

How can public and private providers work together to achieve broad health sector goals?

Diskussionsunderlag inför workshop

18 november 9.00 – 13.00 Forum för Health Policy.

Monica Andersson Bäck, Fil dr.

Vårdalinstitutet & Inst. för Socialt Arbete
vid Göteborg Universitet

Innehållsförteckning

DEL 1 Rapporter, studier och statistik samt medieuppgifter

- 1.1 Köp av hälso- och sjukvårdstjänster från privata vårdgivare 4
- 1.2 Antal anställda inom olika driftsformer av vård och omsorg 6
- 1.3 Öppenvård inkl primärvård och LOV 9
- 1.4 Den kommunala äldreomsorgen 13
- 1.5 Privata vård- och omsorgsaktörer i Sverige 17
- 1.6 Information om vårdgivare och kvalitetsjämförelser 21

DEL 2. INTERVJUER MED FYRA HUVUDAKTÖRER

- 2.1 Catharina Barkman – utvecklingschef vid Stockholms läns landsting 22
 - 2.2 Roger Molin – avd. för vård och Omsorg vid SKL 25
 - 2.3 Martin Ärnlov – VD för Bräcke Diakoni 27
 - 2.4 Håkan Wittgren – VD i Läkarförbundet 30
- Referenslista 32

Det här är ett diskussionsunderlag inför workshopen vid Forum för Health Policy på temat: "How can public and private providers work together to achieve broad health sector goals?"(Hur kan mångfald av hälso- och sjukvårdsaktörer gynna målen för hälso- och sjukvården)?

Syftet med workshopen är att få till stånd **en diskussion med fokus på tre frågor:**

1. Vad är värdet av och möjligheterna med en mångfald av aktörer inom vård och omsorg?
2. Vilka risker och hot finns?
3. Vilken roll bör olika aktörer ha i att ansvara för utvärdering och styrning?

Detta dokument har sammanställts med avsikten att samla relevant data och olika översikter, som kan ge en indikation om var vi befinner oss i dagsläget, främst när det gäller privat vård som utförs inom den offentliga vårdfinansieringen. Att beskriva denna nya vårdsektor är förenat med ett flertal svårigheter. Bristen på gemensamma definitioner är en, frånvaron av offentlig statistik är en annan. Vi har pragmatiskt sökt sammanställa uppgifter som publicerats på olika håll – och i görligaste mån söka validera dessa. När det gäller vissa frågor har vi till stor del måst förlita oss på medias bild, med svårigheter att vidimera de uppgifter som där ges. Detta är också ett tema fullt av ideologiska markörer, vilket vi funnit präglar en hel del av både redovisningar och debatt i detta skede. Vår ambition har varit att sträva efter ett oberoende perspektiv och att söka tillföra diskussionen viktiga fakta, vilket förhoppningsvis kan bidra till en god diskussion och en för vårdssystemet ändamålsenlig utveckling. Just i denna redovisning har tonvikten av tids- och volymiskäl lagts på den framväxande privat utförda vården – den offentligt utförda vården har av tradition en tydligare statistikredovisning.

Del 1 är en genomgång av rapporter, studier och statistik samt medieuppgifter hämtade från svenska källor. Den visar på omfattning, utveckling och huvudaktörer för sjukvård och omvårdnad inom sluten- och öppenvård samt äldreomsorg.

Del 2 bygger på referat av intervjuer med fyra personer som representanter för huvudaktörer inom hälso- och sjukvården – nämligen beställare och offentlig aktörer inom kommun och landsting, professionen och privata not-for-profitaktörer. Den senare aktören brukar också benämnas non-profit/icke vinstsyftande/idéburna organisationer. Privata aktörer deltog aktivt i workshopen.

Det övergripande syftet är visa på tendenser i svensk utveckling samt hur viktiga aktörer ser på dagsläget, möjligheter och hot för framtiden.

DEL 1 – Rapporter, studier och statistik samt medieuppgifter

1.1 Köp av hälso- och sjukvårdstjänster från privata vårdgivare

Ett sätt att söka kunskap om de privata aktörernas omfattningar, är att titta på huvudmännens köp av privat vård. Ett annat är att analysera arbetskraftens fördelning för olika vårdgivare och delar av vård- och omsorgen. Inledningsvis relateras till data för köp från privata vårdgivare, för att sedan gå in på sysselsättningssidan.

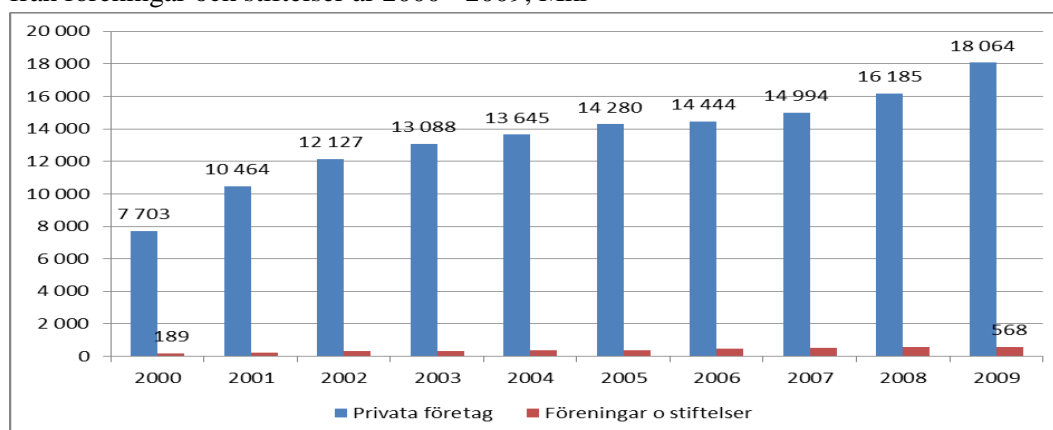
Från SKL ges uppgifter om landsting och kommuners årliga köp av vård och omsorg baserat på statistik från SCB. Här redovisas bl a utvecklingen av den privat utförda delen av svensk sjukvård och omsorg samt dess fördelning mellan olika aktörer. Metoden används sedan två år tillbaka av SCB för redovisning av finansierare och utförare i vård, skola och omsorg (SCB 2011). Kostnaderna omfattar köp från privata vårdgivare på entreprenad, för köp av enskilda tjänster och vårdvalsmodeller. Den totala summan som uppgick till 18 miljarder kronor under 2009, kan ställas i relation till 1999 års köp för 7,7 miljarder kronor (Anell 2011, s. 185). Av tabell 1 nedan framgår vidare att den största absoluta kostnaden utgår för köp av primärvård, motsvarande en fjärdedel av landstingens totala köp från privata vårdgivare. Ungefär 10 procent av svensk hälso- och sjukvården utförs av privata vårdgivare.

Tabell 1. Landstingens köp hälso- och sjukvårdstjänster från privata vårdgivare 2009

Typ av hälso- och sjukvård	Landstingens köp av verksamhet från privata företag, Mkr	Procentuell andel av nettokostnaden, exl läkemedel
Primärvård	8 659	25,9
Specialiserad somatisk vård	6 428	6,2
Specialiserad psykiatrisk vård	1 216	6,8
Tandvård tom 20 år	712	14,4
Övrig hälso- och sjukvård ¹	1 128	7,6
TOTALT	18 143	10,3

Källa: Anells (2011, s. 185) beräkningar baserat på SKL (2010) Statistik om hälso- och sjukvården

Figur 1. Landstingens köp hälso- och sjukvårdstjänster från privata vårdgivare från privata företag samt från föreningar och stiftelser år 2000 - 2009, Mkr



Källa: Johansson (2011, s. 24)

¹ Övriga kostnader för hälso- och sjukvård omfattar verksamhet knuten till medicinska laboratorier, ambulans och transporter, MVC, BVC, sjukgymnastik och paramedicinsk verksamhet.

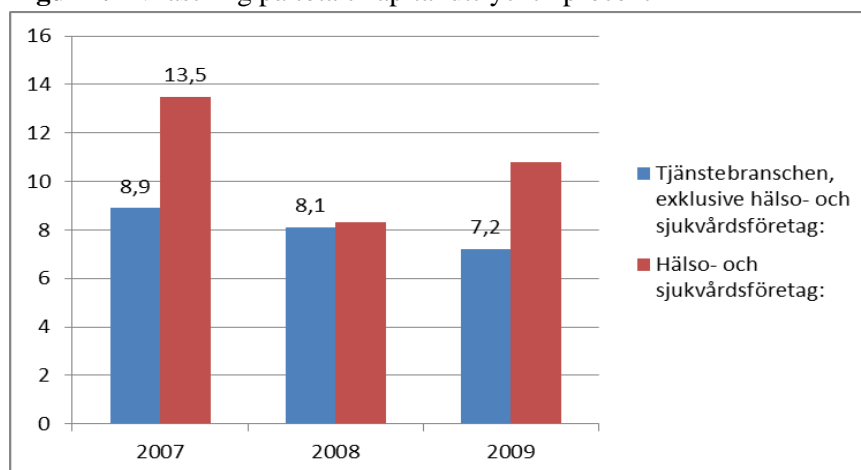
Utmärkande för den svenska utvecklingen av privata hälso- och sjukvårdaktörer är dominansen av privata vårdbolag och vårdgivare med vinstsyfte till skillnad från situationen i andra delar Europa, t ex Belgien, Holland och Tyskland, där ideella föreningar, stiftelser och religiösa samfund står bakom huvudparten av den privata vårdsektorn. Figur 1 visar landstingens ökade köp av privata vård- och omsorgstjänster under 2000-talet baseras på SCB-data uppdelade på olika vårdgivare (Johansson 2011). Av figuren framgår att under tidsperioden har landstingens köp från privata aktörer ökat med en tredjedel. Av detta står föreningar och stiftelser endast för 2 procent.

For-profit och not-for-profit

Med tanke på den intensiva debatt, som från och till förs framför allt i media, om privata aktörer i relation till överskott, avkastning och återinvesteringar, kan det te sig en smula förvånade att så lite diskussioner gäller skillnaden mellan vinstdrivande kontra icke-vinstdrivande bolagsformer. Utanför Sveriges gränser, i Belgien och Tyskland (Rothgang 2008) är det en mycket viktig debatt, men även i USA. I fokus står då agerande och uppfattningar kring moral och etik (Schlesinger och Gray 2006). När det gäller frågan om klassificering och nomenklatur, liksom framförallt bedömning av prestationerna, från olika privata företag inom sjukvården, är detta ett område som kräver nyansering och utveckling. For-profit och not-for-profit utgör vedertagna begrepp i framförallt USA – och begreppen relaterar framförallt till USAs lagstiftning kring beskattning. Nyanseringen "idéburen organisation" liksom stiftelseformen är tämligen etablerade i Sverige, liksom i övriga Europa. Man kan också diskutera andra relevanta dimensioner att jämföra – t.ex. ägarförhållanden, storskalighet, småskalighet etc. Detta utgör ett uppenbart utvecklingsområde.

Statistik framtagen av SCB statistik för Dagens Nyheters räkning gällde avkastningen på totalt kapital för tjänstesektorn 2007 - 2009. Av denna framgick att de privatägda hälso- och sjukvårdgivarna visade bättre resultat i form av högre avkastning, än tjänsteföretagen som helhet. 2009 uppgick avkastningen till 10,8 procent för de privata hälso- och sjukvårdsföretagen sammantaget, jämfört med branschens medelvärde på 7,2 procent. DN (2011) påpekade att siffrorna ska tolkas med viss försiktighet, eftersom förändring i ett stort tjänsteföretag kan få genomslag i hela branschen.

Figur 2. Avkastning på totalt kapital uttryckt i procent



Avkastningen på totalt kapital är summan av rörelseresultat och finansiella intäkter i procent av bolagets totala tillgångar. Det här nyckeltalet visar bolagets avkastning på de totala tillgångarna.

KÄLLA: DN:s (2011) redovisning av SCB framtagen data

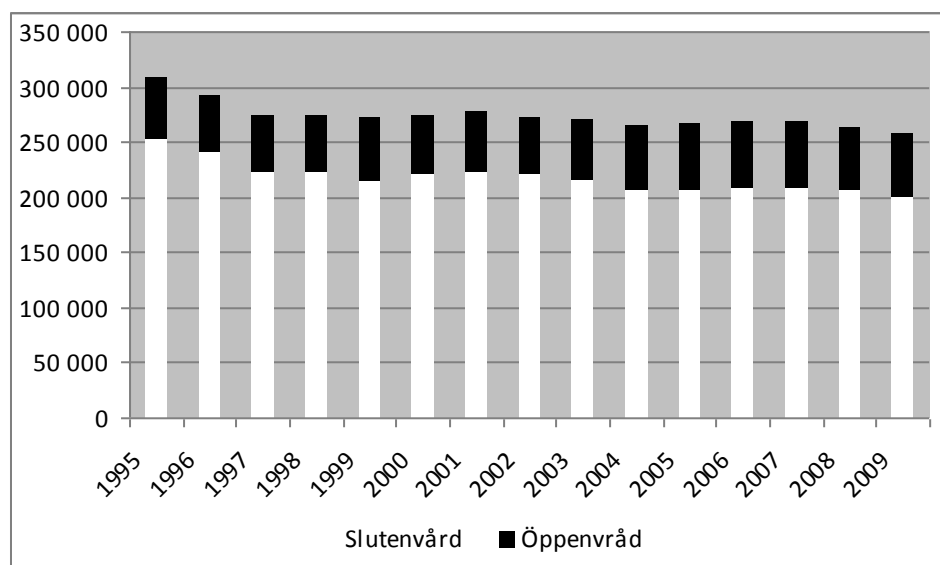
Ett annat sätt att närma sig de privata vårdgivarna utgår från arbetskraftsstatistik, vilket behandlas i efterföljande avsnitt.

1.2 Antal anställda inom olika driftsformer av vård och omsorg

Redovisning av anställda inom olika driftsformer (offentlig förvaltning, offentligt ägda, privata företag) möjliggörs med hjälp av SCB:s statistik över företag och sysselsättning (RAMS, registerbaserad arbetsmarknadsstatistik). Analyser av fördelningen mellan olika privata aktörer gjordes redan för betänkandet SOU 2007:37 av *Delegationen för mångfald inom vård och omsorg* och gällde då data mellan 1995 och 2005. Ytterligare data har sedan inhämtats från SCB:s företags- och sysselsättningsstatistik för åren 2006 till 2009, vilket möjliggjort analyser för en längre tidsspann. Ola Johansson har på uppdrag av Famna utfört beräkningar som legat till grund för rapporten *Tjäna eller tjäna? Om vård eller vinst* (Johansson 2011). Utredningarna för Famnans räkningar har baserats på företagens uppgifter om verksamhetsområden (SNI-koder), associationsformer (vinst eller är icke vinstsyftande) samt uppgifter om enheterna tillhör koncern och om den är svensk- eller utlandsägd. Den senare analysen visade dock att ytterst få av non-profitaktörer inom vård och omsorg, tillhör en koncern och är inte i något fall utlandsägt. Skiften av associationsform är dessutom sällsynta och när de sker är orsaken i regel ägarskifte eller en ändrad inriktning av verksamheten (Johansson 2011, s.7).

En övergripande bild (figur 2) beskriver sysselsättningen inom hälso- och sjukvården som successivt avtagande från drygt från 1995 308 000 till 259 000 anställda 2009 (-16 procent). Antalet anställda inom hälso- och sjukvården minskade kraftigt under 1990-talets krisår. Efter millennieskiftet bromsades personal-minskningen och i den öppna primärvården ökade antalet anställda. Under senare år har antalet anställda återigen minskat såväl i den slutna som i de öppna vårdformerna (Johansson 2011, s.12).

Figur 2. Antalet anställda inom slutna och öppenvård i Sverige 1995 - 2009



Källa: Johansson (2011, s. 12)

I tabell 2, på nästa sida, redovisas hur sysselsättningar har utvecklats under fjorton års tid med nedslag kring 1995, 2006 och 2009 dels för öppen och slutna sjukvård och omsorg, och dels fördelat mellan offentliga och privata enheter. Det är uppenbart att privata driftsformer har ökat i större utsträckning inom de *öppna vårdformerna*. 2009 arbetade totalt 33, 8 procent av personalen inom öppenvården i en privat enhet och 26,7 procent av de anställda inom öppen omsorg, inklusive service till funktionshindrade. Öppen hälso-och sjukvård ökade med 15,5 procent alltmedan, öppen omsorg, är det som ökat kraftigast från 5 procent 1995 till 26,7 år 2009 (+21, 7 %).

Tabell 2. Sysselsättning inom vård och omsorg samt fördelning mellan offentliga resp. privata enheter 1995, 2006 och 2009

	<i>Offentliga enheter</i>	<i>%</i>	<i>Privata enheter</i>	<i>%</i>
Sluten sjukvård				
2009	189 619	95,3	9 403	4,7
2006	200 130	96,0	8 343	4,0
1995	245 424	97,5	6 367	2,5
Öppen hälso- och sjukvård				
2009	38 282	66,2	19 621	33,8
2006	43 122	72,2	16 578	27,8
1995	45 968	81,7	10 270	18,3
Äldreomsorg Särskilt boende				
2009	116 606	84,4	21 627	15,6
2006	129 049	88,7	16 383	11,3
1995	101 918	94,5	5 937	5,5
Öppen omsorg ink funktionshindrade				
2009	111 301	73,3	40 640	26,7
2006	109 923	80,1	27 349	19,9
1995	81 324	95,0	4 310	5

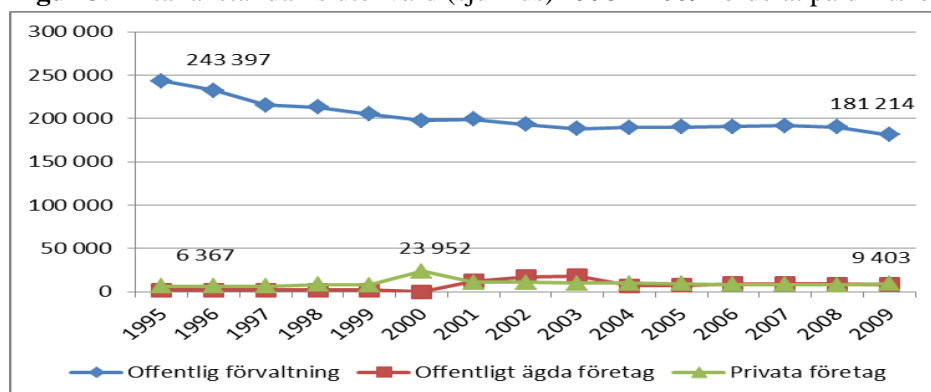
Källa: Johansson (2011, s. 23)

Om sjukhusen, kan sägas att det är den del av sjukvården, som har rönt stor ideologisk uppmärksamhet och återkommande varit föremål för politiska diskussioner, men verkliga förändringar av driftsformer har varit små. Sysselsättning inom de privata vårdbolagen för *sjukhus* har gått från 2,5 procent (1995) till en fördubbling, vilket motsvarar 4,7 procent av den totala sjukhusvården (2009) (+2,2 %). Inom *äldreomsorg, särskilt boende*, har trenden varit starkare från 5,5 procent till 15,6 procent (+10,1 %).

Antal anställda i sjukvård – sluten och öppenvård

Antalet anställda i slutenvården (sjukhus) minskade totalt med 21 procent, från 1995 års omfattning på 251 800 till 2009 års siffra på drygt 199 000 personer. Detta omfattar en minskning av anställda i offentlig förvaltning, alltmedan anställda i offentligt ägda bolag faktiskt mer än tredubblas under samma period, från 2000 år 1995 till 8400 anställda år 2009.

Figur 3. Antal anställda i slutenvård (sjukhus) 1995 - 2009 fördelat på driftsformer

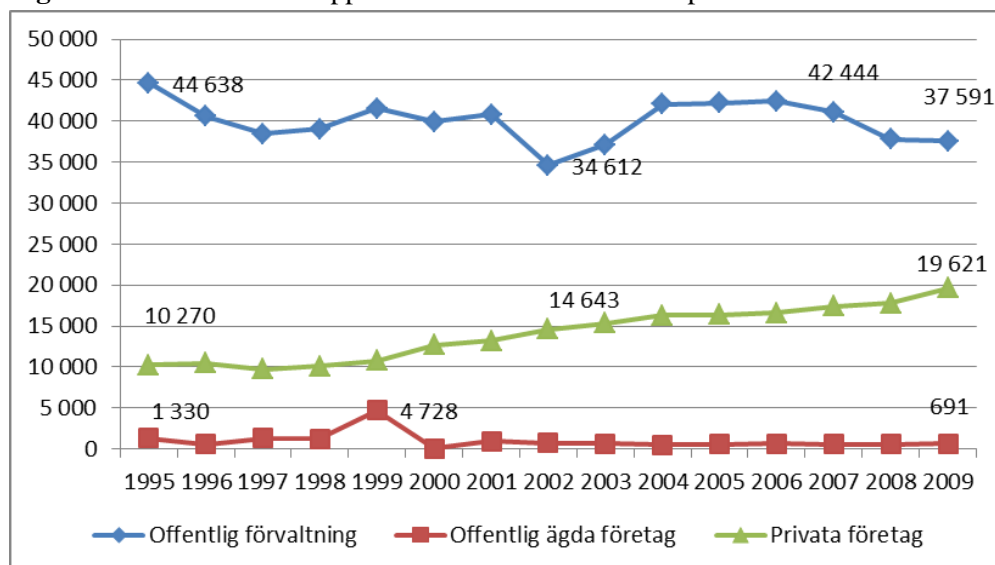


Källa: Johansson (2011, s. 13)

De offentliga bolag ökade markant vid millenniumskiftet och nådde sin topp 2003 (18 100 personer), men har sedan avsevärt minskat igen till dagens mått, vilket framgår av figur 3, föregående sida. Utvecklingen kan relateras till de bolagiseringar som har skett i vissa landsting framför allt i Stockholm med Danderyd och Södersjukhuset som två exempel. I de privata företagen fördubblades nästan personalen fram till 2009 (+47 procent). För perioden 1995 till 2009 har antalet anställda totalt sett i öppenvården ökat med 3 procent. Denna ökning har skett genom att antalet offentligt anställda i förvaltningar och bolag har minskat, alltmedan personal har ökat i de privata vårdföretagen nästan har dubblats (från 10 270 till 19 600 motsvarande +91 procent).

Figur 4 visar på trenderna för öppen sjukvård. Minskningarna i den öppna vården rör de offentligt drivna verksamheterna, från 44 600 1995 till 37 600 år 2009 (-15 %). Antalet privat anställda i den öppna vården har däremot, som tidigare påpekats, ökat från 10 300 till 19 600 personer. Antalet sysselsatta i den öppna bolagiserade offentliga vården i stort sett har varit oförändrad över tid, även om en markant ökning inträffade runt milleniet (Johansson 2011, s.13).

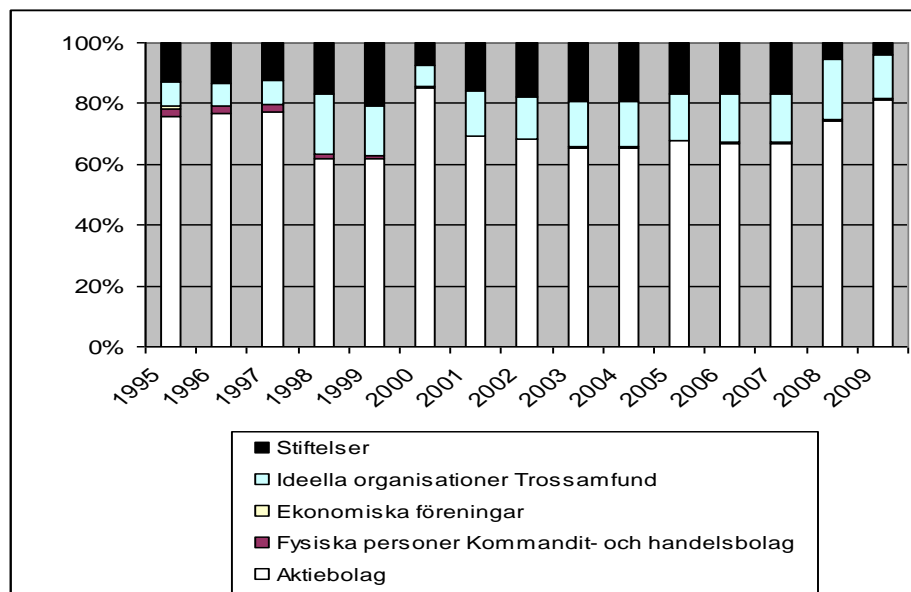
Figur 4. Antal anställda i öppenvård 1995 -2009 fördelat på driftsformer



Källa: Johansson (2011, s. 13)

Som tidigare nämnt så är non-profitaktörerna förhållandevis få i Sverige. Fördelningen mellan kommersiella bolag och non-profitsektorns associationsformer har emellertid varierat över tid. Figur 5, på nästa sida, visar dessa förändringar. 1995 arbetade drygt 22 procent av de privatanställda inom sjukhusvård i någon av non-profitsektorns associationsformer. Antalet anställda inom non-profitsektorn ökade under åren kring millennieskiftet. År 2006 arbetade 2 750 inom sektorn och andelen av privat anställda var 32 procent. År 2009 var antalet anställda 1 730 och andelen har sedan minskat till 18 procent. De flesta som har anställning i en ideell förening, mindre än 400 personer, arbetar i en enhet som drivs av stiftelse. Ingen sjukhusvård har drivits av ekonomisk förening. En markant förändring som har skett under senare år för privata aktiebolag är ökningen av utländskt ägande. Antalet anställda i utländskt ägda bolag ökade från mindre än 500 år 2006 till över 4 000 år 2009 (Johansson 2011, s. 9).

Figur 5. Privat sluten hälso- och sjukvård – antal sysselsatta efter driftsform



Källa: Johansson (2011, s. 14)

1.3 Öppenvård inkl primärvård och LOV

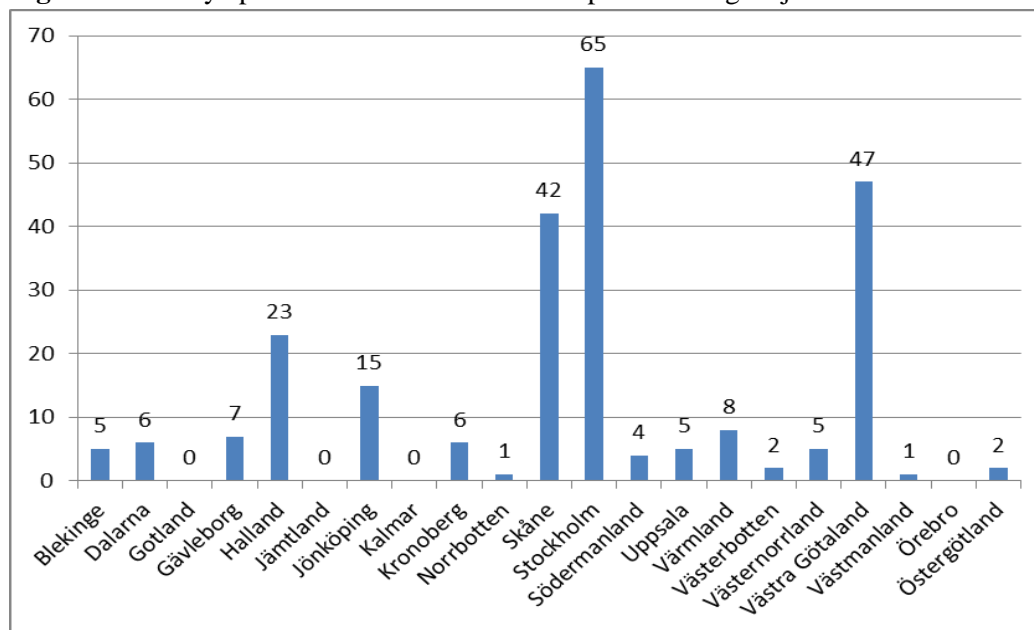
Ökning av privat vårdgivare i den öppna vården har skett kontinuerligt under perioden 1995 - 2011 med tydlig acceleration relaterat till vårdval av primärvård i Sverige. Sedan januari 2010 åläggs alla landsting införa ett vårdvalssystem i primärvården i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV). I anslutning till detta fick Konkurrensverket, i uppgift av regeringen, att följa upp landstingens implementering av LOV. Sedan 2009 har 289 nya privata vårdcentraler öppnats. Totalt finns i dag 473 stycken, enligt sajten Omvård, vilket innebär en ökning med bortåt 150 procent på den privata sidan (www.omVardnad.se). För primärvård totalt sett innebär det en ökning på 23 procent, som nästan uteslutande kan relateras till privata vårdaktörer. Landstingen är således fortfarande den största vårdgivaren (Konkurrensverket 2010, s. 6). Ökning av primärvård har främst skett i de tre största landstingen. Men tas hänsyn till befolkningens mängd så framgår det inga tydliga skillnader mellan storstadsregioner, län och glesbygd, eller mellan norr och söder, enligt Konkurrensverket (2010). Nyetablering sker dock företrädesvis i tätbefolkade områden och landsting. 2/3 av de privata vårdmottagningarna drivs småföretagare, dvs företag med mindre än 50 anställda. Medelstora företag svarar dock för det största antalet nyetableringar. Tre stora vårdföretag äger tillsammans en 1/3 av den privata vården motsvarande 10 av den totala primärvårdsmarknaden (Konkurrensverket 2010).

Till Konkurrensverket uppger flera landsting att vårdvalet har inneburit bättre tillgänglighet genom utökade öppettider och att vårdgivarna har blivit bättre på att tillgodose patienternas vårdbehov. Däremot menar både landstingen och vårdgivarna att intresset för att ”nischas” verksamheterna har varit relativt begränsat. Konkurrensverkets uppmaning är att förutsättningar för nischad primärvårdsverksamhet stärker patienternas incitament att välja (Konkurrensverket 2010, s. 7). Mångfald och valfrihet grundad på etablering och utveckling av vårdenheter förutsätter klara listningsprinciper och förtroende för att landstinget ska agera konkurrensneutralt. Empirin visar också att antalet nyetablering

samvarierar med landstingets kostnader för primärvård, tolkat som att fler vill etablera sig i områden med generösa beställare (Konkurrensverket 2010).

I en sammanställning av Vårdföretagarna (2010), se figur 6, identifierades spridning på 244 nyetablerade vårdgivare över olika landsting. Denna bekräftar de nya aktörernas koncentration (två tredjedelar) till de tre befolkningsrikaste delarna av Sverige Stockholm (65 st), Västra Götalandsregionen (47 st) och Skåne (42 st). Ytterligare några återfanns i Halland (23 st) och Jönköping (15 st). Resterande 20 %, motsvarande 52 enheter fanns i övriga delar av landet. Inga nyetableringar skedde på Gotland, i Kalmar och Örebro. En eller två etableringar tillkom i Norrbotten, Västerbotten, Västmanland och Östergötland vid tidpunkten för datainsamling.

Figur 6. Antal nya primärvårdsaktörer vårdvalet per landsting maj 2010



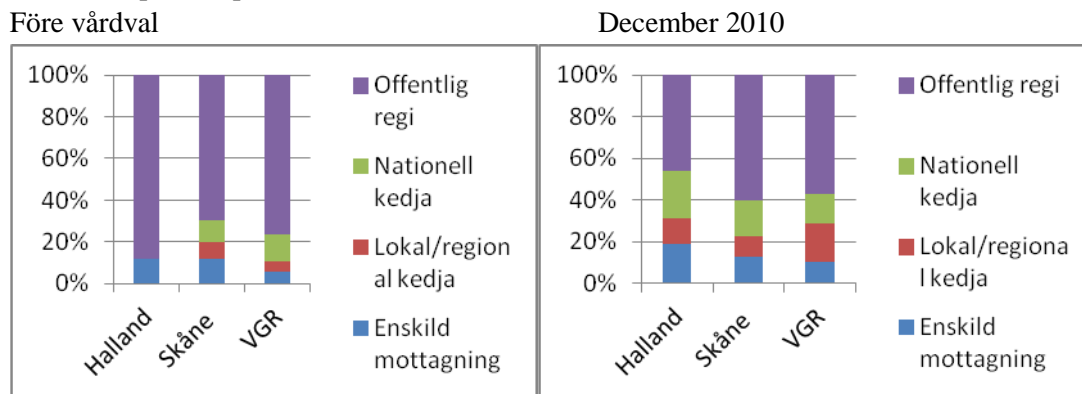
Källa: Vårdföretagarna (2010) baserat på intervjuer med handläggare i respektive landsting

Den starkaste trenden för nya etableringar sammanfaller med invånarantalet. Av de 111 etableringar som skett i storstäder eller större städer, är 56 förlagda i centrum (Vårdföretagarna 2010). De är vidare de landsting med längst erfarenhet av vårdvalssystem, dvs som införde vårdvalssystem relativt sett tidigt, som har den högsta andelen köp av verksamhet från privata vårdgivare i primärvården (Konkurrensverket 2010).

Av Vårdföretagarnas uppgifter framträder ett mönster med sju expansiva aktörer: *Praktikertjänst* som står för de flesta nyetableringarna, (närmare 14 procent), därefter kommer *Capio* och *Carema* (cirka 6 procent). *Neron*, *Novakliniken*, *Nötkärnan* och *Allemanshälsan Aleroz AB* är andra aktörer som är koncentrerade i ett eller flera landsting. Sammantaget visar detta ungefär två tredjedelar av antalet nyetableringar tillhörde *inte* någon lokal, regional eller nationell kedja. Detta överensstämmer med Konkurrensverkets redovisning (2010). Praktikertjänst, Carema och Capio tillsammans stod för en tredjedel av totalt 450 privata vårdmottagningar i augusti 2010 (Vårdföretagarna 2010; Konkurrensverket 2010).

Figur 7 hämtad från Anell (2011) visar fördelningen av aktörer i offentlig och privat regi i Halland, Skåne och Västra Götaland i december 2010 jämfört med situationen före introduktionen av vårdval. I Halland, som genomförde vårdvalsreformen tidigaste år 2007 är andelen privata enheter är högre jämfört med Region Skåne och Västra Götalandsregionen, som införde motsvarande reform år 2009.

Figur 7. Fördelning av aktörer i offentliga och privat regi i Halland, Skåne och VGR före och efter vårdval respektive per december 2010



Not: VGR=Västra Götalandsregionen

Källa: Anell (2011, s. 199) sammanställning av uppgifter från respektive sjukvårdshuvudman.

Antalet anställda i primärvården

Den övergripande utvecklingen inom öppenvården speglas också i sysselsättningsstatistiken. Under perioden 1995 till 2009 så gott som fördubblades antalet privat anställda från 18 till 34 procent. Drygt 10 000 hade privat anställning i den öppna vården år 1995, c:a 16 500 år 2006 och knappt 20 000 år 2009. Koncentrationen till de stora vårdbolagen är tydlig. År 2009 arbetade nära 18 000 personer i privata aktiebolag och av dem ca 7 500 i svenska koncerner och drygt 5 000 i utlandsägda bolag. Det innebär att antalet anställda i utlandsägda bolag har mer än tredubblats sedan år 2006. Non-profitsektorn spelar en marginell roll i den öppna sjukvården. Endast några hundratal personer arbetar i sektorns associationsformer och tendensen pekar neråt (Johansson 2011, s. 9).

Skilda praktiker – skilda förutsättningar

Anell (2011) lyfter upp utmaningarna relaterat till att det inte finns en nationell modell för primärvårdens vårdval och att varje landsting kan utforma sina egna lösningar. Detta medför skilda praktiker och förutsättningar i olika delar av landet. Avsaknaden av nationell modell försvårar möjligheterna till samlad information om primärvårdens vårdvalssystem, officiell statistik om avtalens utbredning, utformning och vilka företagen är som leverantörer (Konkurrensverket 2010). Utifrån den svenska organiseringen av omvård och sjukvård så ombesörjer varje landsting och kommun självständigt en *uppdragsdefinition* för sina olika vårdnivåer/aktörer (vad vårdcentralerna, specialistvården, kommuner etc. förväntas utföra), gör *upphandlingar av vården*, upprättar *kravspecifikation* på vad olika vårdgivare förväntas utföra utifrån specifika *ersättningsprinciper* och *kostnadsansvar*. I landstingens uppgifter ingår också *regler för uppföljning* och *informationshantering* samt ev listning. Kunskapen om hur avtal med enskilda privata aktörer fungerar begränsas, därmed till upphandlarmyndighet i respektive landsting/region och vårdgivare. Konkurrensverket ger en tydlig rekommendation om behovet av en myndighet med nationellt ansvar för övergripande information och statistik (Konkurrensverket 2010).

Vårdval Stockholm

Uppföljningar av vårdval Stockholm (Rehnberg et al. 2010) visar att den privata andelen husläkare fortsätter att öka såväl i innerstan som i förorter. Det första året uppmättes en produktivitetökning på drygt 10 procent och knappt 3 procent året därpå. Det verkar inte föreligga några produktivitetsskillnader mellan privata och offentliga enheter, men däremot till icke-auktoriserade vårdgivare. Det beror på att de icke-auktoriserade ofta har äldre avtal. Härigenom visar Rehnberg et al. på betydelsen av ändamålsenliga ersättningar och incitament. Ökar gör också vårdutnyttjande av läkare, samtidigt som besöken till sjuksköterska minskar. Inga ”övervältringseffekter” har uppmärksam samtidigt som mottagningar förefaller ha uppnått högre samstämmighet. Rehnberg et al. (2010) påtalar också att äldre har större behov och gör fler besök, vilket påverkar produktiviteten (Janlöv & Rehnberg 2011). De kvalitetsmått som man för vårdvalet laborerar med omfattar typ av besök (till yrkeskategori), telefonkontakt, kundnöjdhet och tillgänglighet. Kostnadsutvecklingen bedöms vara under kontroll med hänsyn tagen till den pågående befolkningsökningen. En uppföljning av vårdvalet i primärvården i Stockholm visar att produktiviteten har ökat både i offentlig och privat primärvård på samma sätt som vårdutnyttjandet har ökat i alla åldersgrupper, men relativt mer för vårdtunga grupper och i områden med lägre inkomster (Rehnberg et al. 2010). Härmed konstateras positiva fördelningseffekter.

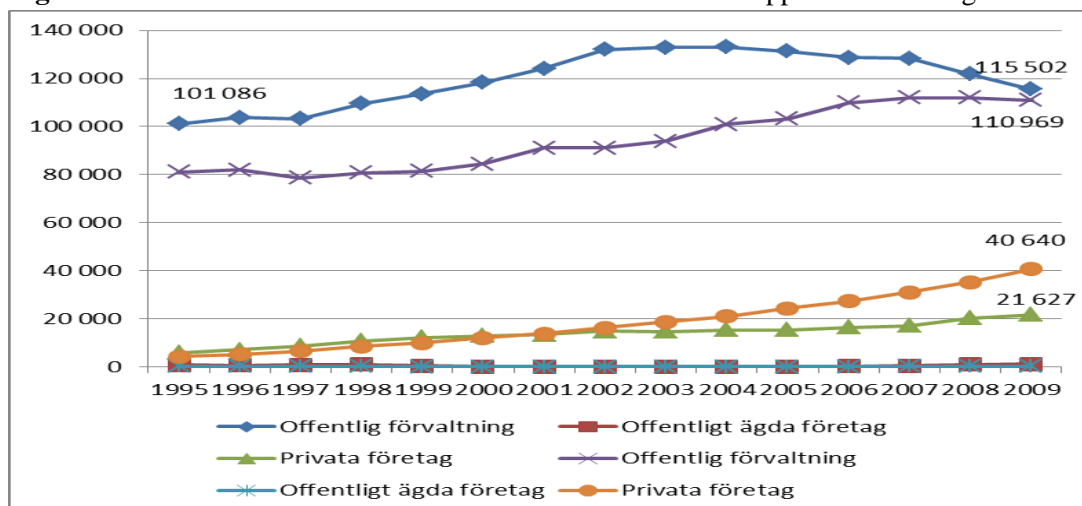
Utökat vårdval för specialistvården

Dagens Medicin försökte (okt 2011) att fånga landstingens uppfattning till en utökning av Vårdval till delar av specialistvården. Fyra landsting har börjat inför denna typ av vårdval eller fattat beslut om detta: Stockholm omfattande förlossningsvård, höft- och knäledsoperationer, reumatologi, ryggkirurgi, psykiatri – här har man kommit längst. I Halland är det ännu oklart vilka specialiteter som kommer att ingå. I Uppsala vill man inkludera ögonbottenfotografering, katarak, grå starr, ljusbehandling och har fler områden under utredning. I Skåne säger man sig vill pröva sig fram och börja med mödravården, alltmedan man i Västra Götalandsregionen än så länge befinner sig i diskussionsfasen. Fem landsting i Götaland säger sig vilja avvakta bl a Östergötland. Här omfattar dock vårdvalet redan obesitaskirurgi. Elva landsting i Svealand och Norrland samt i sydöstra Götaland för inga diskussioner om att fatta beslut i frågan. I en rundfrågning till landstingen så följande upplevas som risk 1) ett litet befolkningsunderlag lämpar sig inte för aktörer ska konkurrera, 2) vården kan bli splittrad och fungerande vårdkedjor kan brytas upp, 3) sammantaget ses detta som en risk för patientsäkerheten, 4) att det ska bli dyrare (dyrt) samt 5) att landstingen inte ska få tillräcklig insyn i de privata verksamheterna (Dagens Medicin 18 okt 2011). Socialminister Göran Hägglund tolkar detta som en nyfikenhet hos landstingen och man behöver föra mer dialoger mellan regering och landstingen, appropå det här med landstingens avvaktande profil och uttalande att man vill se hur det fungerar i andra landsting först, innan man provar i sitt ett eget (Åsgård Dagens Medicin 12 oktober).

1.4 Den kommunala äldreomsorgen

I takt med att det kommunala utbudet av äldreomsorg har byggts ut, så har också det totala antalet anställda inom särskilt boende och öppen äldreomsorg ökat med en tredjedel under perioden 1995 - 2009 från totalt 195 500 till 292 200 personer. Detta omfattar alla kurvor sammantaget i figur 8. Antalet anställda inom offentlig förvaltning, offentligt ägda bolag och privata företag för slutna och öppna äldreomsorg illustreras i figur 8.

Figur 8. Antal anställda inom olika driftsformer för slutna och öppna äldreomsorg 1995 - 2009



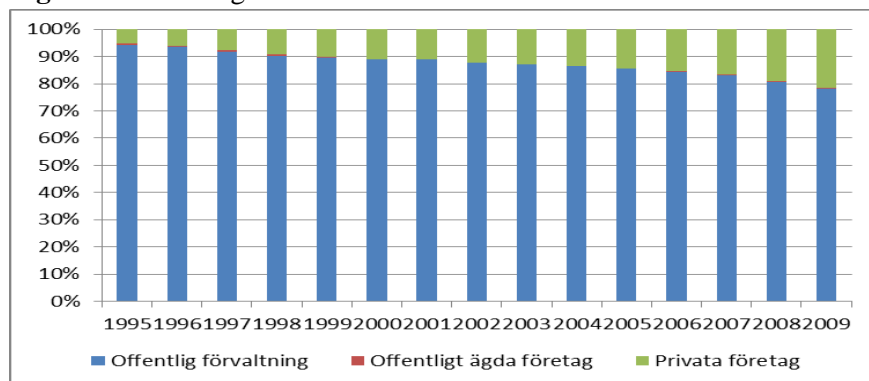
Källa: Johansson (2011, s. 17)

Anställda inom Slutna äldreomsorg – särskilt boende

För att fånga äldreomsorgens utveckling under perioden 1995 - 2009 har Ola Johansson, på samma sätt som beskrivit för hälso- och sjukvård, bearbetat SCBs statistik för företag och sysselsättning (RAMS). Härigenom kan konstateras att andelen anställda i privata enheter har tredubblats under tidsperioden 1995 - 2009. En del av ökningen kan härledas till personal för *särskilt boende* i äldreomsorgen, där nära 6 000 personer var anställd hos en privat vårdgivare 1995 till 21 600 personer år 2009. Ökningen skedde främst i privata aktieföretag för *öppen omsorg*, inklusive funktionshindrade, där antalet anställda ökade från knappt 4 300 år 1995, till 27 300 år 2006 och 40 600 år 2009. En stor del av ökningen kan härledas till omsorgspersonal i utlandsägda bolag. Mot bakgrund av ägarbyte och internationella förvärv av svenska privata vårdgivare under senare delen av 2000, så har utvecklingen där gått tämligen snabbt från 1 000 anställda år 2006 till 13 500 år 2009. Det innebär att tre av fyra anställda inom privat äldreomsorg idag återfinns i ett utländskt ägt bolag (Johansson 2011, s. 18).

Vad gäller personal i privata icke-vinstdrivande verksamheter så framkommer det av figur 9 på nästa sida, att den ökade från drygt 1 500 år 1995 till över 3 600 år 2009. Men sett till det totala antalet anställda i privat omsorgsbolag, så minskade non-profitsektorns andel från 25 % år 1995 till 17 % år 2009. Ökningen inom non-profitsektorn har i huvudsak skett i enheter som drivs av stiftelser. Cirka 2 500 personer var 2009 anställda av en. Även det faktiska antalet anställda i ideella föreningar har ökat något, alltmedan sysselsättningen i ekonomiska föreningar har minskat (Johansson 2011, s. 9).

Figur 9. Fördelning av anställda mellan olika driftsformer inom äldreomsorg 1995-2009



Källa: Johansson (2011, s. 17)

Öppen kommunal omsorg ges till äldre genom hemtjänst och till funktionshindrade främst i form av personlig assistans. Drygt 85 000 arbetade i kommunernas öppna omsorg år 1995. Antalet har sedan ökat till 122 000 år 2005 och uppgick år 2009 till 152 000 personer. År 1995 var drygt 4 300 privat anställda, vilket motsvarade 5 % av segmentets personal. År 2009 uppgick antalet till 40 000 privat anställda, dvs. 27 procent av den totala sysselsättningen (Johansson 2011, s. 9). Av de 40 000 privatanställda år 2009 arbetade drygt 33 000 i privata aktiebolag och drygt 2 000 i enskild verksamhet eller handels- eller kommanditbolag. Drygt 5 000 personer var verksamma i någon av del av non-profitsektorn, de flesta i en ekonomisk förening. I ekonomiska föreningar ökade antalet anställda från knappt 300 år 1995 till närmare 3 200 personer år 2009. Antalet anställda i enheter drivna av ideella organisationer eller stiftelser har för övrigt minskat. Kulmen för ideella organisationer nåddes år 2006 med nära 4 000 anställda, men sjönk sedan till knappt 2 000 år 2009 och för stiftelser från tidigare c:a 400 till 170 år 2009 (Johansson 2011, s. 9).

Personlig assistans och annan omsorg till funktionshindrade

Från år 2002 är det i sysselsättningsstatistiken möjligt att särskilja den öppna omsorgen för äldre respektive för funktionshindrade. Det visar sig då att den stora ökningen av privata utförare av öppen kommunal omsorg, i väsentlig del gäller personlig assistans och annan omsorg för funktionshindrade. Antalet privat anställda har där tredubblats från 10 750 år 2002 till nära 33 000 år 2009. Ökningen har främst skett i de privata bolagen. År 2002 arbetade c:a 6 500 personer i ett privat bolag och drygt 4 000 inom non-profitsektorns del. Sju år senare, år 2009, arbetade nära 28 000 personer i de privata bolagen, varav 4 400 i ett utlandsägt bolag och drygt 10 800 i en svensk koncern. Antalet anställda inom non-profitsektorn hade år 2009 ökat med c:a 800 personer till 5 000, men sektorns andel av den privata sysselsättningen minskade från 39 % år 2002 till 13 % år 2009. Antalet anställda i ekonomiska föreningar (brukarkooperativ) ökade från knappt 1 300 personer år 2002 till nära 3 000 år 2009, men minskade från 2 700 till 1 850 i enheter drivna av ideella föreningar eller trossamfund. Antalet anställda vid stiftelser är idag mycket lågt (Johansson 2011).

Hemtjänst och annan omsorg till äldre

Antalet privat anställda i hemtjänst och annan öppen kommunal äldreomsorg har också ökat, men i lägre takt. År 2002 arbetade 5 400 personer i privata enheter och år 2009 uppgick antalet till drygt 7 900 personer. Av dem arbetade 7 300 i ett privat aktiebolag. Även här dominerar de stora företagen. År 2009 arbetade 3 300 i ett utlandsägt bolag (en rask ökning från 540 personer år 2006) och nära 2 000 i svenska koncernbolag. Non-profitsektorns andel av den privata sysselsättningen inom hemtjänst är

mycket liten. År 2002 arbetade 640 personer i någon av sektorns associationsformer. År 2009 var antalet anställda 300 och sektorns andel av privat sysselsättning hade minskat från drygt 10 % till mindre än 4 % (Johansson 2011, s. 19).

Tabell 3. Antalet anställda i offentlig och privat äldreomsorg 1995 - 2009

	Äldreomsorg i särskilt boende			Öppen äldreomsorg inkl öppen omsorg för funktionshindrade			Totalt antal sysselsatta
	Offentlig förvaltning	Offentligt ägda företag	Privata företag	Offentlig förvaltning	Offentligt ägda företag	Privata företag	
1995	101 086	832	5 937	81 107	217	4 310	195 484
1996	103 674	656	7 089	81 983	198	5 125	200 721
1997	103 224	748	8 763	78 688	243	6 557	200 220
1998	109 616	1 035	10 857	80 751	234	8 432	212 923
1999	113 582	470	12 184	81 377	57	9 949	219 618
2000	118 417	0	12 852	84 388	8	12 013	229 678
2001	124 225	0	13 401	91 184	5	13 752	244 568
2002	132 088	0	14 827	91 094	0	16 173	256 184
2003	132 917	0	14 659	93 917	0	18 735	262 231
2004	133 075	0	15 402	100 894	0	20 998	272 373
2005	131 365	0	15 437	103 173	57	24 245	276 282
2006	128 795	254	16 383	109 827	96	27 349	284 710
2007	128 348	508	17 185	112 038	235	30 953	291 274
2008	121 888	1 036	20 248	111 999	170	35 258	292 607
2009	115 502	1 104	21 627	110 969	332	40 640	292 183

Källa: Johansson (2011, s. 17) bearbetning av SCB RAMS

2009 hade fem kommuner i Sverige lagt hälften sin äldre och handikappomsorg hos privata utförare (Solna, Danderyd, Nacka, Vellinge och Täby). Å andra sidan så finns det ett 40-tal kommuner som har lagt ut 2 procent eller mindre av sina kostnader för sådana omsorgsköp hos privata utförare. Enligt Socialstyrelsen (2010) har intresset för LOV varit påfallande stort bland Sveriges kommuner. En femtedel av kommunerna hade infört ett valfrihetssystem i oktober 2010 och totalt 212 hade ansökt om och beviljats stimulansbidrag för att utreda möjligheterna att införa ett valfrihetssystem eller för att utveckla ett befintligt system.

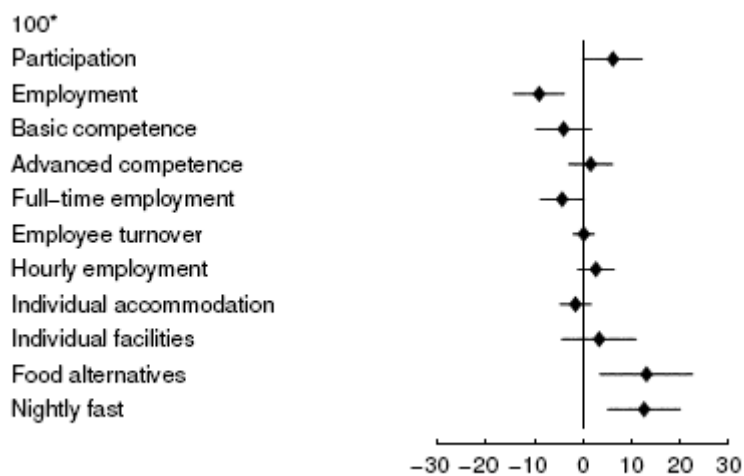
Jämförelser av kvalitet mellan offentliga och privata vårdgivare inom äldreomsorgen

Det har gjorts få svenska försök till jämförelser som specifikt fokuserar på kvalitativa skillnader mellan offentliga och privata aktörer inom äldreomsorg. Det var emellertid syftet för Stolt, Blomqvist & Winblads (2011) studie baserad på data från Socialstyrelsens kvalitetsundersökning 2007 av 2629 äldreboende. Av dessa var 253 privata vårdgivare, motsvarande 4 procent av det totala antalet. Studien byggde på en, i internationella sammanhang, imponerande svarsfrekvens motsvarande 99,5%. Deras frågor gällde förekomst av signifikativa skillnader beträffande kvalitet mellan offentliga och privata äldreboende, vad som karaktäriserar dessa skillnader och om det finns några signifikativa kvalitetsskillnader mellan äldreboende som är utsatt för konkurrens och dem som inte är det (Stolt et al. 2011, s. 561). Många tidigare genomförda kvalitetsstudier fokuserar på utfallsmått såsom brukarnas

upplevelse av nöjdhet och kontinuitet. I den här studien fokuserades istället **strukturmått** och **processmått**.²

Resultatet som framgår av figur 10 visade att privata vårdgivare hade färre anställda per brukare (-9 %) och mer personal anställd på timbasis. Däremot hade de privata en högre andel brukare som var delaktiga i sin vårdplanering (+7%), fick matalternativ (+26%) och hade kortare nattfasta (+15%). Det kan tolkas som att privata vårdgivare prioriterar service för brukarna framför strukturella förutsättningar. Inga kvalitativa skillnader gick att finna mellan offentliga äldreboende i kommuner som utsatts för konkurrens jämfört med offentliga äldreboende, där det inte förekom några privata vårdgivare.

Figur 10. Kvalitetseffekter av privat äldreomsorg, justerat efter skillnader kopplat till kommun



Källa: Stolt et al. (2011, s. 564).

Utifrån resonemanget att 80 % av kostnaderna inom äldreomsorg är kopplade till personalen, är det uppenbart att några procents sänkning kan ge stora kostnadseffekter på en marknad omfattande 20,700 USD (Stolt & Jansson 2006). Studien visade vidare att det generellt sett var mindre personal per boende för privat äldreomsorg, men det förekommer fler arbetsledare jämfört med boende i offentlig regi. Andra studier har visat att privat äldrevårdspersonal upplever en högre grad av arbetsrelaterad stress, samtidigt som de uppskattar arbetet mer och känner sig mer delaktiga (Gustafsson & Szebehely 2007).

² **Strukturmått** som *employment* (andel tillsvidaranställda per brukare), *basic competence* (andel personal med gymnasieutbildning per brukare), *advanced competence* (andel personal med högskole-/ universitetsutbildning per brukare), *full-time employment* (andel person med minst 85-% arbetstid per brukare), *hourly employment* (andel timanställda per brukare), *employee turnover* (andel som slutat utav hela personalen under föregående år), *individual accommodation* (andel brukare som delar rum med annan än make/maka eller anhörig), *individual facilities* (andel brukare som har egen toalett och kök) samt **processmått** som *participation* (andelen boende som har som har deltagit i utformandet av egen vårdplan), *food alternatives* (möjlighet mellan att minst två alternativ per dag) och *nightly fast* (nattfasta på 11 timmar eller mindre).

1.5 Privata vård- och omsorgsaktörer i Sverige

Det finns ett stort intresse för de privata vård- och omsorgsaktörerna, då många av dem utgör nya aktörer inom svensk hälso- och sjukvård. Detta avsnitt avser att beskriva de viktigaste och de största företagen. Vissa uppgifter finns i offentlig statistik, men de flesta redovisningar har hittills endast getts i media. Sammanställning nedan söker att ge generella beskrivningar av allmän karaktär – för att beskriva marknaden, olika segment och de mest tongivande aktörerna. Vilken omsättning och hur många anställda har de? Vilka verksamheter ägnar de sig åt och hur kombinerar de olika tjänster?

De största vård- och omsorgsaktörerna i Sverige, sett till omsättning och antal anställda är Praktikertjänst, Capio, Caremea (Ambea), Attendo och Aleris (t ex DI 2011). Alla utom en deltar också på en nordisk hälso- och sjukvårdsmarknad, vilket tabell 4 visar.

Tabell 4. Den nordiska marknaden för sjukvård och omsorgstjänster.

Aktör	Land			
Ambea	SV	FI	NO	
Attendo	SV	FI	NO	DK
Capio Nordic	SV	FI	NO	DK
Aleris	SV		NO	DK
Praktikertjänst	SV			

Källa: Ambeas årsredovisning (2010)

Dagens Samhälle rangordnade i november 2010, de tio största privata vårdgivarna.

Beskrivningar av deras verksamhet, har för denna rapport summerats i tabell 5, se nästa sida.

Kryssen illustrera i vilket/vilka segment som de olika aktörerna arbetar. De tio största privata vård- och omsorgsaktörerna återfinns inom alla de stora segmenten av hälso- och sjukvård. Sju stycken av dem bedriver primärvård. Sju av de stora bedriver specialistvård/ sjukhusvård. I det segmentet som har störst närvaro av privata vård- och omsorgsgivare, dvs äldreomsorgen, finner vi endast två aktörer.³ Uppgifter från Dagens Samhälle 2010 har kompletterats med information från respektive bolags hemsida.

³ Antalet beror på om man räknar Aleris och Proxima som två bolag, vilket de var när undersökningen genomfördes 2010 eller som ett, vilket är situationen efter Aleris köpa av Proxima i juni 2011 (pressrelease www.proxima.se). Den 1 nov 2011 förvärvade Aleris även Mitt hjärta primärvård AB.

Tabell 5. De största sjukvård- och omsorgsaktörerna i nov 2010

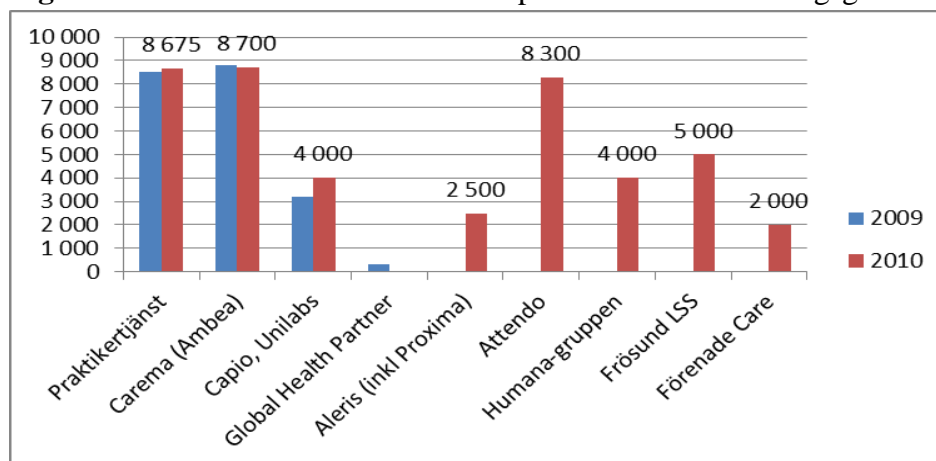
X =vårdgivaren bedriver verksamhet inom området

	Specialist/ sjukvård	Primär vård	Äldre omsorg	Diagno- stik	Psyk vård	Tand vård	Sjukvård rådgiv
1. Praktikertjänst	X	X		X	X	X	
2. Ambea (Carema)*)	X	X	X		X		
3. Capio	X	X		X	X		
4. Aleris (inkl 6. Proxima)	X	X	X	X	X		
5. Global Health Partner	X					X	
7. Neron HSU AB	X	X			X		
8. MedHelp							X
9. Achima Care AB		X					
10. Mitt hjärta- företagen	X	X					

*) bedriver också verksamhet för funktionshindrade

Källa: Dagens Samhälle (2010) samt kompletterande information från respektive bolags hemsida

Om man även väger inom andra stora vårdgivare med verksamhet inom äldreomsorg och för funktionshindrade utökas bilden ytterligare. Förutom de ovan nämnda (så) visar figur 11 antalet anställda inom bolag som ger privat äldreomsorg och omvårdnad av funktionshindrade, dvs. Attendo Care och Förenade Care. Humana-gruppen och Frösund LSS är främst inriktade på insatser för personer med funktionshinder som behöver personlig assistans (Szebehely 2011, s. 234).

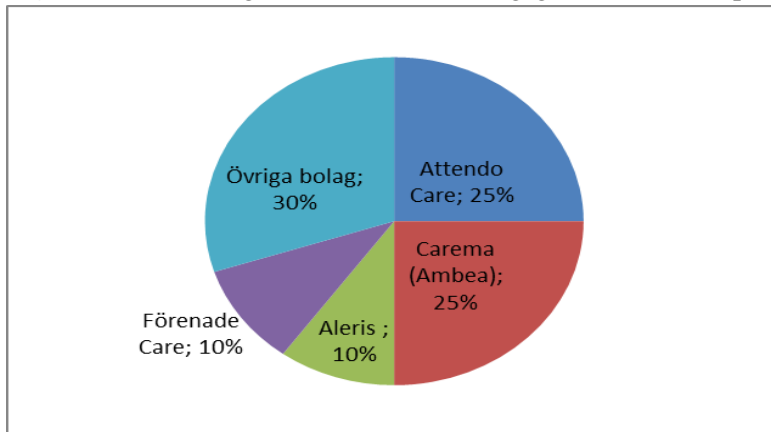
Figur 11. Antal anställda för de största privata vård och omsorgsgivarna 2010

Källa: Dagens Industri 6 okt (2011), SvD 3 sept (2011), Dagens Samhälle nov (2010) Plus tillägg Praktikertjänst (2010).

När det gäller äldreomsorgen drivs hälften av den privat utförda verksamheten i fyra bolag: Attendo Care (fd Patena Care), Carema Care (inklusive fd. Grannskapsservice), Aleris och Förenade Care. De två största är Attendo Care och Carema (Ambea) och dessa har snabbt växt genom förvärv av konkurrenter och framgång i upphandlingar. Deras tillväxt har relativt varit större än för den privata äldreomsorgen totalt sett. Enligt Szebehelys beräkningar (2011) så delade Attendo Care och Carema

(Ambea) på halva den privata äldreomsorgsmarknaden, alltmedan Aleris och Förenade Care innehade 10 procent var, 2008. Szebehelys bedömning är att stora företag har gynnats av konkurrensen inom äldreomsorgen, som i alla fall inledningsvis, krävde stora ekonomiska resurser, administrativ och juridisk kompetens för att nå framgång i de storskaliga upphandlingarna.

Figur 12. Fördelningen av vård och omsorgsgivare inom den privat utförda äldreomsorgen, 2008



Källa: Szebehely (2010) baserat på Dagens Samhälle 2008 och företagens hemsidor

Vad gäller service för funktionshindrade så är tendenserna till marknadskoncentration inte lika framträdande som inom äldreomsorgen. De två största aktörerna Human-gruppen och Frösunda står tillsammans för 40 procent av marknad. Deras snabba tillväxt har skett främst genom förvärv av andra mindre aktörer (Szebehely (2011, s. 234).

Tabell 6 på nästa sida sammanfattar en del av de uppgifter som har redovisats i media och från andra källor om de stora privata vårdgivarna, deras omsättning, antalet anställda och ägarformer.

Tabell 6. Privata vård- och omsorgsaktörer i Sverige

Vårdaktör – ex på verksamhet Ägare	Omsättning ⁴ MSEK	Anställda i Sverige	Moderbolagets hemvist
Praktikertjänst 1 300 tandvårdsmottn , 50 tandtek lab, 79 vårdcentraler , 10 dotterbolag specialistvård, diagnostik, psykiatrisk vård Ägs av 2150 medlemmar (kallade entreprenörer, ägare och anställda)	8,6 (2010) 8,3 (2009)	8 300 (2010) ⁵ 8 675 (2009)	Sverige
Carema (Ambea) >400 verksamheter inom vård o omsorg i 3 länder framför allt i Sverige. Mehiläinen, Carema Care o Carema sjukvård Ägs av riskkapitalbolaget Triton sedan 2010, då det såldes av det brittiska riskkapitalbolaget 3i. Under 2010 gick det amerikanska riskkapitalbolaget Kohlberg Kravis Roberts in som 50-procentig ägare.	4,2 (2010) 3,6 (2009)	8 700 (2010) 8 800 (2009)	New Jersey, USA
Capio , Unilabs Sjukvård i fem länder I Sverige bla St Görans sjukhus, 30 vårdcentraler, diagnostik o psykvård Ägs av riskkapitalfonderna Apax Europe Funds (45 %), Nordic Capital Fund VI (44 %) och Apax France Funds (11 %) sedan 2006, då Nordic Capital och Apax köpte ut koncernen från börsen.	9,7 (2010) 4,2/3,2 (2009)	4 000 (2010) 3 200 (2009)	Luxemburg, Guernsey
Global Health Partner Specialistvård, specialisttandvård, hjärtarytmi	503 (2009)	296 (2009)	Sverige
Aleris (del ar av Proxima 2009 sjukvård, äldreomsorg och psykisk hälsa samt Aleris Röntgen. Datortomografi Ägs av investmentbolaget Investor, sedan 2010 då året då koncernen såldes av EQT.	4,1 (2010) 2,2 (2009)	2 500 (2010) 273 (Proxima 2009)	Sverige
Attendo Care äldreomsorg, äldrecenter Ägs av Augustus International (78%), baserat i Luxemburg, som i sin tur ägs av riskkapitalbolaget IK Investment Partners.	6,7 (2010) 3,3 (2009)	8 300 (2010)	New Jersey, USA
Humana-gruppen Tangon, demensboende i Laholm Ägs av Argan Capita	1,7 (2009) 1,3 (2008)	4 000 (2010)	London, UK
Frösunda LSS Frösunda aktivitetshus, dagverksamhet för hjärn-skadade Ägs av HG Capital, som köpte det av danska riskkapitalbolaget Polaris Equity.	1,6 (2009)	5 000 (2010) 3 700 (2008)	London
Förenade Care Eckbackens vårdboende Ägs av Forenade Service A/S	890 miljoner (2009)	2 000 (2010)	Danmark

Källa: Dagens Samhälle nov (2010), Dagens Industri 6 okt (2011), SvD 3 sept (2011), Szebehely (2011)

⁴ Omsättning för 2010 från DI 6 okt 2011, omsättning 2009 från SvD 3 sept 2011 och Dagens Samhälle nov 2010

⁵ Praktikertjänst (2010) då DI endast uppger anställda i affärsområde Hälso-och sjukvård (3300) men ej dem in om affärsområde Tandvård (5000) som utgör 55 % av verksamheten

1.6 Information om vårdgivare och kvalitetsjämförelser

Nedan följer en beskrivning av övergripande databaser/ register och återkommande undersökningar för att ge information och jämföra olika vårdgivare. Dessa tjänar också som källa till uppföljning, kontroll och insyn på nationell och/eller landstingsnivå.

Nationella kvalitetsjämförelser

Myndigheten för vårdanalys etablerades under 2011 med uppdrag att följa upp, utvärdera och effektivitetsgranska hälso- och sjukvården ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. Myndigheten ska, enligt regeringen, kunna granska all offentligt finansierad hälso- och sjukvård, även tandvård, delar av socialtjänsten och myndigheternas arbete, oavsett huvudmannaskap eller driftsform (www.vardanalys.se).

Nationell Patientenkät undersöker den patientupplevda kvaliteten inom svensk vården för områdena akutmottagning, primärvård (vårdcentraler och motsvarande), slutna och öppna psykiatrisk vård samt slutna och öppna specialiserade sjukvård. Undersökningen relaterar till ett specifikt vårdbesök. (offentligt initiativ)

OmVård.se syftar till att skapa bättre förutsättningar för ett aktivt val av vård. OmVård.se redovisar skillnad i vård- och servicekvalitet mellan sjukhus och vårdcentraler utifrån medicinskt accepterade och kvalitetssäkrade datakällor. Besökare på sidan kan själva göra direkta jämförelser av från data som finns tillgänglig över olika aktörer och databaser kring väntetider till specialistvård och primärvård. Här finns också **Vårdcentralsguiden** för att underlätta patienters vårdval (www.omvard.se).

SOM-institutet, Göteborgs Universitet samlar årligen in nationell och regional data för forskning och trendanalyser, inklusive analyser av svenskars förtroende för olika yrkesgrupper och samhällsinstitutioner (www.som.gu.se).

Svenskt kvalitetsindex, SKI, genomför regelbundet mätningar hur konsumenter och brukare värderar deras tjänster, vilket inkluderar sjukvård, tandvård, äldreomsorg och kommunal service, inklusive kommunprofiler (www.kvalitetsindex.se).

Vårdbarometern uppger vad Sveriges befolkning tycker om vården generellt, dvs. medborgarnas attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård. Årligen intervjuas ungefär en halv procent av den vuxna befolkningen. Undersökningen genomförs i två omgångar, en på våren och en på hösten. Helårsresultat presenteras under första kvartalet efterföljande år.

Öppna jämförelser är Socialstyrelsen och SKLs årliga jämförelser av vården och omsorgen om äldre baserat på data från olika kvalitetsregister som svenska palliativregistret, RiksStroke, Patientregistret om fallskador, indikatorer från Socialstyrelsen, uppgifter om väntetid och personalkontinuitet från Kommundatabasen, riskbedömningar, läkemedelsgenomgångar och personalens utbildning från Kommunundersökningen, förskrivna läkemedel från Läkemedelsregistret samt äldres egna omdömen om äldreomsorgen utifrån postenkäter.

DEL 2 Intervjuer med fyra huvudaktörer

Del 2 bygger på rapportförfattarens intervjuer med ett fyra personer. Genom att sammanfatta samtal, à 30 minuter till en timma, görs ett försök att spegla huvudaktörer inom svensk hälso- och sjukvård och olika aspekter av mångfald. Huvudaktörerna är en beställare och offentlig aktör på landstingsidan (Catharina Barkman utvecklingschef vid Stockholms läns landsting), en offentlig aktör inom kommuner och landsting (Roger Molin för avd. för vård och Omsorg vid SKL), en privat icke-vinstsyftande aktör (Martin Ärnlov VD för Bräcke Diakoni) samt en företrädare för de professionella (Håkan Wittgren VD i Läkarförbundet). Efter en presentation av frågorna som ställdes, följer författarens referat av respektive intervju. Representanter för en privat aktör deltar aktivt i workshopen.

Följande frågor ställde vi till huvudaktörerna

1. Vilka hälso- och sjukvårdsaktörer behövs för framtiden? Kan mångfald av hälso- och sjukvårdsaktörer gynna målen för hälso- och sjukvården? Finns det några risker med mångfald av hälso- och sjukvårdsaktörer?
2. Vad är viktigast att privata aktörer kompletterar inom vissa nischer eller att privata aktörer skapar utmaningar och stimulans till offentliga aktörer? Är det tänkbart med olika scenarier för olika branscher?
3. Vilka konkreta åtgärder krävs för att kunna infria dessa mål? och från vilka parter?
4. Vilken roll bör olika aktörer ha exempelvis staten, landstingen, de offentliga vårdgivarna, de privata vårdgivarna, medborgarna/patienterna? Finns det andra aktörer som bör ges utrymme?
5. Vilka är de viktigaste möjligheterna respektive de viktigaste riskerna? Hur bör respektive möjlighet stimuleras och risk undvikas?
6. Var står vi om 5 år?

En **beställare** på landstingsidan – spegling av **Catharina Barkman** utvecklingschef vid Stockholms Läns Landsting.

1.

Det är oerhört viktigt med mångfald av aktörer för hälso- och sjukvården, inleder CB. Mångfalden kan bestå av olika driftsformer, offentliga och privata, små och stora aktörer, stiftelser och vanliga bolagsformer, olika sätt att jobba och olika typer av yrkesgrupper. Det möjliggör innovationer, förnyelser och utveckling och skapar en dynamik med tryck på kvalitetsförbättringar, som gynnar patienter och medborgare. Genom att jämföra olika aktörer kan vi få tillstånd en dialog om kvalitetsförbättringar och innovativa lösningar. Idag ökar befolkningen med 30–35 000 personer per år i Stockholms län. Efterfrågan är stor på hälso- och sjukvårdstjänster och den kommer bara att öka. Med flera aktörer hoppas vi kunna få ner väntetider, öka tillgänglighet mm. Samtidigt, mångfald eller ej, så är det väldigt viktigt att följa upp och granska att hälso- och sjukvårdens krav efterföljs. Fler aktörer på en

offentligt finansierad marknad, ställer ökade krav på landstingen som finansiärer, samordnare och ägare av hälso- sjukvårdssystemen/strukturen.

2.

Mångfaldsformer kan gärna innehålla mer nischning. Detta kan förutom beskrivningen ovan, relateras till olika trender och ökat hälsofokus, livsstilsfrågor i sjukvården och påverkan på våra kroniska sjukdomar. – Vi i Stockholm har t.ex. valt att dela upp primärsjukvården i husläkarmottagning, mödravård, barnavård mm, för att kunna få in fler aktörer och etablering av små vårdgivare. Vårdgivare kan välja att specialisera sig på en vårdgren eller på flera vårdgrenar. En förutsättning är **likartat uppdrag och samma ersättningsmodell för alla** som etablerar sig oavsett vårdområde och geografisk plats, inte minst för konkurrensmentalitetens skull. Ersättningsmodellen inom primärvården är sedan anpassad för att ge ökad ersättning för t.ex. barn och äldre. Tolkbesök ersätts extra. Vårdgivare ska så rättvist som möjligt få betalt för de resurser som läggs ner. I Stockholm har vårdval också införts på 16-18 områden inom somatisk specialistvård.

3.

Vi ser väldigt positivt på **öppna jämförelser**. Det möjliggör kvalitetsuppföljning och jämförelser mellan landstingen. Det är ett sätt att sprida information till medborgarna som kan underlätta deras vårdval, men det finns också en demokratisk aspekt med att ge kunskap om hur sjukvården fungerar. Det är då förstås viktigt med bra datakällor, t.ex. kvalitetsregister. Måns Roséns utredningsrapport *Guldgruvan i hälso- och sjukvården* betonar vikten av kvalitetsregister och dess positiva användningsområden. Flera olika verktyg behöver kombineras – öppna jämförelser, publik information, kvalitetsdiskussioner, konstruktiv kollegial granskning, kvalitetssäkringsarbete med avvikelserapporter mm. Ständiga diskussioner behövs för att få till förbättringar. **Uppföljning och kontroll** sker därmed på många olika sätt i SLL. – Vi har kvalitetsparametrar för alla våra leverantörer. Vi följer leverantörerna, vi har dialogmöten med dem, gör revisioner, tar stickprov, nyttjar databaser och får vi in kritik eller mycket frågor kring en särskild vårdgivare, så gör vi förstås göra en granskning. Det har vi en struktur för.

Det finns inget nationellt system för uppföljning av vårdvalet. Däremot har en ny myndighet startat, Myndigheten för Vårdanalys, som bl.a. har till uppgift att följa upp och utvärdera olika reformer inom hälso- och sjukvårdssystemet. Stockholm följer upp vårdvalet på olika sätt, dels görs löpande uppföljningar i bokslut mm., dels har Karolinska Institutet fått i uppdrag att utvärdera vårdvalet. Hittills har tre rapporter publicerats av Uppföljning av vårdval inom husläkarmottagningarna. Dessutom arbetar Stockholm med att publicera jämförande resultat mellan vårdgivare som deltar i vårdval. På vårdguiden.se, lägger vi ut resultatmått där alla kan gå in och jämföra olika mottagningar. Där finns t.ex. jämförelser av vårdgivare som utför ögon (katarakt) operationer. Efter en intensiv dialog med den medicinska professionen, skapades **golden standards** – en nivå som bedöms som tillräckligt bra - som komplement till rankningen/jämförelsen mellan olika operatörer. Vad gäller katarakter har Stockholm en hög nivå och ”då kan medborgare se att, jaha, den här är lite bättre än andra, men allihopa ligger väl över det som är grundnivå.”

CB tror att vi kan lära mycket av varandra om uppdragens utformning, viktiga kvalitetsparametrar och utvärdering av vårdvalet. Annat stöd är dialog med olika parter, vårdgivarna, sakkunniga, osv, och mötesplatser som Forum för Health Policy kan vara andra. Det behövs vetenskapliga utvärderingar och inte bara allmänna kartläggningar om uppfattningar. En grupp forskare med Rehnberg från Karolinska Institutet följer t.ex. vårdvalet i Stockholm och Jonas Wohlin, en annan forskare från KI samarbetar med

Harvard för att utvärdera **vårdval inom specialistvård inom knä-/höftled och dess ersättningsmodell**, som bygger på betalning för en vårdkedja, alltså inte bara enstaka operationer. Denna omfattar dagar innan operation för mottagningsförberedelser och dagar efteråt för rehabilitering. Till modellen kopplas kvalitetskrav och sanktionskrav vilket innebär att vårdgivaren står för kostnaderna för en omoperation inom 2 år om den beror på bristande kvalitet i den första operationen, oavsett vem som utför omoperationen.

En risk kopplat till mångfald är att fler vårdgivare måste följas upp. Det måste finnas en tydlig signal och åtgärder för vårdgivarna som inte sköter sig, dvs att vid undermålig kvalitet, fusk eller missbruk, så man kunna stänga eller säga upp ett avtal. Ett system som bara har offentlig produktion har kanske ingen benchmarking, men det är lika viktigt med en strukturerad uppföljning. Vad man kan förvänta sig av skattepengarna, är det en effektiv verksamhet, hur mycket pengar får man årligen i ökning av kostnader och kvalitet? Möjligheterna är många fler än riskerna – bra jämförelser öppnar upp för stimulans, spridning av innovation och idéer.

CB ser det som en intressant att resonera om vården fragmentiseras mer nu eller inte... Ordet fragmentisering ger en tydlig signal om något negativt. Är det risk för att samarbetet minskar med fler vårdgivare eller finns det incitament för att samarbetet ökar? Jag tror på ökad dialog och informations- och dialogmöten med vårdgivare. Det är vidare **viktigt att hitta incitamentsstrukturer så att det lönar sig att samverka**. I en tillräckligt transparent verksamhet syns förhoppningsvis, de som inte samverkar och därmed ger sämre vård till patienterna, så att de så småningom slås ut eller inte väljs utav patienterna. Här är återigen dialogen med vårdgivare och mellan vårdgivare viktig. När fungerar samverkan och när fungerar den inte – vad beror det på? Hur viktigt är det för patienten? Patienten ska stå i fokus och inte slussas runt mellan olika vårdgivare. Det behövs även experiment och nya arbetssätt. SLL har prövat sk **aktiv hälsostyrning** på bl a Huddingeakuten. Några sjuksköterskor fick i uppgift att koordinera insatser och ha direktsamtal med patienter som ofta besökte akuten. – Det kunde vara samtal till kommunen, uppföljningssamtal kring medicineringen osv för att visa att vi följer upp patienterna. Detta ledde till betydligt mindre inläggningarna och lägre kostnader för sjukhuset samtidigt som patienterna var väldigt nöjda, kände sig trygga och mådde bättre, berättar CB.

CB betonar att hon pratar om sitt system i Stockholm. Man bör vara ödmjuk inför att andra områdena kan ha andra strukturer. Det är inte samma förutsättningar i Norrbotten, med betydligt färre invånare, lägre utbud och långa avstånd. Sverige är jämförelsevis ett litet land. Det är därför vi har en samlad rikssjukvård för vissa specialiteter, såsom allvarliga barnhjärtoperationer, avancerade brännskador osv. Den utvecklingen med viss specialisering kan också appliceras till ökad rörlighet mellan landsgränserna. – Personligen är jag inte oroad över om man öppnar gränserna inom EU, säger CB.

4.

Det är otroligt kul och bra med en samhällsdebatt. Andra aktörer finns definitivt inom forskning och utvärdering, alltså forskare, men också andra organisationer, t.ex. Vårdföretagarna och stiftelser som skapas. – Vårdföretagarna, tycker jag syns för lite. Det är en jätte viktig aktör med många medlemmar och många är kvinnor. Hur ser de på mångfalden och kvinnligt företagande inom vården? Sedan är det onekligen så att försäkringsbolagen har fått en ökad roll i om fler privata sjukvårdsförsäkringar. Jag tycker att det vore intressant att hör om de har några spännande idéer? utan att jag för den skull, vill ge avkall på solidarisk finansiering. Vi måste våga vara öppna i Sverige och lyssna på varandra. Det är också jättebra att jämföra Sverige med andra länder.

5.

Skulle ökad **konkurrens kunna** leda till **en rädsla att dela med sig av idéer**? – Möjligen, säger CB, men kommer det fram så många idéer utan konkurrens? CB berättar om ett projekt med namnet *Företagande* inom SLL, där hon är projektledare. Vi tittar på klimatet särskilt för små och medelstora vårdföretag. En viktig fråga är hur vi skapar innovation och hur får vi fram nya idéer. Vårdpersonal kan härigenom besöka en samordnare för att diskutera sina idéer och få hjälp att omsätta dessa, t ex gällande typ av royalty, sekretess o.s.v. Vi funderar också hur man kan hjälpa andra privata vårdföretagare att få hjälp med sina idéer utan att de röjs. SLL **diskuterar också att skapa en form av innovationsråd i Stockholm** för att lyssna på nya idéer och se till att dessa blir verklighet. För den offentliga produktionen finns någonting som heter *SLL-innovation*, motsvarande Skånes Innovationssluss. Detta skulle vara roligt att diskutera vidare på seminariet.

6.

Stockholm bygger ett nytt sjukhus, det nya Karolinska sjukhuset och inom ramarna för det, så har vi tagit fram en omfattande framtidsplan för hälso- och sjukvården. Det är strukturförslag, som den politiska ledningen i konsensus har beslutat om och rör allt ifrån att skapa nya specialistcenter till att föra ut vård som inte behöver göras på sjukhusen till öppenvården. Stockholm komma att inrätta nya vårdvalsområden, och jag tror att antalet aktörer kommer att fortsätta att öka, säger CB. Det finns också en nationell diskussion kring lagen om offentlig upphandling, Anders Wijkman håller i en utredning som ser över upphandlingsregelverket. Utredningen ska vara klar i juni 2012. Det är de två lagar som är viktiga, när det gäller mångfald. CB är däremot tveksam till att vi går mot gemensamma nationella riktlinjer, nationella vårdval och specifika regler som gäller hela Sverige. Dagens konstitutionell struktur bygger på landstingen och regionerna och de är väldigt starka, på gott och ont. Jag hoppas att vi kan ha en fortsatt spännande dialog kring utvecklingen av mångfald och samtidigt vara mycket noga med vilka risker vi tar, avslutar hon.

En **offentlig aktör** inom kommuner och landsting – spegling av **Roger Molin**
för avd. för Vård och Omsorg vid SKL.

1 och 6.

Det är en empirisk fråga, om mångfald av aktörer gynnar eller missgynnar målen för hälso- och sjukvården. Man kan inte säga det i förväg inleder RM. Det är relativt nytt med en substantiell andel privata aktörer, förr fanns det läkare och sjukgymnaster på den nationella taxan och lite LOU-upphandlingar. **Privata aktörer är fortfarande en marginell** företeelse sett till helheten, om än en stor företeelse i primärvården iom vårdvalsreformen i primärvården med etableringsfrihet som obligatorium för landstingen. Framför allt Stockholm har gått vidare med vårdvals-system i delar av den specialiserade vården. Det finns **dock ännu inte tillräckligt med forskning eller uppföljning** om huruvida det hittills har varit bra med privatisering och konkurrens, i relation till målen i sjukvårdslagen, om det har inneburit effektiviseringar, lägre kostnader eller högre kvalitet osv. Det visar ju bl a SNS-rapporten. Det är svårt att få en uppfattning huruvida det hittills har varit bra eller dåligt sett i relation till målen för sjukvården.

2.

För framtiden kan man rigga uppföljningssystem. Men SKL är inte enbart intresserade av frågeställningen privat jämfört med offentligt. Vi är också intresserade av det **nya systemet som**

helhet– om det levererar bättre än det tidigare? Fokus bör gälla mixen av privata och offentliga, hur fungerar de tillsammans? Hur utvecklas hälsan i befolkningen eller exempelvis åtgärdbar dödlighet, som är en internationellt etablerade indikator på hur väl vården i ett land fungerar, eller andra output-indikatorer? Det är då extra intressant att följa svensk sjukvård i jämförelse med andra länders och med förändringar. Jämförs sjukvårdssystem i olika länder, output och kostnader, så har Sverige väldigt länge legat extremt bra. RM konstaterar dock att tendensen är att vår position inte har förstärkts, utan snarare försämrats, och t ex vad gäller åtgärdbar dödlighet så närmar sig andra länder rejält.

3 och 5.

En risk som kan vara hämmande för hela systemet, är fragmentering, dvs att olika delar av vården inte är integrerade. Det är **viktigt att specialiserad vård och primärvård är integrerade med varandra för att ha korta ledtider**. Man bör se upp med parallella vårdvalsystem som är utformade nivå för nivå, menar RM. De privata utförarna och de offentliga utförarna som dominerar bör ha fungerande samverkan sinsemellan.

Men det är väldigt svårt att forma regelsystem som fångar upp allt som behöver göras och som är invävt i kultur, praktik och ansvarstagande. Svårigheten är att gå från ett system, där så mycket av det som ska göras sitter i väggarna utan att det har varit nedskrivit. Inom ramen för en affärsmässig relation finns det åtminstone kortsiktiga risker för att det som inte preciseras i avtal, inte heller blir gjort, särskilt när lönsamhetskraven är hårda. Sjukvården står ju inför en stor resursutmaning, men ledstjärnan bör vara helheten och effektivitet i vid mening, goda resultat, få vårdskador osv med måttlig resursförbrukning. Att inte titta isolerat på produktiviteten hos enskilda utförare – utan titta på både och.

Man behöver utforma ersättningssystem som stimulerar samverkan och helhetsansvar.

Ersättnings- eller belöningsystem kan ge radikala förbättringar, t. ex. kömiljarden. Kräver man att första besöket inom specialiserad vård ska ske inom, säg 14 dagar, idag är det 90, så kan kanske samarbete skapas? Det finns omfattande effektiviseringsmöjligheter kopplat till processer, att snabba på, korta ner tider i en process. Processer omfattar nästan alltid både primärvård och specialiserad vård. -Med system där man i varje del ska välja eller om man startar om i varje del, då har jag svårt att tro att det kan bli effektivt totalt sett. RM hade velat se mer av, privata utförare som fått möjligheten att ta ansvar för ett helt lokalt sjukvårdssystem, innefattande både primärvård och specialiserad vård, för att finna innovativa lösningar som främjar integration mellan vårdnivåerna.

SKL redovisar hur mycket vård som landsting och kommuner köper från privata och offentliga aktörer, omsättningen, men det är embryonal kunskap, säger RM. I primärvården saknas uppgifter om hur privata och offentliga levererar tillsammans. Det finns nästan inga uppgifter, sådana kvalitetsregister eller helhetssyn, Socialstyrelsens olika patientregister omfattar inte heller primärvården. Att uppföljningssystem inte skapats specifikt för vårdvalsreformen är inte unikt. Många reformer genomförs utan systematisk uppföljning, menar RM.

Varje landsting och kommun för uppgifter över köp av vård och omsorg. Svårare kan vara att få fram uppgifter, för stora landsting, som Stockholm med väldigt många avtal, misstänker RM. Dessutom sker det hela tiden förändringar. Landstingstrukturer i egen regi har varit mer beständig över åren, trots vissa förändringar av sjukhusen. De privata aktörerna kommer in under ett antal år, har ett specifikt upphandlat uppdrag som sedan upphör. **Vårdvalsreformen skapar dock förutsättning för en fast struktur** med beständiga privata primärvårdsaktörer. En aktör får verka tills vidare, tills det händer något eller uppdraget förändras. En upphandlad verksamhet kan landstinget ta tillbaka, men det går inte

längre med en privat vårdcentral. Den finns där på sina egna meriter. Det finns ingen möjlighet att röra den, så länge den följer det beskrivna uppdraget. När regering vill gå vidare med vårdval i specialiserat vård uttrycker sig landstingen avvaktande och speciellt till tvingande vårdvalssystemet.

4.

Uppföljning, utvärdering och kontroll är i huvudsak ett statligt uppdrag. Men delar av ansvaret kan till exempel läggas på Myndigheten för Vårdanalys. Intresseorganisationer som SKL, kan bidra, men har inte fullt ut kompetens eller resurser. Akademien kan också bidra i högsta grad.

6

Det råder **ingen ordning på privatfinansieringar och tilläggstjänster**, säger RM. LOV avser att ge privata vårdgivare en konkurrensfördel genom möjlighet att erbjuda tilläggstjänster mot full betalning. Idag vanligast inom äldreomsorgen. Offentliga och privata vårdgivare ska tillhandahålla det som är biståndsbestämt. Det kan ju vara omvårdnad och städning. De offentliga får inte göra något utöver det, men de privata kan ta betalt för extra fönsterputs och snöskottning osv. Det är en uttalad politisk vilja, att det därigenom ska växa fram en bransch i nära anslutning till den offentligt finansierade. Men det är svårt att få något grepp om i vilken utsträckning detta verkligen sker? och om det även finns motsvarigheter inom primärvården? Frågar man de privata aktörerna, så är de tveksamt reserverade. Det är svårt att tänka sig systemet i full skala och begränsningar finns. Svenskar är vana att vårdcentralens tjänster finansieras med skatter och högkostnadsskydd, inte att betala själva därutöver. Samtidigt finns det tydliga tecken på en växande hälsobransch som hos de privata utförarna, som skulle kunna integreras med hälso- och sjukvården. Det fanns ett tryck inom vårdvalsutredningen att även de offentliga borde ha den möjligheten. Problemet är kommunrättsligt, då kommuner inte får driva affärer och konkurrera.

En närliggande fråga som förtjänar mer transparens är den privatfinansierade vården och då särskilt sjukvårdsförsäkringarna. På senare år verkar den försäkringsfinansierade vården ha ändrat karaktär. Det är allt färre som betalar försäkringarna ur egen ficka, utan merparten betalas av arbetsgivare eller via fackliga gruppörsäkringar. Jag skulle hemskt gärna veta mer om den privata finansieringen, hur mycket vård man köper och vilken slags vård det handlar om? Varifrån man köper och med vilken kvalitet? Handlar det numera i själva verket om något som har starka beröringspunkter med företagshälsovård? Den delen av vården är helt dold i mörker och så länge vi vet lite, blir det inte mycket till diskussion., avslutar RM.

En **privat not-for-profitaktör** på landstingsidan – spegling av **Martin Ärnlov**,
VD för Bräcke Diakoni

1.

MÄ inleder med att konstatera att den allmänna debatten om hälso- och sjukvårdens aktörer är starkt för enklad. – Vi ser inte hela bilden av dagens mångfald. Debatten kretsar kring de privata kontra de offentliga. Då glömmar vi bort att det **finns det ytterligare en tredje sektor, nämligen den för idéburna, non-profitorganisationer**. För det andra, bortser vi från faktumet att det svenska systemet är uppbyggt på 21 landsting och 290 kommuner. Det räcker ju bara att gå mellan två landsting, så inser man att det handlar om helt olika sjukvårdssystem, olika prioriteringar och olika sätt att hantera

utmaningar. Så redan i dag så finns det en mångfald av äldre- och sjukvårdsaktörer, under det som vi kallar det offentliga. Men **i debatten, pratar vi gärna om det offentliga som om det vore ett.** Bräcke Diakoni med 900 medarbetare är en ganska stor non-profitorganisation, men jämfört med ett landsting, är det en liten organisation. I vår verksamhet, menar MÄ, har vi tät kontakt med tre landsting och lever med de offentliga aktörernas olikheter av verksamhet, prioritering och lösningar.

Den största risken med dagens system är att de enskilda enheterna är som öar, isolerade från varandra. Ett landsting kan hitta på en bra lösning, ändra och fixa i sitt eget landsting, men inte någon annanstans. En effektiv hemsjukvård kanske får studiebesök från andra kommuner, men åtgärderna begränsas till själva kommunen. MÄ tror att privata och idéburna organisationer kan motverka de offentligas isolering genom att i sin egen praktiska verksamhet skapa och sprida modeller/lösningar över gränserna. Det uttrycker han, som att olika sätt att göra saker och ting öppnar sinnet och leder till förbättringar mycket snabbare, än om man har ett sätt att göra en sak och putsar och filar på det. **Olika aktörer kan bidra med olika saker, eftersom de i grunden har haft olika ”kompasskurs” och har blivit skickliga på olika saker.**

– De offentliga i Sverige står rättsäkerhet, ”lika vård till alla”-perspektiv, vilket är uppskattat och värdesatt av svensken i gemen. De offentliga är en bra garant för detta, utöver deras kompetens. De privat kommersiella aktörerna är otroligt snabba på att hitta volymer och möjlighet till kostnads-effektiviseringar. De behärskar den kommersiella logiken. Exempel är snabbt expanderande assistansbolag och bolag inom äldreomsorgen. De har snabbt blivit väldigt stora och funnit billiga lösningar, vilka har kommit många människor till del. Vi som idéburna aktörer, säger MÄ, har andra motiv och möjligheter att se praktiken på tvären. Det finns ett egenvärde för oss att funktionsnedsatta faktiskt kan gå till en vårdcentral eller att jobba med en vårdcentral i närheten av ett äldreboende. Vi vill gärna förbättra brister kopplat till stuprörstänkande, även om det inte har någon stor kommersiell utveckling.

2

Utifrån synsättet att de privata, offentliga och idéburna har olika syften och logiker så kan de ge olika bidrag till det svenska systemet för omsorg och sjukvård. De kan komplettera varandra, men också utmana och stimulera varandras invanda mönster. Privata aktörer kan, exemplifierar MÄ, utifrån ett marknadsperspektiv och kvalitetssäkrade metoder effektivisera labprover eller röntgen och få ned kostnaderna till fördel för alla. Idéburna organisationer kan verka för helhetslösningar för patienterna, t ex att integrera ett hospis med hemsjuksvårdsteam. **Mångfald kan vara att man utmanar** något som redan görs och göra det bättre, men det kan också **vara en parallell aktivitet, som inte görs alls idag,** summerar MÄ.

3.

Det allra viktigaste, enligt MÄ, är den politiska ambitionen att vilja öka mångfalden. Vill man det, finns det en stor mängd saker som man kan göra och ändra på. Vill man inte, då kan man ändå upprätthålla en retorik. Jo, det är ju bra med mångfald, men det händer inte så mycket. Nya lösningar kräver förändring av dagens system. **Det finns trögheter, stelheter och låsningar i de etablerade strukturerna, som hämmar mångfald.**

En kommun är lagmässigt förhindrade att ta upp en verksamhet i annan kommun, även om de är jätteduktiga på det som de gör. De får inte jobba över kommungränsen. Ingen verksamhet kan i längden bedrivas utan ett skattefinansierat offentligt uppdrag. Som en vårdgivare i en liten nisch och utan stora

pengar, är vi relativt styrda. Därför, ser MÄ, att viljan och monopolet inom kommuner och landsting utgör riskerna, men innebär också möjligheter.

Den svenska traditionen för omsorg och sjukvård skiljer sig från andra länder, såsom Belgien och Holland, där de idéburna spelar en stor roll i samhället. Detta beror delvis på de offentliga, men ska man vara lite självkritisk, säger MÄ, så har de idéburna under de år som det skett en öppning, inte varit så framgångsrika som de kommersiella, att ta plats i Sverige. **De privat kommersiella har varit mycket snabbare att utveckla och utnyttja öppningar**, alltmedan många non-profitaktörer uppfattade konkurrens som ett hot, istället för en möjlighet. Vi kan konkurrera med en hög grad av trogen personal och möjligheten att attrahera engagerade och kompetenta medarbetare, som inte klickar igång på att bli aktieägare eller önskar hög bonus, säger MÄ. Bräcke Diakoni hade drygt 300 anställda för tio år sedan och idag har vi 900, men merparten återfinns inom social omsorg, inte inom vården. Det finns en yrvakenhet i vår sektor. Vi kunde ha varit lika alerta som näringslivet. Den grundläggande kompetensen har vi ju. Det är klart att Ersta kunde ha starta fler vårdcentraler i Stockholm. De har ett helt sjukhus i Stockholm och Bräcke Diakoni kunde ha blivit en stor aktör inom personlig assistans. Vi har ju jobbat med funktionsnedsatta människor sedan 50-talet.

4.

Det hade varit bra för Sverige om non-profitsektorn blir ett tydligare alternativ. Den offentliga debatt som idag bedrivs är kraftigt överförenklad och i **media kretsar den väldigt ensidigt kring skattemedel och aktieutdelning**. Kan man helt polarisera så? frågar sig MÄ. Att ett byggbolag som Skanska tjänar pengar på att bygga en skola, det uppfattas inte som oetiskt. En skola som bygger billigt, lämnar mer pengar över till lärare. Det kan vi politiskt tycka olika om och vi kan alltid resonera om det. Men i debatten i Sverige, tycker MÄ, har non-profitsektorn helt kommit i skymundan.

5

Större mångfald skapar stora möjligheter, men också risker. Ett aktuellt exempel är att statens utvecklingsmedel som Sjukvårdsmiljarden eller allmänna kvalitetspengar, ofta går oavkortat till SKL. Det är först i andra läget, genom landstingen, som en privat aktör kanske, kanske kan ta del av en liten bit, menar MÄ. Non-profitsektorn har ju inga som finansierar vår utveckling, vad gäller struktur och infrastruktur. När privat kommersiella ska starta ett nytt sjukhus så kommer riskkapitalbolagen och vill finanserna. Men vi går till banken, säger MA, så kommer de att fråga och vad kommer ni att tjäna på det? Och när vi säger att vi tjänar ingenting, då vill de inte låna ut sina pengar till oss.

En annan svårighet i dagens struktur är IT-systemen som låser upp utförarna i vissa verktyg. Frågar du Praktikertjänst så har de vårdcentraler i 21 regioner, och jobbar med 22 olika IT-system för precis samma process, nämligen för att ta emot patienter, boka in dem och journalföra besöken, säger MA. Tänk att någon som säljer bilstolar, Volvo, Mercedes, Toyota och Audi, skulle tvingas att jobba med fyra olika datasystem för att styra produktionen av bilstolar. Det inser alla att det vore fullständigt vansinnigt. Du måste ju ha ditt flöde, din produktionsövervakning och ditt kvalitetssystem i ett och samma system, om du skulle kunna optimera det. Det är en jättepoteential till förbättring och det finns många sådana, menar MA.

6.

MÄ ser väldigt positivt på utvecklingstendenserna. – Jag tycker att det som sker i den svenska hälso- och sjukvården är väldigt bra, på det stora hela. Det är en sund utveckling, som kommer att fortsätta att släppa lös kreativitet. Möjligheterna överstiger helt klart riskerna Om fem år tror jag att vi kommer att

se tillbaka på allt som faktiskt hänt - det finns mycket att göra. Samtidigt ser MÄ en fara i att massmedia tar över frågan, i andan av hotsscenarios. – Jag tycker att den tonen som debatten förs i, är alltför taktisk och potentiellt skadlig – det låter som att jag är anställd inom en Vårdföretagarorganisation och inte inom Famna, men det är fel att det blir en så onyanserad debatt. Istället för att diskutera hur vi borde handla för att få en bättre hälso- och sjukvård, så förs en populistisk diskussion fokuserad på skattemedel. MÄ tar som ett annat exempel att, om man läser tidningarna så framstår äldreomsorgen som en verksamhet i fritt fall. Trots att, ur ett internationellt perspektiv så har Sverige en av världens bästa äldreomsorger som haft en enorm kvalitetsutveckling sedan 70-talet. Det som debatten borde fokusera på, är andra frågeställningar. Vad händer? Blir det här bättre? Vad har vi åstadkommit? Här är alla aktörer de kommersiella, de idéburna och de offentliga viktiga att beakta, avslutat MÄ. Den debatten är ju enormt viktig och intressant.

De professionella – spegling av **Håkan Wittgren**
VD i Läkarförbundet

1.

HW inleder med orden -Vi är för mångfald i vården. Det är en del av vår politik. Vi tror att monopol i landstingsdrift inte är framtiden, utan att olika typer av aktörer kommer att finnas: offentliga aktörer, stora bolag, non-for-profit organisationer, stiftelser och småföretagare. Människor vill arbeta inom olika typer av organisationer, stora, små, som anställda eller som ägare. En del vill jobba offentligt, en del vill jobba privat. Det kan hänga ihop med olika tider av livet eller av en yrkeskarriär. Vi tror att en **mer dynamisk arbetsmarknad** är bra för helheten. Sedan vill många **patienter**, inte alla, men många **vill kunna välja** utifrån det som känns bra för dem.

Det är **viktigt att motverka att tjänster blir för fragmenterade**. Vi måste ställa krav på hur man riggar uppdraget och system runt det hela. **Men möjligheterna är ju också många**: snabbare beslut, organisatorisk och driftmässig innovation och nya sätt att direkt lösa frågor i verksamheten. Ett mångfaldsarbete kräver uppföljning, bra ersättningsmodeller, bra styrningen av system, tydligare etableringsregler och definition vad uppdragen innebär.

2.

- Men måste bort från tanken på huvudaktörer och kompletterande aktörer.

3.

För att skapa en vettig mångfald behöver beställarområden vara stora för helhetslösningar och överskådlighet. Små landsting får det svårare.

Vi går också mot mer uppföljning och transparens i systemen. Det är en nödvändighet, men kommer att ta tid. Några undrar då, om det inte håller på att bli lite väl många myndigheter, och överlappar de inte varandra? Det är en sak för Stefan Carlssons **utredning om ökad statlig samordning**.

4.

Om man nu driver mångfald så blir det mindre trovärdigt att vara **både huvudman/finansiär/beställare och ha rollen som producent**. Jag tror att på sikt kommer dessa **roller att skiljas åt**. Ett led i den

uppdelningen, är **bolagiseringar** såsom Daneryds sjukhus och Södersjukhuset i Stockholm. En annan fråga gäller **universitetssjukhusens roll och huvudmannaskap**? Det förekommer lite av och till en diskussion om huruvida statens ska återta dem eller inte. Den diskussionen kommer säkert upp igen, säger HW utan att låsa sig för lösningen.

5.

Ett **fungerande primärvårdssystem får ett väldigt stort förtroende hos befolkning** och det har varit tanken med husläkarreformen. Sverige är ett land med stark sjukhusdominans. Genom god access till första-linjens sjukvård, skapas ett gott personlig förtroende. Problemet i Sverige är antalet allmänläkare. -Vi har ungefär lika många nu som när husläkarreformen avskaffades.

Vad gäller driftsformen, tror HW, att många människor inte vet eller bryr sig om den. Man vill ha en bra kontakt med primärvård, som har god bemanning och är tillgängliga, så att man har någon som känner en, som man litar på och som kan ens historia, så att man inte behöver börja från början varje gång man besöker sin vårdcentral. Det skapar trygghet och förtroenden. Driftsformen är egentligen sekundär för patienterna.

6.

- Om några år, tror jag att det är betydligt mer mångfald i primärvården, i de större landstingen och att man har kommit en bit inom specialistöppenvården. Regionsfrågan kan också ha utvecklats efter valet, 2014. Hur långt, vet jag inte, men det pågår processer där. Sjukhusen har vi inte kommit så långt med, tror HW, det tar längre tid.

Man bör också bena ut vad man menar med privat-public-partnership, olika debatter verkar mena olika saker. Ibland avses finansiering, ibland innovationer (idéer) och ibland incitamentsfrågan. Det är viktigt att veta vad man vill med samarbetet, om det är att få in kapital, organisatoriskt knowhow eller skapa effektivitet/ lösa kulturfrågor. Är skälet att få in nytt kapital, då har man inte varit riktigt logisk. Riskkapitalbolagen som har kapital finns ju i primärvården, där behövs det inte så mycket kapital, men marknaden har varit öppen. Kanske att beställare i framtiden ska fundera var kapitalet behövs och kan utveckla mest?

Referenslista

- Anell, Anders (2011). Hälsa och sjukvårdstjänster i privat regi. I Hartman, Laura (red). (2011). *Konkurrensen konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd*. Stockholm: SNS. ss. 181-215.
- Anell, Anders (2011). Hur kan svensk primärvård bli bättre? Diskussionsunderlag för workshop 20 september 2011. *Forum för Health Policy*.
- Anell, Anders (2010). Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health economics, policy, and law*.
- Borgström, Agneta (2010). Kunskapsstyrningen glappar. *Läkartidningen* .1–2 .107. ss. 15-16.
- Cervenka, Andreas & Olle Nygård (2011). Systematiska uppköp av vård, skola och omsorg *Svenska Dagbladet Näringsliv*. 8 mars.
- Dagens Samhälle (2011). Den Offentliga marknaden– en kartläggning.
- Wikstrand, Måns (2010). Vården som affär. Aktörerna. Fyra bolag dominerar. *Dagens Samhälle* nov.
- Granstrand, Cecilia (2011). Boom för privat försäkring. *Dagens Samhälle*.3 nov 2011.
- Gripenberg, Pia & Jenny Petersson (2011). Vårdjättar växer allt snabbare. Vården och Vi. *Dagens Nyheter*. 27 maj.
- Gustafsson, Rolf Å & Marta Szebehely (2007). Privat och offentlig äldreomsorg – svenska omsorgsarbetsares syn på arbetsmiljö och politisk styrning. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 14. 1. Ss. 47-66.
- Gyllfors, Carl (2011). Om dagens artikel i Dagens Nyheter – kommentar från Car Gyllfors. Blogginlägg på internet. 9 nov. <http://caremacaredokumentinifran.se/>
- Hartman, Laura (red). (2011). *Konkurrensen konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd*. Stockholm: SNS.
- Janlöv, Nils & Rehnberg, Clas (2011). Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – år 2010. *Karolinska Institutets folkhälsoakademi*, rapport. 2011:15.
- Johansson, Ola (2011) . Tjäna eller tjäna? - om vård eller vinst. Privatisering av vård, omsorg, skola - vilka tar över? Stockholm: Famna.
- Konkurrensverket (2010). Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. *Konkurrensverkets rapportserie*. 2010: 3.
- Paulsson, G. (2009). Vårdval Halland. Utvärderingsrapport 2008. *Lunds Universitet. Ekonomihögskolan*.
- Praktikertjänst (2010). Årsredovisning 2010. Stockholm: *Praktikertjänst*.
- Rehnberg Clas, Nils Janlöv & J Khan (2009). Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008. *Karolinska Institutets Folkhälsoakademi*, rapport 2009:6, Stockholm.
- Se även: www.folkhalsoguiden.se/2009-6
- Rehnberg , Clas, Nils Janlöv, J Khan & J Lundgren (2010). Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de första två årens erfarenheter. *Karolinska Institutets Folkhälsoakademi*, rapport 2010:12, Stockholm. Se även: www.folkhalsoguiden.se/2010-12
- Rex, Martin & Tomas Nordenskiöld (2011). Åtta av tio gör vinst i vården. *Dagens Industri*. 6 oktober.
- Rex Martin & Tomas Nordenskiöld (2011). Dubbelt upp för privat vård – Sverige går i bräschen för att förändra vårdsektorn. *Dagens Industri*. 5 okt.
- Rothgang, H. (2008). Privatization in Germany's healthcare system. *For profit / not for profit – impact on costs, quality and care*. Stockholm Expert Meeting. 3-4 Sept, 2008.
- Rosén, Måns (2011). *Guldgruvan i Hälsa-och sjukvården. Översyn av de nationella kvalitetsregistren: Förslag till gemensam satsning 2011–2015*. Stockholm: SKL
- Rosén, Måns (2011). Replik: förslagen har brett stöd. *Läkartidningen*. 7. 108. s. 344.

- Schlesinger, M. & B. H. Gray (2006). How Nonprofits Matter In American Medicine, And What To Do About It Reports of the demise of nonprofits in U.S. health care are premature. *Health Affairs*. 25. w287–w303 (published online 22 June 2006).
- Szebehely, Marta (2011). Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. I Hartman, Laura (red). (2011). *Konkurrensen konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd*. Stockholm: SNS. Ss. 215-257.
- SKL (2010). Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: SKL.
- SKL och Socialstyrelsen (2010). *Öppna jämförelser 2010 – Vård och omsorg om äldre*. Västerås: SKL och Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010). *Stimulansbidrag LOV*. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (2008) Vårdval i Sverige. *Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt*. Stockholm: SOU 2008:37.
- Svenska Dagbladet (2011). ”Priserna i Sverige för låga”. *Svenska Dagbladet*. 9 mars.
- Stolt, Ragnar, Paula Blomqvist & Ulrika Winblad (2011). Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*. 72. pp. 560-567.
- Stolt, Ragnar & Jansson (2006). *Den privata äldreomsorgsmarknaden: etablering, utveckling och konkurrens*. Stockholm: Department of Business Development.
- Vårdföretagarna (2010). *Vårdutbudet och vårdvalet*. Stockholm: Rapport från Vårdföretagarna.
- Åsgård, Samuel (2011). Val i specialistvården. ”Nästa steg blir att välja läkare”. *Dagens Medicin*. 12 okt 2011.

Internet

www.kvalitetsindex.se

www.omvard.se

www.proxima.se.

www.som.gu.se

www.vardanalys.se