relationer till politiker och myndigheter, som man kritiserar och vill påverka genom opinionsbildning samtidigt som de är beställare som finansierar organisationernas verksamhet.

Inom patientföreningarna och i handikapprörelsen görs liknande avvägningar. Frågorna ställs om man renodlat skall driva sina medlemmars intresse

Fel! Okänt namn på

mot politik och samhälle eller med sin erfarenhet och kunskap utveckla vård i egen regi.

Nya behov – nya verksamheter

Eftersom vården är en del av samhällets kollektiva åtagande har rollen som företrädare och kravställare varit den naturliga. Undantagen har främst varit när offentliga organ inte klarat att möta nya vårdbehov som uppstått i samhället eller det från det offentligas sida bedömts vara mer lämpligt att verksamhet drivs i annan form. Även under senare årtionden har en rad sådana verksamheter initierats av frivilligorganisationer. Några exempel är trauma-behandling för asylsökande, vård för aids sjuka, kvinnojourerna och stöd till hemlösa som i flera fall också kommit att inkludera medicinsk vård.

Mångfald och vård på kontrakt

Under det senaste årtiondet har emellertid relationerna mellan den offentliga sektorn och olika idéburna organisationer också fått annan inriktning. Statens och kommunernas ekonomiska problem har väckt frågor om den möjliga omfattningen av samhällets åtagande. Ny betoning av individuell valfrihet förutsätter fler och alternativa vårdgivare.

EU-medlemskapet har gett närmare kontakt med social ekonomi och med vårdssystem där privata icke-vinstsyftande aktörer har viktiga roller. I FN och andra internationella organ betonas i ökad grad civilsamhället och frivilligorganisationernas roll. Relationen mellan samhällsorganen och organisations- och föreningsliv har förändrats. Gentemot "folkrörelsetraditionen" att driva sina gruppers intressen och krav är det nu samhällsorganen som vänder sig till organisationerna med olika uppdrag och önskemål.

Inom vården innebär kontrakts- och beställarsystem att organisationer och kooperativ liksom andra privata vårdgivare bjudits in att med full offentlig finansiering driva tidigare offentlig verksamhet. Det är emellertid något helt annat att ta över befintlig verksamhet än att söka möta nya behov för vilka samhället ännu inte sett eller funnit former för insatser.

Kooperativens roll inom vården

Kopplat till den sociala ekonomin finns många initiativ inom vården som under senare tid tagits av den etablerade Kooperationen, de nykooperativa rörelserna (inte bara i glesbygd), personalkooperativ och genom patient- eller brukarkooperativ. Från den etablerade Kooperationen har de bostadskooperativa rörelserna HSB och Riksbyggen engagerat sig i äldreomsorg med en omfattande verksamhet. Kooperativa förbundet har startat en särskild verksamhet inriktad på vård och hälsa där vårdpersonal engageras för hälsotester och preventiva insatser i butikerna.

De nykooperativa initiativen går ofta ut på att i nya kombinationer ordna omsorg och samhällsservice på orter där kommunerna inte längre klarar att upprätthålla service av tillräcklig omfattning och kvalitet. Mest markant ökar inslaget av personalkooperativ. Många kommuner och landsting har på olika sätt stimulerat avknoppning där verksamhet överförs till personal. Motivet har varit att bidra till mångfald, ökat engagemang och att med en ny verksamhetsform bemästra problem att behålla eller rekrytera personal och ge ökat utrymme för personligt ansvarstagande och egna initiativ.

I slutet av 1990-talet drevs, enligt en sammanställning från Föreningen Kooperativ utveckling, drygt 1 100 verksamheter inom social och hälsovård i form av ekonomisk förening. De allra flesta avsåg daghemskooperativ. Mindre än 100 avsåg verksamheter inom sjuk- och hälsovård. De flesta företag var små. Ett tjugotal kooperativ omfattade mer än 20 anställda.

En stor andel av de personliga assistenterna har sin anställning genom brukarkooperativ. Flera patientorganisationer driver vårdverksamhet i egen regi. Några gör det som ideell förening eller genom av föreningen ägda bolag, men det finns också verksamhet i form av patientkooperativ ekonomisk förening. Praktikertjänst AB är ett stort personalkooperativ med drygt 2 000 ledningsansvariga läkare, tandläkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper som ägare. Inom företagshälsovården är Kvalita ett liknande, mindre och mer löst sammansatt, nätverk av kooperativa vårdgivare.

Inriktning – att möta försummade behov

Utvecklingen under 1900-talet kan sammanfattas med att frivilligorganisationerna ytterst sällan tagit initiativ till verksamheter inom områden där det redan finns fungerande offentliga tjänster. När dessa etablerat institutioner eller andra former av professionell vårdverksamhet har det varit för att möta nya, av samhället försummade, behov. I ett följande skede har i många fall samhället med hänvisning till allas lika rätt inkluderat tjänsterna i den offentliga sektorns åtagande. Listan är lång över social verksamhet och omsorg som först utvecklats av frivilligorganisationer och som därefter övertagits och gjorts allmänt tillgänglig i offentlig regi.

De institutioner som ändå etablerats av organisationer, patientföreningar, stiftelser eller som kooperativ har i huvudsak fått sin finansiering från landsting och kommuner. Vårdverksamheter som inte fått del av skattemedel har med få undantag antingen lagts ner eller överförts till egen regi hos kommuner eller landsting. I andra fall har kooperativen efter en tid övertagits av något av de privata vårdbolagen. Det har gällt enskilda personalkooperativa enheter men också HSB:s Grannskapsservice, vars äldreomsorgsverksamhet numer ingår i vårdföretaget Carema. Lokala HSB-föreningar etablerar samtidigt ny liknande verksamhet.

Omfattningen av privata verksamheter utan vinstsyfte är som tidigare nämnts svår att exakt ange. Det gäller såväl andelen inom den professionella och offentligt finansierade vården som olika former av socialt frivilligarbete.

Fel! Okänt namn på

Fler entreprenader – mindre andel utan vinstsyfte

Under 1990-talet lades många av samhällets välfärdstjänster ut på privata entreprenader. Från år 1993 till 2000 ökade andelen privata entreprenader från knappt 6 procent till ca 12 procent, och det var framförallt företag i bolagsform som stod för ökningen. Stiftelsers och ideella och ekonomiska föreningars andel av välfärdstjänsterna ökade från 2 till 3 procent. Inom äldre- och handikappomsorgen ökade andelen anställda i vårdbolag från 0,7 procent 1993 till 9,5 procent år 2000. Andelen anställda i företag utan vinstsyfte ökade samtidigt från 1,8 procent 1993 till 3,4 procent 2000 (SOU 2001:52).

En annan studie av äldreomsorgen visar en kraftigare ökning av uppdragen till ideella organisationer utan vinstsyfte. År 1995 motsvarade de 312 miljoner kronor och år 2000 1 265 miljoner kronor. (Staffan Johansson, Förvaltningshögskolan, Göteborg) Inom hälso- och sjukvården är utvecklingen ännu tydligare. Medan de offentligt anställda inom hälso- och sjukvården minskade från år 1993 till år 2000 med 65 000, så ökade antalet anställda i privata vinstsyftande vårdbolag med 5 000. För privata vårdgivare utan vinstsyfte minskade däremot antalet anställda med ca 1 000 personer. För den slutna sjukvården visar motsvarande beräkningar att andelen privata entreprenader är något över 3 procent räknat i antal anställda. Ökningen från 1993 till år 2000 från knappt 2 procent till drygt 3 procent förklaras i huvudsak av försäljningen av S:t Görans sjukhus. (SOU 2001:52) Andelen som avser privat verksamhet utan vinstsyfte är ca 1 procent och har inte ändrats märkbart under 1990-talet.

Omfattande ideellt och frivilligt arbete

I länder med stor andel vårdgivare utan vinstsyfte finns i regel också en tradition av frivilliga insatser för det allmännas bästa, bonum commune. Till institutionernas professionella personal och verksamhet fogas kompletterande frivilligt arbete. Även i Sverige görs betydande sådana insatser, men mer i grannskap och föreningsliv och mindre inom institutioner och mer strukturerad verksamhet. En beräkning av Socialtjänstkommittén (SOU 1993:82) visade att de frivilliga sociala insatserna tidsmässigt motsvarade ca 6 procent av det samlade förvärvsarbetet. En annan studie anger att ca 30 procent av medborgarna i åldern 16–74 år gör ideella insatser utanför det egna hemmet med i genomsnitt ca 12 timmar per månad. Andelen har ökat något från 1992 till 1998/99. För människor i åldern 60–74 år är andelen större, ca 35 procent, och den genomsnittliga tidsinsatsen för informellt arbete 18 timmar per månad. (Lars Svedberg SOU 2001:52) Omkring en femtedel av befolkningen i åldern 16–74 år anger att de deltar i ideellt arbete inom organisationer. Arbetsinsatserna motsvarar cirka 200 000 årsarbeten och avser till stor del arbete inom organisationerna; styrelsearbete, ledarskap, opinionsbildning, insamlingar osv. men en betydande andel mer direkt socialt inriktad verksamhet. Även här har andelen ökat något under 1990-talet.

Fel! Okänt namn på

Den samlade arbetsinsatsen från de sociala frivilligorganisationerna och anhörigorganisationer beräknas motsvara minst 25 000 helårsarbeten men inkluderar då också arbetsinsatsen från närmare 10 000 som är anställda av dessa organisationer.

Sett från andra sidan angav 12 procent av medborgarna att de minst någon gång under det senaste året fått del av insatser och stöd från någon förening eller organisation – inklusive Svenska kyrkan. (SOU 2001:52)

Organisationer utan vinstsyfte

Det finns en lång rad organisationer verksamma i Sverige. Sammanfattande kallas de för bl.a. frivilligorganisationer, ideella organisationer, kooperativ, idéburna organisationer, folkrörelser. Det finns också trossamfund, föreningar och klubbar.

Internationella influenser gör att det engelskspråkiga begreppet non governmental organizations, NGO, används. Detta begrepp översätts till icke-statliga organisationer. Begreppen frivilligorganisationer eller ideella organisationer leder i första hand tanken till frivilligt och ideellt arbete, men många av dem driver professionell verksamhet med anställd personal. De kan också ha en del av sin verksamhet som tar sikte på ideellt arbete och en annan del som arbetar med professionella anställda.

I denna motion väljer vi att tala om organisationer utan vinstsyfte, OUV, som begrepp för de olika organisationer som vid sidan av offentliga organ privat men utan vinstsyfte driver verksamhet inom bl.a. vård- och omsorgssektorer och social verksamhet.

I det perspektiv som motionen tar sikte på är det angeläget att framhålla att dessa organisationer tillför kvaliteter som gör dem till något annat än offentliga verksamheter eller företag med vinstsyfte. Det kan handla om inslag av frivilligarbetare men också idéer och värden som ger organisationer utan vinstsyfte en särskild profil, alternativa vårdidéer, betoning av särskilda värden eller på annat sätt komplementära bidrag till verksamheten.

Mångfald och konkurrens?

Länder med stor andel ideella och kooperativa vårdgivare har i regel inte kopplat samman mångfald med konkurrens. Ersättningsarna till vårdgivarna har i regel varit enhetliga och centralt avtalade och relationerna långsiktiga. Konkurrensen har främst handlat om vart patienterna eller vårdtagarna vänder sig och de väljer oftast invanda vårdgivare. I Sverige har vi på kort tid sökt etablera former för konkurrensupphandling och har till skillnad från andra EU-länder mer konsekvent fört in vårdtjänster i den nationella lagstiftningen för offentlig upphandling.

Utvecklingen går nu i två delvis motstridiga riktningar. Den ena innebär stark betoning av mångfald där det framhävs att medborgare med mer utbildning, bättre kunskap och ökad tillgång till information om behandlingsmög-

Fel! Okänt namn på

ligheter också bör ha möjlighet till mer av individuella vårdval. Å andra sidan motverkas mångfalden genom upphandlingar som ofta detaljerat anger hur verksamheter skall utformas. Även om modeller för alternativt utformade anbud finns, driver krav på jämförbarhet av anbud och ambitionen att i avtalen säkra sig för alla eventualiteter genom allt mer detaljerade och omfattande underlag. Mångfalden likriktas och det innebär särskilda problem för vårdgivare, som vill forma verksamheten från egna idémässiga utgångspunkter. De mindre vårdgivarna har dessutom, jämfört med de större företagen, svårt att hantera mycket omfattande anbudsunderlag och möter också krav på bankgarantier som ligger utanför deras möjligheter.

Mångfald – fler privata vårdgivare utan vinstsyfte

Tendenserna i Sverige liksom utvecklingen i andra länder ger inte skäl att tro på en snabbt ökad andel privata aktörer utan vinstsyfte i den svenska vården. Samtidigt betonas i den nationella handlingsplanen de små företagens, kooperativens och andra föreningars viktiga roll i vården. Deras möjlighet ”att konkurrera om uppdrag inom hälso- och sjukvården är helt avgörande för att regeringens ambition om en ökad mångfald skall kunna förverkligas”. Citatet speglar hur mångfald och konkurrens uppfattas som närmast synonyma begrepp. Erfarenheterna från länder som under lång tid haft mångfald av vårdgivare men i system utan upphandlingskonkurrens visar att det kan vara tvärtom. Ökade inslag av konkurrens kan styra mot mer av uniformitet och likriktning. Vårdgivare som på olika sätt sökt att profilera sin verksamhet försvinner även om de kan sägas vara del av den mångfald som skulle ge patienterna större möjlighet till egna val av vårdgivare.

Förutsättningar för privat vård utan vinstsyfte

Det finns viktiga skillnader i utgångspunkt mellan privata vinstsyftande entreprenörer inom vården och de som har kooperativa eller ideella utgångspunkter. Patientföreningar och patientkooperativ har som en självklar utgångspunkt att den vård de ger skall förbättra villkoren för den egna gruppen. Liknande motiv har invandrarorganisationerna. Man vill skapa en vård som bättre tillgodoser behoven hos t.ex. de äldre i den egna gruppen.

Kooperativa rörelser som HSB och KF bildas av medlemmarna och har som primär uppgift att tillgodose medlemmarnas behov. Det är emellertid inget stort steg att erbjuda sina tjänster också till dem utanför medlemskretsen. För religiösa organisationer finns båda tendenserna. En är att finnas till tjänst för alla men i andra fall kan önskan vara att t.ex. inom äldre vården forma en specifik profil och vårdmiljö. Det behövs en grundligare diskussion hos beställarna om vad mångfald skall innebära. Avses enbart en mångfald av entreprenörer eller skall mångfalden ge olika aktörer rätt att betjäna olika gruppers behov och forma alternativa miljöer? Kommuner och landsting utvecklar i regel i sin roll som beställare av de privata entreprenaderna inom

Fel! Okänt namn på

vården efter en linje som går från omsorg till efter hand allt mer tekniskt avancerad medicinsk vård. Generellt gäller att de vårdgivare utan vinstsyfte, såväl kooperativa som ideella, främst finns inom äldreomsorg och annan omsorg, rehabilitering och vård för specifika grupper av patienter och vårdtagare. Förutom personalkooperativ inom primärvård och etablerade institutioner som Ersta, Röda Korsets sjukhus, Vidarkliniken, Spenshult m.fl. finns få andra exempel inom allmän medicin.

En rimlig utgångspunkt och strategi om man vill främja ny privat verksamhet utan vinstsyfte inom den svenska vården är att i första hand pröva möjligheter inom de delar av vården som har större inslag av omsorg, omvårdnad och rehabilitering. Det är antagligen också i dessa delar av vården med längre vårdtider och hög grad av medverkan från patienter och vårdtagare som möjligheten att möta olika gruppers intressen och behov har störst värde.

Stockholm den 4 oktober 2005

Pär Axel Sahlberg (s)

Rezene Tesfazion (s)

Jan Emanuel Johansson (s)