

Sammanfattning

Utredningen *Vårdens ägarformer – vinst och demokrati* ger i detta betänkande underlag för diskussion om behov och eventuella former för en mer varaktig reglering av var och under vilka villkor som privata företag med vinstsyfte skall ha möjlighet att medverka i den gemensamt finansierade vården och omsorgen. Avsikten är att belysa behov och föreslå vad som eventuellt skall ersätta lagen (2000:114) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan, som temporärt förbjuder landstingen att överlåta driften av akutsjukhus till den som avser att driva verksamheten i vinstsyfte.

I kapitlet *Vården i Sverige – samsyn eller konflikt* beskrivs utvecklingen av drifts- och ägarformer i svensk vård och omsorg under det senaste årtiondet. Där görs också försök att värdera hur förändringar av organisation, ansvarsfördelning och reformerna av styrsystem och ersättningar påverkat vården. Vården i Sverige är starkt decentraliserad och den nationella lagstiftningen lämnar stor frihet till landsting och kommuner att efter skiftande förutsättningar söka lämpliga administrativa och organisatoriska former. Istället för nationella regler har politisk samsyn och det faktum att vården i huvudsak drivits i offentlig regi varit sammanhållande krafter. Båda dessa faktorer som hållit samman systemet tycks vara på väg att försvagas.

I syfte att ge bakgrund och impulser för överväganden i Sverige beskrivs i avsnittet *Vårdsystem i andra länder* vårdsystemen i Tyskland, Nederländerna, Storbritannien, övriga nordiska länder samt i USA, Kanada och Nya Zeeland. Länderna har skiftande former för finansiering av vården och olika tradition när det gäller ägande och drift av sjukhus. Även länder med finansiering genom obligatoriska försäkringar har utjämningsystem för att omfördela vårdresurser mellan olika grupper efter behov.

Sammanfattning SOU 2002:31

12

Länder med stor mångfald av privata vårdgivare har också, jämfört med svenska förhållanden, en starkare centralt reglering för att hålla samman mångfalden av vårdgivare. Länder som prövat mer marknadslika organisationsformer har i flera fall tonat ner konkurrensperspektiv för att istället lyfta fram planering och samverkan.

I många länder är det organisationer, stiftelser eller företag som drivs utan vinstsyfte som äger och driver många av sjukhusen och andra vårdinstitutioner. I kapitlet *Vård utan vinstsyfte – villkor i Sverige* diskuteras varför motsvarande vårdformer har så relativt liten omfattning i Sverige. Det är främst när de offentliga organen inte klarat eller ansetts lämpade att möta nya behov av vård eller omsorg som organisationer utan vinstsyfte, OUV, utvecklats till verksamheter.

Utgångspunkten blir radikalt annorlunda när landsting och kommuner i olika former söker att engagera privata vårdgivare för uppgifter inom offentligt finansierad vård och omsorg. Samma *etiska utgångspunkter* som lagts till grund för prioriteringar och mål för hälso- och sjukvården och omsorgsverksamheter

bör styra beslut som anger ramar och villkor för vårdens organisation, ägar- och driftsformer. Vägledande för sådana beslut bör vara att mest gynna de minst gynnade. Grundläggande är människovärdet och att människan värdighet och hennes rätt till vård och värdigt liv knyts till henne som *person* – inte efter hennes färdigheter och förmåga som *aktör*. Inför överväganden om vården övas allas empati och förmåga att bortse från egenintresset för att i stället se till människors olika behov.

I vården gäller det att hitta balanspunkter mellan rättvisa och frihet likväl som mellan solidaritet och subsidiaritet. Det allmänna skall främja rättvisan och solidariteten, inte på sådant sätt att enskildas och grupperns ansvar och initiativ trängs undan. Privata initiativ måste ha frihet att utvecklas, men subsidiaritet får inte utvecklas till egoism som gör att solidariteten och avsikten att mest gynna den minst gynnade sätts ur spel.

I kapitlet *Mångfald i vården – drifts- och ägarformer* diskuteras hur begreppet sjukhus används i lagtexter och författningar. Där beskrivs också driftsformer som kan vara aktuella inom vård och omsorg. I avsnittet uppmärksammas också koncentrationstendenserna bland de privata vårdföretagen och frågan hur mångfald av vårdgivare påverkar möjligheterna att hålla samman vårdkedjor. Landstingens och kommunernas möjligheten att planera och samordna vården genom olika styrsystem diskuteras också.

SOU 2002:31 Sammanfattning

13

I avsnittet *Vinst i vården och vården som marknad* diskuteras hur olika delmarknader samverkar inom vården och svårigheterna att till vården överföra marknadsekonominns olika begrepp. De flesta länder har på ett eller annat sätt system som reglerar och bromsar de vinstsyftande företagens handlingsutrymme inom vården. Syftet är att värna ett vårdssystem där resurser och insatser i första hand fördelas efter de medicinska behoven och inte efter individers och grupperns betalningsförmåga.

Det går en linje från forna tiders bystämmor till vår tids heta diskussioner om vården. Vården är en gemensam samhällsangelägenhet.

I det gemensamma ansvaret för vård och omsorg till dem som drabbas av sjukdom eller svaghet befästs samhörighet i samhället. Därför är *vården en fråga för demokratin*. I ett avsnitt diskuteras det demokratiska inflytandet och berednings- och beslutsregler inför omfattande förändringar av vårdens organisation, drifts- och ägarformer. Frågor ställs också om hur en ökad andel privata vårdgivare och internationalisering av vårdtjänster kan påverka möjligheterna till demokratisk styrning och kontroll.

I det avslutande avsnittet för utredningen fram sina *allmänna överväganden* och redovisar *alternativa modeller* för att i ett system med många typer av vårdgivare säkra prioriteringar och grundläggande mål. Modellerna knyts till förebilder från länder som under lång tid haft vårdssystem med många typer av företag och organisationer – med och utan vinstsyfte – som vårdgivare.

Reglering kan ske antingen genom att området där privata företag tillåts verka begränsas eller genom att alla vårdgivare ställs under

samma villkor för att få verka inom den offentligt finansierade vården.

Exempel på den första typen av reglering finns i Nederländerna där rätten att driva sjukhus begränsas till företag eller organisationer som drivs utan vinstsyfte. En annan avgränsning kan vara att vinstsyftande företag inte ges rätt att driva universitetssjukhus och länssjukhus.

Andra modeller för att värna prioriteringar och rättvisa är regleringar som ställer såväl offentliga som privata vårdgivare under samma villkor.

En modell från Kanada innebär att finansieringssystemen renodlas.

Vårdgivare som medverkar i den gemensamt finansierade vården får inte samtidigt ta emot någon privat finansiering.

En modell med förebild från bl.a. Tyskland innebär att samma krav på insyn, kontroll och godkännande av investeringar och stra-

Sammanfattning SOU 2002:31

tegiska beslut ställs på såväl offentliga som privata vårdgivare. Reglering kan också bygga på licensiering eller certifiering där särskilda krav kan ställas på kvalitet, behandling av vinst eller form för ägande.

Vidare diskuteras i slutkapitlet inom vilka områden av vården som planering, konkurrens respektive friare val av vårdgivare ger bäst förutsättningar för balans mellan rättvisa och frihet.

Utredningens inbjuder i egen regi till ett informellt remissförfarande där intressenter, i och utanför vårdsektorn, har möjlighet att ge kommentarer, förslag och synpunkter. Yttranden lämnas senast den 1 november 2002 till utredningen under adress:

Vårdens ägarformer

Regeringsgatan 30–32

103 33 STOCKHOLM

E-post: ola.johansson@social.ministry.se

eller maria.kronmark@hgo.dom.se

Telefon: 08-405 13 29 eller 036-15 65 90

www.sou.gov/akutsjukhus/