

PM 2003 RVII (Dnr 329-1243/2003)

Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa

Svar på remiss av betänkande SOU 2003:23

Remiss från Socialdepartementet

Remisstid 30 juni 2003

Borgarrådsberedningen föreslår kommunstyrelsen besluta följande
Som svar på remissen översänds denna promemoria.

Föredragande borgarrådet Margareta Olofsson anför följande.

Bakgrund

Socialdepartementet har för yttrande översänt slutbetänkande från utredningen Vårdens ägarformer – vinst och demokrati. Sammanfattning i *bilaga 2*. Regeringen fastställde den 21 december 2000 direktiven för en utredning om medborgerligt inflytande m.m. vid förändringar av ägar- och driftsformer inom vården. Utredningens huvuddirektiv var att utreda förutsättningar att införa särskilda tröghetsregler vid beslut om stora förändringar av ägar- och driftsformer inom hälso- och sjukvård och lämna förslag till sådana regler.

Utredningen lämnar förslag om tillägg till Hälso- och sjukvårdslagen som berör tre områden inom drift av hälso- och sjukvård. I sammanfattning innebär ändringen i lagstiftningen att högspecialiserad vård inte får överlätas till annan huvudman än den som anges i kommunallagen och specialiserad hälso- och sjukvård får överlämnas endast till den som i avtal förbinder sig att inom ramen för verksamheten uteslutande ge vård som finansieras av kommun och/eller landsting. Primärvården omfattas inte av ovanstående restriktioner. Utredningen betonar starkt värdet av stor politisk samsyn i vårdfrågor och behovet av långsiktiga stabila överenskommelser i drifts- och ägarformer.

Remisser

Ärendet har för synpunkter remitterats till stadsledningskontoret, socialtjänstnämnden, äldreomsorgsberedningen och kommunstyrelsens pensionärsråd.

Stadsledningskontoret instämmer i att universitetssjukhus och motsvarade högt specialiserade sjukhus med högspecialiserad vård inte skall överlätas till icke landstingsägd drift. Stadsledningskontoret anser också att det kan finnas anledning att i någon form införa viss tröghet i systemet för byte av driftsform även för primärvården. Vårdverksamhet som bryts av ägarbyten inger inte den trygghet och stabilitet som vårdbehövande kan förvänta sig.

Socialtjänstnämnden anser att utredningens förslag är ett steg i riktning mot en reglering av sjukvården där såväl olika driftsformer som olika metoder ska kunna inrymmas med utgångspunkten att vård ska ges efter behov och på lika villkor. Alla

frågor har dock inte belysts eller fått svar i detta betänkande. De anser att det är angeläget att framdeles lyfta fram folkhälsofrågorna.

Äldreomsorgsberedningen tillstyrker stadsledningskontorets tjänsteutlåtande, men anser att innebörden av begreppet mångfald bör diskuteras mer utförligt. Det är också viktigt att precisera de åtaganden som åvilar vårdgivaren vid en upphandling eftersom kommunen inte har någon möjlighet att påverka efter att avtal har skrivits. Äldreomsorgsberedningen instämmer i utredningens bedömning att primärvården ska omfattas av en liknande reglering som driften av sjukhus som etablerats av landsting, specialistmottagningar, närsjukvård och andra vårdenheter kommer att få i och med betänkandets förslag på lagstiftning.

Kommunstyrelsens pensionärsråd vill att staden i sitt remissvar understryker att utredningens reglering bör omfatta drift av all hälso- och sjukvårdsverksamhet som etablerats av landsting. Detta innebär att primärvården, vid vårdcentraler som etablerats av landstingen, icke undantas från lagstiftningens regler att uteslutande ge vård som finansieras av landsting, kommun eller utländskt rättssubjekt med motsvarande uppdrag. För klarhetens skull markeras, att en vårdcentral som etablerats av privat entreprenör, som därefter arbetar på avtalsbasis, inte ska omfattas av regleringen.

Mina synpunkter

Prioriteringen av vård efter behov och vård på lika villkor är en viktig etisk utgångspunkt för denna utredning. Införandet av särskilda tröghetsregler ser jag som nödvändigt vid beslut om stora förändringar av ägar- och driftsformer av sjukhus som etablerats av landsting, specialistmottagningar, närsjukvård och andra vårdenheter.

Jag instämmer i utredningens bedömning att primärvården bör omfattas av en liknande reglering vid byte av driftsform. Utvecklingen inom primärvården bör följas och då ska man framförallt uppmärksamma i vilken omfattning privata entreprenörer ger patienter med privat finansiering snabbare tillträde till vård och vårdkedjor.

Utredningens uppfattning att det är viktigt att precisera de åtaganden som åvilar vårdgivaren vid en upphandling spelar stor roll. Kommunen har efter att avtal har skrivits mycket liten möjlighet att påverka den läkarservice som erhålls genom privat primärvård. Primärvården har upphandlats av landstinget som i sin tur har upprättat avtal med kommunen. Det råder konkurrens om begränsad läkartid mellan primärvårdens "egna" uppgifter i hemsjukvården och behovet av läkarmedverkan vid särskilda boenden. De ekonomiska incitament som finns för att bedriva en mer omfattande mottagningsverksamhet bör undanröjas för att öka förutsättningarna för en balanserad tidsanvändning.

Det finns en tendens att begreppet mångfald allt mer förknippas med olika organisations- och ägarformer. För brukarna är det snarare en mångfald av innehåll och arbetssätt som är av intresse. Det måste finnas utrymme för att utveckla vården i riktning mot en mångfald av metoder inom den landstingsdrivna sjukvården.

För att folkhälsoarbetet inte ska försämrats måste primärvården stärkas. Speciellt med tanke på att skillnaderna mellan olika grupper i samhället ökar ur ett folkhälsoperspektiv. För den äldre befolkningen är det av stor betydelse att ersättningsformerna till primärvården alltid premierar ansvar för folkhälsofrågor, rehabilitering, tillfälle till hembesök och tid för t.ex. läkemedelsgenomgång en gång om året.

Jag föreslår kommunstyrelsen besluta följande
Som svar på remissen översänds denna promemoria.

Stockholm den 4 juni 2003

MARGARETA OLOFSSON

Borgarrådsberedningen tillstyrker föredragande borgarrådets förslag.

Reservation anfördes av borgarråden *Kristina Axén Olin*, *Sten Nordin* och *Mikael Söderlund* (alla m) och *Jan Björklund* (fp) enligt följande.

Vi föreslår borgarrådsberedningen föreslå kommunstyrelsen besluta att

1. i huvudsak godkänna svaret på remissen
2. därutöver anföras.

En utveckling med en ökad mångfald inom vårdområdet är positiv. Det gynnar kvaliteten och kvalitetsutvecklingen i samtliga verksamheter. Till skillnad från utredningen anser vi dock inte att de offentliga myndigheterna skall styra de privata aktörerna i deras organisation och utbud. De offentliga styrningen bör istället ske genom klara och tydliga kvalitetskrav på verksamheterna.

Vi anser vidare att ett väl utbyggt system med kundval där det finns ett stort antal utförare att välja emellan ger medborgarna själva möjlighet att aktivt söka de alternativ de anser bäst tillgodoser deras behov och önskemål. Vi förordar därför en modell med kundval i förening med gemensam finansiering av sjukvården.

Vi anser att lagen om offentlig upphandling (LOU) samt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen bör ändras så att det möjliggör för egen regi enheter att knoppa av d v s starta eget utan upphandling och på så sätt få en karenstid de första åren för att sedan konkurrensutsättas genom upphandling i nästa steg. LOU bör även förändras avseende vård och omsorgsverksamheter motsvarande vad som gäller för pengverksamhet inom skola och barnomsorg. Med ett pengsystem så sätts fokus tydligare på den enskildes valmöjlighet och trygghet och därmed på kvalitet. Pengsystem ger även likvärdiga villkor mellan olika aktörer.

Vi anser att utbudet av aktörer skall styras av kvalitets- och prisnormer och att det är ointressant vilken driftsform som utförarna väljer. Att gynna vissa driftsformer ekonomiskt eller på andra sätt sätter marknadsmekanismerna ur spel och det kommer att påverka kvaliteten inom verksamheterna och i sista skedet brukarna negativt.

Särskilt uttalande gjordes av borgarrådet *Viviann Gunnarsson* (mp) enligt följande.

Ärendet Vårda vården är både komplicerat och viktigt.

Vi anser att mångfald inom vården är av vikt och vi instämmer med synpunkten att mångfald handlar om metoder, innehåll och arbetssätt.

Vilka aktörer det än må vara, statliga, privata eller organisationer utan vinstintresse spelar mindre roll. Det viktiga är att det finns en kontrollfunktion som ser till att god kvalitet upprätthålls.

Det är också viktigt att ansvaret för vården är tydligt definierat.

ÄRENDET

Socialdepartementet har för yttrande översänt slutbetänkande SOU 2003:23 från utredningen Vårdens ägarformer – vinst och demokrati. Regeringen fastställde den 21 december 2000 direktiven för en utredning om medborgerligt inflytande m.m. vid förändringar av ägar- och driftsformer inom vården. Utredningens huvuddirektiv var att utreda förutsättningar att införa särskilda tröghetsregler vid beslut om stora förändringar av ägar- och driftsformer inom hälso- och sjukvård och lämna förslag till sådana regler.

Utredningen lämnar förslag om tillägg till Hälso- och sjukvårdslagen som berör tre områden inom drift av hälso- och sjukvård. I sammanfattning innebär ändringen i lagstiftningen att högspecialiserad vård inte får överlätas till annan huvudman än den som anges i kommunallagen och specialiserad hälso- och sjukvård får överlämnas endast till den som i avtal förbinder sig att inom ramen för verksamheten uteslutande ge vård som finansieras av kommun och/eller landsting. Primärvården omfattas inte av ovanstående restriktioner. Utredningen betonar starkt värdet av stor politisk samsyn i vårdfrågor och behovet av långsiktiga stabila överenskommelser i drifts- och ägarformer.

REMISSER

Ärendet har för synpunkter remitterats till stadsledningskontoret, socialtjänstnämnden, äldreomsorgsberedningen och kommunstyrelsens pensionärsråd.

Stadsledningskontorets tjänsteutlåtande daterat den 25 april 2003 har i huvudsak följande lydelse.

Regeringen fastställde den 21 dec. 2000 direktiven för en utredning om medborgerligt inflytande mm. vid förändringar av ägar- och driftsformer inom vården. Utredningens huvuddirektiv var att utreda förutsättningar att införa särskilda tröghetsregler vid beslut om stora förändringar av ägar- och driftsformer inom hälso- och sjukvård och lämna förslag till sådana regler. Grundprincipen för utredningen är att hälso- och sjukvårdsinsatser skall vara solidariskt finansierad, tillgänglig för alla, fördelad efter behov.

Utredningen betonar att hälso- och sjukvården för att klara sina uppgifter behöver ta tillvara alla möjligheter till förnyelse och mångfald.

Utredningens idébetänkande ”Vinst för vården” lämnades i maj 2001 i ett remissförfarande. Remissvaren redovisas i slutbetänkandet.

Utredningen ”Vårdens ägarformer - vinst och demokrati” lägger i och med betänkandet förslag till reglering av villkor för privata vårdgivares medverkan i den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården.

Utredningen föreslår viss ändring/tillägg i hälso- och sjukvårdslagstiftningen och diskuterar därutöver villkoren för att främja olika typer av ägar- och driftformer inom vård och omsorg.

Utredningen menar att det gäller att hitta balanspunkten mellan rättvisa och frihet, mellan solidaritet och subsidiaritet. Utredningen betonar starkt värdet av stor politisk samsyn i vårdfrågor och behovet av långsiktiga stabila överenskommelser i drifts- och ägarformer. Hälso- och sjukvården ska också uppmärksammas på att preventiv vård och folkhälsoarbetet inte får undervärderas av vårdgivarna.

Utredningen lämnar förslag om tillägg till Hälso- och sjukvårdslagen som berör tre områden inom drift av hälso- och sjukvård

- 2 Uppgiften att ansvara för driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet får endast överlämnas till den som i avtal förbinder sig att inom ramen för verksamheten uteslutande ge vård som finansieras av landsting, kommun eller utländskt rättssubjekt med motsvarande uppdrag.

? Vad som sägs ovanstående gäller inte när uppgiften att ansvara för driften av primärvård överlämnas

Förslaget berör specialiserad vård som t ex. kräver speciell teknologi, särskilda insatser eller omfattande kunskaper hos vårdgivaren. Utredningen menar att det är angeläget att om sådan vård, som etablerats av landstinget, överläts till annan vårdgivare får förändringen inte innebära att vissa, genom att betala ur egen ficka eller via försäkringsbolag får företräde till den offentligt uppbyggda vården på bekostnad av övriga patienter.

? Landstinget får inte överlämna uppgiften att ansvara för driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet som samordnas inom eller mellan sjukvårdsregioner till annan än som anges i kommunallagen

Förslaget berör sådan verksamhet som är av betydelse för flera landsting, dvs. den högt specialiserade vården som bedrivs inom universitetssjukhus och vissa andra sjukhus. Utredningen anser att den högspecialiserade vården är central i landets hälso- och sjukvård och för landets alla medborgare och behöver därför ha en nära koppling till forskning och utveckling och vara tillgänglig för den som behöver denna form av sjukvård.

Utredningen föreslår vidare att inget överprövningsförfarande eller sanktioner bör införas mot landsting som inte följer bestämmelserna i förslaget. Utredningen anser också att det finns anledning att så kallat vårdgivarval inom hälso- och sjukvård bör utredas i särskild ordning.

Utredningen menar också att det finns anledning att i särskild ordning se över möjligheterna att förbättrade villkor för organisationer, kooperativ, små företag och andra som vill driva vårdverksamhet.

Stadsledningskontorets synpunkter och förslag

Stadsledningskontoret anser att utredningen funnit ett balanserat sätt att reglera den offentligt finansierade vården och väljer endast att kommentera några förväntade effekter av utredningens förslag.

Utredningen berör den hälso- och sjukvård som är en landstingskommunal angelägenhet och som är etablerad av landstingen och samhällsfinansierad. Utredningen belyser den möjlighet till utveckling och mångfald som olika utförare tillför hälso- och sjukvården. Den tillfälliga sk ”stopplagen” som förbjöd överlåtande av akutsjukhus till privata ägare, som upphörde att gälla vid slutet av år 2002 infördes för att ge rådrum för fortsatt diskussion om under vilka villkor privata vårdgivare ska kunna verka inom hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvården delas in i primärvård, specialiserad vård och högspecialiserad vård. Av hälso- och sjukvårdslagen framgår att landstingen skall kunna erbjuda sjukhusvård för vård som kräver intagning i vårdinrättning, däremot finns inte begreppet sjukhus definierat.

Utredningen väljer att definiera universitetssjukhus och motsvarade högt specialiserade sjukhus som högspecialiserad vård som inte skall överlätas till icke landstingsägd drift. Stadsledningskontoret instämmer i utredningens slutsats att detta innebär att forskning och utveckling hålls samman och högspecialiserad vård på nationell nivå erbjuds till dem som bäst behöver den, utan att boendeort eller upptagningsområde har avgörande betydelse.

Utredningen påpekar i många sammanhang att vård och behovet vårdinsatser förändras över tid, och beteckningen för vad som kan anses vara specialiserad vård förändras. Ett exempel som framhålls är ögonkirurgi som med utvecklade metoder kan erbjuda operationer som ger ett stort antal personer ett självständigt liv, medan det för ett tiotal år sedan var ett fåtal förunnat att erbjudas sådan vård. Utredningen framhåller också att hälso- och sjukvårdsinsatserna i hög grad är beroende av ett väl fungerande informationsflöde mellan de olika vårdnivåerna. Ur primärkommunal synpunkt är informationsflödet mellan vårdnivåerna lika viktig som sjukvårdens tillgänglighet. Stadsledningskontoret anser att en av de viktigaste aspekterna på olika utförare i vården är att informationen mellan vårdgivare alltid är fullständig. För en framgångsrik vård med hög kvalitet och tillgänglighet för äldre och funktionshindrade har staden i överenskommelse med Stockholms läns landsting förutsatt att såväl staden som landstinget ska samordna sina resurser och informera varandra på ett optimalt sätt.

Utredningen för också fram och fick i den tidigare remissomgången ett stort antal synpunkter på vikten av kompetens och noggrannhet vid själva upphandlingsförfarandet. Många av de

dåvarande remissinstanser menade att mycket av bristerna i de alternativ vårdgivarnas utbud och ställningstaganden härrör sig från brister i upphandlingen. Stadsledningskontoret instämmer i att upphandlingsförfarandet och ersättningsmodeller för så komplicerade verksamheter som hälso- och sjukvård kräver stor erfarenhet och långt gående kunskaper om såväl lagstiftning, organisation som hälso- och sjukvårdsfrågor. Stadsledningskontoret menar att den samlade erfarenheten och samråd med övriga vårdgivare är viktiga komponenter för att upphandlingarna ska ge de privata utförarna rätta möjligheter att utföra sina åtaganden. För kommunerna är det angeläget att den sjukvård som etableras är av god kvalitet och lättillgänglig för medborgarna.

Utredningens författningsförslag som innebär visst hinder för etablering för privata vårdgivare omfattar inte primärvården. Utredningen menar dock att det kan finnas skäl att även låta primärvården omfattas av reglering. Även i primärvården kan förtur för patient med privat finansiering innebära snabbare åtgärder t ex. i den övriga vårdkedjan. Det är också svårt att dra gräns mellan öppen specialistvård och primärvård. Begrepp såsom närsjukvård och sjukhusansluten hemsjukvård och specialistmedverkan i primärvården gör inte gränsdragningen enklare. Primärvård och övriga vårdformer ska enligt stadsledningskontorets mening så långt som möjligt integreras i samma vårdkedjor med ömsesidigt ansvar för den enskildes vård.

Stadsledningskontoret menar att det för den äldre befolkningen är av stor betydelse att ersättningsformerna till primärvården alltid premierar ansvar för folkhälsofrågor, rehabilitering, tillfälle till hembesök och tid för t.ex. läkemedelsgenomgång en gång om året.

Utredningen menar och stadsledningskontoret instämmer i att det finns anledning att fortsättningsvis uppmärksamma utvecklingen inom primärvården så att villkoren för privata vårdgivare är enhetliga och ingen form av offentligt finansierade hälso- och sjukvårdinsatser ger snabbare tillträde till vården. Stadsledningskontoret anser också att det kan finnas anledning att i någon form införa viss tröghet i systemet för byte av driftsform även för primärvården. Vårdverksamhet som bryts av ägarbyten inger inte den trygghet och stabilitet som vårdbehövande kan förvänta sig.

Utredningen berör i mycket ringa grad den hälso- och sjukvård där kommunen är huvudman, dvs. hälso- och sjukvården i särskilda boendeformer.

Stadsledningskontoret menar att väl fungerande vårdkedjor och välutbyggd primärvård är nödvändiga för att de äldre och funktionshindrade som är staden ska känna trygghet och få nödvändiga hälso- och sjukvårdsinsatser.

Socialtjänstnämnden beslutade den 20 maj 2003 att återropa socialtjänstförvaltningens tjänsteutlåtande som yttrande och överlämna det till kommunstyrelsen.

Reservation anfördes av andre vice ordföranden *Peter Lundén-Welden m.fl.* (m), ledamöterna *Ann-Katrin Åslund m.fl.* (fp) och ledamoten *Désirée Pethrus Engström* (kd), *bilaga 1*.

Socialtjänstförvaltningens tjänsteutlåtande daterat den 30 april 2003 har i huvudsak följande lydelse.

Betänkandet handlar i första hand om sjukvården och utredningens förslag rör förutsättningarna för hur privata entreprenörer ska kunna medverka i den offentligt finansierade vården. Socialtjänstnämnden har i remissvaret på delbetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002:31), i likhet med flertalet av remissinstanserna, redovisat samma uppfattning som utredningen vilka övergripande etiska utgångspunkter som ska gälla för vården; prioritering efter behov och vård på lika villkor. De förslag som nu lämnas har dessa utgångspunkter som grund och tillgodoser därmed den grundsyn som allmänt gäller för det offentliga åtagandet för vården.

Utredningen framhåller vikten av satsa på den förebyggande hälsovården vilket även förvaltningen ser som en av de mest angelägna hälsofrågorna. Förebyggande hälsovård är ett utvecklingsområde där även kommunen har en viktig roll. Detta område har dock fått ett mycket begränsat utrymme i betänkandet. Det hade varit värdefullt att lyfta fram dessa frågor och hur detta arbete skulle kunna utvecklas av entreprenörer och egen regi.

Innebörden av begreppet mångfald skulle enligt ett några av de redovisade remissvaren behöva diskuteras. Är det enbart mångfald av producenter eller gäller det även vårdens innehåll, exempelvis alternativa miljöer eller vårdfilosofi? Förvaltningen instämmer i att det finns en tendens att begreppet mångfald inom offentlig sektor allt oftare likställs med olika organisations- och ägarformer. För brukarna är det snarare en mångfald av innehåll och arbetssätt som är av intresse. För att utveckla vården i riktning mot en mångfald av metoder är det inte heller självklart att upphandling i konkurrens är en förutsättning. Formerna för upphandling behandlas dock inte i betänkandet. Istället anges att det finns behov av en sådan översyn vilket förvaltningen håller med om.

Sammantaget anser förvaltningen att utredningens förslag är ett steg i riktning mot en reglering av sjukvården där såväl olika driftsformer som olika metoder ska kunna inrymmas med utgångspunkten att vård ska ges efter behov och på lika villkor. Alla frågor har dock inte belysts eller fått svar i detta betänkande. Det är exempelvis angeläget att framdeles lyfta fram folkhälsofrågorna.

Äldreomsorgsberedningen beslutade den 23 maj 2003 att som svar på remissen överlämna stadsledningskontorets tjänsteutlåtande och därutöver anföra följande.

De etiska ståndpunkter som är utgångspunkten för utredningens förslag att prioritera efter behov och vård på lika villkor vill vi instämma i. Innebörden av begreppet mångfald bör diskuteras mera utförligt. Det finns en klar tendens att begreppet mångfald allt mer förknippas med olika organisations- och ägarformer. För brukarna är det snarare en mångfald av innehåll och arbetssätt som är av intresse. Det måste finnas utrymme för att utveckla vården i riktning mot en mångfald av metoder inom den landstingsdrivna sjukvården.

Utredningens uppfattning att det är viktigt att precisera de åtagande som åvilar vårdgivaren vid en upphandling spelar stor roll. Kommunen har efter att avtal har skrivits mycket liten möjlighet att påverka den läkarservice som erhålls genom privat primärvård.

Vi vill instämma i utredningens bedömning att primärvården ska omfattas av en liknande reglering som driften av sjukhus som etablerats av landsting, specialistmottagningar, närsjukvård och andra vårdenheter kommer att få. Det är viktigt att fortsätta att uppmärksamma utvecklingen inom primärvården och i vilken omfattning privata entreprenörer inom primärvården ger patienter med privata finansiering snabbare tillträde till vård och vårdkedjor. Svårigheterna för kommunens verksamheter att ha ett bra samarbete vid upprepade byten av entreprenörer inom primärvården bör i detta sammanhang understrykas. De ekonomiska incitament som finns för att bedriva en mer omfattande mottagningsverksamhet bör undanröjas för att öka förutsättningarna för en balanserad tidsanvändning.

För att folkhälsoarbetet inte ska försämrats måste primärvården stärkas. Folkhälsoarbetet måste upprätthållas även med en mångfald av vårdgivare. Skillnaderna mellan olika grupper i samhället ökar ur ett folkhälsoperspektiv. Utredningens uppfattning att förebyggande hälsovård är svårt att väga in i samband med olika former av upphandling vill vi understryka.

Kommunstyrelsens pensionärsråd behandlade stadsledningskontorets tjänsteutlåtande 2003-04-25 den 15 maj 2003.

Representanterna för PRO och (s) tillstyrker följande uttalande.

KPR instämmer i huvudsak i tjänsteutlåtandets skrivningar.

Vi finner det dock angeläget att ytterligare understryka primärvårdsläkarnas betydelse för att vården av äldre i särskilt boende skall fungera väl.

Överenskommelsen mellan staden och landstinget verkar fungera. Ytterligare positiva effekter bör kunna påräknas när den nya lagen om samverkan mellan kommuner och landsting inom vårdomsorg börjar verka fullt ut.

Våra erfarenheter pekar dock på att den kommunala sjukvårdspersonalen, i våra särskilda boenden, inte alltid erhåller den läkarmedverkan som erfordras för att de boende skall känna full trygghet. Det råder konkurrens om begränsad läkartid mellan primärvårdens "egna" uppgifter i hemsjukvård, som sker i samverkan mellan vårdcentralens läkare och dess övriga sjukvårdspersonal, och behovet av läkarmedverkan vid särskilda boenden. Den senare riskerar ofta att komma i andra runn. Vi delar uppfattningen att en precisering av de åtaganden, som skall åvila vårdgivaren, är av betydelse vid upphandling och avtalsteckning. Kommunen har dock därefter begränsade möjligheter att direkt påverka den läkarservice som erhålles genom "privat" primärvård. Denna har upphandlats av landstinget, som i sin tur har upprättat avtal med kommunen.

Utredningens egna ("starka") slutsatser, att även låta primärvården omfattas av reglering bör stödjas. Undanröjandet av ekonomiska incitament, att bedriva en mera omfattande mottagningsverksamhet, ökar förutsättningen för en, till gagn för hela verksamheten, balanserad tidsanvändning.

Sammanfattande slutsats: Staden bör i sitt remissvar understryka att utredningens reglering bör omfatta drift av all "hälso- och sjukvårdsverksamhet som etablerats av landsting". Detta innebär att primärvården, vid vårdcentraler som etablerats av landstingen, icke undantas från lagstiftningens regler att uteslutande ge vård "som finansieras av landsting, kommun eller utländskt rättssubjekt med motsvarande uppgifter". Det bör också tydligt framgå att en vårdcentral som etablerats av privat företag, som därefter arbetar på avtalsbasis, icke omfattas av regleringen.

Representanterna för SPF, (fp) och (kd) tillstyrker stadsledningskontorets förslag till beslut i tjänsteutlåtande 2003-04-25.

RESERVATIONER M.M.

Socialtjänstnämnden

Reservation anfördes av vice ordföranden Peter Lundén-Welden m.fl. (m), ledamöterna Ann-Katrin Åslund m.fl. (fp) och ledamoten Désirée Pethrus Engström (kd) enligt följande.

Socialtjänstnämnden föreslås besluta följande.

I huvudsak godkänns förvaltningens förslag till yttrande.

Därutöver anför;

En utveckling med en ökad mångfald inom vårdområdet är positiv. Det gynnar kvaliteten och kvalitetsutvecklingen i samtliga verksamheter. Till skillnad från utredningen anser vi dock inte att de offentliga myndigheterna ska styra de privata aktörerna i deras organisation och utbud. De offentliga styrningen bör istället ske genom klara och tydliga kvalitetskrav på verksamheterna.

Vi anser vidare att ett väl utbyggt system med kundval där det finns ett stort antal utförare att välja emellan ger medborgarna själva möjlighet att aktivt söka de alternativ de anser bäst tillgodoser deras behov och önskemål. Vi förordar därför en modell med kundval i förening med gemensam finansiering av sjukvården.

Vi anser att lagen om offentlig upphandling (LOU) samt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen bör ändras så att det möjliggör för egen regi enheter att knoppa av dvs. starta eget utan upphandling och på så sätt få en karenstid de första åren för att sedan konkurrensutsättas genom upphandling i nästa steg. LOU bör även förändras avseende vård och omsorgsverksamheter motsvarande vad som gäller för pengverksamhet inom skola och barnomsorg. Med ett pengsystem så sätts fokus tydligare på den enskildes valmöjlighet och trygghet och därmed på kvalitet. Pengsystem ger även likvärdiga villkor mellan olika aktörer.

Vi anser att utbudet av aktörer ska styras av kvalitets- och prisnormer och att det är ointressant vilken driftsform som utförarna väljer. Att gynna vissa driftsformer ekonomiskt eller på andra sätt sätter marknadsmekanismerna ur spel och det kommer att påverka kvaliteten inom verksamheterna och i sista skedet brukarna negativt.

Sammanfattning

Utredningen Vårdens ägarformer – vinst och demokrati lägger med detta betänkande sitt förslag till reglering av villkor för privata vårdgivares medverkan i den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården. I vissa delar tar utredningen också upp förhållanden som berör kommunernas verksamhet.

Utöver lagförslag, som avser hälso- och sjukvården, diskuterar utredningen villkoren för att främja mångfald av drifts- och ägarformer inom vård och omsorg bl.a. genom förbättrade villkor för organisationer, kooperativ, små företag och andra som vill driva vårdverksamhet. Utredningen aktualiserar också behovet av andra former för upphandling av och ersättning för vård- och omsorgstjänster.

Utredningens idébetänkande *Vinst för vården* (SOU 2002:31) gav en orientering om 1990-talets organisatoriska förändringar i svensk sjukvård med större inslag av marknadslika styrformer och ökad andel privata vårdgivare.

Där gjordes också jämförelser med vårdssystem i andra länder med avseende på finansiering, ägarformer, reglering och styrning. I ett särskilt avsnitt behandlades privata vårdgivare utan vinstsyfte och frågan varför den typen av vårdgivare vid jämförelse med andra länder svarar för en så marginell del av svensk vård och omsorg. I detta slutbetänkande sammanfattas iakttagelser och bedömningar i koncentrerad form.

Vården står i Sverige, liksom i andra länder, inför mycket stora utmaningar. Anspråken på vårdresurser växer när andelen äldre i befolkningen ökar och när forskning och ny teknologi ger nya möjligheter till diagnos och behandling. Samtidigt är möjligheterna att lösa resursproblemen genom högre skatter eller avgifter begränsade. Uppgiften är inte lättare för länder som finansierar vården med obligatoriska försäkringar knutna till arbetslivet. Avgifterna läggs på en smalare bas och är mer direkt knutna till produktionen, vilket skapar ytterligare problem bl.a. med hänsyn till konkurrensen i en internationell ekonomi.

För att klara sina uppgifter måste hälso- och sjukvården ta till vara alla möjligheter till bättre arbetsorganisation, utveckling och förnyelse, men i former som för såväl patienter och vårdtagare som för anställda ger kontinuitet och trygghet. En fortlöpande politisk kontrovers med stora och återkommande organisatoriska förändringar av drifts- och ägarformer gör det svårare för vårdsektorn att klara sina utmaningar.

Utredningen betonar behovet av förnyelse av vårdorganisationen genom bl.a. ökat utrymme för entreprenörskap och mångfald. Därmed kan ny kunskap tillföras vården och vårdgivare av olika slag kan lära av varandra. Förnyelsen måste emellertid ske under villkor som säkerställer de grundläggande och långsiktiga målen för svensk vård: prioritering efter behov och vård på lika villkor.

De *etiska utgångspunkter* som ligger till grund för prioriteringar och mål för hälso- och sjukvården och för kommunernas omsorg bör också vägleda beslut som anger ramar och villkor då vården öppnas för nya ägar- och driftsformer. Grundläggande är människovärdet och att rätten till vård knyts till människan som *person* – inte efter hennes färdigheter och förmåga som *aktör*. Inför överväganden om vårdens prioriteringar och organisation övas allas empati och förmåga att bortse från egenintresset för att i stället se till människors olika behov. Det gäller för såväl för enskilda som för samhällets olika grupper.

Det gäller att hitta balanspunkter mellan rättvisa och frihet och mellan solidaritet och subsidiaritet. Det allmänna skall främja rättvisan och solidariteten, men inte på sådant sätt att enskildas och grupperns ansvar och initiativ trängs undan. Ur det enskilda ansvaret och initiativen måste nya driftsformer kunna utvecklas, men inte på sådant sätt att solidariteten sätts ur spel.

Bakgrund – mål och avvägningar

Beslut om vården återspeglar ideologiska och politiska skillnader. Det är en del av demokratin. Men här finns ett dilemma. Samtidigt som demokratin skall erbjuda handlingsalternativ försvåras

vårdens funktion om den demokratiska styrningen leder till återkommande förändringar av organisation och lagar.

Hälso- och sjukvården kommer aldrig att helt kunna tillgodose medborgarnas alla behov och önskemål. Resurser kommer alltid att behöva prioriteras och prioritering innebär att vissa önskemål och behov tills vidare ställs åt sidan. Av den anledningen blir vården också en tacksam arena för politisk mobilisering och konflikt. Partiernas tävlan med lockande alternativ, satt i relation till det vårdorganisationen i sin aktuella utformning klarar, skapar lätt orealistiska förväntningar och bäddar för besvikelser.

Utredningen betonar starkt värdet av en ny, större politisk samsyn i vårdfrågorna och behovet av en långsiktigt stabil överenskommelse om spelrum och villkor för olika drifts- och ägarformer. Det är önskvärt att styra hälso- och sjukvårdens utveckling mot mer av öppna vårdformer och vård så nära patienternas hemort som är möjligt. Det behövs en starkare betoning av den förebyggande hälsovården och en bättre samordning av den högspecialiserade vården. Entreprenörerna kan särskilt bidra med att utveckla och effektivisera behandlingsformer. Utredningens förslag är avsedda att stödja en utveckling i den riktningen.

Behov eller efterfrågan?

Hälso- och sjukvårdslagen utgår från tre grundläggande principer; människovärdesprincipen, behovsprincipen och principen om kostnadseffektivitet. Vårdresurserna skall fördelas efter behov, på lika villkor och med bedömning av vilket resultat som kan uppnås med en given behandling.

I takt med ökad allmän kunskap i samhället möter vården patienter som tydligare anger egna önskemål och behov. En starkare och mer aktiv medverkan från patientens och anhörigas sida är av stort värde för vården och för vårdresultaten. Samtidigt tvingas vårdpersonalen till nya avvägningar. De skall lyhört söka tillmötesgå patienternas önskemål, men samtidigt prioritera fördelningen av tid och behandlingsresurser efter sin professionella bedömning av patienters skiftande behov och den erfarenhet de har av vilken behandling som kan vara möjlig och mest lämpad. Ökad mångfald av vårdgivare ger valfrihet och utveckling, men också risker att producenterna genom sitt utbud i högre grad styr hälso- och sjukvårdens utveckling. Konkurrensen mellan vårdgivare kan, åtminstone bedömt med erfarenheter från andra länder, leda till att vården i högre grad styrs av vårdgivarnas utbud. Det kan leda till överutnyttjande av vårdresurser. En följd kan vara onödigt många besök hos läkare eller vidgning av indikationer som leder till mer omfattande behandlingar med t.ex. fler kirurgiska ingrepp än som är medicinskt nödvändigt. Ett alternativt system som bygger på konkurrens mellan vårdgivare är att behandlingarna blir mer omfattande och fler, medan preventiv vård och folkhälsoarbete får mindre uppmärksamhet. Utredningen pekar bl.a. på behovet av väl utvecklade ersättningssystem.

Utredningens förslag syftar till att värna de grundläggande principerna om vård efter behov och på lika villkor även när vårdsystemet öppnas för en större mångfald av vårdgivare.

Planering för den samordnade vården

Medborgarna vill ha vård av högsta möjliga kvalitet, men samtidigt vård i sin närhet. Det är önskemål som ofta är svåra att förena. I takt med sjukvårdens fortgående specialisering behövs i ökad grad samordning och arbetsfördelning landstingen emellan för vård som kräver mycket speciell kompetens, stora investeringar i medicinsk teknik eller som avser mycket sällan förekommande sjukdomar. Samverkan och koncentration av vårdresurser är en förutsättning för att klara såväl vårdkvalitet som rimliga vårdkostnader.

Det är för denna del av vården mycket svårt att förena behovet av planering och samordning med upphandling. Möjligheten att skapa marknadslika förutsättningar är små. Det är svårt, närmast omöjligt, att i en beställning tydligt specificera de uppgifter som skall utföras. Marknadsförutsättningar i form av konkurrerande privata utförare är mycket begränsade. Samordningsbehovet är också det föränderligt och knyts till löpande utveckling av behandlingsmetoder och framsteg inom forskningen. Utredningen föreslår ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen:

Landstinget får inte överlämna uppgiften att ansvara för driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet som samordnas inom eller mellan sjukvårdsregioner till någon annan än som avses i 3 kap. 17 § kommunallagen (1991:900), dvs. kommunalt ägt bolag eller stiftelse.

Vilka vårdinsatser som kräver samordning varierar och är dessutom beroende av landstingens storlek och patientunderlag. Ny teknik och nya behandlingsmetoder förändrar förutsättningarna.

Diagnoser eller behandlingar, som i ett skede har krävt de stora sjukhusens samordnade resurser, kan i nästa fas vara möjliga att utföra på mindre sjukhus eller i öppen specialistvård. I andra fall förs vårduppgifter från de mindre enheterna till samverkan i större genom att nya möjligheter till behandling utvecklas. Lagen anknyter till ett samordningsbehov som är föränderligt. Avsikten är att undvika en lagreglering som statiskt låser verksamheten till en existerande struktur och ansvarsfördelning.

De privata vårdgivarna, entreprenörerna, kan bidra till utveckling av teknik och behandlingsformer som gör att vård som samordnats till de stora sjukhusen kan föras ut till mindre enheter. Förslaget till lagstiftning omfattar i denna del därför endast den samordnade vård som ges huvudsakligen vid universitets- eller regionsjukhusen. Privata entreprenörer får genom regleringens utformning möjlighet att bidra till att utveckla verksamheter som kan föra ut specifika vårduppgifter från de stora sjukhusen.

Med en jämförelse till industri och näringsliv får privata entreprenörer stor möjlighet att söka nya lösningar i form av effektivare processer och bättre organiserade behandlingsformer. Deras roll i utvecklingen av helt nya behandlingar och terapier med stark koppling till olika forskningsfält blir däremot mer begränsad.

Öppet för mångfald men på lika villkor

Utredningen redovisade i idébetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002:31) ett antal modeller för reglering med syfte att i ett system med mångfald av vårdgivare säkerställa vård efter behov och på lika villkor.

De presenterade modellerna, av vilka flera har förebilder i länder med längre tradition av mångfald inom vården, var av två skilda slag. Den ena formen av reglering liknar den tidigare s.k. ”stopplagen” och bygger på att privata vårdgivare eller vårdgivare med privata vinstintressen uteslås från vissa delar av vården. Den andra formen uteslår inte privata vårdgivare, men en nationell reglering ställer offentliga och privata vårdgivare under samma eller, så långt det är möjligt, likartade villkor.

Utredningens förslag utgår från en kombination av de två principiellt skilda formerna för reglering. För den samordnade, högspecialiserade, vården föreslår utredningen en reglering enligt den första modellen. Ansvar för vård som i huvudsak samordnas vid universitets- och regionsjukhus får inte överlämnas till privata vårdgivare.

För övrig offentligt finansierad verksamhet inom hälso- och sjukvården, med undantag för primärvården, tar regleringen sikte på att så långt det är möjligt skapa likartade villkor oberoende av drifts- eller ägarform.

Skilda villkor för offentlig och privat vård

Vilka är då skillnaderna i villkor? En principiellt viktig skillnad mellan den offentligt drivna vården och de privata entreprenörerna är att den förvaltningsdrivna vården har full del av det vårdansvar som landstinget, eller kommunen, har som huvudman. Omfattningen av den privata entreprenörens uppdrag utgår däremot från en frivillig uppgörelse och begränsas till vad som anges i avtalet. Om landstingen som beställare underlåter att i avtalen inkludera skyldigheter som kan uppstå vid extrema situationer, katastrofer, stora olyckor osv. blir uppgiften att hålla beredskap för de extraordinära insatserna större hos de offentligt drivna delarna av vården. Ju större andel det är som läggs ut på entreprenad desto mer markant blir denna skillnad i villkor.

På liknande sätt kan kraven på flexibilitet och anpassning till nya ekonomiska förutsättningar eller vårdbehov skapa skillnader i villkor. Avtalet mellan en privat vårdgivare och ett landsting är i regel flerårigt och anger på olika sätt volymer och ekonomiska förutsättningar för verksamheten. Om vårdbehoven förändras i förhållandet till prognos och avtal eller om landstingets ekonomi kräver anpassning och besparingar kan den privata entreprenören genom avtalet vara skyddad mot förändringar medan anpassningsbördan helt faller på verksamheterna i egen regi. Även här gäller att skillnaderna i villkor ökar ju större andel av vården som omfattas av entreprenader. Beställare bör i sina avtal förutse behovet att alla vårdgivare delar krav på beredskap, flexibilitet och anpassning.

Något förslag till reglering läggs inte i dessa avseenden. Utredningen anser att det är frågor som utan bindande reglering bör beaktas när avtal tecknas.

En tills vidare oundviklig skillnad är den som uppstår vid upphandling. Privata vårdgivarna kan, i likhet med övrigt näringsliv, fritt välja att utveckla långsiktiga affärsrelationer och partnerskap med t.ex. leverantörer av tjänster eller teknisk utrustning. De offentliga vårdgivarna, med verksamhet i förvaltningsform eller kommunalt bolag, har däremot att följa upphandlingslagstiftningen.

Skilda villkor för finansiering

Under nuvarande villkor är dock den avgörande skillnaden mellan offentligt driven vård och privata vårdgivare att de privata vårdgivarna, om inte annat avtalats, även har rätt att ta emot privatbetalande patienter. Det huvudsakliga skälet för att betala vård privat, direkt eller genom en privat sjukvårdsförsäkring, är önskan att få vård enligt en annan prioritering än den som gäller för vården i övrigt.

Den privat finansierade vården är därför ett problem, i den meningen att den kommer att bryta mot de grundläggande principerna för hälso- och sjukvården; dvs. vård fördelad efter behov och på lika villkor. Den privata finansieringen av vård utgår i stället som regel från människans ställning som *aktör*. Möjligheten till vård knyts till ekonomisk ställning, attraktivitet på arbetsmarknaden eller annat, och inte till människan som *person* och hennes behov.

Idén om rättvisa och vård på lika villkor har en mycket stark förankring i det svenska samhället. Det vore därför en mycket olycklig konsekvens om fler privata entreprenader i den offentligt finansierade vården, med de fördelar det i övrigt kan medföra, skulle innebära att det svenska vårdssystemet öppnas mot en ekonomiskt, klassmässigt eller på annat sätt skiktad eller tudelad vård.

Lika villkor för finansiering

De sjukhus, mottagningar och andra institutioner som landstingen byggt upp är starka symboler för samhällets gemensamma vårdåtagande. Det är angeläget att de, även om ansvaret för driften överläts till en privat vårdgivare, har kvar en sådan identitet. Patienter skall ha likartade möjligheter till vård oberoende av om huvudmannen själv driver verksamheten eller om uppgiften genom avtal läggs ut på entreprenad. Grundvärderingarna och prioriteringar skall inte förändras. Den privata entreprenaden innebär ett tidsbegränsat uppdrag. När avtalet löper ut skall en ny upphandling göras. Möjligheten till en jämbördig upphandling försvåras avsevärt, eller kan bli omöjlig, om den privata entreprenören under avtalstiden i verksamheten också utvecklat aktiviteter med vård till andra patientgrupper enligt avtal som denne själv förfogar över.

Blandad finansiering kan dessutom komma att skapa felaktiga incitament. För vårdgivaren kan köer och långa väntetider till den offentligt finansierad vården innebära nya och större intäkter för vård av patienter som betalar privat för att komma förbi vårdkön. Riskerna för sådana snedvridande incitament minskar om den privat finansierade vården organisatoriskt hålls tydligare åtskild från den offentligt finansierade.

Utredningen föreslår för övrig sjukhusvård och specialistvård en reglering, som i fråga om finansiering, ställer privata entreprenörer under samma villkor som den offentliga vården när de genom en entreprenad driver en vårdverksamhet som etablerats eller bedrivits av ett landsting.

Uppgiften att ansvara för driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet som etablerats av landsting får endast överlämnas till den som i avtal förbinder sig att inom ramen för verksamheten uteslutande ge vård som finansieras av landsting, kommun eller utländskt rättssubjekt med motsvarande uppdrag.

Utredningen pekar även på formerna för ersättning. Det är för den offentligt finansierade sjukvården, vars vårdansvar omfattar alla, viktigt att ersättningsformerna främjar folkhälsoinsatser och förebyggande hälsovård. Där skall finnas tid och resurser för kontakt och samverkan med skola, socialtjänst och andra organ som kan bidra till att förebygga skador och ohälsa. Därför lämnas i många entreprenader en större eller mindre del av ersättningen i någon form av kapitationsersättning. Vårdgivaren ersätts för ett bredare vårdansvar för en viss befolkning, listade patienter eller annat. Ersättningen för patientens besök blir motsvarande minskad för de privat finansierade patienter knyts i regel hela ersättningen till läkarbesöket eller behandlingen. Sedd som "marginalintäkt" blir privatpatienten därför på ytterligare ett sätt mer lönsam, med de konsekvenser det kan tänkas ha för tillgänglighet och bemötande.

För ett sjukhus med anslagsfinansiering och vårdansvar för befolkningen blir konsekvenserna likartade. När sjukhus ersätts per behandling (DRG-baserad ersättning eller liknande) blir skillnaderna mindre, men ersättningssystemet har andra olägenheter. Vårdgivarens marginalkostnad för ytterligare en patient är låg när utrustning och personal finns på plats. För beställaren och patienten med offentlig finansiering är den avtalade ersättningen baserad på ett genomsnitt av vårdgivarens samtliga kostnader. Det är angeläget att för de prestationsbaserade systemen finna former för ersättning som bättre speglar relationen mellan fasta kostnader och marginalkostnader. Den offentliga stöd bland medborgarna för att vård skall ges på lika villkor och fördelas efter människors behov. En tydlig majoritet vill också ha kvar sjukhusen i offentlig ägo. Samtidigt finns, vägt mot de utmaningar vården kommer att möta, behov av att genom alternativa driftsformer stimulera utveckling och förnyelse.

Värdet av de privata entreprenaderna, som referens och ibland förebilder för de offentligt drivna verksamheterna, blir mindre om där tilläts en annan blandning av offentligt och privat finansierad vård än vad som är möjligt när vården drivs i landstingens och kommunernas egen regi.

Andra vårdgivare kan ge privat och offentligt finansierad vård

Det är vare sig möjligt eller önskvärt att helt stänga möjligheterna till privat finansierad vård. Skulle de upphöra finns i ökad omfattning motsvarande vårdmöjligheter i andra länder.

Privat finansierad vård har sedan lång tid tillbaka varit tillgänglig på t.ex. sjukhus som Sophiahemmet i Stockholm eller Carlanderska sjukhuset i Göteborg. Privatpraktiserande läkare har utöver vård av landstingspatienter haft möjlighet att ta emot privatpatienter.

Ett rätt stort antal kliniker för olika specialiteter t.ex. ögonkirurgi, ortopedi, hjärtoperationer, fertilitetsbehandling har under senare år byggts som självständiga enheter. Genom avtal med landstingen kan de ta emot offentligt finansierade patienter, men också patienter med privat sjukvårdsförsäkring och de som betalar direkt ur egen ficka.

Skillnaden mellan dessa privata vårdgivare och de privata entreprenörer, som genom avtal driver verksamhet som etablerats av landsting eller kommun, är att de själva byggt upp verksamheten, ordnat grundläggande finansiering och tagit större risker.

Deras relation till landsting eller kommun är också annorlunda. De disponerar själva fullt ut över investeringar, organisation och personalresurser. De riskerar aldrig att en annan entreprenör efter upphandling övertar verksamheten. Deras verksamhet är mer marknadslik. Verksamheten finns kvar hos sin ägare så länge den har sådan kvalitet och sådana kostnader att den genom avtal och patienternas egna val får tillräckligt med uppdrag.

Vid jämförelse med entreprenadlösningar, som riskerar att resultera i osäkerhet genom återkommande förändringar av ledning och driftsansvar, står de också för kontinuitet i ett vårdssystem. Det är inte rimligt att staten genom lagstiftning, eller landstingen genom avtal, skulle

hindra dessa vårdgivare att vid sidan om uppdragen inom den offentligt finansierade vården ge vård till andra.

Dessa privata vårdgivare etablerar i många fall sin verksamhet inom områden där det finns problem i form av långa väntetider. I flera fall har det också skett med nya och mer kostnadseffektiva former för behandling. Sett även i det perspektivet, bör det vara en fördel, om rätten att ge privatfinansierad vård begränsas till dessa vårdgivare.

Det är också en fråga om rättvis konkurrens mellan dessa olika typer av privata vårdgivare. Det är sett från de vårdgivare, som själva investerat och byggt upp sin verksamhet, inte jämbördiga villkor om privata entreprenörer, som genom entreprenadavtal driver verksamhet som landstinget eller kommunen etablerat, på marginalen kan erbjuda den privat finansierade vårdmarknaden motsvarande tjänster.

Till diskussionen om ventiler för privat finansierad vård hör också frågan om vad som avses med behov. I § 2 i hälso- och sjukvårdslagen anges att den med det största behovet skall ges företräde till vården. Där står inte de medicinska behoven. En social situation eller ett försörjningsansvar vägs i vårdens vardag i regel in i en bedömning och prioritering av behov. Bedömningen av behov är, och bör vara, vidare än den renodlat medicinska.

Det är emellertid troligt att den offentliga vårdens bedömning av behov inte alltid stämmer överens med den företag och organisationer gör av olika personers nyckelroller och där en persons möjlighet till vård kan beröra många. Även från sådana utgångspunkter behöver vårdsystemet ha ventiler, som ger möjlighet till privat finansierad vård. Det gäller att hitta en balans mellan detta behov och risken för en utveckling mot ett tudelat vårdsystem.

Efter ”stopplagen” – stoppa ”gräddfiler”

Den tillfälliga s.k. stopplagen som gällde fram till slutet av år 2002 förbjöd överlåtelse av akutsjukhus till privata ägare med vinstsyfte.

Stopplagen infördes för att ge rådrum för diskussion under vilka villkor som privata vårdgivare skall kunna verka inom hälso- och sjukvården. Ett starkt motiv för införandet var att förhindra att de offentliga ägda sjukhusen genom privatisering och avsaknad av reglering skulle öppnas mot en tudelning av vårdsystemet. Men förtur skapas inte enbart vid sjukhusets entré. Möjligheter till snabbare behandling och initiativ som bryter prioriteringsordningarna kan uppstå i många delar av en vårdkedja.

En nyligen presenterad kanadensisk studie¹ pekar på brister i kapacitet för olika former av diagnostik som en viktig faktor till ojämlik fördelning av vårdresurser. Den som med egen finansiering kan korta sin väntetid för diagnostik får också snabbare behandling. Konsekvenserna är desamma i Sverige.

Primärvården

Utredningens författningsförslag med hinder mot privat finansierad vård omfattar privata entreprenader avseende driften av sjukhus som etablerats av landsting, men också motsvarande uppdrag för närsjukvård, specialistmottagningar och andra vårdenheter. Däremot undantas primärvården från regleringen.

Utredningens bedömningar talar emellertid starkt för att den reglering som utredningen föreslår också bör omfatta primärvården.

Även i fråga om primärvården kan förtur för en patient med privat finansiering ge snabbare tillträde i den fortsatta offentligt finansierade vårdkedjan på sätt som inte stämmer överens med prioriteringsordningen.

En gräns mellan primärvård och t.ex. öppen specialistsjukvård är också svår att dra. Strävan bör ju i stället vara att så långt möjligt integrera primärvård och annan vård. Det är också vad som sker med begrepp som närsjukvård och genom specialists medverkan i primärvården.

¹ *Building on Values; The Future of Health Care in Canada, 2002.*

Ytterligare ett skäl ger formerna för ersättning. För den privatbetalande patienten får vårdgivaren hela ersättningen vid besöket. Landstingens ersättning för primärvård bygger, med undantag för taxeläkare, på en större eller mindre andel av kapitationsersättning baserad på listning eller ansvar för en viss befolkning.

I många fall, men inte alla, har landstingen i avtalen med privata entreprenörer inom primärvården infört förbud mot privat finansiering med motsvarande innebörd som utredningens förslag.

Starka skäl talar för en fortsatt uppmärksamhet och granskning av utvecklingen inom primärvården. Det handlar då dels om den allmänna tillgängligheten, men också i vilken omfattning privata entreprenader inom primärvården ger patienter med privat finansiering snabbare tillträde till vård och vårdkedjor.

Villkoren för OUV och små företag bör bli bättre

Det författningsförslag som utredningen lämnar anknyter inte till sjukhus som begrepp och gör inte heller i förslagen till lagreglering skillnad mellan privat vård med eller utan vinstsyfte.

Riksdagen har med brett stöd antagit en nationell handlingsplan som starkt betonar värdet av mångfald. Handlingsplanens breda politiska förankring är av stort värde. I planen betonas värdet av att nya företag, kooperativ, idéburna organisationer, privata företag m.fl. får möjlighet att medverka i vården.

I ett särskilt avsnitt diskuterar utredningen villkoren för organisationer utan vinstsyfte och små företag och hur de kan förbättras. Den föreslår en särskild utredning om vårdgivarval, bl.a. för att förbättra villkoren för organisationer utan vinstsyfte och små företag att medverka i vården. Former för upphandling, kapitalförsörjning, möjligheter till nätverk m.m. bör också ses över.