



Nedladdningsversionen

Karl-Henrik Pettersson

## **SÅ SKULLE DET KUNNA BLI**

Visionen av ett effektivare,  
rättvisare och vitalare  
svenskt vårdssystem

Pappersbokens baksidestext:

*Så skulle det kunna bli* är en bok om hur det framtida svenska vårdssystemet skulle kunna se ut om politikerna tog det helhetsgrepp som är nödvändigt. En heltäckande och samtidigt inträngande genomgång av den svenska sjukvårdens förtjänster och brister. Författaren dissekerar systemfelen sakkunnigt och konkret. Och han lägger fram ett reformprogram som kan tillföra den vision som saknas i dagens sjukvårdspolitik.

En bok som alla sjukvårdsansvariga bör ta del av och förhålla sig till.

*Karl-Henrik Pettersson* är ekonom, fd bankman. Han har tidigare skrivit uppmärksammade böcker på temat ekonomi och samhälle, bland annat *Det herrelösa industrsamhället*, *Politikerna på efterkälken* och *Det exploderande storföretaget*.

”En av de senaste årens viktigaste böcker om svensk sjukvård.”

Göran Arvidsson, docent i företagsekonomi, sjukvårdsforskare

”En bok med kunskap och spännande idéer baserade på en blandning av förnyelse och bibehållande av grundläggande värden som finns i dagens sjukvård.”

Paul Håkansson, fd landstingsråd (s), Östergötland

”Boken är välskriven, mycket initierad och analytisk.”

Kåre H Jansson, utredningschef, Sveriges läkarförbund

”När man dagligdags brottas i vårdens och politikens verklighet är det bra att ibland bli omskakad och höja blicken - rejält. ...En uppfriskande, intressant och tankeväckande läsning.”

Maria Wallhager, landstingsråd (fp), Stockholm

Karl-Henrik Pettersson

# SÅ SKULLE DET KUNNA BLI

Visionen av ett effektivare, rättvisare och vitalare  
svenskt vår



*Forum för småföretagsforskning (FSF)* är en ledande nätverksorganisation för brobyggande mellan teori och praktik inom entreprenörskaps- och småföretagsområdet. FSF driver forskningsprogram med forskare vid olika universitet och högskolor i Sverige och utomlands, bygger nätverk samt skapar mötesplatser som till exempel Småföretagsdagarna och Entreprenörskapsveckan. FSF ansvarar tillsammans med NUTEK även för det Internationella priset för Entreprenörskaps- och småföretagsforskning.  
Se också: [www.fsf.se](http://www.fsf.se)

Boken kan beställas hos:  
Forum för småföretagsforskning  
Järntorgsgatan 3  
703 61 Örebro  
Telefon: 019 33 37 00  
Fax: 019-33 37 01  
E-post: [info@fsf.se](mailto:info@fsf.se)

Kontakt med författaren: [karl-henrik.pettersson@telia.com](mailto:karl-henrik.pettersson@telia.com)

*Så skulle det kunna bli – Visionen av ett effektivare, rättvisare och vitalare svenskt vårdssystem*  
Karl-Henrik Pettersson  
Första upplagan  
Första tryckningen

© 2008 Författaren och Forum för småföretagsforskning  
Tryck: Tabergs Tryckeri AB

ISBN 91-89301-23-4

## Förord

Detta är en rapport om, som vi ser det, ett betydelsefullt område – nämligen på vilket sätt vi kan skapa ett mer effektivt, rättvist och vitalt svenskt vårdssystem. Det är ett omfattande tema som författaren, Karl-Henrik Pettersson, tar upp till granskning och diskussion – och lägger konkreta förslag kring.

Rapporten analyserar vårdssystemet utifrån ett antal perspektiv. Rapportens centrala frågeställning är om vi ska ha privat eller offentligt utförd vård. Pettersson svarar ja på denna fråga, dvs vi bör ha både och. Viss verksamhet framhålls som direkt olämplig att privatisera till exempel våra stora universitetssjukhus medan andra delar som vårdcentraler föreslås helt kunna drivas av privata vårdföretag.

Ett annat tema av stort intresse som vi ser det är hur vården kan delas upp i olika patientkategorier. Här skiljs mellan patienter med svåra och långvariga sjukdomstillstånd, friska individer som tillfälligt behöver utföra någon form av standardingrepp, akut sjuka patienter och vardagssjuka. Författaren har skattat hur stor andel respektive patientkategori står för vad gäller kostnaderna för vården. De mindre än 5% av befolkningen som har det största vårdbehovet svarar för 50% av vårdens totala kostnader. Pettersson föreslår att dessa svårast sjuka personer särbehandlas inom vården genom skraddarsydd organisation mm.

Rapporten utmynnar i tio konkreta förslag om hur vården kan bli mer effektiv och rättvis. Här föreslås exempelvis att svensk vård även fortsättningsvis bör vara skattefinansierad, att landstingen bör bli renodlade beställarorganisationer, att universitetssjukhusen bör förstatligas, att alla akutsjukhus bör sättas på bolag samt att primärvården bör privatiseras. Och med dessa förslag som utgångspunkt skisseras ett fascinerande framtidsscenario. Det är bokens inledande kapitel.

Vi hoppas att du som läsare vill ta del av argumentationen för respektive emot olika förslag. Och att denna rapport blir ett inslag i en framtida debatt

om hur det svenska vårdssystemet kan vitaliseras och hur det kan skapas ett större utrymme för entreprenörskap i vården. Rapporten publiceras inom ramen för FSFs forskningsprogram om Entreprenörskap och innovationer i och genom offentlig verksamhet.

Örebro i januari 2008

Anders Lundström  
VD, FSF  
Gästprofessor Mälardalens Högskola

Elisabeth Sundin  
Professor i företagsekonomi  
Linköpings universitet

## Författarens förord

Den här boken har två delar.

Den första delen, en kapitelkort ingress, är en framtidsbild. Vi placerar oss 20 år fram i tiden och jag beskriver det svenska vårdssystemet som det då skulle kunna se ut förutsatt att politikerna tar det helhetsgrepp som krävs.

Den andra delen, bokens övriga kapitel, är mer handfast och analytisk. Den beskriver den svenska vårdens problem och antyder hur en lösning på problemen kan utformas. Det blir samtidigt, det kommer en läsare att upptäcka, en förklaring till varför den framtidsbild som skisserats ser ut som den gör.

De båda delarna kan läsas fristående, var för sig. Men de samverkar med varandra och att läsa båda ger mest.

I ett efterord skriver jag lite mer om hur boken kommit till. Och jag berättar om vilka människor jag har pratat med under projektets gång, alla dem som hjälpt mig att bättre förstå hur komplicerat ett vårdssystem är.

Groveda i januari 2008

Karl-Henrik Pettersson

# INNEHÅLL

Förord	5
Författarens förord	7
<b>VÄRLDENS BÄSTA VÅRDSYSTEM</b>	9
Världens bästa vårdssystem	11
<b>ETT EFFEKTIVARE, RÄTTVISARE OCH VITALARE SVENSKT VÅRD- SYSTEM</b>	36
Kapitel 1 Det finns ett systemfel i den svenska vårdmodellen	37
Kapitel 2 Sjuka-sjuka, friska-sjuka och andra som behöver vård	61
Kapitel 3 Hur långt kan vi låta marknaden ta hand om vården?	71
Kapitel 4 Ett vårdssystem i balans	109
Kapitel 5 Rättvis vård	130
Kapitel 6 Ett tiopunktsprogram för ett nytt svenskt vårdssystem	146
Efterord	165
Litteratur	167
Bilaga: Om varför marknaden för vård inte fungerar särskilt väl	174
Noter	179



Del 1

VÄRLDENS BÄSTA  
VÅRDSYSTEM

*The Economist*, en av världens mest respekterade och citerade tidskrifter, publicerar våren 2025 en så kallad survey om det globala läget för sjukvården (*Health care in transition*, April 24th, 2025). Grundtonen är kritisk. Sjukvården finansieras och produceras fortfarande till stor del efter de modeller som skapades när den moderna välfärdsstaten fick sin form efter andra världskriget.

En av de artiklar som ingår i surveyen är inte kritisk. Den handlar om Sverige och titeln, *Världens bästa vårdssystem*, säger det mesta om budskapet. Man kan säga att den hedrande internationella uppmärksamhet som det svenska vårdssystemet fått under de senaste tio åren, från 2015 och framåt, får sin förklaring i artikeln.

Det här är en ordagrann översättning av den tio sidor långa artikeln.

## Världens bästa vårdssystem

Den svenska sjukvården är världens idag mest framgångsrika om framgång mäts i hälsa och "frånvaro av sjukdom". Sverige toppar WHO:s senaste jämförelser av världens länders vårdssystem. Det betyder att när WHO väger samman allt det som konstituerar god hälsa och hög välfärd kommer Sverige bättre ut än alla andra länder – och har gjort det vid alla mätningar sedan 2015.

Det har inte alltid varit så. Sverige har visserligen under många decennier haft en omvitnat hög kvalitet på sin sjukvård och landets kliniska forskning har haft ett gott rykte, men mätt i hälsa och olika vårdindikatorer har inte alltid Sverige gjort bra ifrån sig vid internationella jämförelser. Vid WHO:s mätning 2000 hamnade Sverige på 23:e plats, inte särskilt övertygande.

Under de senaste 15 åren, från omkring 2010 och framåt, har det emellertid skett en remarkabel förbättring. Sverige har steg för steg klättrat i ranking, och det gäller nästan oavsett vem som har stått för analysen, för att således nu ha nått toppen.

Omvandlingen började med en bred politisk överenskommelse i september 2009. Det var den dåvarande konservativa regeringen som genom en politisk uppgörelse med landets vänsterpartier, dominerat av socialdemokraterna, la grunden för det som skulle komma att bli denna enastående framgångssaga. Det var en av dessa breda, ganska överraskande politiska uppgörelser i en central fråga som då och då har figurerat i den moderna svenska politiska historien. Svensk politik brukar annars kännetecknas av att varje fråga av dignitet får en utredning, utredningen remissbehandlas och regeringen lägger så småningom en proposition på riksdagens bord. Så inte i det här fallet.

Det är numera väl känt att överenskommelsen om vården träffades vid en tolv timmar lång träff på Harpsund, den svenske statsministerns lantliga residens strax söder om Stockholm. Deltagare var riksdagspartiernas ledare och ett antal föredragande tjänstemän och specialister. Det var inte så att överenskommelsen kom som en blixtnära klar himmel. Ett par nära medarbetare till statsministern hade under lång tid haft kontakter i vårdfrågan med medarbetare till oppositionsledaren, och de hade i sin tur på var sitt håll parallellt arbetat med vårdfrågorna med andra grupperingar.

Resultatet blev att man på tjänstemannaplanet resonerat sig fram till en skiss till överenskommelse. Det var den skissen, sammanfattad i några korta punkter, som några dagar i förväg hade distribuerats till deltagarna på Harpsund.

Det var inte så anmärkningsvärt att man kom överens. Uppgårelsen är kortfattad och, inte förvånande, en politisk kompromiss. Det skickades inte ut något pressmeddelande från Harpsundsöverläggningarna men det dokument, det som senare har kommit att bli känt som "tiopunktslistan", och som inte publicerades förrän några veckor senare (eftersom alla partiledarna måste få sina respektive partistyrelsers godkännande), blev i praktiken styrande för de kommande årens reformarbete. Man kan säga att Harpsundsöverenskommelsen skapade borgfred i världen och resultatet lät inte vänta på sig. Det visade sig ganska snart, inom några få år, att det svenska vårdssystemet hade blivit det som politikerna i sin retorik sagt sig vilja åstadkomma – ett effektivare, rättvisare och vitalare vårdssystem.

Vad var det då som hade åstadkommit? Det viktigaste var att politikerna tog ett helhetsgrepp över världen. Det var något nytt. Under flera decennier hade svenska sjukvårdspolitiker ägnat sig åt att med små, försiktiga steg reformera världen. Världen skulle framförallt marknadsorienteras, de första stegen togs under sent 1980-tal. Det gjordes försök med så kallad beställar-utförandeorganisation, med fritt vårdval för patienterna och med prestationsersättning till vårdgivarna, men framgångarna var måttliga. De studier som gjordes visade visserligen på ökad produktivitet men också på att de positiva effekterna hade en tendens att vara övergående. Det är troligt att man kan säga att det i början av 2000-talet hos politikerna fanns en känsla av att reformvägen, och inte minst den så kallade marknadsorienteringen, var en återvändsgränd och att det måste till ett mer genomgripande politiskt grepp. Det är rimligt att anta att utan den här känslan av att man nått vägs ände med reformansatsen hade Harpsundsöverenskommelsen inte fått det innehåll den fick, det hade förmodligen inte blivit någon uppgörelse överhuvudtaget.

På ett mera konkret plan råder det idag bland hälsoekonomer och andra forskare konsensus kring vad det är som har lagt grunden till det svenska vårdsystemets framgångar. De flesta studier pekar

## HARPSUNDSÖVERENSKOMMELSEN

"Tiopunktlistan"

- Den svenska vården skall även fortsättningsvis vara skattefinansierad.
- Ett antal basala spelregler för vården, däribland fritt vårdval, skall lagfästas.
- Landstingen skall bli renodlade beställarorganisationer.
- Samtliga förvaltningsstyrda akutsjukhus skall sättas på bolag.
- Universitetssjukhusen skall förstatiseras.
- Primärvården skall privatiseras liksom de andra delar av vården där konkurrens på marknaden kan garanteras. Övriga delar av sjukvården skall ägas av det offentliga.
- Vårdgivare som bedriver skattefinansierad verksamhet skall som grundprincip inte få ta emot privatbetalande patienter.
- Den svenska sjukvården skall årligen kvalitetsmätas i ett öppet, nationellt samordnat system.
- Vårdsektorn skall fram till 2020 tillföras extra resurser för FoU och tillväxtbefrämjande åtgärder.
- Allvarligt sjuka patienter skall särbehandlas i vården genom att ges tillgång till anpassad organisation, egen doktor, personligt ombud mm.

på fyra grundbultar. Politikernas inblandning i vården har blivit mindre. Konkurrensen i vårdsystemet har ökat. Patienterna har fått en starkare ställning. Och det som kanske mest förvånat omvärlden, Sverige har bättre än andra länder lyckats göra vårdsystemet till en dynamisk sektor. Vården har fått en nimbus av framgång.

### ***Minskad politisk inblandning***

Sverige har sedan andra världskriget, och med rötter väsentligt längre tillbaka än så, haft en vårdmodell som mycket påminner om

den som finns i England, National Health Service, och som ibland brukar kallas Beveridge-modellen.<sup>1</sup> Den innebär att det offentliga har ansvaret inte bara för finansieringen av vården utan också för själva produktionen. Före 2009 dominerade den offentliga vårdproduktionen så gott som helt i Sverige. Privata vårdgivare svarade det året för bara 18% av landets samlade sjukvårdskostnader. Merparten av de privata vårdgivarna fanns i primärvården. Alla stora akutsjukhus med undantag av ett Stockholms sjukhus var offentligägda och så gott som samtliga drevs som förvaltningar, alltså inte i bolagsform.

Med en sådan modell blev det politiska inflytandet ofrånkomligen stort. Det förstärktes av att det svenska vårdssystemet av hävd var starkt decentraliserat. Det politiska ansvaret för vården, både för finansiering och utförande, låg på regional nivå genom de så kallade landstingen (2009 fanns 21 landsting, idag, 2025, är antalet 8). Det är fel att säga att de svenska politikerna före 2009 inte skötte sin uppgift, trots allt var svensk sjukvård medicinskt sett i världsklass, liksom den medicinska forskningen. Men den politiska inblandningen hade en tendens att gå för långt. Under vissa perioder i början av 2000-talet blev den politiska debatten starkt ideologiserad och polariserad efter vänster-högerskalan. Flera av de borgerliga partierna tryckte på mot ökad privatisering, också av de stora akutsjukhusen. Den dåvarande socialdemokratiska regeringen stiftade lagar för att förhindra en utförsäljning (den så kallade stopplagen).

Det är säkerligen mot den här bakgrunden man måste se de beslut som fattades med anledning av Harpsundsöverenskommelsen – och som har kommit att ge ett politiskt lugn i vårdfrågan under snart två decennier.

Det första som slogs fast var att den svenska vården även fortsättningsvis skulle vara skattefinansierad. Den frågan kunde därmed föras bort från den politiska dagordningen. Det andra som beslutades var att landstingen efter en övergångsperiod skulle bli renodlade beställarorganisationer. De skulle upphöra med att driva sjukhus och allmänläkarmottagningar, så kallade vårdcentraler. Det är intressant att notera hur regeringen argumenterade för sitt beslut. I den samlingsproposition som låg till grund för riksdagsbesluten i vårdfrågan, den behandlades av riksdagen hösten 2010 och kom

senare i debatten att kallas Harpsundspropositionen, uttrycker sig det föredragande statsrådet på följande sätt:

Jag anser att vi som politiker måste erkänna att det blir allt svårare att kombinera det dubbla ansvar för vården som vi har tagit på oss i den ordning som nu gäller. Rollen som beställare av vård är genuint politisk i ett system där vi gemensamt över skattsedeln betalar för vården. Det är politikernas roll att lyhört fånga upp medborgarnas önskemål och därefter se till att den vård som efterfrågas också kommer fram. Enligt min mening är det däremot ingenting som säger att samma politiker är bäst skickade att också äga och driva sjukhus och andra enheter inom vårdsystemet. Det mesta talar för att så inte är fallet och att det blir allt svårare att hålla isär de två rollerna som beställare och utförare.

Mot denna bakgrund, och med hänvisning till vad som i övrigt sägs i denna proposition, anser jag att landstingen på sikt bör bli en renodlad finansierings- och beställarorganisation. Landstingets finansierings- och beställaransvar bör avse all vård som efterfrågas av medborgarna i den egna regionen, också den högspecialiserade sjukvård som de statligt ägda universitetssjukhusen kommer att bedriva. Under en övergångsperiod bör det offentliga ägandet av övriga sjukhus och andra vårdinrättningar i respektive region utövas genom ett landstingsägt holdingbolag med en icke-politisk styrelse.

Många av de svenska landstingen är idag verkligt professionella köpare av vård. Region Skåne, det landsting som svarar för sjukvården i Sydsverige, är en av förebilderna, och den region som kanske under åren tagit emot flest delegationer som vill lära sig hur en omvitnat effektiv beställarorganisation i ett skattefinansierat vårdsystem arbetar. Det brukar då sägas att beställarorganisationen har tre huvuduppgifter. För det första att ta reda på vilken vård som medborgarna faktiskt vill ha. En särskild analysenhet bereder den frågan. För det andra att se till att vården upphandlas på ett professionellt sätt. Två enheter arbetar med den uppgiften. Förhandlingsenheten med juridisk kompetens respektive ekonomienheten med ansvar för ekonomi, redovisning och finans. Det är också ekonomienheten som följer upp effekten av olika ersättnings- och incitamentssystem. Den tredje uppgiften är att kontrollera att den vård som levereras mäts på ett sådant sätt att resultatet kan användas i nästa upphandlingsomgång. Vårdkvalitetsenheten har det ansvaret. Sammantaget är detta ingen stor organisation mätt i antal anställda.

2024 arbetade 54 personer i dessa fyra enheter inom Region Skåne. Samma år beställde organisationen sjukvård för strax under 35 miljarder kronor för de ca 1,2 miljoner personer som bor i regionen.

Det tredje politikerna gjorde var att lagfästa ett antal rättigheter. Det handlade om fyra rättigheter – *fritt vårdval*, det vill säga patientens rätt att låta behandla sig hos vilken vårdgivare som helst i landet, *fri etableringsrätt*, rätten att bilda och bygga upp ett privat vårdföretag (som underförstått innefattar rätten att också ta över ett redan befintligt vårdföretag) och, efter avtal med beställaren, få tillgång till offentlig finansiering, *fri provningsrätt till ackreditering*, rätten för privata vårdföretag att kunna få sin professionella kompetens prövad efter samma kriterier som andra vårdgivare respektive *fri utmaningsrätt*, rätten att inför en upphandling på lika villkor kunna utmana den nuvarande vårdgivaren oavsett om denna är offentlig eller privat.

Dessa rättigheter var inte nya i det svenska vårdsystemet. Men de gällde inte alltid i hela landet, den starka decentraliseringen hade lett till att landstingen gjorde lite som de själva ville. Det fanns visserligen rekommendationer, fritt vårdval hade exempelvis blivit en rekommendation redan i slutet av 1980-talet, men dessa hade en tendens att i praktiken inte få fullt genomslag. Allt sammantaget blev följden att både patienter och vårdgivare var osäkra på vad som gällde. De nya lagfästa spelreglerna ändrade på detta – och fick av allt att döma snabbt gynnsamma effekter, inte minst för de privata vårdgivarna. Den entreprenöriella aktiviteten i vårdsystemet ökade markant efter 2010, det har flera studier bekräftat.

Det som slutligen, kanske mer än något annat, bidrog till att "avpolitisera" vårdfrågorna var att den ständigt pågående politiska gränstvisten privat-offentligt fick sin lösning. Å ena sidan slogs entydigt fast i tiopunktlistan att primärvården skulle privatiseras. De offentligägda vårdcentralerna, tre av fyra av alla vårdcentraler drevs vid den här tiden av landstingen, skulle under en tioårig övergångsperiod säljas ut till privata vårdföretag. Därutöver skulle "...de andra delar av vården där konkurrens på marknaden kan garanteras" också privatiseras. Hur denna allmänna formulering skulle tolkas framgår av riksdagsbesluten. De delar man syftade på var i första hand så kallad "fabrikskirurgi", det som på läkarspråk ofta kallas standardiserad elektiv kirurgi, mer konkret planerade operationer av leder, ryggar, ögon, öron etc. Å andra sidan skulle



övriga delar av sjukvården, som mätt i kostnader var den helt dominerande delen, liksom tidigare ägas av det offentliga.

Vad gäller driften av den offentligt ägda vården sägs i Harpsundspropositionen att ett landsting har rätt att lägga ut driftsansvaret för ett akutsjukhus på ett privat vårdföretag under två förutsättningar: Dels att det råder konkurrens på marknaden i meningen att patienterna har praktiska alternativ för den vård de efterfrågar. Dels att, som det uttrycks i propositionen, "...avtalet mellan beställaren och den privata vårdgivaren kan göras enkelt och entydigt". Det senare kan tyckas som en diffus formulering men den har fått praktiska konsekvenser för det svenska vårdssystemet. De korta driftsentreprenader, ofta med löptider på bara 3-5 år, som var mycket vanliga tidigare har nästan helt försvunnit, just därför att avtalen sällan eller aldrig kunde göras enkla och entydiga och var förknippade med hög risk för båda parter. Istället har långfristiga PPP (*Private-Public-Partnership*)-lösningar utvecklats där privata vårdföretag för mycket långa avtalsperioder, minst 10 år, tar ansvaret för en del av sjukvården inom en viss region och i vissa fall betalas genom enbart en riskjusterad kapitationsersättning.

Ytterligare en punkt på listan bidrog till att göra gränslinjen mellan privat och offentligt tydligare – vårdgivare som bedriver skattefinansierad vård, och det gjorde i praktiken så gott som alla, skulle som grundprincip inte i fortsättningen få ta emot privatbetalande patienter. Det var att döma av den tidens debatt en av de mest omstridda och svårlösta frågorna. Resultatet blev en kompromiss som gav landstingen rätten att kunna göra avsteg från grundprincipen. Det ansågs acceptabelt eftersom beslutet helt skulle komma att ligga i politikerernas händer. Det var i två fall man tänkte sig att ett landsting skulle kunna ge dispens. Dels för vårdgivare inom primärvården och den standardiserade elektiva kirurgin för att minska köer och förbättra konkurrensen. Dels för ett akutsjukhus som exempelvis ville knoppa av ett bolag för att utveckla och marknadsföra kliniskt kunnande och specialistvård för den internationella marknaden. Den möjligheten har för övrigt kommit till stor användning och är en av förklaringarna till de svenska sjukhusens exportframgångar.

### **Ökad konkurrens**

Den första grundbulten för det nya svenska vårdssystemet var således minskad politisk inblandning. Den andra grundbulten var ökad konkurrens.

Det var inte så att Harpsundsöverenskommelsen explicit talade om att konkurrensen i vårdsystemet måste öka. Men underförstått var det en oundviklig konsekvens av att tiopunktlistan beslutades och blev praktisk politik. Det var också en önskvärd konsekvens eftersom det i början av 2000-talet fanns tydliga tecken på att den relativa produktiviteten i den svenska vården var låg. Den svenska sjukhusläkaren hade exempelvis enligt en studie från 2003 i genomsnitt 2 patienter per dag och den svenska primärvårdsläkaren 13 besök om dagen, det var internationellt sett mycket låga siffror. Och det fanns också tecken på att produktiviteten inte förbättrades över tiden. Flera undersökningar visade i själva verket på minskad produktivitet. Det antogs att det var brister i vårdens struktur, organisation och styrning som var förklaringen.

Det som skedde med det svenska vårdsystemets effektivitet under en tioårsperiod efter 2010 är på många sätt remarkabelt. Ett antal jämförande studier under senare år har placerat Sverige i topp, eller nära topp, vad gäller vårdens produktivitet nästan hur den än har mätts. Och än mer tankeväckande är att det har kunnat ske utan att vårdens medicinska kvalitet, effektivitet och tillgänglighet har blivit lidande. Tvärtom tyder de länderjämförelser som WHO gör och som numera också mäter vårdkvalitet per resursinsats att Sverige även här kommer mycket väl ut. Eller som Thomas Taylor, WHOs utredningschef, säger i en intervju: "Sverige har under de gångna 10-15 åren lyckats med konststycket att förena stigande produktivitet i sjukvården, så långt vi nu mäter den, med ett relativt sett förbättrat hälsoläge för sina medborgare och med bibehållen hög medicinsk kvalitet och god tillgänglighet i vården. Inget annat land i våra undersökningar har visat en så entydigt positiv bild."

Vad var det som hade inträffat? Ja, det handlar om att det hade blivit konkurrens i vårdsystemet – på flera nivåer.

Det mest uppenbara är att konkurrensen i primärvården intensifierades genom privatiseringen. Det i sig ökade effektiviteten. Men kanske ännu mer betydelsefullt för att Sverige fick en så effektiv närsjukvård var att det etablerades en intelligent vårdvalsmodell. Det var ett av landstingen i södra Sverige som var först med att introducera modellen. Den hade tre komponenter. Först ett ackrediteringsförfarande där vårdföretag som ville vara verksamma i regionen fick ansöka om godkännande på basis av de villkor som hade preciserats av politikerna. Därefter fritt vårdval i meningen att

alla som bodde i regionen var fria att lista sig hos vilken vårdgivare som helst, och givetvis med full frihet att byta vårdgivare (vilket ju för övrigt efter 2010 var en lagfäst rättighet). Och sist en arvodesmodell typ vårdpeng, det vill säga att med varje "kund" följde, oavsett hur mycket vård som krävdes, ett givet belopp i kronor, lika för alla vårdgivare.

Vårdpengen var till en början en åldersjusterad ersättning per listad patient. Det därpå följande utvecklingssteget blev en differentiering efter ort. Primärvårdsföretag som arbetade på orter med sociala problem, eller i områden med stora grupper med invandrare där bland annat språkproblemen kunde vara kostnadsdrivande, fick en extra ersättning i form av ett procentuellt påslag. Beställarorganisationerna utvecklade senare också andra sätt att differentiera betalningen på, bland annat för att styra över extra resurser till förebyggande vård och till särskilt utsatta grupper. Men det mest innovativa inslaget hade indirekt en koppling till Harpsundsöverenskommelsen.

Enligt en av punkterna på Harpsundslistan skulle "allvarligt sjuka patienter" särbehandlas i sjukvården genom att garanteras tillgång till egen doktor, personligt ombud, dygnet-runt telefonjour etc. Det var inget revolutionerande, det hade länge pågått en politisk diskussion om egen husläkare, vårdlots etc., och många landsting hade också infört till exempel husläkarsystem. Det nya var att politikerna genom ett *riksdagsbeslut* tog ställning för att en grupp i patientkollektivet, de allvarligt sjuka, skulle särbehandlas i form av extra resurser. En av de praktiska följderna blev att landets sjukvårdsmyndighet, Socialstyrelsen, fick ett uppdrag att definiera gruppen "allvarligt sjuka". Eftersom definitionen blev standard i den svenska vården kunde också vårdpengen differentieras så att primärvårdsenheter som hade många allvarligt sjuka patienter fick extra betalt. Det kom att bli särskilt viktigt för att första linjens sjukvårdsföretag skulle kunna ta på sig mer och mer av den öppna specialistvården.

Praktiskt kom den här vårdvalsmodellen att snabbt sprida sig över landet – och den fick stora strukturella konsekvenser. Den svenska primärvården var sedan länge uppbyggd kring så kallade vårdcentraler. Det var relativt stora enheter med allmänläkare, ibland andra specialistläkare, distriktssköterskor med stor kompetens och vida befogenheter, rehabiliteringspersonal och i vissa fall med egna medicinska stödfunktioner som röntgen och laboratorium. De största

vårdcentralerna i landet hade vid den här tiden uppemot 200 anställda.

Det som skedde, allt inom loppet av tio år, var att de befintliga vårdcentralerna kom att tas över av privata företag på några olika sätt. Det fanns inom landet en redan framgångsrik stor aktör, Praktikertjänst, ett producentkooperativt företag, som redan i första omgången kom att driva ett stort antal vårdcentraler. Antalet ökade ytterligare genom att många av de vårdcentraler där den egna personalen tog över verksamheten genom eget bolag eller ekonomisk förening såldes vidare, i de flesta fall till just Praktikertjänst. Idag, 2025, dominerar strukturen i den primära sjukvården av fyra ganska jämnstora aktörer. Praktikertjänst, det internationellt välkända vårdföretaget Capio (som ursprungligen är ett svenskt företag), PrimeCare ett danskt företag helt inriktat på primär sjukvård och med verksamhet i ett tiotal länder samt ytterligare ett svenskt vårdföretag, PHC. Det senare har lyckosamt utvecklats ur det som började med att ett par allmänläkare bildade en ekonomisk förening och köpte den egna vårdcentralen. Idag har PHC en vårdverksamhet som omsättningsmässigt tillhör de största i Europa, framförallt förklarar av bolagets mycket stora verksamhet i Ryssland och Baltikum. Tillsammans svarar dessa fyra vårdkoncerner för runt 85% av den svenska närsjukvården mätt i kostnader. För resterande 15% svarar de vårdcentraler som fortfarande ägs av den egna personalen, ett antal privatpraktiserande doktorer med relativt sett små kliniker samt ett antal företag, många personalägda, med primärvård nischad mot patienter med särskilda behov.

Det skall tilläggas att privatiseringen av den primära sjukvården på sina håll stötte på motstånd. Det fanns exempelvis många som tyckte att man borde ha kvar vissa offentligägda primärvårdsenheter, ungefär som folktandvårdens kliniker kompletterar de privata tandvårdsklinikerna. Det som så småningom gjorde att Harpsundsöverenskommelsen om en fullständig privatisering av primärvården också kom att realiseras (med några få undantag) var att det från allt fler landsting kom allt fler rapporter om att de privata vårdcentralerna för det mesta redovisade kortare köer, bättre patientnöjdhet och högre personaltrivsel än de offentligdrivna vårdcentraler de jämfördes med. När tioårsperioden gick ut, 2020, drevs 98% av samtliga primärvårdsenheter av privata vårdföretag.

Man kan för övrigt konstatera att uppbyggnaden av den svenska primärvården med relativt stora, och teamorienterade enheter med

allmänläkare, andra specialistläkare, rehabpersonal, kuratorer etc. har kommit att sprida sig också till en del andra länder. Bakgrunden var att det visade sig att den traditionella familjeläkarmodellen med allmänläkare med egna, måttligt stora praktiker, som i början av 2000-talet var vanlig i många länder, inklusive i England med sin GP-modell, med tiden fick svårigheter att fullt ut kunna tillgodose sina patienters alltmer differentierade behov.

Den andra nivån där det skapades ökad konkurrens i och med Harpsundspropositionen gällde beställning och finansiering av vård. Landstingen hade under lång tid haft ett beställningsmonopol i vården, de hade rätten att beskatta sina medborgare och sedan ensamma besluta vad dessa skattemedel, delvis förstärkta med statliga pengar, skulle användas till. Det var en ordning som kom att ändras efter 2010. Riksdagen beslutade att upphandling av skattefinansierad vård kunde göras också av vissa andra myndigheter. Sjukförsäkringsmyndigheten, Försäkringskassan, fick rätten att i konkurrens med landstingen köpa vård för att påskynda att vissa sjukskrivna personer återigen kom i arbete. Det handlade för det mesta om standardiserad elektiv kirurgi, exempelvis operationer av leder och ryggar. Den här möjligheten för Försäkringskassan att beställa vård fick också andra följder. 2014 öppnades i Göteborg ett ryggcentrum som ett joint venture mellan Försäkringskassan och landstinget. Ryggcentret i Göteborg har kommit att bli ledande i Norden och tar idag emot ett stort antal patienter från andra länder. Ett liknande ryggcentrum är under uppbyggnad i Uppsala, också det samägt mellan landstinget och Försäkringskassan.

Det fria vårdvalet bidrog till ökad konkurrens mellan de olika landstingen. Det var efter 2010 fritt fram att välja vårdgivare oavsett var i landet behandlingen gjordes och den friheten kom patienterna att utnyttja mer och mer, särskilt patienter inom vissa delar av den specialiserade sjukvården. Det kunde förklaras av att det numera fanns ett nationellt system där den medicinska kvaliteten för olika sjukdomar mättes på kliniknivå, i enstaka fall till och med på "doktor-nivå". Patienten kunde diskutera olika klinikers medicinska resultat med sin allmänläkare och eftersom också tillgänglighet och patientnöjdhet mättes och kunde jämföras mellan kliniker, blev det i ökad grad så att patienterna valde att låta behandla sig där de trodde att vården och servicen var bäst. Det här gällde i första hand planerad sjukvård för relativt friska patienter. Det kunde handla om standar-

diserade operationer av exempelvis leder, ögon, öron etc., men också om viss hjärtkirurgi. Allvarligt sjuka patienter utnyttjade mera sällan möjligheten att låta sig behandlas utanför den egna regionen.

Det nya systemet för mätning av vårdens kvalitet ledde till en tredje typ av konkurrens – en professionell konkurrens om medicinsk kvalitet på klinisk nivå. Den medicinska konkurrensen fick långt större strukturella konsekvenser för sjukhusen och vårdsystemet än vad de flesta vid den här tiden, kring 2010, kunde föreställa sig. För vad som hände var inte bara att de kvalitetsmässigt bästa klinikerna drog till sig fler patienter. De kliniker som på ett visst diagnosområde inte klarade konkurrensen mätt i vårdkvalitet kom att gå kräftgång eftersom beställarna nästa gång det blev upphandling gav ett mindre omfattande uppdrag. Det skapades kort sagt en konkurrens mellan vårdgivarna om att få ta hand om olika vårdområden och sjukdomar.

Den förändrade incitamentsbilden för den specialiserade elektiva sjukvårdens aktörer, för att ta det som exempel, illustrerar vad som hände efter 2010. Landstingen som fristående beställare kom att ställa krav på vårdgivarna att de, förutom medicinsk kvalitet, tillgänglighet och patientnöjdhet, också skulle redovisa kostnaderna för varje större diagnos inklusive kostnadsuppgifter för hela den aktuella vårdkedjan. Och landstingen gjorde klart att de skulle komma att köpa sin elektiva vård där de fick mest högkvalitativ vård för pengarna oavsett var någonstans den vårdgivaren fanns.

Vårdgivarna, i synnerhet de stora akutsjukhusen, insåg å sin sida att den egna organisationen inte skulle kunna vara bra på allt. De tvingades koncentrera resurserna på de diagnoser/sjukdomar där de hade goda förutsättningar att kunna leverera hög relativ effektivitet och följaktligen kunna konkurrera. Det här systemet blev en drivkraft mot en strukturförändring i vården. En av de förändringar som inträffade var att just den standardiserade elektiva kirurgin, och vissa andra delar av den planerbara specialiserade sjukvården, emigrerade från akutsjukhusen och togs över av privata vårdföretag.

En annan konsekvens var att den specialiserade sjukvårdens tunga diagnosgrupper fick sin egen organisation, i själva verket var de svenska stora akutsjukhusen efter några år helt organiserade efter sjukdomar/diagnosgrupper i centra för till exempel cancer, stroke, reumatiska sjukdomar, äldres sjukdomar, diabetes etc. Sjukhusens gamla indelningsgrund med kliniker efter organ (typ njurmedicin) eller specialitet (allmänkirurgi) finns knappast längre kvar.

En tredje konsekvens handlade om ledarskapet. På alla nivåer i sjukvården kom ledarskapsfrågorna i fokus efter Harspund. Det tvingades fram av de djupgående förändringar som skedde, och kanske var bolagiseringen av de stora akutsjukhusen som enskild punkt härvidlag viktigast. Men också den ökade professionella konkurrensen drev fram en ny syn på ledarskapet, det blev helt enkelt avgörande för framgång att de personer som stod i ledningen för sjukhusen och klinikerna var bra chefer och ledare. Tidigare var det inte ovanligt att klinikchef var man under några år för att sedan återgå till kliniskt arbete och lämna över till en annan. Det var inte i första hand ledartalangen och chefsegenskaperna som avgjorde valet av klinikchef. Det har ändrats. Vi vet att de svenska sjukhusen idag satsar stora resurser på att få rätt chefer på alla nivåer. Det är inte längre en självklarhet att det alltid skall vara en senior läkare med goda professionella meriter som är klinikchef. Det viktigaste kriteriet är numera att klinikchefen har förutsättningar att bli en bra ledare. En av de bröstcancerkliniker som återkommande ligger högt vid nationella jämförelser, den vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, har under de senaste tio åren letts av en person som formellt är sjuksyster. Att vara chef har blivit en karriär i vården på samma sätt som i andra branscher.

I den här utvecklingens förlängning finns också förklaringen till den svenska sjukvårdens stora framgångar med att dra till sig utländska patienter, och att kunna exportera sin medicinska kompetens genom att etablera kliniker och specialiserade sjukhus i andra länder. Om vårdexport definieras som summan av dessa två – privatbetalande utländska patienter behandlade vid svenska sjukhus respektive patienter behandlade vid svenskägda sjukhus och kliniker i andra länder – är den svenska vårdexporten räknad per capita idag störst i världen, allt enligt den studie som OECD presenterade 2023 (*Health Care Export in Member Countries*).

Den fjärde nivån där vi i efterhand kan konstatera att konkurrensen i det svenska vårdssystemet ökade efter Harpsund gäller konkurrens om en vårdmarknad, alltså i upphandlingssituationen där ett landsting som beställare tecknar avtal med en vårdgivare, privat eller offentlig, om en viss vårdproduktion eller annan form av tjänst. Den ökade upphandlingskonkurrensen hade väsentligen två förklaringar. För det första – att utmaningsrätten hade blivit lag gjorde att det inte längre fanns utrymme för direktupphandling och andra



sätt att undvika konkurrens. För det andra, och viktigast, blev löptiderna för de avtal som tecknades längre, det var inte ovanligt med PPP-avtal som löpte över 15 år, till och med i vissa fall längre än så. Det fanns med andra ord gott om tid att precisera villkoren för den nya upphandlingsperioden och för förhandlingar och kontraktsskrivande. Det ökade ganska säkert effektiviteten i upphandlingsprocessen.

### ***Patienten i centrum***

Svensk sjukvård var i början av 2000-talet inte känd för patientvänlighet. Det fanns jämförande studier som visade att patientbemötandet i det svenska sjukvårdssystemet var sämre än i andra, jämförbara länder. Mera allmänt handlade det om sådant som för lite tid för patienten, oförmåga att förklara, att inte kunna lyssna, låg service-nivå på avdelningar och kliniker etc. Men också andra frågor, och viktigast, dålig tillgänglighet.

Det har efter 2010 skett en radikal förändring till det bättre. En amerikansk studie från 2021 visar att Sverige numera, tillsammans med England och Frankrike, toppar de mätningar som görs av världens patientvänlighet. Tillgänglighetsproblemet är idag på det hela taget löst.

Det råder enighet bland svenska hälsoekonomer om att det finns en förklaring till den ökade patientfokuseringen som väger tyngre än andra. Att politikerna kom överens om att allvarligt sjuka skulle särbehandlas ledde, som vi redan har nämnt, till att myndigheterna preciserade vad som menades med "allvarligt sjuk". Det var som sådant ett viktigt beslut. Men det stannade inte med det. Det blev logiskt att också titta på den resterande delen av patientkollektivet och efter en tid utkristalliserades, i första steget genom vårddebatten, fyra patientkategorier. Det var, bortsett från "allvarligt sjuk" som fått en formell begreppsbestämning av Socialstyrelsen, inte några exakta indelningar men de fick ett kraftfullt genomslag genom de begrepp som kom att användas. Det talades om att patienten vid en viss tidpunkt var endera sjuk-sjuk (=allvarligt sjuk), frisk-sjuk, vardags-sjuk eller akut-sjuk. Begreppen var enkla att ta till sig och intuitivt förstå för alla, för patienter, vårdpersonal och andra med koppling till vården. De blev använda i olika sammanhang, inte minst i den politiska debatten.



Denna indelning i fyra patientkategorier tvingade vårdgivarna att sätta ökat fokus på patienten. Det finns en direkt koppling mellan definitionen av sjuk-sjuk, där tonvikten ligger på tunga diagnoser (cancer, hjärta, stroke, psykos, reumatiska sjukdomar, höftfraktur etc.), och de stora sjukhusens sätt att organisera sig. Vi har redan beskrivit hur organisationen av den icke-planeringsbara högspecialiserade sjukvården ser ut med centrumbildningar som de facto speglar de sjuka-sjuka patienternas behov. Det förstärks av att dessa patienter också har rätt till personligt ombud och andra skraddarsyddade icke-medicinska resurser.

Det här mer patientorienterade sättet att organisera den specialiserade sjukvården på fick särskilt på ett område mätbara effekter i förbättrad vårdkvalitet, det gällde vården av allvarligt sjuka äldre. Vi vet att den specialiserade sjukvården för äldre vid tidpunkten för Harpsund var en svag punkt i det svenska vårdssystemet. Geriatrikens ställning i termer av resurser, utbildning och professionell status var inte i nivå med behoven, i synnerhet inte eftersom den demografiska utvecklingen vid den här tiden ledde till att antalet äldre ökade i snabb takt. Det som inträffade, särskilt under perioden fram till 2020, var att landsting efter landsting såg till att vid de stora akutsjukhusen ge patientkategorin allvarligt sjuka äldre anpassade organisationer med större resurser. Det bildades helt enkelt särskilda "sjukhus" för äldre i sjukhuset. Det idag mest kända fristående äldresjukhuset i Sverige är Kung Carl Gustafs Äldresjukhus i Solna utanför Stockholm med 3 000 anställda. Där finns också ansedda Stockholm Dementia Research Center.

På samma sätt har under perioden efter 2010 grupperna friska-sjuka och vardagssjuka fått sina respektive "leveranssystem". Friska-sjuka behandlas i Sverige idag till nästan 70% mätt i kostnader av privata, specialiserade kliniker. Och vardagssjuka har sin egen organisation genom vårdcentralernas primära sjukvård. Vårdcentralerna och de mindre sjukhusen svarar också för merparten av den öppna specialistvården. Den akuta specialiserade sjukvården var, tillsammans med psykiatri som sedan länge hade sin egen organisation, den enda verksamhet som i organisations-sättet inte påverkades av patientkategoriseringen. Akut sjuka patienter med livshotande sjukdomar eller skador behandlas idag, 2025, av de stora sjukhusens akut- och traumaenheter. Det gjorde de också 2009 och långt dessförinnan.

Man kan hävda att den här indelningen av patientkollektivet hämtade sin inspiration från den privata marknaden. Industrin och andra marknadsaktörer hade sedan länge delat upp kunderna efter behov och kännetecken och i andra steget anpassat produkt, organisation, marknadsföring och annat efter vad man trodde kunderna ville ha. Inom sjukvården var det ovanligt. Särskilt i Europa hade det funnits ett motstånd mot denna segmenteringstanke i vården eftersom den tycktes rimma illa med människorättsprincipen, att alla skall ha samma tillgång till vård oavsett ålder, inkomst, etnicitet etc. Det förstärktes av sjukvårdens starka produktionsfokus som inte lämnade särskilt stort utrymme för att organisera vården efter olika patientgrupper.

Det motståndet har numera försvunnit. Återigen gick Sverige i främsta ledet och kom under perioden 2010-20 att organisera sitt vårdssystem efter dessa fyra patientkategorier – och medborgarna upplevde en förbättring att döma av de omdömen som kunde registreras.

Det finns ytterligare en förklaring till att patienten placerades mer i centrum. Att ett nationellt kvalitetsregister och mätsystem infördes tidigt i Sverige, det publicerades i sin första version 2006, och att det gjordes öppet och tillgängligt för alla, inte minst media, kom i praktiken att stärka patientens ställning. Det gällde särskilt för landsortens patienter. Det diskuterades mycket åren kring 2010 att det svenska vårdssystemet var orättvist i meningen att allvarligt sjuka patienter som inte kunde få sin behandling vid något av de stora högspecialiserade sjukhusen fick en sämre vård mätt i medicinsk kvalitet. Det nationella mätsystemet avslöjade dessa orättvisor och gav näring åt en politisk debatt. Vi vet att just rättvisefrågan var en av orsakerna till att kvalitetsmätsystemet hamnade på tiopunktlistan från Harpsund.

Kvalitetsmätsystemet blev en omstrukturerande kraft. Mindre sjukhus tvingades sluta med vissa kirurgiska ingrepp och andra behandlingar eftersom deras medicinska kvalitet var undermålig när den jämfördes med de bästa klinikernas resultat. Indirekt kom säkert också den här utvecklingen att påverka patienternas omdöme om den svenska vården till det bättre.

### **Vården som en dynamisk sektor**

Den fjärde grundstenen var att vården genom politiska beslut blev en dynamisk tillväxtmotor i det svenska samhället istället för en problemsektor med ständigt stigande kostnader. Två av tiopunktlistans punkter är relevanta i det sammanhanget.

Först att universitetssjukhusen förstatligades. Det hade redan 2009 under lång tid funnits kritik mot att landstingen hade ansvaret för den högspecialiserade sjukvården med dess koppling till klinisk forskning och utbildning. Kritiken gick ut på att för landstingen var vården det centrala, inte den kliniska forskningen och medicinarutbildningen. Och i takt med att det blev allt svårare att utan åtstramningar och hårdhänta prioriteringar klara vårdens stigande kostnader blev problemet tydligare. Att staten i och med Harpsundspropositionen fick ägaransvaret för universitetssjukhusen, som för övrigt var en återgång till hur det hade sett ut före 1982, betydde att den otydlighet som hade rått om vem som egentligen styrde den kliniska forskningen, staten som huvudfinansiär eller landstingen som ägare av sjukhusen, försvann. Det var säkert viktigt för vårdens långsiktiga utveckling, inte minst för den svenska kliniska forskningen med sitt goda internationella rykte som man, rätt eller fel, hade känt höll på att urholkas under landstingsåren. Det finns tecken på att strategin har lyckats.

För det andra att det på sedvanligt politiskt manér beslutades om extra resurser för FoU och tillväxtbefrämjande åtgärder. Det handlade om att de årliga anslagen för både den pre-kliniska och kliniska forskningen räknades upp med ett antal hundra miljoner kronor och, viktigare, att det uttalades att satsningen var långsiktig. Programmen skulle vara finansierade på den högre nivån under en tioårsperiod, fram till 2020.

Under den här punkten fanns också ett antal åtgärder för att stärka den svenska biomedicinska industrins ställning. Utgångsläget var gott. Det fanns i början av 2000-talet 800 företag i landet med sin kärnkompetens inom läkemedel, bioteknik och medicinteknik, några få mycket stora (AstraZeneca) men de flesta i SME-sektorn, en del internationellt välkända och framgångsrika (Gambro, Elekta m fl). Det fanns emellertid flera studier som visade att den relativt stora svenska biomedicinska sektorns företag sannolikt på sikt skulle komma att få svårigheter med sin konkurrenskraft. Företagen ansåg exempelvis att samarbetet med sjukhusen blivit sämre. Relationerna hade blivit mer affärsmässiga. Utrymmet för anställda inom vården

att medverka i kliniska prövningar och på andra sätt få tid och resurser att arbeta tillsammans med industrin hade blivit mindre. Företagen tyckte också att det ibland var svårt att veta vem som var motpart, den enskilda forskaren, landstinget eller universitetet.

Ett av de program som kom att utvecklas i kölvattnet av Harpsundspropositionen har fått en mycket stor betydelse för att lösa upp en del av dessa problem. Det inrättades en av staten finansierad fond, Biomedicinska fonden, med stora resurser, 10 miljarder kronor över en tioårsperiod, och med ett entydigt uppdrag att i samfinansiering med landstingen och den biomedicinska industrin medverka till att vården fick möjlighet att utveckla ny medicinsk teknologi. Det öppnades helt enkelt en möjlighet för landstingen att kunna få ekonomiskt stöd för kliniskt intressanta utvecklingsprojekt. Och den biomedicinska industrin fick för sin del för vissa projekt ökad tillgång till samarbete med vårdens kliniker och personal.

Det finns idag flera undersökningar som visar att Biomedicinska fonden har haft stor betydelse för att få fram förbättrade kliniska metoder och arbetssätt i vården. Men också att den genom att öppna dörrarna till ett långtgående samarbete med vården har varit avgörande för att några svenska biomedicinska företag har blivit världsledande i sina nischer. Det mest kända exemplet är Haftamyd, i dag ett av världens mest sålda diabetesläkemedel.

Dessa båda åtgärder, att universitetssjukhusen fick staten som ägare och att det satsades extra resurser på FoU och tillväxtbefrämjande åtgärder, är i och för sig viktiga för att förstå skeendet efter 2010. Men för att förklara den kreativitet och entreprenöriella dynamik som det svenska vårdssystemet visat är det långt ifrån tillräckligt. Harpsundsbeslutet att sätta samtliga svenska akutsjukhus på bolag har varit mer avgörande.

De svenska sjukhusen var fram till 2010 förvaltningsstyrda, det vill säga all den vårdverksamhet som ett landsting bedrev, allt från universitetssjukhus till minsta vårdcentral, var kommunalrättsligt sett en och samma organisation. Det var svårstyrda organisationer, i flera fall med tiotusentals anställda, med låg organisatorisk identitet och otydligt ledarskap. Att akutsjukhusen efter 2010 blev aktiebolag ändrade på den bilden. Organisationsgränserna blev tydligare, den organisatoriska identiteten ökade och vården fick en styrelse och ledning med distinktare mandat. Och chefs- och ledarskapsfrågorna kom i fokus.

Det mest tankeväckande var emellertid att bolagiseringen ledde fram till entreprenöriella initiativ i en omfattning som knappast någon hade förutsett. Vissa bolagiseringar hade redan gjorts i början av 2000-talet, bland annat hade tre av de större Stockholmssjukhusen blivit aktiebolag, och forskarna kunde visa på att dessa bolagiseringar tycktes leda till att "det började hända saker" med avknoppningar och andra strukturella grepp. Men för vårdpersonalen i stort, och än mer för allmänheten, kom vårdens alla nya företag och entreprenöriella aktivitet som en överraskning.

Det som skedde först var att vissa av de medicinska stödfunktionerna privatiserades. Det gällde sådant som röntgen, medicinsk teknik och laboratorier. Den utvecklingen hade föregåtts av att landstingen redan under sent 1990-tal börjat anlita privata entreprenörer för sjukhusens kringsservice (transporter, tvätt, restauranger etc.). Vid tiden för Harpsund var det mer vanligt än ovanligt att sådana verksamheter på sjukhusen sköttes av privata företag. Det som således skedde efter 2010 var att de medicinska stödfunktionerna gick samma väg med den skillnaden att "outsourcingen" till privata företag fick ett snabbare genomslag. Redan 2015 köpte flertalet sjukhus sina röntgen- och laboratorietjänster från privata företag. Det var relativt stora, specialiserade företag som tog över. Ekonomer kunde förklara det med bättre skalekonomi, ökade möjligheter till benchmarking och diverse kostnadsbesparingar om verksamheten bedrevs i större skala. Efterhand vidgades privatiseringen till andra delar av dessa sjukvårdens stödfunktioner. Ett medelstort akutsjukhus i Mellansverige var först med att upphandla slutenvården. Det var ett danskt företag, specialiserat på sjukvårdens "hotellverksamhet" och med en stor verksamhet i Danmark, som fick entreprenaden, i praktiken ett managementavtal för sjukhusets samtliga vårdavdelningar med undantag för intensivvårdsavdelningen. Vi kan i sammanhanget notera att det numera i Sverige, liksom i många andra länder, finns ett antal vårdplatslösa sjukhus, vården sker helt enkelt i hemmet av professionell personal eller på privat drivna vårdhotell. För några år sedan fick vi också se i Sverige, med förebild från USA, att ett akutsjukhus, ett Stockholmssjukhus, köpte hela sitt behov av anestesi- och intensivvårdstjänster på marknaden. Avtalet var tioårigt.

Det senare har en tänkvärd bakgrundshistoria. Redan under 1990-talet hade bland annat ett av landstingen i södra Sverige skiljt ut ambulansverksamheten och vissa andra närliggande funktioner.

Det var en ganska omfattande verksamhet, den hade några år in på 2000-talet 600 anställda varav ett tjugofemtal läkare. Efter ytterligare några år sattes verksamheten på bolag och med en direkt hänvisning till Harpsundsöverenskommelsen privatiserades bolaget, det togs över av ledningen och delar av personalen. Det var det företaget, Kamber, som 2020 tecknade det tioåriga avtalet för driften av anesthesin och intensivvården vid Stockholmssjukhuset. Kamber, fortfarande svenskägt med pre-hospital verksamhet i ett tiotal länder, har idag över 5 000 anställda och är tillsammans med tyska Pre-Hospital, störst i Europa.

Parallellt med att de medicinska stödfunktionerna togs över av privatägda företag pågick också den utveckling som redan beskrivits. Den standardiserade elektiva kirurgin och en del annan specialiserad sjukvård med hög planerbarhet och medicinsk tydlighet hade redan för några år sedan till stor del tagits över av några privatägda sjukvårdskoncerner och vissa mindre specialkliniker.

Till den här ökade entreprenöriella aktiviteten kom en allmän vitalisering i de bolagiserade vårdverksamheterna. Empiriska studier visade att personalen upplevde att de genom bolagiseringen fick större utrymme för att ta egna initiativ i vardagen än vad som gällde i de gamla förvaltningsjukhusen. Det var kanske inte så förvånande. Förvaltningsorganisationen var en gång i tiden tillskapad för att just "förvalta" och regelstyra, motsatsen till att ta nya grepp, utveckla och förändra. Det är troligt att aktiebolaget med sin tydliga ledning och identitet på ett helt nytt sätt skapade förutsättningar för mer vardagsvitalitet och dynamik på arbetsplatsen. Det man också kunde belägga var att själva omvandlingsprocessen, steget från förvaltningsjukhus till bolag som i praktiken tog flera år, i sig upplevdes som en vitamininjektion av den berörda personalen.

Det som däremot inte inträffat under de 15 år som gått efter Harpsund är att de stora akutsjukhusen sålts ut. Det finns ett undantag, akutsjukhuset i Norrköping. Det var då svenskägda Capio som i ett PPP-avtal med landstinget 2014 tog över ägandet av sjukhuset, inklusive byggnader och utrustning. Capio betalade lite över 2 miljarder kronor för anläggningarna och för ett 30-årigt driftsavtal med en årlig per-capita-ersättning och med preciserade villkor för vad som kommer att ske med sjukhuset när avtalet löper ut. Man kan säga att landstinget för några decennier överlämnade ansvaret för Norrköpingsbornas specialistsjukvård till Capio. Indirekt fick

Capio också ett ansvar för den förebyggande vården helt enkelt eftersom bolaget tjänar pengar på att se till att Norrköpings invånare håller sig friska.

Utförsäljning av akutsjukhus hade på många håll varit uppe till politisk debatt. Men det stannade med det. Det visade sig att medborgarna i Sverige tvekade inför att överlämna sina stora sjukhus till privata ägare. De fick stöd för den ståndpunkten från ekonomer och andra forskare som pekade på att det är mycket svårt att teckna effektiva avtal för en så komplicerad verksamhet som akutsjukvård, det finns en risk att kontrakts- och kontrollkostnaderna blir mycket höga. Det visade inte minst erfarenheterna från USA. Ekonomerna säger också att det privata lokala monopol som ofrånkomligen skapas om ett akutsjukhus säljs ut sannolikt är sämre än ett offentligt monopol. Liksom att om det trots allt skall ske en försäljning av ett akutsjukhus bör det göras på det sätt som skett i Norrköpingsfallet – ett mycket långt avtal med enkla ersättningsmodeller och exitprinciper.

Det var för övrigt inte bara i Sverige som privatiseringsförespråkarna fick ta steg tillbaka. Det har de fått göra också i flera andra europeiska länder. Det fanns särskilt under några år kring 2010 en minst sagt onyanserad tilltro till privatisering i vården – och det togs i flera länder (men inte i någon större omfattning i Sverige på grund av Harpsundsöverenskommelsen) privatiseringsbeslut som politikerna när de efter några år kunde se resultatet inte med bästa vilja i världen kunde försvara. Det gällde inte minst privat drift av stora akutsjukhus.

Det har fått en annan konsekvens – icke-vinstdrivande vårdföretag har fått en viss renässans efter 2010 i länder med en tidigare svagt utvecklad non-profit sektor. Och det gäller särskilt i länder där vården i allt väsentligt är skattefinansierad. Det visade sig nämligen att en privatisering av verksamheter som inte lämpade sig för en marknadslösning (typ just privata akutsjukhus drivna på entreprenad och belägna så att de i praktiken har ett monopol) ledde till politiska stridigheter kring det rimliga i att skattebetalarnas pengar genom höga vinster överfördes till privata ägare. Med icke-vinstdrivande vårdföretag fanns inte det problemet men ändå många av det privata företagens fördelar. Det kom politikerna att modernisera lagstiftningen för non-profit företagen och steg för steg har dessa företag fått en växande del av den europeiska vårdmarknaden också i länder med ett vårdssystem av Beverage-typ. Det inkluderar Sverige.



Den onyanserade optimismen kring vårdens privatisering ledde så småningom till en politisk tillnyktring. Idag finns det knappast några stora politiska partier i Europa, och det gäller även partier på högerkanten, som driver en radikal marknadslinje när det gäller vården – och vi talar då om vårdproduktion, inte om vårdens finansiering. Man ser att marknaden fungerar utmärkt för hela närvården och för specifika delar av den specialiserade sjukvården. Och man ser att de stora offentliga akutsjukhusen i ökad utsträckning köper de medicinska stöd- och kringtjänsterna från privata aktörer och att det ger kostnadsreduceringar och produktivitetsvinster. Men att säga att ungefär där går gränsen för marknaden, det är numera politisk konsensus i Europa

### ***Det svenska vårdssystemet idag***

Mycket förenklat finns det tre typer av institutioner i dagens svenska sjukvårdssystem.

*\*Universitetssjukhus.* Det finns sex statligt ägda medicinska universitet med tillsammans ett femtontal mycket stora akutsjukhus spridda över landet. Universitetssjukhusen har vad gäller vården tre uppgifter. (1) Specialiserad akutsjukvård med betoning på "blåljusvård", det vill säga den högt kvalificerade trauma- och akutsjukvården. (2) Icke-planeringsbar specialiserad sjukvård, i synnerhet den som har en nära koppling till akutvården och kräver slutenvård samt (3) högspecialiserad sjukvård definierad som rikssjukvård samt sådana specialiteter som bara kan finnas på några få ställen i landet. Så gott som all klinisk forskning bedrivs vid universitetssjukhusen.

*\*Närsjukhus.* När Harpsundsöverenskommelsen träffades 2009 fanns det i Sverige, vid sidan av universitetssjukhusen, ungefär 50 akutsjukhus. Som modell finns de kvar men är färre till antalet, har långt ifrån lika många anställda och det stora flertalet har fått en tydlig inriktning mot öppen specialistsjukvård och övrig närsjukvård med akut- eller jourverksamhet, medicinavdelningar och med vissa inläggningsmöjligheter. De kallas närsjukhus. Den standardiserade elektiva vården har till stor del försvunnit från närsjukhusen med några undantag där man specialiserat sig på en viss typ av behand-



ling med ett större upptagningsområde än den egna regionen. Däremot finns andra delar av den planerbara specialiserade sjukvården kvar och det görs naturligtvis operationer av det slag som inte kräver det stora akutsjukhusets resurser. Slutenvården mätt i sängplatser är mycket mindre omfattande än för 15 år sedan.

Ett tjugotal av de allra största närsjukhusen ägs och drivs fortfarande av landstingen genom holdingbolagen. Det är ett klart avsteg från intentionerna i Harpsundspropositionen, avsikten var ju att landstingen efter en övergångsperiod skulle vara rena beställarorganisationer. Men det har helt enkelt inte funnits politiskt stöd för en privatisering. Det enda undantaget är Norrköpingssjukhuset.

Övriga närsjukhus, och de ligger regelmässigt i små och medelstora städer, är privatiserade. De fungerar till stor del som primärvårdens och den öppna specialistvårdens nav i respektive omland. De har tillräcklig genomströmning av patienter och därmed medicinska resurser för att klara inte bara vardagssjukvården, inklusive dess behov av akutsjukvård utan också en del av den specialiserade vården för friska-sjuka, många har till exempel BB och gynekologisk klinik. Till det kommer att allvarligt sjuka, inte minst kroniskt sjuka patienter, som lever i närområdet utnyttjar närsjukhusen för den öppna specialistvård som så gott som alla har behov av mellan behandlingarna, oftast vid universitetssjukhusen.

Mätt i driftskostnader svarade 2023 den offentliga delen av den specialiserade sjukvården, alltså universitetssjukhusen och ett antal stora närsjukhus, för ca 60% av den svenska skattefinansierade vårdens samlade kostnader. Siffran 60% var då ett genomsnitt för Sverige, i vissa storstadsområden svarade den offentliga vården för en mindre del, i Stockholm för runt 50%. Privata vårdföretag var med andra ord ansvariga för 40% av vårdens totala kostnader fördelade på tre olika områden. För det första det dryga tjugotal närsjukhus som är privatiserade och som just beskrivits. För det andra privata kliniker och mindre sjukhus inriktade mot standardiserad elektiv kirurgi och annan planerbar vård. Tillsammans svarade dessa båda för 20% av sjukvårdens totala kostnader.

För det tredje primärvårdens företag.

*\*Primärvårdsenheter.* Grovt kategoriserat finns det i Sverige 2025 tre typer av primärvårdsenheter. Dels i städer med universitets- eller närsjukhus, en eller flera vårdcentraler som komplement till den

primärvård som finns vid sjukhusen. Dels utanför städerna, oftast en eller två per kommun, ett nät av vårdcentraler med allmänläkarmottagning, hemsjukvård, äldresjukvård i särskilt boende, rehabilitering, distriktssköterskemottagning etc. Dels ett stort antal relativt små kliniker med privatpraktiserande doktorer och, mer intressant, nischade primärvårdsenheter inriktade mot viss funktion (typ hemsjukvård) eller patientgrupp (typ seniorer). Primärvården svarar för i runda tal 20% av sjukvårdens kostnader.

Det är ingen överdrift att säga att det svenska vårdssystemet på 15 år gått från att vara bra till att bli bäst – och vi har beskrivit de fyra grundstenarna (mindre politisk inblandning, ökad konkurrens, mer av patientfokus och breddat entreprenörskap och allmän vitalisering) i bygget av det nya systemet. Men det är troligt att det goda resultatet inte skulle ha kunnat genomföras utan en förändrad syn på vinst i vården. Det var i början av 2000-talet vanligt i Sverige, liksom i så gott som alla västeuropeiska länder, att medborgarna var ambivalenta inför tanken på att släppa in vinstdrivande företag i vården. Därmed var också politikerna skeptiska, och den skepticismen fanns inte bara hos vänsterpartierna. Många ansåg helt enkelt att det var fullt att tjäna pengar på människors sjukdomar eller på olyckshändelser. Särskilt tveksamt var att vårdföretag kunde dela ut vinster till anonyma aktieägare. Ekonomer som argumenterade för att den skepticismen var ogrundad, som sa att alla företag oavsett om de är vinstdrivande företag, non-profit företag eller offentligägda bolag måste visa vinst, talade under många år för tomma läktare.

Det skedde också på den här punkten ett genombrott som en direkt följd av Harpsundsöverenskommelsen. Det har framgått av memoarer från några av dem som var med, och av historikernas analyser av skeendet på Harpsund, att anledningen till att kvalitetsmätning hamnade på tiopunktslistan hade en direkt koppling till "vinst-i-vården"-frågan. Visserligen fanns 2009 redan sedan några år det nationella kvalitetsregistret, och den öppna redovisningen av de medicinska resultaten på klinisknivå publicerades årligen. Men vad som inträffade under Harpsundsdiskussionerna var att socialdemokraterna och de båda andra vänsterpartierna sa att skulle de acceptera privatiseringar, och vinstdrivande, utdelande privata vårdföretag i den omfattning som de borgerliga partierna ville, då måste det finnas ett nationellt mätsystem som gjorde det möjligt att

ersätta vårdgivarna efter vilken relativ kvalitet de levererar. Och med kvalitet avsågs då inte bara medicinsk kvalitet för olika sjukdomar utan också vårdens tillgänglighet och patientnöjdhet, allt mätt på kliniknivå eller lägre. Ett sådant system skulle få till följd att de företag som tjänade pengar skulle göra det eftersom de, relativt andra vårdföretag, producerade hög medicinsk kvalitet, hade korta köer och tillfredsställda patienter.

Man kan säga att den kompromissen la grunden för den förändrade syn på vinst i vården som successivt efter 2010 slog rot, först i den politiska debatten och med viss fördröjning också hos en allt större del av befolkningen. Idag, 2025, är vinst i vården i Sverige inte en fråga som överhuvudtaget diskuteras. De flesta svenskar tycker numera att det inte är konstigare att man kan tjäna pengar på att vårda sjuka människor än att bönderna gör det på att odla vete eller leverera mjölk. Det är logiskt nog.

Många andra europeiska länder har inte kommit så långt.

## Del 2

# ETT EFFEKTIVARE, RÄTTVISARE OCH VITALARE SVENSKT VÅRDSYSTEM

# 1. Det finns ett systemfel i den svenska vårdmodellen

Jag skall i det här inledande kapitlet visa på att det svenska vårdsystemet har djupgående brister. Det finns om man vill uttrycka sig så ett systemfel i den svenska vårdmodellen. Samtidigt är antagligen Sverige ett av de relativt få högutvecklade länder som har goda förutsättningar att ta ett systemgrepp, att skapa ett nytt vårdsystem som är robust nog för att klara framtidens utmaningar. Det finns flera skäl till det.

För det första är Sverige ett litet land, det är i sammanhanget en fördel. Den som läser Harvardprofessorn Michael Porters nyutkomna bok om det amerikanska vårdsystemet har lätt att förstå hur svårt, för att inte säga omöjligt, det är att i ett stort land få till stånd de politiska reformer som är nödvändiga för att förnya systemet.<sup>2</sup> Att Kaiser Permanente, Kaliforniens största aktör på vårdområdet, grovt räknat har lika många läkare som det finns i Sverige ger perspektiv på frågan om storlek.

För det andra har vi i Sverige en lång tradition av att då och då på politisk nivå ta ett djupgående grepp om en viktig del av samhället – och göra det under politisk enighet. Det nya pensionssystemet kan vara ett exempel. Det borde vara möjligt att hitta en liknande politisk kompromiss om ett nytt svenskt vårdsystem.

För det tredje är utgångsläget gott. Den svenska vården får goda betyg vid internationella jämförelser.<sup>3</sup> Om vården mäts som hälsa per vårdkrona är den bra, allt ifrån att ligga i topp till att, som sämst (som i WHO:s ranking från år 2000), hamna bland de 20-25 bästa länderna.

Kan vi då inte nöja oss med det, att vara bland de bästa? Jag anser inte det av två tunga skäl. Det första handlar om framtiden, att vi under de kommande decennierna kan räkna med omvärldsförändringar med stora konsekvenser för vårdsystemet. Den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning, nya former av sjukdomar och hälsoproblem, ny

medicinsk teknologi, mer medvetna, kunniga och krävande patienter, konkurrens från utländska vårdgivare och annat kommer att utmana både organisationen och finansieringen av vården. Det är viktiga frågor men jag väljer att i fortsättningen inte mer systematiskt diskutera omvärldsförändringarna i vården.

Det andra skälet har med dagsläget att göra. Den svenska vården har redan problem på systemnivå. Vi skall ägna resten av kapitlet åt att försöka precisera vad som menas med det.

### **Vad har vården för problem?**

Förändringarna i sättet att organisera sjukvården i de länder där offentlig vård dominerar, det gäller således inte bara i Sverige, har varit påfallande små under de gångna decennierna<sup>4</sup> – och den låga förändringstakten framstår än mera pregnant om jämförelsen görs med kunskapsföretag i marknadssektorn. Sjukhusen är, förenklat sagt, organiserade som sjukhusen alltid varit organiserade. Eller som en patient uttryckte det: ”Det tog mig inte lång tid att inse att sjukhuset var organiserat som en fabrik, men att det i praktiken fungerade som ett kunskapsföretag utan ledning.”<sup>5</sup>

Det finns flera förklaringar till denna trögrörlighet.

För det första är vården inte som vilken marknad som helst. På en vårdmarknad finns inte bara en köpare och säljare, en patient och en vårdgivare. Där finns också en tredje part inblandad, en försäkringsgivare, den som betalar vad vården kostar (utöver vad patienten betalar ur egen ficka). I Sverige betalas huvuddelen av vårdens kostnader med skattemedel, i många andra länder genom sjukförsäkringar av olika slag. För det andra finns i alla länder en vilja att leverera vården på ett sätt som är rättvist, så att alla medborgare så långt möjligt får del av vården på ett likvärdigt sätt och prioriterat efter behov. För det tredje har de allra flesta länder valt att producera den helt dominerande delen av vården, över 80% i Sverige, i offentlig regi.

Dessa tre faktorer i samverkan, och vissa andra omständigheter som jag skall återkomma till, är den viktigaste förklaringen till trögrörligheten, till att vårdens organisationer inte ändras på samma sätt och i samma takt som organisationer som är utsatta för den fungerande marknadens drivkrafter.

Att detta är ett problem är en självklarhet. Mera allmänt menar jag att dagens svenska sjukvård kännetecknas av tre grundläggande problem.

\*För låg effektivitet. Sverige har haft som politisk dominerande strategi att låta det mesta av vården produceras i offentlig regi. Genom att låta det offentliga också ha hand om verksamheter som skulle kunna skötas privat, det tydligaste exemplet är primärvården ("vårdcentralsvården")<sup>6</sup>, får vi effektivitetsförluster i meningen lägre produktivitet, lägre patientnöjdhet och sämre personaltrivsel. Dessutom har den offentliga vården producerats i förvaltningsform med dess svaga incitament till nytänkande och entreprenörskap. Och det finns andra viktiga orsaker till att effektiviteten i den svenska vården är lägre än vad den skulle kunna vara.

\*För lite rättvisa. Dagens svenska sjukvård är långt ifrån rättvis. "Rättvis vård" är i hög grad en funktion av var jag bor i landet, vid vilket sjukhus jag får min vård etc.

\*För stor politisk inblandning. Ett system med skattefinansierad sjukvård leder ofrånkomligen till stor politisk inblandning. Om det finns det inte så mycket att säga för den som – liksom jag – tycker att vi skall ha en solidarisk finansiering av vården. Det finns däremot en politisk inblandning i vården som inte har med finansieringen att göra, som är genuint ideologisk i meningen att det inte finns några rationella argument, vare sig ekonomiska skäl eller rättviseskäl, för en politisk inblandning. Till det kan läggas en del problem som mera handlar om politiskt organisatoriska lösningar.

På alla tre punkterna skall vi nu bli mera precisa. Vi skall – utan någon rangordning i tyngd – granska några av de symptom och problem som finns inom dessa tre områden.

### ***A. För låg effektivitet i vården***

\**Svårstyrda stora organisationer.* Ansvaret för den svenska sjukvården har landstingen.<sup>7</sup> Varje landsting är i kommunalrättslig mening en förvaltning. Det betyder i praktiken att all vårdverksamhet inom ett landsting (och för den delen även andra verksamheter som ett landsting har ansvaret för) bedrivs i en och samma organisation. Det är som om Volvo skulle

bedriva hela sin verksamhet i ett enda bolag. Och landstingen är, precis som Volvo, mycket stora organisationer hur man än mäter – i antal anställda, i typer av verksamheter, i kostnader etc. Det leder till problem med styrningen av organisationen. Dels på den övergripande nivån, landstingsnivån. Närsjukvård, specialiserad sjukvård, tandvård och mycket mera skall styras till ett sammanhållet, effektivt vårdssystem för medborgarna i ett visst landsting. Dels på den operativa nivån. Av allt att döma är den absoluta storleken på de offentliga sjukhusen i sig ett problem med vittgående konsekvenser. Att effektivt styra en icke-konkurrensutsatt organisation med i många fall tiotusentals anställda (Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg har till exempel 17 000 anställda) är rimligen mycket svårt.

\*Den stora förvaltningsstyrda organisationen får också en annan konsekvens – *låg organisatorisk identitet*. De anställda i en stor förvaltning, låt oss säga ett stort regionsjukhus, har helt enkelt svårt att identifiera sig med sitt ”företag”. Det orsakas av både organisationens storlek och den, relativt aktiebolaget, diffusa styrmodellen förvaltning. Det blir ett problem eftersom en adekvat styrning av en organisation i praktiken underlättas av, närmast förutsätter, en hög grad av organisatorisk identitet. Det finns forskare som hävdar att det viktigaste i det förändringsarbete som under de gångna två decennierna pågått inom den offentliga sektorn, inte minst inom sjukvården, är att det skapas formella organisationer, till exempel sjukhus som sätts på bolag, och därmed en organisatorisk identitet.<sup>8</sup> Ett byte av organisationsform från myndighet till aktiebolag tycks exempelvis, oavsett om ägandet är offentligt eller privat, vara positivt för arbetstrivseln.<sup>9</sup>

\**Otydlighet om vem som leder*. Vården är speciell i managementperspektiv i meningen att den professionella, medicinska kulturen får ett så starkt genomslag att den administrativt-ekonomiska kulturen, den som ledningen av verksamheten representerar, riskerar att få en andraplansroll. Det gäller i synnerhet i den specialiserade sjukvården. Den praktiska konsekvensen blir att den högsta ledningens, sjukhusdirektörens eller verkställande direktörens, möjlighet att få igenom sina intentioner mot klinikchefers och andra medicinska chefers önskan försvåras, kanske helt omöjliggörs.<sup>10</sup> Man kan, apropå det som just nämndes, uttrycka det så att den svenska sjukvården av tradition inte har varit van vid organisatorisk identitet.<sup>11</sup> Det är rimligt att anta att endast om vården bedrivs i någon form av klart avgränsad organisatorisk enhet kan den administrativt-ekonomiska kulturen



få ett övertag och därmed möjliggöra en ledning av verksamheten i klassisk mening.<sup>12</sup>

Det skall tilläggas att otydlighet om vem som leder sjukvården inte enbart är ett svenskt problem. Sir Gerry Robinson, välkänd engelsk företagsledare och företagsdoktor, har under sex månader studerat ett specifikt NHS-sjukhus, Rotherham General Hospital, ett s k Foundation Trust Hospital (ett av de bästa av NHS-sjukhusen). I en intervju säger han bland annat att han försökt reda ut vem det är som bestämmer på sjukhuset, vem som har det övergripande ansvaret för verksamheten. ”From cleaners and secretaries, from nurses to the highest-paid consultants [=klinikchefer och andra seniora läkare], one answer came back: ‘The doctors.’ No one suggested the chief executive might be – not even the man himself.”<sup>13</sup>

*\*Oklar övergripande styrning av vården.* Den svenska vården styrs i ett samspel mellan tre maktcentra. Först den politiska makten med ansvar för hur mycket av samhällets gemensamma resurser som vården får ta i anspråk (den nationella nivån) och i nästa steg hur de resurser som avsätts skall användas (landstingsnivån). För det andra den administrativa makten, de högre tjänstemännen inom landsting och vårdens organisationer och myndigheter men också högre operativa chefer, till exempel sjukhusdirektörer. För det tredje den medicinska professionen, klinikchefer och andra doktorer som väger tungt i styrningen av vården.

Teoretiskt borde rangordningen vara otvetydig med politikerna högst i hierarkin. Men i praktiken är det mera oklart. Den politiska makten över vården i Sverige är mer än i de flesta andra europeiska länder decentraliserad. Landstingens politiska ställning gentemot staten och det nationella allmänintresset är de facto stark. Det har betytt att den nationella styrningen av den svenska vården i hög grad sker genom rekommendationer, överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), statliga bidrag, informations spridning och liknande mjuk påverkan – och mer sällan genom lagar och bindande förordningar.<sup>14</sup> Det enskilda landstinget gör kort sagt i mångt och mycket som det självt vill. I den meningen är den exekutiva nivån, landstingsdirektörens och övriga administratörers, makt betydande. Men den makten är i sin tur kringskuren av det vi just diskuterat, den medicinska professionens stora inflytande.

Sammantaget kan man säga att ansvarsfördelningen mellan dessa tre nivåer vad gäller den övergripande styrningen av den svenska vården är oklar.<sup>15</sup>

*\*Låg entreprenöriell nivå i vården.* Den svenska specialiserade sjukvården är idag inte en dynamisk, tillväxtskapande del av samhällsekonomin. En viktig förklaring är att denna del av vården domineras av vårdgivare i förvaltningsform, kort sagt av stora förvaltningssjukhus, där incitamenten för entreprenöriella initiativ är låga. Det är tankeväckande att när S:t Görans sjukhus i Stockholm blev landstingsägt bolag 1994, alltså långt innan sjukhuset köptes av Capio, ökade den entreprenöriella aktiviteten.<sup>16</sup> Styrelsen och ledningen tog strukturella initiativ med en vilja att skapa nya affärsmöjligheter. Erfarenheten var för övrigt densamma efter det att Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus hade blivit landstingsägda bolag i början av 2000-talet.<sup>17</sup> Det borde vara en rimlig hypotes att initiativen kan förklaras av att sjukhusen som aktiebolag fick en friare ställning i respektive landsting.

När vi här talar om entreprenörskap är det i meningen nyföretagande med, om företaget lyckas, positiva konsekvenser för samhällets BNP-tillväxt. Men det finns en annan relevant aspekt på frågan om ”låg entreprenöriell nivå i vården”. Förvaltningsformen uppmuntrar inte entreprenörskap i ordets bredare mening, alltså kreativ verksamhet, nytänkande och vitalitet i en organisation i allmänhet. Utrymmet för egna initiativ till förnyelse är i praktiken mycket litet. Att det utrymmet inte finns, eller finns i mycket liten grad, kan vara en anledning till att många som arbetar i vården känner en viss misströstan inför möjligheten att påverka sin situation.

*\*Tillgängligheten till vård är inte bra.* Det finns brister i tillgängligheten till den svenska vården. Vården kännetecknas av ett brett spektrum av kösituationer, allt från den vardagssjuka som tycker att det tar för lång tid att få en kontakt med vården och att få träffa en doktor på vårdcentralen till den potentiellt allvarligt sjuka som får vänta länge på tid hos en specialist trots att han eller hon har en remiss. Men också att tiden från misstanke till klar diagnos ibland kan bli flera månader – och det mest allvarliga tillgänglighetsproblemet av alla – att tiden från diagnos till behandling för allvarligt sjuka patienter ofta blir alltför lång. Enligt *Cancerfondsrapporten 2007* tvingas 20% av landets lungcancerpatienter vänta nio veckor eller mer från det att remiss kommit in till specialistklinken tills beslut fattas om behandling. Och tid är en kritisk faktor i behandlingen av lungcancer.<sup>18</sup> Till den här bilden kan läggas långa väntetider för operationer

av knä- och höftleder, grå starr, framfall etc., det som inom sjukvården brukar kallas elektiv kirurgi, eller mer vanvördigt ”fabrikskirurgi”.

En del av orsaken till den dåliga tillgängligheten är att politikerna, uttalat eller outtalat, ransonerar vården av finansiella skäl. Ett skattefinansierat integrerat system (finansiering, beställning och produktion i samma organisation) kan användas på det sättet. I praktiken, ute på kliniken eller avdelningen, sker styrningen genom att budgeten inte tillåter fler behandlingar eller genom volymtak för en viss behandling. Det är egentligen inget att vare sig förvånas eller uppröras över under förutsättning att det inte finns finansiellt utrymme för mera vård (vilket nog kan diskuteras för vissa delar av vården, till exempel när personer med höftledsartros är sjukskrivna i väntan på operation).

En annan orsak, och anledningen till att den här punkten finns med under rubriken för låg effektivitet, hänger samman med vårdens organisation och ledning. Det är sannolikt att offentlig produktion av vård i stora diffusa förvaltningar har svårare att åtgärda brister i tillgängligheten, ja att ens uppfatta signalerna på att ”kunderna” är missnöjda med tillgängligheten, än vad ett företag på en fungerande marknad skulle ha. Dålig tillgänglighet är med andra ord ganska säkert orsakad av en blandning av medveten ransonering och brister förknippade med vårdens organisation och sättet den leds på.

*\*En underdimensionerad närsjukvård.* Sverige har i förhållande till andra jämförbara länder en relativt liten andel av sjukvårdens resurser knutna till närsjukvården och en relativt stor andel till sjukhusen.<sup>19</sup> Med närsjukvård menas då den sjukvård som levereras lokalt på vårdcentraler och av privata mottagningar av olika slag (primärvård) samt delar av den öppna specialistvården.

Det finns en ökad insikt om att lågintensiv lokal sjukvård kan, allt annat lika, ge bättre vårdresultat än specialistfokuserad sjukhusvård. En uppmärksam studie av den federala veteransjukvården i USA visar att när patienterna till följd av en omorganisation i stället för sluten sjukhusvård ”tvingades” att utnyttja en utbyggd närsjukvård *förbättrades* vårdresultaten. Eller som det uttrycks: ”...less care was consistent with both better care and better outcomes”.<sup>20</sup>

Med ett välvilligt synsätt kan man säga att de svenska landstingen har varit sena med att ge närsjukvården ökad relativ vikt. Med ett mer kritiskt synsätt har landstingen misslyckats i resursstyrningen. Det tyder

på brister i systemeffektiviteten, ett begrepp jag strax skall återkomma till.

*\*Vårdorganisationen är inte alltid anpassad till patienternas behov.* Sjukvårdens ökade specialisering, det finns enligt Socialstyrelsen idag 56 specialistområden i den svenska sjukvården, riskerar att leda till att de sjukdomar och besvär som inte tydligt kan specialistdefinieras och som kräver insatser från olika håll nedprioriteras. Det förstärks av hur status och ställning fördelas inom läkarkåren. Att specialister har högre status än generalister bland läkare är väl känt från studier i flera länder.<sup>21</sup> SKL skriver i en rapport: ”Utvecklingen inom vården, med ökad specialisering och uppdelning, är i otakt med utvecklingen. I stället ökar behovet av sammansatt vård.”<sup>22</sup> Multisjuka äldre skulle kunna vara ett exempel på en patientkategori som kan komma i kläm.

Man kan säga att vi här har ytterligare ett exempel på att det svenska vårdssystemet vad gäller organisation eller resursfördelning inte har varit tillräckligt lyhört för patientens, ”marknadens”, behov – och inte har lyckats att ge exempelvis den del av läkarkåren som arbetar i primärvården en lika hög status som de läkare som arbetar i den specialiserade sjukvården.

*\*Den svenska vårdens bemötande av patienten visar brister.* En internationell jämförande studie visar att patientbemötande (bland annat i meningen ”Doctors’ listening skills”, ”Time for questions”) är en svag punkt i det svenska sjukvårdssystemet och att Sverige i just detta avseende ligger efter andra, jämförbara, länder.<sup>23</sup> Mera allmänt handlar det om sådant som att ha för lite tid för patienten, oförmåga att förklara, att inte kunna lyssna, låg servicenivå på avdelningar och kliniker etc. Men också andra frågor som att tillgängligheten är för dålig (telefonköer, väntetider etc.), att det ställs upp praktiska hinder för att välja vårdgivare utanför det egna landstinget trots att det sägs att den möjligheten finns, att det inte finns tydliga och utkrävbara rättigheter för patienten inom systemet etc.

Man skulle möjligen kunna uttrycka det så att de senaste decenniernas uppmaningar från politikerna att ”sätta patienten i centrum” har uppmärksammat problemet men inte löst det. Det antyder att orsaken sitter djupt rotad i systemet.

*\*Ett senkommet system för att mäta vårdens kvalitet. I Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, en gemensam rapport från Socialstyrelsen och SKL publicerad 2006, presenteras för första gången ett system för löpande och öppen kvalitetsutvärdering av den svenska sjukvården. På landstings-/regionnivå mäter man för vissa sjukdomar, till exempel för bröstcancer och för ett stort antal andra diagnoser, (1) medicinska resultat, (2) kostnader, (3) patienterfarenheter respektive (4) tillgänglighet. Och landstingen, och i många fall därmed i praktiken specifika kliniker, rangordnas efter hur väl man ligger till visavi riksgenomsnittet för respektive mått.*

Det är ett lovvärt initiativ – men senkommet. Det är förvånande att den specialiserade sjukvården först år 2006 metodiskt, regelbundet och öppet kan bedömas efter vilken relativ vårdkvalitet som levereras – och det är fortfarande ett system som inte täcker alla stora diagnosgrupper och som inte på alla håll är fullt ut accepterat. Sett ur patientens perspektiv är dessutom det som presenteras i rapporten närmast oanvändbart.

I praktiken har avsaknaden av ett mätsystem i denna mening med all säkerhet, allt annat lika, betytt för höga kostnader, felprioriteringar av resurser och att kliniker inte fullt ut har kunnat bedömas efter sina förtjänster – eller efter sina brister.

Det är en kvalificerad gissning att ett väl fungerande, öppet kvalitetsmätsystem kommer att få mycket genomgripande följder för hur det svenska vårdssystemet kommer att se ut.

### ***B. Den svenska vården är inte rättvis***

*\*Patienterna får rätt vård bara ibland. Det finns övertygande empiriska bevis för att ”best practice”, alltså vård som följer de senaste vetenskapligt grundade riktlinjerna, det som brukar kallas evidensbaserad vård, är långt mindre vanlig än vad man skulle kunna vänta sig. Enligt en uppmärksam amerikansk studie fick bara 55% av patienterna ”rätt vård” i meningen att behandlingen följde rekommenderade riktlinjer.<sup>24</sup> Rectal-cancerregistret, det mest kända och genomarbetade svenska cancerregistret, ger visst underlag för att säga att bilden tycks stämma även för Sverige. Där finns bland annat uppgifter om i vilken utsträckning olika sjukhus ger patienter med ändtarmscancer strålning före operation, en*

rekommenderad behandling som minskar risken för återfall med drygt hälften. Även överlevnaden efter fem år förbättras genom strålning.<sup>25</sup> Bland de stora svenska sjukhusen, där man mot den bakgrunden skulle kunna förvänta sig att så gott som alla ändtarmscancerpatienter skulle få denna ”best practice”-behandling, varierade den preoperativa strålningen från som högst 84% (Örebro) till som lägst 39% (Malmö). Genomsnittet låg på 57%. Av någon anledning gjordes alltså den rekommenderade strålbehandlingen bara vid dryga hälften av våra största sjukhus.<sup>26</sup>

Det är inte heller särskilt sällsynt att bevisat *verkningslösa* behandlingsmetoder används. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), en statlig myndighet ”med uppgift att kritiskt granska hälso- och sjukvårdens metoder och utvärdera metodernas nytta, risker och kostnader”, har undersökt förekommande behandlingsmetoder vad gäller ont i nacken och ryggen och skriver sammanfattningsvis om den svenska vården: ”Det finns många behandlingsmetoder som idag tillämpas utan att det finns någon vetenskaplig evidens för deras nytta. Det finns också behandlingsmetoder som tillämpas trots vetenskaplig evidens om att de inte medför någon nytta för patienten.” Och mot bakgrund av det SBU kunnat konstatera tillägger rapportförfattaren: ”Det bör utredas om det är rimligt att ineffektiv behandling subventioneras med hjälp av allmänna medel.”<sup>27</sup>

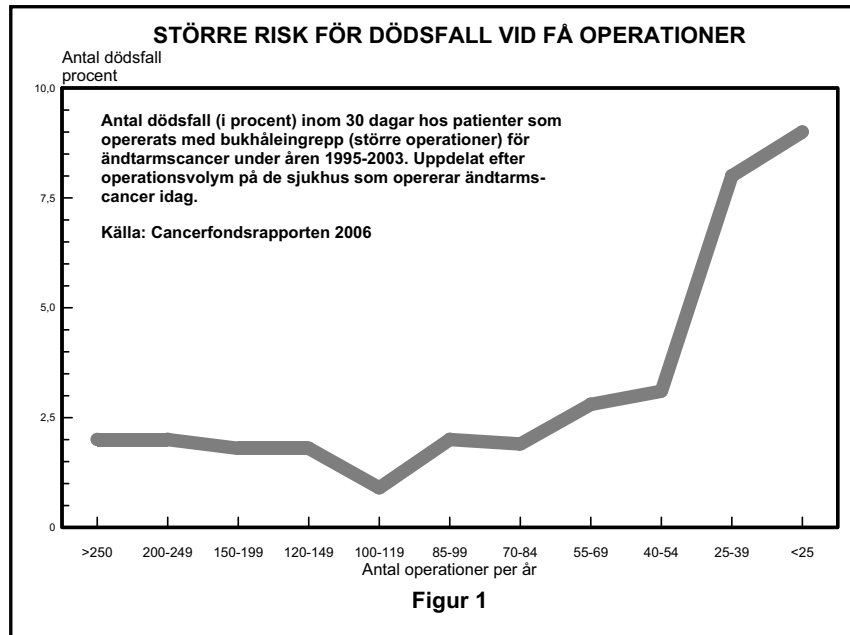
Att döma av de omfattande studier som gjorts tycks det som om man generellt kan säga att vården alltför ofta har ett diskutabelt värde för patienten. En RAND-studie som sammanfattar ett stort antal andra studier, alla gällande USA, konstaterar: ”Det tycks, räknat som ett genomsnitt, som om en tredjedel eller mer av alla behandlingar som utförs i USA har ett osäkert värde.”<sup>28</sup> Det finns inga starka belägg för att förhållandena i Sverige skulle se väsentligt annorlunda ut än i USA.

*\*Olika omfattning på vården beroende på var patienten bor.* Det är känt att vårdens omfattning kan variera med var behandlingen görs. En amerikansk studie av John Wennberg visade att en person som bor i Miami får dubbelt så mycket vård i livets slutskede som om han eller hon hade råkat bo i Minneapolis.<sup>29</sup> Wennberg har under lång tid gjort en mängd andra studier med liknande resultat. En svensk studie visar att medicinkostnaden för bröstcancerpreparatet Herceptin varierade med i det närmaste en faktor tre när ett antal regioner/landsting jämfördes. Mera precist var kostnaderna för preparatet per 1 000 invånare år 2005 som högst 14 690 kronor (Uppsala/Örebro), som lägst 5 860

kronor (Södra sjukvårdsregionen) – och detta trots att det inte fanns någon större variation i andelen bröstcancer mellan regionerna.<sup>30</sup> Också de samlade kostnaderna för cancerläkemedel varierar starkt mellan regionerna. Under 2005 konsumerades cancerläkemedel för 168 000 kronor per 1 000 invånare i Västsvenska sjukvårdsregionen. Motsvarande belopp för Uppsala- och Örebroregionen var 213 000 kronor.<sup>31</sup>

Det skall samtidigt sägas att det finns undersökningar som, kanske något förvånande, visar att det inte behöver göra någon större skillnad om patienten får mer eller mindre vård. Det har exempelvis visats, studien gällde Medicare-programmet i USA (som är skattefinansierad vård för äldre och handikappade), att kostnadsbesparingar på 30% skulle vara möjliga om de regioner som spenderade mest valde att arbeta som de som hade de lägsta genomsnittskostnaderna *utan att vårdkvalitet eller patient-säkerhet äventyras*.<sup>32</sup> Det är tänkvärt. Och det sätter också fokus på en helt annan fråga, varför det inom sjukvården finns en så stor spridning i kostnadseffektivitet mellan olika regioner och vårdgivare. Det finns med andra ord effektivitetsvinster att göra. Det är också en slags rättvisefråga. Medborgarna i lågeffektiva regioner får mindre vård för samma pengar.

*\*Olika kvalitet på vården beroende på var patienten bor.* Det är känt att cancerpatienter som opereras får olika vård i meningen överlevnadschanser beroende på vid vilken klinik patienten behandlas. En viktig förklaring är att det för ett stort antal diagnoser/behandlingar finns ett nära samband mellan hur många ingrepp eller behandlingar av en viss typ som en klinik gör och kvaliteten på vården vid denna klinik. Det som gäller är, knappast förvånande, att ju fler ingrepp desto bättre resultat. Vad som förvånar är de stora skillnaderna. Antalet dödsfall inom 30 dagar hos patienter som opererats för ändtarmscancer är 3-4 gånger högre på de sjukhus i landet som gör minst antal sådana ingrepp jämfört med dem som gör flest (se **Figur 1**). Det är antagligen inte en otillåten förenkling att säga att bor jag i någon av storstadsregionerna och får ändtarmscancer som måste opereras har jag 3-4 gånger högre chans att överleva den första månaden än om jag skulle bo i Norrlands inland. Sett i perspektivet av rättvis vård är detta anmärkningsvärt. Rättvis vård i meningen likvärdig vård oberoende av var patienten bor finns helt enkelt inte i dag i Sverige, i varje fall inte när det gäller utfallet av mer komplicerade kirurgiska ingrepp och allvarliga åkom-



mor. Man kan också uttrycka det som Kjell-Olof Feldt har gjort nyligen: ”Dagens sjukvårdssystem liknar ett byråkratiskt riggat lotteri. Att hamna på fel ställe kan innebära döden.”<sup>33</sup>

*\*Orättvisa mellan könen till kvinnors nackdel.* Enligt en nyligen publicerad översiktsstudie kring ojämlikhet i vården konstateras att kvinnliga patienter oftare än män drabbas av kvalitetsbrister och problem i vården. ”Ett stort antal studier tyder på att det förekommer medicinska felaktigheter orsakade av medvetna eller omedvetna föreställningar om kön, så kallad genusbias. Medicinskt omotiverade skillnader mellan kvinnor och män har påvisats när det gäller tillgång till utredning och behandling vid ett flertal olika sjukdomar.

Studier har visat att kvinnor har haft sämre tillgång till exempelvis dialys och transplantation vid njurinsufficiens, remiss till bronkoskopi, operationer vid knäledsartros och höftledsartros, operation av grå starr, delar av hjärt-kärlsjukvården, ljusbehandling vid psoriasis och eksem samt vård på särskild strokeenhet. Kvinnor tycks också få vänta något längre än män för att få tid hos allmänläkare, såväl vid akuta som icke-akuta besvär. Vidare skrivs nyare och dyrare mediciner oftare ut till män medan kvinnor



får äldre och billigare preparat. Tillgänglighetsskillnader mellan könen till kvinnors nackdel har påvisats inom en rad olika områden.”<sup>34</sup>

### ***C. Politiska problem som berör vården***

*\*En starkt ideologiserad vårddiskussion.* Den nordiska vårdmodellen som innebär att det allmänna har huvudansvaret både för finansieringen och utförandet av vården får en ofrånkomlig konsekvens – den politiska interventionen i vården blir stor. Det leder till att vårddiskussionen blir starkt ideologisk och att vi får politiskt betingade lösningar. En del av dessa lösningar kan inte motiveras med vare sig effektivitets- eller rättviseargument. Politisk ideologi från vänster förhindrar, eller åtminstone fördröjer, konkurrens, privata vinstintressen och friare vårdval. Att till exempel på ideologiska grunder efter tre år avbryta försöket med bolagiseringen av Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus förefaller minst sagt oklokt och oeftertänksamt, i synnerhet eftersom de samlade erfarenheterna av bolagiseringarna var positiva.<sup>35</sup>

Politisk ideologi från höger tror istället att en långtgående privatisering löser vårdens alla problem. Men många av de försök att skapa marknadslösningar i vården som gjordes under framförallt 1990-talet framstår som mindre effektiva och övertänkta. De svenska erfarenheterna sammanfattas i en litteraturstudie från 2002 på följande sätt: ”Vår genomgång tyder på att marknadsreformerna hittills inte har medfört några tydliga vinster vad gäller effektivitet och rättvisa.”<sup>36</sup>

De svenska lärdomarna är inte unika. En inriktning mot interna marknader, prestationsersättningar, vårdval och andra marknadsinfluerade organisationsgrepp inom vården har efter 1980 varit mer regel än undantag i Västeuropa. Och erfarenheterna av dessa försök är på det hela taget lika blandade eller lika lite uppmuntrande i alla länder som prövat.<sup>37</sup> Den rimliga slutsatsen är att marknadsorientering av vården *så som den har sett ut* i Sverige och andra länder är en återvändgränd. Men att därav dra slutsatsen att marknad och konkurrens inte hör hemma i vården är förhastat. Det behövs mer av privata aktörer och konkurrens i den svenska vården – men på rätt sätt och på rätt områden. Vad som menas med det skall jag utförligt återkomma till.

*\*Den politiska oviljan att ta ett helhetsgrepp.* Politiker i demokratiska samhällen har ofta en tendens att fokusera på ett problem i taget. Det är en

naturlig politisk instinkt att ta små steg, att reformera. Det har kännetecknat också den svenska sjukvårdspolitiken.<sup>38</sup> Samtidigt tvingas politiken ibland att ta ett helhetsgrepp, det gäller i synnerhet för stora, komplicerade och svåröverskådliga system där det finns tecken på ineffektiviteter. Jag menar att det svenska vårdssystemet är moget för ett sådant helhetsgrepp. Det har gjorts tidigare. Pensionssystemet har redan nämnts. Skattesystemet fick en radikalt ny utformning i slutet av 1980-talet med gynnsamma effekter för svensk ekonomi och tillväxt. Ett annat exempel med koppling till vården är de två systemgrepp som under 2000-talet radikalt förändrat det norska vårdssystemet (med förstatligandet av sjukhusen som det mest kända).

Till dessa två symptom på allmänna politiska problem som påverkar vården kan läggas fyra mer handfasta symptom på att allt inte står rätt till i den politiska hanteringen av vårdsektorn.

*\*Vissa problem för den kliniska forskningen och för sjukvårdens stöd till ny medicinsk teknologi.* Mycket talar för att den kliniska, patientnära forskningen i Sverige har fått ett snävare utrymme. En förklaring som nämns är att ansvaret för universitetssjukhusen ligger på landstingen. Eftersom landstingens huvudansvar är att ge sina medborgare bästa möjliga sjukvård, inte att bedriva forskning, har den kliniska forskningen fått, relativt sett, en svårare situation.<sup>39</sup> Det finns också gott om statistiskt underlag och rapporter som visar att den svenska sjukvårdens betydelse som kravställare, samarbetspartner och stödjare till den biomedicinska sektorn (läkemedel, medicinsk bioteknik och medicinsk teknik) har minskat. I en nyutkommen bok, *Medicin för Sverige*, argumenteras övertygande för att Sverige håller på att förlora sin av hävd starka ställning inom biomedicin.<sup>40</sup> Och det är ingen liten sektor. Räknat per capita har Sverige fler bioteknik- och läkemedelsföretag än något annat land. Ungefär 100 000 människor arbetar, direkt eller indirekt, i sektorn.

Problemet kan kort formuleras så att resurserna för forskning har stagnerat och sjukvården är inte styrd och organiserad för att kunna samverka effektivt med forskning och industri.

*\*Dagens landsting för små för delar av den specialiserade sjukvården.* Framgångsrik specialisering kommer i praktiken att förutsätta öppna landstingsgränser (bland annat på grund av de väl belagda sambanden mellan volym och kvalitet i sjukvården). På sikt har Sverige ett för tunt

patientunderlag för att delar av den specialiserade sjukvården skall kunna utvecklas till en nivå jämförbar med de bästa klinikerna internationellt. Sverige behöver som en konsekvens i ökad grad tillåta inte bara att svenska medborgare får offentligfinansierad vård vid kliniker i utlandet utan också att utländska medborgare, med privat eller offentlig finansiering, får specialiserad vård vid svenska kliniker. Det senare har också en bäring på den framtida sjukvårdens spetskompetensnivå. Om Sverige inte tillåter att den specialiserade sjukvården dimensioneras för både svenskar *och* privatfinansierade utlänningar, finns en stor risk att landet förlorar de mest kvalificerade specialistläkarna (och dessutom de dynamiska entreprenörer och vårdföretag som skulle kunna medverka till att skapa exportintäkter och ekonomisk tillväxt).

Att den specialiserade sjukvården är inlåst i geografiska regioner, som av allt att döma är för små för att vissa medicinska specialiteter i framtiden skall kunna utvecklas professionellt och vårdkvaliteten garanteras, är ett symptom på att det finns effektivitetshämmande politiska låsningar.

*\*Sjukvården i särskilt boende fungerar inte helt tillfredsställande.* Den så kallade Ädelreformen 1992 innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för, som det hette, ”service, vård och omsorg om äldre och handikappade”. De fick också ett lagstadgat ansvar att inrätta ”särskilda boendeformer” för de kommunmedborgare som hade sådana behov. Däremot blev ansvaret för *sjukvården*, i meningen akutsjukvård och annan läkarvård, till patienter i särskilt boende kvar hos landstingen. Studier och anekdoter visar att sjukvården för dessa patienter inte har fungerat på ett bra sätt. Det är ett symptom på brister i samordningen mellan olika politiska huvudmän.

*\*Landstingen som både köpare och dominerande utförare av vården.* Det är i ett vårdssystem utan konkurrens sannolikt organisatoriskt olämpligt (i meningen ekonomiskt ineffektivt) att både finansiering och utförande har samma huvudman. Monopol (och monopsoni vad gäller vårdens finansiering) har erfarenhetsmässigt oönskade ekonomiska och andra konsekvenser.

## Fyra mål

Med det är symptomgenomgången och problemformuleringen avslutad. Man slås av problemens bredd och storlek. Följer man den svenska debatten om vården under de gångna två decennierna talas det påfallande ofta om kris, nedskärningar och kostnader. Det har skapats en negativ och defensiv bild av vården. Det är ett problem i sig.

Tre mål är viktiga för att skapa ett nytt vårdssystem – incitamenten för att öka effektiviteten och minska orättvisorna i dagens vård behöver stärkas, och de politiska låsningarna inom vården behöver minskas. Men också det jag just snuddade vid – bilden av vården som något som förknippas med kriser och som bara kostar och höjer skatter behöver vändas till det motsatta, till något positivt.

Låt oss precisera målen.

\*Det framtida vårdssystemet behöver ordnas så att effektiviteten ökar. Det kommer den att göra om ledarskapet inom vården förbättras och om det finns ökat utrymme för nytänkande och kreativitet för all vårdpersonal. Och om konkurrensen ökar.

Det handlar om konkurrens på flera nivåer. (1) Konkurrensen mellan vårdgivare *på* de vårdmarknader där konkurrens är möjlig måste bli bättre. Det gäller till exempel på marknaderna för primära vårdtjänster och för standardiserad elektiv kirurgi (höft- och knäleder, grå starr etc.). Det skall med andra ord för patienten i dessa fall finnas flera vårdgivare att välja mellan och vårdvalet skall vara fritt utan geografiska gränser. (2) Konkurrensen *om* olika vårdmarknader måste öka. Den som på skattebetalarnas uppdrag beställer och betalar vårdtjänsterna skall i upphandlingssituationen så långt möjligt kunna göra aktiva och informerade val mellan olika vårdgivare. (3) Konkurrens mellan beställare av vård behöver etableras. Att, som idag, landstingen inom sin region har monopol på att köpa skattefinansierade vårdtjänster är något man bör komma bort ifrån eftersom monopol kan förknippas med ett antal nackdelar. Och slutligen, (4) den professionella, medicinska konkurrensen i meningen konkurrens om kvalitet på vårdgivarnivå behöver stärkas. Den klinik eller det centrum som för en viss diagnos/diagnosgrupp kan redovisa den högsta relativa vårdkvaliteten, och det innefattar hög relativ tillgänglighet och patientnöjdhet, bör i ett framtida system ges vissa fördelar av att vara bäst. Det kan betyda att flera patienter söker sig till kliniken, att resurstilldelningen ökar, att klinikledningens professionella prestige stärks, att relativinkomsterna för den berörda personalen ökar etc.

\*Vi behöver skapa en mer rättvis vård. Problemgenomgången har visat att det finns grava brister i den svenska vårdens rättvisa. Både vårdens omfattning och kvalitet varierar över landet långt mer än vad som kan anses rimligt och ofrånkomligt. Och det finns en genusbias till kvinnors nackdel. Det är oförklarligt tyst i vårddebatten om dessa orättvisor. Ett skäl är säkert att det idag till stor del saknas information om olika sjukhus och klinikers levererade vårdkvalitet. Och i den mån informationen finns gör det tekniska språkbruket den svårtillgänglig. Det bör vara ett viktigt delmål för ett nytt svenskt vårdssystem – vi har varit inne på det tidigare – att vårdkvaliteten mäts och jämförs på kliniknivå. Och det måste vara ett öppet system som är tillgängligt för alla medborgare. Ett sådant system kommer sannolikt att göra mera för att skapa rättvisa i den svenska vården än något politiskt beslut.

\*Det behöver tas ett systemgrepp. Det är svårt att se hur den problembild som tecknats kan klaras av utan ett helhetsgrepp – och det gäller inte minst de problem som kan kopplas samman med den långtgående politiska inblandningen i vården. Det svenska vårdssystemet kännetecknat av offentlig finansiering och offentlig produktion i förvaltningsform är idag moget för en systemöversyn. Andra länders politiker har insett samma sak. I flera västländer med samma vårdmodell som vi har i Sverige (England, Norge, Danmark) har politikerna under de senaste åren gjort systemförändringar, långt mer radikala förändringar i vårdens organisation och finansiering än vad som hittills kännetecknat Sverige.

Till dessa tre punkter kan läggas ytterligare ett viktigt mål.

\*Vi behöver sluta med att se på vården som ett ekonomiskt problem, som något som bara kostar.

Det finns en air av tärande sektor över vården. Att vården har fått den stämpeln är inte bara en fråga om synsätt. Att den offentliga vårdproduktionen i stora förvaltningsorganisationer ger så litet utrymme för kreativa initiativ och entreprenörskap, är en orsak. Det skapar hos personalen en känsla av tröghet och i värsta fall hopplöshet – och den känslan sprids vidare i samhället. Den kan dessutom förstärkas av knappa budgetar och neddragningar. Att vi inte förmår se investeringar i sjuk- och hälsovård som en offensiv satsning som ger BNP-tillväxt genom att människor blir friskare och lever längre, är en annan orsak.<sup>41</sup> En tredje är rent beräknings-

teknisk. Faktum är att den stora vårdsektorn i förvånansvärt liten grad bidrar till BNP-tillväxten. Det följer av att en så stor del av vårdproduktionen sker i offentlig regi och är skattefinansierad. Det begränsar den offentliga vårdsektorns BNP-bidrag av rena beräkningsmetodskäl.<sup>42</sup>

Att göra vården till en ekonomisk möjlighet, inte bara en ekonomisk belastning som nog många idag tycker att de ständigt stigande kostnaderna (och landstingsskatterna) är, är i sig ett väsentligt mål.

### **Vilket är syftet med boken?**

Syftet med boken är att efter bästa förmåga presentera en helhetsbild av ett svenskt vårdssystem med förutsättningar att samtidigt leverera både hög effektivitet och rättvisa. Hög effektivitet i vården definieras då teoretiskt som mesta möjliga hälsa per vårdkrona. Praktiskt avses med hög effektivitet mesta möjliga vård per vårdkrona givet en viss vårdkvalitet. Rättvis vård definieras som att (1) alla som vill ha vård får vård, (2) vården prioriteras efter behov, (3) det skall ges likvärdig vård oavsett var vården ges samt (4) ingen skall ges förtur till vård. Jag skall längre fram mer utförligt diskutera begreppen effektivitet och rättvisa.

### ***Fokus på systemeffektiviteten***

Det finns tre typer av relevant effektivitet när vi talar om vården:

\**Systemeffektivitet* är vårdssystemets effektivitet, den effektivitet som följer med att vårdens struktur är ordnad på ett sådant sätt att vi, allt annat lika, får högre vårdproduktion och -kvalitet (givet randvillkoret ”rättvis vård”) än vad som kan förknippas med andra sätt att ordna vårdssystemet. Det handlar om sådant som hur långt vi skall låta marknaden ta hand om vården, hur den regionala vårdstrukturen skall se ut, om vi skall använda bolagsformen istället för förvaltningsformen för de offentliga sjukhusen etc. Till systemeffektiviteten hör också frågan om systemets förnyelseförmåga, ibland kallad dynamisk effektivitet.

\**Allokeringseffektivitet* är den effektivitet som följer med hur vårdens resurser investeras och fördelas på vårdens olika delar. Med det menas

alltså att de som beslutar på sektornivå har att se till att vårdresurserna används så att resultatet i form av bättre hälsa och vård optimeras. Enkelt uttryckt kan man säga att uppdraget är att se till att vi får så mycket hälsa och angelägen vård som möjligt för pengarna.<sup>43</sup>

\**Kostnadseffektivitet* är den effektivitet som följer av att resurserna ute på sjukhus, kliniker och avdelningar används på ett effektivt sätt.

Jag fokuserar i fortsättningen på systemeffektiviteten. Det betyder inte att de övriga två är mindre centrala. Allokeringseffektiviteten är ofrånkomligen viktig för den samlade vårdens effektivitet, i synnerhet för hur medborgarna uppfattar vården, hur den praktiska vårdens inriktning stämmer överens med hur människor i gemen tycker att vården skall vara. Kostnadseffektiviteten är självklart också betydelsefull. Det finns åtminstone tre vägar för att höja kostnadseffektiviteten i vården, genom (1) ny medicinsk teknologi, (2) förbättrade informations- och kommunikationssystem samt (3) vardags-rationalisering. Till det kommer att en hög kostnadseffektivitet i vården kräver (4) professionell ledning och organisation i den praktiska vårdens olika delar (sjukhus, kliniker, avdelningar etc.). Ledningens kvalitet är i hög grad en funktion av hur vårdssystemet ser ut och kan därmed också ses som en del av systemeffektiviteten.

Att fokus i diskussionen ligger på systemeffektiviteten är således inte liktydigt med att allokeringsseffektiviteten och kostnadseffektiviteten är oviktiga. Men det är en hypotes för den fortsatta diskussionen att givet det läge som svensk vård har idag, och givet den problembild som vi just preciserat, finns det större effektivitetsvinster att göra och bättre förutsättningar att öka rättvisan i vården genom att förändra vårdssystemet än vad som realistiskt är möjligt enbart genom de båda andra vägarna.

### ***Begreppet vård***

Med sjukvård brukar menas det som i Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) första paragraf uttrycks som ”åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador” (HSL 1982:763 §1).<sup>44</sup> Det är den definition som normalt används i sammanhang där sjukvården diskuteras i ett makroekonomiskt perspektiv. Det kan gälla till exempel när det talas

om den svenska sjukvårdens samlade kostnader, hur finansieringen skall ordnas etc.

Sjukvård definieras här något snävare, kort sagt som hälso- och sjukvård inklusive tandvård, företagshälsovård och skolhälsovård samt hela omsorgsvården, till exempel äldrevården.<sup>45</sup> Vill man sammanfatta sig enkelt kan man säga att med sjukvård avses allt sådant som i dagligt tal menas med sjuk- och hälsovård, eller bara kort och gott vård.

Begreppet vård kommer att bli tydligare när vi i kapitel 3 preciserar de tio vårdlogiker som jag menar att sjuk- och hälsovården kan delas in i.

### ***Den solidariska finansieringen av vården tas för given***

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) innehåller de viktigaste politiska riktlinjerna för hur den svenska sjukvården skall bedrivas. Målet med vården enligt HSL är, i sammanfattning, att alla medborgare skall ges en vård på lika villkor och att den skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vidare skall den få företräde som har det största behovet av vård.<sup>46</sup>

Det är en central utgångspunkt för den fortsatta diskussionen att dessa grundprinciper skall gälla också i framtiden. En praktisk konsekvens blir att modeller för vården som innebär att vissa grupper av medborgare inte har tillgång till sjukvård, eller själva måste ta ansvaret för att privat försäkra sig för att få vård (som i USA), inte kommer att diskuteras.<sup>47</sup>

Det är en andra central utgångspunkt för den fortsatta analysen och diskussionen att det offentliga också i framtiden har huvudansvaret för finansieringen av den svenska sjukvården.

Det kan tyckas som en inskränkning. Att det blir så hänger emellertid logiskt samman med att vi accepterar målformuleringen i HSL. Ett väl fungerande system för vårdens finansiering förutsätter, det har jag tidigare antytt, att vi är försäkrade, det vill säga att vi som medlemmar i ett kollektiv bestämmer oss för att ömsesidigt dela på de finansiella riskerna. Anledningen är givetvis att ytterst få medborgare klarar av att betala för den vård som han eller hon *i värsta fall* kan komma att behöva. Det är samma orsak till behovet av försäkring som jag har för att skydda mig mot ekonomisk förlust om mitt hus brinner upp eller min bil totalkvaddas. Försäkringen kan vara en privat försäkring där jag genom att betala en årlig premie får tillgång till ett specificerat skydd. Men om kollektivet är



*alla* medborgare och om finansieringen väsentligen sker genom att jag betalar skatt är det också en försäkring i den här meningen. Om som i Sverige alla medborgare skall ges vård på lika villkor blir den logiska konsekvensen att det allmänna också måste ha ansvaret för finansieringen. Privata försäkringslösningar som ett avgörande element i vårdens finansiering faller således utanför de politiska ramarna för vården så som de formuleras i HSL – och därmed utanför ramen för diskussionen i den här boken.

Att den solidariska finansieringsmodellen tas för given får en viktig konsekvens – vårdens kostnader och kostnadsutveckling kommer inte att närmare analyseras och diskuteras. Det finns flera skäl till det, inklusive det praktiska att kostnadsfrågan är ett område som är så stort, komplicerat och tidskrävande att det, bildligt talat, är en egen bok.<sup>48</sup> Utelämnandet av kostnadsfrågan är givetvis samtidigt en begränsning. Det betyder bland annat att vi inte kommer att ta upp de prioriteringar i vården som följer av budgettak och andra ofrånkomliga ekonomiska inskränkningar ett givet år, inskränkningar som många tror kommer att bli än mer hårdhänta i framtiden, särskilt efter 2020, än vad de är idag.<sup>49</sup>

### ***En ytterligare avgränsning***

Jag kommer inte heller att diskutera de rättsliga och juridiska aspekterna på vårdsystemet. Det är rimligt att utgå från att skulle politikerna vara beredda att ta ett helhetsgrepp i linje med vad som av allt att döma är nödvändigt, då kommer också en rättsordning som stöder systemförändringarna att komma till stånd. Det är också rätt tågorning. För övrigt tycks en översyn av de lagar och andra formella regelsystem som styr vården vara önskvärd under alla omständigheter. Ansvarskommittén föreslår i sitt slutbetänkande 2007 att de befintliga lagar som har betydelse för patientens ställning samlas i en ny patientlag.<sup>50</sup> Lagstiftningen har också i vissa delar redan akterseglats av att ”privata rättssubjekt” ökat sin andel av den svenska vårdproduktionen. En färsk rättsvetenskaplig studie av vårdsektorn sammanfattar sina slutsatser på följande sätt: ”På flera områden krävs...klargöranden i rättsligt avseende. Samtidigt innebär fler särregleringar att den rättsliga regleringen blir alltmer svåröverskådlig. Särskilt på hälso- och sjukvårdsområdet är bilden splittrad och här finns ett uttalat behov av en mer sammanhållen rättslig reglering.”<sup>51</sup>

Alla frågor som rör juridiken lämnas således därhän. Det innefattar också den juridiken närliggande frågan om patientsäkerhet och vårdens tillsyn.

### ***Några ord om bokens uppläggning***

Låt oss börja med några nödvändiga begreppspreciseringar.

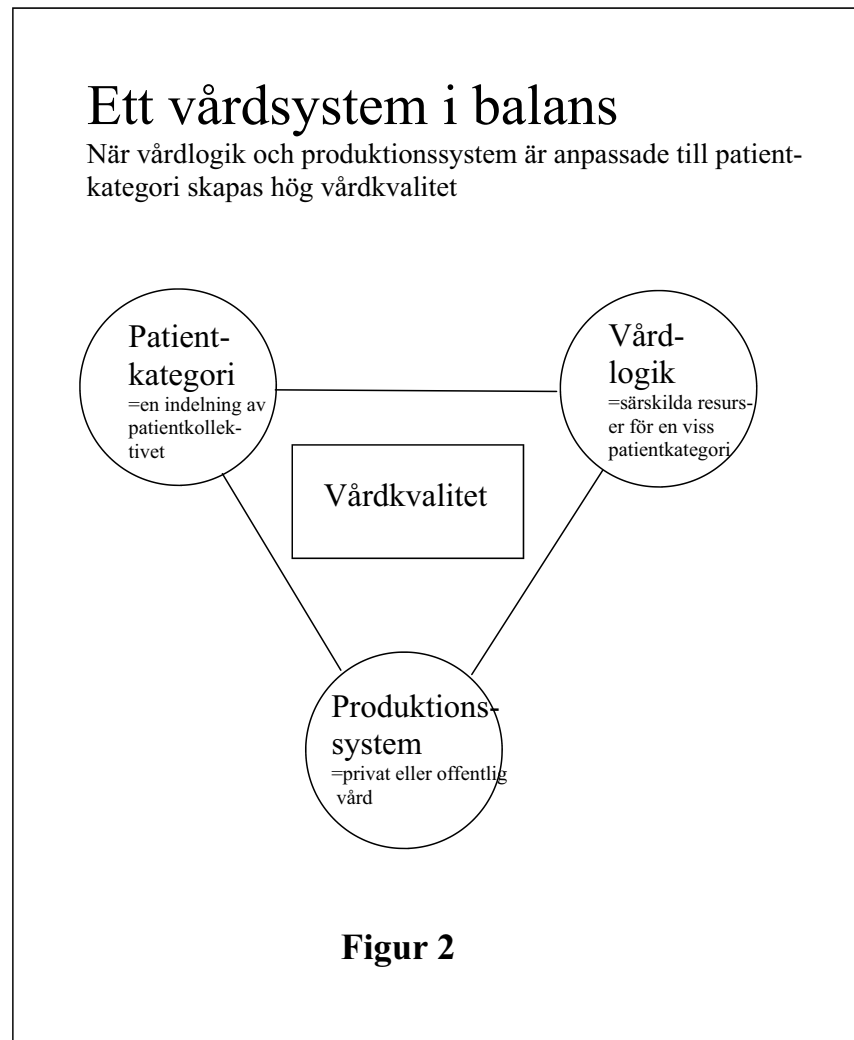
Med *patientgrupp* menas en del av patientkollektivet. Patientgruppen bestäms efter vilka behov av vård som patienterna i gruppen har. En huvudgrupp är till exempel patienter med akuta, livshotande skador eller sjukdomar.

Med *vårdlogik* menas en del av vården. Den samlade vårdens resurser kan med andra ord delas in i ett antal vårdlogiker med särskilda, logiskt sammanhållna, kännetecken. Ett exempel kan vara den vårdlogik som tar hand om akut sjuka och skadade patienter, akutmottagningarna vid våra stora sjukhus.

Med *produktionssystem* menas i det här sammanhanget endera av två sätt att producera vården – av det offentliga eller av en privat vårdgivare på en marknad.

Min utgångspunkt är att när vårdlogik och produktionssystem är anpassade till patientkategori, kort sagt när de tre är i balans, skapas hög *vårdkvalitet*. Resonemanget sammanfattas i **Figur 2** på nästa sida.

Den fortsatta diskussionen i boken disponeras efter denna struktur i fyra delar. Det kapitel som kommer närmast (kapitel 2) – *Sjuka-sjuka, friska-sjuka och andra som behöver vård* – är ett försök att göra en indelning av patientkollektivet i fyra huvudgrupper. I det därpå följande kapitlet – *Hur långt kan vi låta marknaden ta hand om vården?* – delas vården in i tio logiskt sammanhållna delar, vårdlogiker. Den indelningen ligger sedan till grund för en ekonomisk analys av vilka vårdlogiker som med fördel kan produceras av privata vårdgivare i konkurrens på en marknad – och vilka delar som är mindre lämpliga, eller inte lämpliga alls, för privat produktion. Man kan säga att det här kapitlet är bokens viktigaste. Att försöka förstå var gränslinjen mellan privat och offentlig vårdproduktion går om rationella överväganden får gälla är centralt för diskussionen och slutsatserna i boken. Det fjärde kapitlet – *Ett vårdssystem i balans* – kan ses som en syntes, eller om man så vill sammanfattning, av de två



föregående kapitlen. Kapitlet innehåller också ett resonemang om begreppet vårdkvalitet.

Dessa tre kapitel är, tillsammans med den inledande problemgenomgången, bokens mer analytiska del. Det är så långt möjligt empiriskt eller teoretiskt grundade resonemang och redogörelser med ett minimum av eget tyckande och egna synpunkter från författarens sida. I det därpå följande kapitlet (kapitel 5) – *Rättvis vård* – diskuteras om ett vårdssystem

med mera av konkurrens, marknad och privata vårdgivare kan uppfylla kriterierna för ”rättvis vård”. Avslutningskapitlet – *Ett tiopunktsprogram för ett nytt svenskt vårdssystem* – är det punktvisa förslag till reformer av det svenska vårdssystemet som analysen leder mig fram till. Det är samma tiopunktlista som låg till grund för den inledande framtidsbilden, *Världens bästa vårdssystem*.

## 2. Sjuka-sjuka, friska-sjuka och andra som behöver vård

**D**en helt dominerande delen av sjukvården produceras för ett relativt fåtal människor, mindre än 5% av befolkningen svarar under ett år för hälften av vårdens samlade kostnader. Denna grupp högkonsumenter av sjukvård domineras av kroniskt sjuka patienter, äldre och särskilt äldre multisjuka, människor i livets slutskede samt alla som, oavsett ålder, har allvarliga, resurskrävande sjukdomar, till exempel hjärtproblem, vissa cancersjukdomar etc. Merparten av dessa patienter är fysiskt (somatiskt) sjuka men där finns också en stor grupp psykiskt sjuka, ibland en kombination av båda.

Det ter sig självklart att denna patientgrupp, jag skall i fortsättningen kalla dem *sjuka-sjuka*, måste särbehandlas i sjukvårdens organisation. Och lika självklart borde det vara att också dela in övriga som använder sjukvården i tydliga kategorier, grundade i logiskt skilda vårdbehov, så att också dessa får en vård som är så väl anpassad som möjligt. Det senare är viktigt. Utgångspunkten för resonemanget är att det bara är genom anpassade resurser (organisation, kompetens, teknik, byggnader, hjälpmedel etc.) som man som patient kan erbjudas bästa möjliga medicinska vård och omsorg, kort sagt hög relativ vårdkvalitet. På många tjänstemarknader kan man skilja mellan produkten och leveranssystemet. För vården är det svårare, ”vårdprodukt” och leveranssystem är nära sammankopplade. Patienten måste komma till ”leverantören” (sjukhuset, mottagningen etc.), där finns vården. Det är endast i undantagsfall som vården kommer till patienten som till exempel vid hembesök eller ambulansutryckningar. Uppgiften blir således att i första steget dela in patienterna i kategorier som speglar skilda vårdbehov och i nästa steg anpassa vårdprodukten/leveranssystemet efter respektive kategori.

Syftet med det här kapitlet är att göra en preliminär men någorlunda operativ och välgrundad kategorisering/indelning av *sjukvårdens* patienter. Det betyder att andra delar av vården – tandvård, friskvård etc. – inte berörs av den här diskussionen.

Vi kategoriserar en patient vid en viss given tidpunkt som endera sjuk-sjuk, frisk-sjuk, akut-sjuk eller vardags-sjuk:

**Sjuk-sjuk** är således en allvarligt sjuk person som kräver specialiserad sjukvård – oftast över lång tid och återkommande i slutenvård. En mera precis definition skall jag återkomma till om ett ögonblick.

**Frisk-sjuk** är en person som kräver specialistsjukvård för ett tydligt avgränsat ingrepp (ledkirurgi, galloperation, livmoderframfall, abort, förlösning etc.) och som efter behandling återgår till ett ”friskt” liv. Friska-sjuka tas inom sjukvården normalt om hand av kliniker som arbetar med standardiserad elektiv kirurgi samt viss annan planerad specialiserad sjukvård. Det är en bedömning att friska-sjuka tar ca 20% av sjukvårdens resurser i anspråk.

**Akut-sjuk** är den som behöver akut sjukvård, antingen specialiserad akutsjukvård vid de stora sjukhusens trauma- eller akutmottagningar eller annan akutsjukvård vid vårdcentraler, närsjukhus, jourmottagningar etc. Gruppen akut-sjuka så definierad svarar sannolikt för ungefär en fjärdedel av de samlade sjukvårdskostnaderna.

**Vardags-sjuk** är en person som, utan att tillhöra någon av de tre föregående kategorierna, söker och får kontakt med läkare eller annan sjukvårdspersonal. I praktiken är det här den planerade sjukvård som ges vid vårdcentraler och av privatpraktiserande läkare på mottagningar av olika slag. Vardags-sjuka torde svara för minst 90% av primärvårdens kostnader. Det antyder att gruppens andel av sjukvårdens totala kostnader ligger i storleksordningen 15-18%.

Det är således endast *vid en viss given tidpunkt* som alla personer med kontakt med sjukvården kan hänföras till endera av dessa fyra kategorier. Det kan, bokstavligen talat, ändras på ett ögonblick. En person som, låt oss säga, en gång under ett år besöker en vårdcentral, och i övrigt inte har någon kontakt med sjukvården skulle därmed tillhöra kategorin vardags-sjuk. Men hon eller han kan plötsligt råka ut för en allvarlig olycka och ha behov av akut specialistsjukvård, och övergår då till kategorin akut-sjuk.

Tidsbundenheten här är särskilt tydlig. Akut-sjuk är en patient bara under den normalt korta tid som spänner från insjuknandet eller olyckan, under transporten till sjukhuset och fram till dess att akut- eller traumaenhetens ansvar för patienten upphör.

Det är lätt att förstå att vi alla, förmodligen utan undantag, mellan födsel och död kommer att tillhöra samtliga av de fyra kategorierna. Särskilt äldre personer kommer ofta under en kort tidsrymd i kontakt med flera av kategorierna. Låt oss ta ett exempel från verkligheten för att ytterligare tydliggöra vad vi menar.

En 70-årig man får bröstsmärtor, han kommer in till akutmottagning och får diagnosen hjärtinfarkt. Omedelbart, inom loppet av en timma, görs en ballongsprängning av kranskärlen och han får ett stent inopererat, och efter tre dagar får han åka hem och känner sig därefter helt frisk. Är en sådan patient sjuk-sjuk, frisk-sjuk, akut-sjuk eller vardagssjuk? Svaret är att han under en kort tidsrymd, under bara några månader, tillhört åtminstone tre av de fyra kategorierna. En tid innan incidenten med hjärtat fick han nämligen en ny höftled inopererad. Han var i övrigt frisk och skulle under perioden närmast före, under och efter operationen ha kategoriserats som frisk-sjuk. Under en mycket kort period vid hjärtincidenten, kanske bara någon dag, var han definitionsmässigt akut-sjuk, därefter skulle han under en kort period kunnat kallas sjuk-sjuk, i synnerhet om hjärtbekymren hade funnits kvar i någon form och krävt vård eller rehabilitering. Men eftersom de inte gjorde det i det här fallet, och eftersom höftledsoperationens rehabilitering var avslutad, skulle han teoretiskt kunna kategoriseras som frisk-sjuk under den period han hade kontakt med sin hjärtläkare och därefter som frisk, det vill säga tillhöra den fjärdedel av befolkningen som erfarenhetsmässigt under ett kalenderår inte har någon kontakt med vården.

Resten av kapitlet ägnas åt att ytterligare precisera begreppet sjuk-sjuk. Det är centralt eftersom om den definitionen blir tydligare blir som en konsekvens också de tre övriga patientkategorierna mer precist definierade.

### **En precisering av begreppet sjuk-sjuk**

Jag skall för den fortsatta diskussionen dela denna grupp sjuka-sjuka patienter i fyra huvudkategorier – två kategorier för personer i arbetsför ålder kallade allvarligt sjuka respektive kroniskt sjuka, en kategori allvarligt/kroniskt sjuka äldre samt en kategori allvarligt/kroniskt sjuka barn och ungdomar.

#### A. Allvarligt sjuka i arbetsför ålder

Patienter som

- har minst en av ett antal (specificerade) diagnoser.
- regelmässigt kräver slutenvård och kontakter med den öppna specialistvården (och med liten kontakt med primärvården).

Exempel på diagnoser: cancer, hjärt/kärl, höftfraktur, psykos m fl.

#### B. Kroniskt sjuka i arbetsför ålder

Patienter som

- inte tillhör kategorin Allvarligt sjuka i arbetsför ålder.
- har minst en av ett antal (specificerade) diagnoser med kronisk sjukdom.
- har regelmässigt behov av löpande kontakter med den specialiserade öppenvården.

Exempel på diagnoser: diabetes, njursvikt/dialys, reumatiska sjukdomar m fl.

#### C. Äldre (multi)sjuka

Patienter som

- är äldre än 65 år.
- har minst en allvarlig sjukdom eller kronisk sjukdom (enligt ovanstående definitioner kompletterad med andra tunga diagnoser förknippade med äldre personer, till exempel demens, stroke, Parkinson m fl).
- har regelmässigt behov av sjukvård i såväl öppenvård som slutenvård, dessutom i många fall med behov av löpande kontakt med omsorgsvården.

#### D. Sjuka barn och ungdomar

Patienter som

- är mellan 0 och 18 år.
- har minst en allvarlig sjukdom eller kronisk sjukdom (enligt ovanstående definitioner kompletterad med andra tunga diagnoser som gäller för gruppen).
- har regelmässigt behov av sjukvård i såväl öppenvård som slutenvård.

Det är lätt att inse att begreppet sjuka-sjuka patienter även efter denna precisering är öppet, bland annat vad gäller hur stor del av resurserna som



gruppen tar i anspråk. Det bestäms av vilka diagnoser och patienter som hänförs till respektive underkategori. Men även så är kategoriseringen av en viss patient inte alltid självklar. Skall exempelvis personer som fått allvarliga skador tillhöra gruppen sjuka-sjuka eller inte? Det kan verka naturligt att en äldre person med höftfraktur klassificeras som sjuk-sjuk (och som också förutsätts här). Det är mindre självklart att en ung person som varit med om en bilolycka och fått ett antal frakturer skall ses som sjuk-sjuk. Han eller hon kanske istället bör föras till kategorin akut-sjuk eller frisk-sjuk. Slutsatsen är således att så länge det saknas anvisningar som man enats om måste definitionen av sjuk-sjuk bestämmas från fall till fall.

Det går emellertid att bli lite mera precis.

Enligt en studie från år 2000 avseende Region Skåne svarade de 3,5% av befolkningen som konsumerade mest sjukvård 1998 för hälften av regionens vårdkostnader.<sup>52</sup> Gruppen svarade också regelmässigt för över 90% av samtliga kostnader i de tunga diagnoser/sjukdomar som kännetecknade merparten av högkonsumentgruppen nämligen följande:

Diagnos	Medicinsk klassificering (ICD10)	Anmärkning
Cancer	C00-C97	
Cerebrovaskulär sjukdom	I60-I69, G45	Stroke mm
Ischemisk hjärtsjukdom	I20-I22, I50	Hjärtinfarkt mm
Höftfraktur	S720-S722	
Artros	M15-M19	
Neuros	F40-F48	
Psykos	F20-F39	
Övriga skador (exklusive höftfraktur)	S00-T98	
Diabetes	E10-E14	
Dialys	Z49	
Seropositiv reumatoid artrit	M05	
Grå starr	H25	
Psykiska störningar, organiska	F00-F09	
Psykiska störningar, alkohol mm	F10-F19	

Väljer vi dessa patienter som en definition av kategorin sjuka-sjuka kan vi konstatera att dessa drygt 40 000 personer av en total befolkning i Skåne på drygt en miljon (1 151 242) hade sjukvårdskostnader på 4,8 miljarder kronor. Det motsvarade knappa 50% av regionens totala sjukvårdskost-

nader på lite över 10 miljarder. Vi vet också att dessa patienter det aktuella året utgjorde en tredjedel av alla som fick slutenvård och att gruppen svarade för 75% av Region Skånes kostnader för slutenvården.

Man kan också av studien göra en del andra iakttagelser:

\*Det är de äldre patienterna, inte särskilt förvånande, som dominerar gruppen sjuka-sjuka mätt i resursåtgång.

\*Gruppen äldre sjuka-sjuka, antalsmässigt ungefär 10% av befolkningen över 65 år, svarar ensamma för över 60% av de totala sjukvårdsresurser som berör äldre. Men också sjuka-sjuka barn och unga respektive personer i arbetsför ålder (18-65 år) svarar för en mycket stor del av hela kostnaden för sina respektive åldersgrupper, som lägst 20-30% (0-24 år), som högst över 50% (45-65 år). För barn och unga personer är det bara någon enstaka procent av alla barn och ungdomar som svarar för dessa 20-30% av åldersgruppens sjukvårdskostnader. För personer i arbetsför ålder är motsvarande andel som lägst 1% (15-24 år), som högst 3,5% (45-64 år).

\*En stor del av gruppen sjuka-sjuka hade fler än en av de angivna diagnoserna. Av de lite över 40 000 personer som ingick i studien hade dryga 8 000 en kombination av flera av dessa diagnoser, mest vanligt var att diabetes kombinerades med till exempel hjärt- eller cancersjukdomar. Ca 13 000 personer av dessa högkonsumenter av sjukvård hade ingen av de uppgivna diagnoserna. Med andra ord hade de diagnoser som inte finns med på listan, eller inga diagnoser alls (sannolikt eftersom det inte var möjligt att ställa en diagnos).

### **Kan vi säga något om hur gruppen sjuka-sjuka patienter utnyttjar vården?**

Inom Region Skåne har det senare gjorts studier som på det hela taget bekräftar undersökningen från år 2000. Bland annat har det, baserat på data från 2004, gjorts en analys av resursåtgången för samtliga patienter inom Region Skåne med nio tunga diagnoser (hjärtinfarkt, stroke, diabetes, reumatoid artrit, KOL, lungcancer, höftfraktur, kolorektalcancer och alkoholrelaterade sjukdomar).<sup>53</sup> Eftersom alla diagnoser faller inom någon av kategorierna A-D enligt tidigare definition kan vi kategorisera dessa patienter som sjuka-sjuka, låt vara att det vad gäller diagnoserna är en

betydligt snävare definition än den som användes i studien från år 2000. Å andra sidan ingår *samtliga* patienter med dessa nio diagnoser.

Resultaten sammanfattas i nedanstående tabell (**Tabell 1**). Tabellen ger uppgifter om det totala antalet personer med dessa nio specifika diagnoser som insjuknade eller hade kronisk sjukdom under år 2004. Tabellen ger också uppgifter om samtliga vårdkostnader för dessa personer under 2004 oavsett om dessa kostnader uppstod före, under eller efter insjuknandet. Likaså om kostnaderna per patient. Det är alltså data över *hela* vårdkedjans kostnader för de givna patienterna/diagnoserna. Totalt ingick 58 535 personer. (Att antalet patienter i tabellen summerar till en något högre siffra förklaras av att vissa personer hade fler än en av dessa nio diagnoser.) De totala kostnaderna för de nio diagnosgrupperna, 3 608 miljoner kronor, utgjorde 2004 25 % av alla patientrelaterade kostnader inom Region Skåne (14 393 miljoner kronor). För respektive diagnos har kostnaderna fördelats på fem vårdtyper.

Diagnoser	Basdata			Kostnad per vårdtyp (%)				
	Antal patienter	Total kostnad (mkr)	Kostn./patient (tkr)	Akut specialiserad sjukvård	Planerad specialiserad sjukvård	Hög-specialiserad sjukvård	Närsjukvård Sjukhus (intern medicin)	Närsjukvård Primärvård
Hjärtinfarkt	4018	518	129	26	15	22	34	3
Stroke	4173	520	125	18	13	7	59	3
Diabetes	31758	1 489	47	21	28	6	35	10
Reumatoid artrit	5015	259	52	18	38	5	31	8
KOL	9929	662	67	23	21	6	42	8
Lungcancer	478	95	199	30	28	14	26	2
Höftfraktur	2290	286	125	63	15	1	17	3
Kolorektalcancer	727	141	194	21	66	1	10	2
Alkoholrelaterade sjukdomar	5555	365	66	27	19	3	45	6

Tabell 1 Karaktäristika för en viss grupp sjuka-sjuka enligt en studie avseende Region Skåne (2004)

Anm. Egen sammanställning av grunddata i rapporten "Patienternas väg genom vårdsystemet 2004".

Det som går att läsa ur tabellen är bland annat följande:

\*Den specialiserade sjukvården dominerar för denna grupp sjuka-sjuka patienter. Det är naturligtvis inget överraskande. Däremot kan det förvåna att den specialiserade sjukvård som i Region Skåne klassificeras som närsjukvård – i praktiken är det till största delen internmedicinmottagningar i anslutning till sjukhus som avses – betyder så mycket för den här gruppen. Möjligt kan det också förvåna att den akuta specialistsjukvården bär en

mycket hög andel av kostnaderna, som lägst faller 18% av kostnaderna på akutvården. De små skillnaderna i resursandel (med undantag för höftfraktur) antyder att gruppen sjuka-sjuka patienter ofta har ett akut behov av att komma i kontakt med läkare.

\*Den primära sjukvårdens, ”vårdcentralsvårdens”, betydelse för gruppen är relativt perifer. Som högst svarar primärvården för 10% av kostnaderna (diabetes), som lägst för 2% (lungcancer/kolorektalcancer). I studien från år 2000 med en betydligt bredare definition av vilka sjukdomar som ingick förstärktes den tendensen. Primärvården svarade där för bara genomsnittligt 2-3% av kostnaderna.

### Gruppen med de högsta vårdkostnaderna

Inom ramen för detta projekt gjordes en separat analys, alltså fristående från studien av de nio diagnoserna, av patienterna med ”de högsta totala vårdkostnaderna”. Det definierades som personer som för all vård 2004 kostade mer än 70 000 kronor. Viktiga diagnoser i gruppen var elakartade tumörer, hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, lung- och ledsjukdomar samt psykotiska/psykiska störningar. Gruppen bestod av sammantaget 11 152 personer, eller 1% av befolkningen i Skåne.

Den totala kostnaden för gruppen det här året var 3 994 miljoner kronor, eller 28% av regionens samlade vårdkostnader. Den genomsnittliga vårdkostnaden per patient i gruppen var 347 000 kronor. Med samma indelning i vårdtyper såg bilden i sammanfattning ut på följande sätt:

	Akut specialiserad vård	Planerad specialiserad vård	Högspecia- liserad vård	Närsjukvård Sjukhus	Närsjukvård Primärvård	Totalt
Mkr	1 053	1 166	512	1 207	55	3 994
Tkr per person	91	101	44	105	5	347
Procent	26	29	13	30	1	100

Det man ser är att för gruppen högkonsumenter är primärvårdens betydelse än mer marginaliserad. Det här är patienter som nästan uteslutande anlitar specialister utanför primärvården. Studien visar att de i genomsnitt hade 22 kontakter med sjukvården under 2004. Knappa hälften av dessa 22

kontakter togs med diffusa resultat, det gick inte att ställa diagnos eller kontakten registrerades endast som ”av betydelse för hälsotillståndet”.

De sammanfattande slutsatser man kan dra när det gäller gruppen sjuka-sjuka patienter är följande:

\*En mycket liten grupp högkonsumenter av vård, mindre än 5% av befolkningen, tar hälften av sjukvårdens resurser i anspråk.<sup>54</sup> Det är den gruppen vi kallar sjuka-sjuka. De tyngsta diagnoserna i gruppen räknat i kostnader är cancer, hjärtsjukdomar, stroke, psykos, höftfraktur och övriga skador.

\*Sjuka-sjuka domineras antalsmässigt av personer som är äldre än 65 år. Många är multisjuka i meningen att de har fler än en diagnos. En mindre del, kring en fjärdedel, har andra diagnoser än de för gruppen vanligaste och tyngsta, eller inga diagnoser alls. En liten grupp patienter i kategorin sjuka-sjuka har mycket höga kostnader med diffusa symptom och utan tydlig diagnos.

\*Sjuka-sjuka dominerar den specialiserade sjukvården och tar stora delar av akutsjukvårdens, den planerade specialistsjukvårdens och även den högspecialiserade sjukvårdens resurser i anspråk. De dominerar slutenvården. De svarar också för en stor del av den öppna specialistvården. Däremot är sjuka-sjukas kontakt med den primära sjukvården marginell.

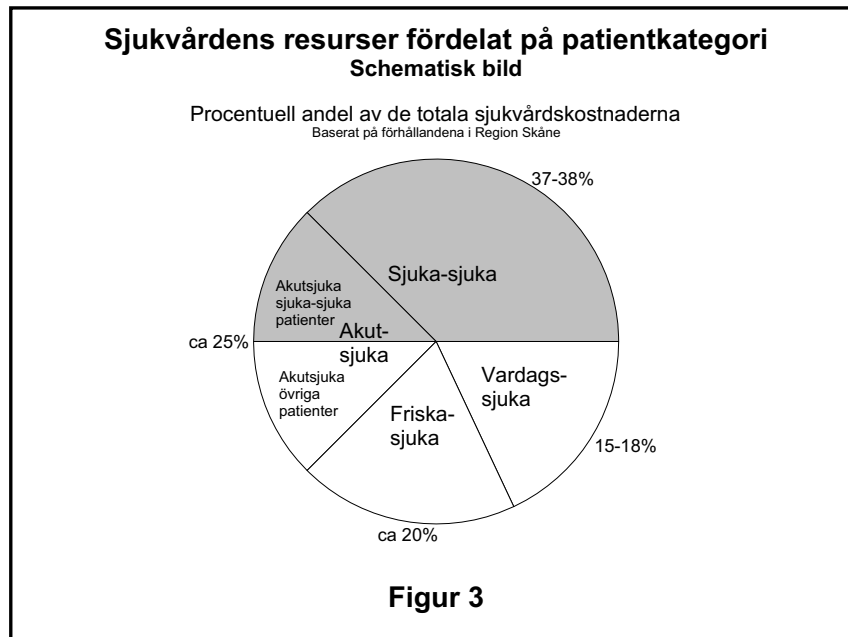
### **Vad kan sägas om helhetsbilden?**

Primärvården svarar för strax under 20% av den svenska sjukvårdens kostnader.<sup>55</sup> Om vi samtidigt vet att primärvården spelar en marginell roll för sjuka-sjuka patienter, och rimligen också för friska-sjuka, blir slutsatsen att en knapp femtedel av den svenska sjukvårdens resurser kan hänföras till gruppen vardags-sjuka. Om vi utgår från uppgiften från Skåne att sjuka-sjuka svarar för 50% av de samlade sjukvårdskostnaderna och att av dessa kostnader är en fjärdedel akutvård (motsvarande 12,5% av totalkostnaden) skulle sjuka-sjuka följaktligen svara för 37,5% av totalkostnaderna. Om vi därutöver gör antagandet att övriga akut-sjuka svarar för en lika stor andel av akutsjukvårdens resurser som sjuka-sjuka, det vill säga 12,5% av de totala sjukvårdskostnaderna, sammantaget 25%, blir konsekvensen att

friska-sjuka tar resterande del av sjukvårdens resurser i anspråk, det vill säga runt 20%.

Man måste naturligtvis vara medveten om att detta är en högst osäker beräkning genom att den delvis är grundad på antaganden. Den ger sannolikt ändå en grovt sett korrekt bild av hur de fyra patientkategorierna utnyttjar sjukvården.

Bilden skulle då kunna sammanfattas som i **Figur 3**.



### 3. Hur långt kan vi låta marknaden ta hand om världen?

Oredet marknad används ofta på ett ganska oprecist sätt. Det gäller också synonyma begrepp som ”marknadslösning” eller ”konkurrensutsättning”. Jag skall börja med att göra begreppet marknad mera precist, och därmed också dess synonymer.

Det finns få artiklar inom ämnet ekonomi som under de senaste decennierna har haft en så grundläggande betydelse för den akademiska forskningen som Ronald Coases artikel ”The Nature of the Firm”.<sup>56</sup> Coase fick Nobelpriset i ekonomi 1991 med en motivering som direkt refererade till artikeln.

Den fråga som Coase tar sig an med artikeln är – varför finns företag? Med företag menar Coase då inte bara ett klassiskt privat företag, typ Volvo eller Ericsson, utan en organisation vilken som helst, och i vilken associationsrättslig form som helst, där det finns en ledning och styrelse som i sista hand har beslutsrätt över verksamheten. Det brukar i organisationslitteraturen kallas hierarki. Varför finns dessa hierarkier, dessa ”islands of conscious power” i den ”ocean of unconscious co-operation” som är marknaden, frågar Coase i artikeln. Med andra ord, varför klarar inte marknaden av att producera allt vi behöver? Varför behöver vi hierarkins ”planekonomi”?

Med det har vi indirekt fått en exakt definition på vad som är en marknad. Marknaden är, förenklat sagt, motsatsen till hierarkin. Och, som sagt, hierarkin kan vara ett företag som Ericsson eller en förvaltning som Sahlgrenska. Marknaden och hierarkin är helt enkelt i ett modernt samhälle de två metoder som står till buds för att åstadkomma något som kräver resurssamordning, alltså något som kräver att arbetskraft, kompetens, teknisk utrustning, finansiering etc. samordnas mot ett bestämt syfte, exempelvis att producera en tjänst. Att samordna via en marknad, alltså

genom att köpare och säljare gör upp om villkoren för en transaktion, är med andra ord alternativet, och det enda alternativet, till att samordningen sker inom ett företag eller någon annan organisation med en hierarkisk beslutsordning.

Vad har det för bäring på sjukvården? Ja, det är uppenbart att om, som i Sverige, merparten av vården produceras i förvaltningsorganisationer med offentlig ägare, landstingen, är det definitionsmässigt motsatsen till en marknadsstyrd produktion. Det är en offentlig produktion, en politiskt styrd produktion.

Coases huvudbudskap är att det finns en gräns för marknadens effektivitet – och går man över den gränsen är det bättre att producera produkten eller tjänsten i en hierarki. Men det omvända gäller givetvis också. Dominerar som i Sverige den offentliga produktionen av vård är det relevant att ställa frågan hur långt marknaden kan ta hand om vården. Det här kapitlet kommer således att handla om den frågan.

För att en marknad skall fungera effektivt måste det finnas klara spelregler (sådant som äganderätt, avtalsrätt etc.) som alla parter känner till, det måste finnas fri etableringsrätt för alla som vill komma in på marknaden och produkten eller tjänsten måste vara så tydlig i konturerna att det är lätt och okomplicerat för köpare och säljare att bli överens om villkoren för affären. Och, mest grundläggande av allt, det måste finnas konkurrens. På den väl fungerande marknaden finns många aktörer, både köpare och säljare, som konkurrerar sinsemellan om utbud och efterfrågan. Monopol och marknad går med andra ord inte ihop. Och det finns en del andra krav.

### **Om varför marknaden för vårdtjänster har svårt att fungera effektivt**

Det finns två övergripande skäl till varför marknaden för vårdtjänster inte fungerar särskilt väl. Det ena skälet är specifikt för ett visst land, här talar vi om Sverige. Det hänger samman med hur vårdsystemet är ordnat. Den svenska vertikalt integrerade modellen där det offentliga har huvudansvaret för både finansieringen och produktionen av vården påverkar givetvis marknadsförutsättningarna. Det bildas monopol, eller nära monopol, i vårdproduktionen. Över 85% av den svenska vården produceras av det offentliga, i praktiken av förvaltningsorganisationer i form av sjukhus, vårdcentraler etc. Och monopol finns också i beställarledet, det är i prak-



tiken bara landstingen som beställer vård. Till det kan läggas diverse andra omständigheter som gör att marknaden inte fungerar bra. Fri etableringsrätt finns i praktiken inte för vårdgivaren, inte heller fritt vårdval för patienten. Priserna är administrativt satta.

Det andra skälet är generellt – det är de förhållanden som gäller för vården oavsett vilket land vi talar om, *oavsett vårdssystem* – och kan kort sammanfattas i fem punkter:

\*patienten sitter så gott som alltid i kunskapsmässigt underläge visavi vårdgivaren (informationsasymmetri);

\*patientens behov av vård är ofta svårt att definiera (jfr multisjuka). Graden av *medicinsk tydlighet* är ett nyckelbegrepp;

\*vårdproduktion är ofta komplex och processen är administrativt svår. Graden av *planerbarhet* är ett nyckelbegrepp;

\*det allmänna kräver kvalitetskontroll och tillsyn av produktionen av vården (på samma sätt som för livsmedel, läkemedel etc.);

\*tredjepartsinblandning för finansiering, patienten kan normalt inte själv betala för det han eller hon efterfrågar, det krävs försäkring.

Det är dessa två skäl som tillsammans gör att vårdmarknaden i alla länder fungerar bara hjälpligt. Till och med den amerikanska vårdmarknaden, det mest konkurrens- och marknadsorienterade vårdsystemet bland OECD-länderna, är långt från effektiv. Det är samtidigt fullt möjligt, inte minst om vi talar om den svenska vårdmodellen, att politiskt påverka vårdsystemet så att marknaden fungerar bättre. Att lagfästa om fritt vårdval kan vara ett exempel.

Man inser också att olika delar av vården är mer eller mindre väl lämpade för att fördelas via en marknad. Graden av medicinsk tydlighet respektive administrativt planerbarhet är avgörande för om en viss vårdtjänst lämpar sig för att produceras av privata vårdföretag i konkurrens på en marknad – eller inte lämpar sig. Tydlighet och planerbarhet är två centrala begrepp för den fortsatta diskussionen.

En djupare diskussion kring begreppet marknad och om varför marknaden för vårdtjänster har svårigheter att bli effektiv, finns i **Bilaga**, (*Om varför marknaden för vård inte fungerar särskilt väl*).

Kapitlets syfte är att med hjälp av en enkel modell utforska hur långt marknaden kan ta hand om vården, var gränsen för en effektiv marknadslösning går. Modellen bygger, förenklat sagt, på att i första steget – med utgångspunkt från begreppen tydlighet respektive planerbarhet – dela in vården i ett antal delar, vårdlogiker, och i andra steget diskutera vilka av dessa vårdlogiker som är lämpade för konkurrensutsättning och privat entreprenörskap – och vilka som inte är det. Merparten av kapitlet ägnas åt den diskussionen. Kapitlet avslutas med en genomgång av några konkreta exempel på privata vårdföretag. Den kommer att visa att modellen hjälper oss att förstå varför det finns gott om privata entreprenörer inom vissa delar av vården, till exempel i primär- och omsorgsvården, men mycket få, om ens några, entreprenörer i andra delar av vården.

### **Vad finns det för rationella skäl att köpa vård av privata entreprenörer?**

Att Sverige, liksom många andra länder, har haft som politisk dominerande strategi att låta det mesta av vården produceras i offentlig regi har blivit ett problem i meningen att det offentliga har kommit att ta hand också om verksamheter som skulle kunna skötas privat. Det har lett till effektivitetsförluster.

Inom vissa delar av vården, i synnerhet inom närvården, arbetar ibland offentliga och privata vårdföretagare i konkurrens med varandra. Mest tydligt är det inom tandvården där folktandvården och de privata tandläkarna delar på den svenska marknaden, låt vara att privattandläkarna dominerar med runt 80% av vuxentandvården. Inom sjuk- och omsorgsvården svarar de privata vårdgivarna för kanske 5, 10 eller 25%, av den samlade vårdproduktionen på det aktuella området. Ett exempel kan vara primärvården, ”vårdcentralsvården”, där var fjärde vårdcentral idag drivs privat. Ett annat exempel kan vara omsorgsvården i de kommuner som tillåter privata vårdgivare att etablera sig med särskilda boenden eller – vanligare – att på entreprenad driva ett befintligt boende. Ungefär var tionde omsorgsanställd i landet arbetar idag i privata vårdföretag.

För verksamheter av den här typen har studier av olika slag visat att den offentliga vården har svårt att klara sig i konkurrensen, det tar sig flera uttryck. (1) *Lägre produktivitet* är ett tecken.<sup>57</sup> Det finns vissa belägg för att en övergång från offentligproducerad vård till privat allt annat lika ökar produktiviteten.<sup>58</sup> (2) *Lägre personaltrivsel* är ett andra tecken. Studier

visar att personal som arbetar i vården i offentlig sektor är mindre motiverad och trivs sämre än anställda hos privata vårdgivare.<sup>59</sup> Också sjuktalen är högre för offentliganställda än för privatanställda i jämförbara verksamheter.<sup>60</sup> (3) *Lägre patientnöjdhet* är ett tredje tecken. Det finns empiriskt underlag som visar att patientnöjdheten i den offentligproducerade öppna sjukvården i Sverige har sjunkit under det senaste decenniet. Också privata vårdgivare i den öppna sjukvården har under samma tid visat sjunkande patientnöjdhet men på en signifikant högre nivå.<sup>61</sup>

Om dessa empiriska resultat kan accepteras har det rationella argumentet för varför privata vårdentreprenörer behövs preciserats. För de delar av vården där konkurrens kan etableras leder det uppenbarligen till, allt annat lika, att produktiviteten förbättras, patientnöjdheten ökar och personalen trivs bättre.

Vi skall innan vi går vidare göra ett antal begreppspreciseringar. Det talas i samband med vården och marknaden ofta oprecist om entreprenader, privat vård, partnerskap, privatisering, vårdval etc. Vad betyder orden?

### **Olika typer av privat engagemang på vårdmarknaden**

Sett ur beställarens, landstingens, perspektiv finns det två modeller för att skapa utrymme för privata vårdgivare. Antingen ger landstinget, efter en godkännandeprocess, samtliga vårdgivare rätten att konkurrera på en viss marknad med samma ersättningsvillkor för alla och med fritt vårdval för patienterna (vårdvalsmodellen). Eller också upphandlar man vården i konkurrens och skriver avtal om villkoren (upphandlingsmodellen).

Vårdval har hittills mest förekommit inom omsorgsvården, särskilt inom hemtjänsten, men i ökad utsträckning numera också inom primärvården. Vårdval Halland, ett begrepp som det skrivits mycket om på senare tid, är en vårdvalsmodell tillämpad på primärvården.<sup>62</sup> Den innebär att landstinget, efter en ackrediteringsprocess, ger alla godkända aktörer, offentligägda och privata, befintliga och nya, frihet att med kända betalningsvillkor (en åldersdifferentierad kapiteringsersättning lika för alla) konkurrera om primärvårdspatienterna. Man kan också uttrycka det så att en hälso- och sjukvårdspeng följer varje invånare och medborgaren har fritt vårdval, det vill säga väljer fritt vilken vårdenhet man vill vara ansluten till. Är man inte nöjd kan man byta. *Fritt vårdval* är också ett generellt begrepp som kan användas för andra delar av vården där patienterna har rätten att välja vårdgivare – även fritt vårdval över landstingsgränserna.<sup>63</sup>

Det finns åtminstone tre typer av upphandlingsmodeller på vårdmarknaden. Den första typen är det privata företag som på tidsbestämt uppdrag, *entreprenad*, sköter en viss vårdverksamhet, synonymt kan man också använda begreppet *privat drift*. Det normala – men inte tvunget utan undantag – är att vid entreprenad äger det offentliga den utrustning och de fastigheter/lokaler som berörs, personalen är däremot anställd av det privata företaget. (Personalen kan naturligtvis också själv ta över verksamheten och driva den på entreprenad genom att bilda ett aktiebolag eller en ekonomisk förening som blir avtalslutande part.) Det finns inget beständigt över en entreprenad. Avtalet gäller för en viss överenskommen tid, till exempel fem år, och därefter sker en ny upphandling. Och denna kan innebära att avtalet förlängs på nya villkor, att en ny privat entreprenör tar över eller att verksamheten återigen blir offentlig.

En entreprenad avser normalt en tydligt avgränsad del av vårdverksamheten. En vårdcentral eller ett äldreboende kan exempelvis drivas på entreprenad. Men det förekommer också att mer omfattande verksamheter läggs ut på privat drift. S:t Görans Sjukhus i Stockholm är det mest kända exemplet. Sjukhuset i Säffle är ett annat exempel, det har sedan 2004 drivits av privata Carema Närvård i Värmland AB. Tidsbegränsade avtal med beställaren styr entreprenaderna.

Den andra typen, som vi kan kalla *privat vårdföretag med egen produktion* är som vilket företag som helst. Det arbetar inom ett visst marknadssegment av vården, ofta inom standardiserad elektiv kirurgi eller annan planerbar specialiserad sjukvård, och har byggt upp egna resurser i form av utrustning och personal. Verksamheten sker till största delen på uppdrag av det offentliga. Ett exempel på ett privat vårdföretag med den här inriktningen kan vara Stockholms Ögonklinik vid Sophiahemmet som har landstingsavtal både för ögonmottagning och ögonoperationer. Tidsbegränsade avtal med den offentliga beställaren styr i allt väsentligt verksamhetens inriktning och volym. Martina, det planerade så kallade barnsjukhuset vid Sophiahemmet, är ett exempel på ett privat företag med egen produktion som inte alls räknar med att teckna avtal för skattefinansierad vård, det kommer med andra ord bara att kunna ta emot barn vars föräldrar betalar själva eller har särskild försäkring.

Den tredje typen av privat engagemang i vården, *partnerskap*, är det mest långtgående.<sup>64</sup> Det betyder att en offentlig beställare tecknar ett avtal med ett privat vårdföretag om att till exempel inom en viss region erbjuda medborgarna vissa specificerade vårdtjänster. Det som principiellt skiljer partnerskapet från att vård läggs på entreprenad eller upphandlas av ett privat vårdföretag är dels avtalets längd, ett partnerskap sträcker sig över

lång tid, ibland över decennier. Dels att den privata aktören normalt gör stora egna investeringar. Ett konkret exempel med svensk anknytning är Capios 30-åriga avtal från 2005 med Madridregionens sjukvårdsmyndigheter om att bygga och driva ett specialistsjukhus i en förort till Madrid (Valdemoro). Sjukhuset kommer att betjäna en befolkning på ca 100 000 invånare och ha ett helhetsansvar för medborgarnas behov av specialistsjukvård.

Det finns ytterligare ett begrepp, *privatisering*, som behöver förtydligas.

Vi skall använda begreppet privatisering när en vårdverksamhet som tidigare utförts av det offentliga överförs till ett privat vårdföretag genom att ägandet övergår från offentligt till privat. Det privata vårdföretaget tar därigenom över, förutom personalansvaret, utrustning, lokaler och andra resurser som krävs för verksamheten. Ett konkret, väldokumenterat exempel på privatisering är försäljningen av S:t Görans sjukhus i Stockholm. Bure Hälsa och Sjukvård AB (idag Capio) förvärvade samtliga aktier i det då landstingsägda S:t Görans Sjukhus AB och med det bolagets samtliga tillgångar (vi kan emellertid notera att sjukhusets fastigheter på Kungsholmen inte ingick i försäljningen, de ägs fortfarande av landstinget). Ett andra exempel är den reform av folktandvården som gjordes i Kronobergs län i början av 1990-talet och som innebar att knappa hälften av länets folktandvårdskliniker togs över av den egna personalen. Ett tredje, mera aktuellt, exempel är den privatisering av, som det heter, ”delar av verksamheten vid Motala lasarett”, i huvudsak ortopedi och kirurgi, som landstinget i Östergötland beslutat om under 2007.

Två avtal styr en privatisering. Dels det avtal som gäller villkoren för själva privatiseringen. Det beslutet fattas vid ett tillfälle och gäller utan tidsbegränsning. Dels de löpande upphandlingsavtal som krävs eftersom man måste förutsätta att verksamheten till största delen är offentligt finansierad. (För S:t Görans löper exempelvis det nu gällande upphandlingsavtalet, tecknat 2005, till 2012.) Privatisering när vi talar om vården berör således själva ägandet av verksamheten, inte vem som skall betala för vården.

## **Tio vårdlogiker**

Vi skall dela in vårdens produktionsapparat i ett antal delar – vårdlogiker. Metodiken grundas på att varje sådan vårdlogik skall ha särskilda karaktäristika i två dimensioner – medicinsk tydlighet och administrativ planerbarhet.

Med medicinsk *tydlighet* menas (om vi exemplifierar med sjukvården) i vilken grad diagnosen och/eller behandlingen av ”normalpatienten” på en viss klinik är känd. Den bestäms av sådant som om patientvariationen på kliniken är stor eller liten, av sjukdomsbredden (multipelt sjuka vs en tydlig diagnos), av graden av standardisering i utredningsgång och/eller behandlingsmetod, av graden av osäkerhet i utfallet av behandlingen etc. Tydlighet i den här meningen är ett mått på i vilken utsträckning den ”produkt” som levereras av en viss klinik är väldefinierad. Det är alltså ett medicinskt betingat begrepp. En patient som skall opereras för grå starr har hög medicinsk tydlighet, medan en patient som kommer in efter en större bilolycka har låg medicinsk tydlighet.

Med administrativ *planerbarhet* menas i vilken grad den medicinska processen, utredningen och behandlingen på kliniken normalt kan kontrolleras i tid och plats av ledningen. Det är med andra ord i första hand ett administrativt begrepp. Den högsta graden av planerbarhet innebär att de utredda patienterna kommer in för behandling på en exakt överenskommen tid, att tidsåtgången för ingreppet är känt, att vårdbehovet efter behandlingen också är känt etc. Den lägsta graden av planerbarhet har patienter som kommer in till sjukhuset eller kliniken akut. *Elektiv sjukvård* används i fortsättningen synonymt med sjukvård som har hög planerbarhet.

Modellen bygger på hypotesen att man i ett vårdssystem som det svenska kan låta marknaden styra produktionen om, allt annat lika, den aktuella vårdverksamheten (vårdlogiken) har hög grad av tydlighet och planerbarhet – och, underförstått, därmed kan uppnå högre effektivitet. Också motsatsen gäller. Vårdverksamheter där patientens behov är svåra att medicinskt definiera (till exempel multisjuka äldre) och vårdprocessen administrativt komplicerad och svårplanerad är regelmässigt mindre lämpade för en marknadslösning.

Orsakerna till att dessa samband finns är flera. Men viktigast är att om ”vårdprodukten” har tydliga konturer, det vill säga hög tydlighet och planerbarhet, kan de relativa kontrakts- och kontrollkostnaderna hållas låga. En outtalad grundförutsättning är att det råder konkurrens på marknaden och att patienten har rätt och möjlighet att välja vårdgivare.

Låt oss börja med indelningen:

Den svenska vården kommer att delas in i tio vårdlogiker – i sin tur uppdelade i två huvudgrupper.<sup>65</sup>

Den första huvudgruppen, den specialiserade sjukvården, är indelad i fem vårdlogiker. Den andra huvudgruppen, närvården, delas följaktligen också in i fem vårdlogiker.

Det finns på en punkt en avgörande skillnad också mellan de två huvudgrupperna. Den specialiserade sjukvården har i allt mindre grad geografiska gränser. Vissa snäva specialiteter finns redan bara på ett ställe i landet (rikssjukvård). Och det är sannolikt att specialistklinikerna kommer att fördjupa specialiseringsgraden inom respektive område. Det kommer i sin tur att leda till att patienter med komplicerade medicinska eller kirurgiska behov i ökad utsträckning kommer att tvingas söka sig utanför det egna landstinget/regionen för att få tillgång till bästa möjliga vård.<sup>66</sup> På lite längre sikt kommer man som patient sannolikt att finna det naturligt att söka bästa specialistvård också utanför landets gränser.

Närvården är i det här avseendet definitionsmässigt motsatsen till den specialiserade sjukvården. Den har geografiska gränser i meningen att den skall bedriva sin verksamhet nära patienterna, alltså i största möjliga utsträckning vara tillgänglig för medborgarna där de bor eller i omedelbar närhet. Om den specialiserade sjukvården i ökad grad lämnar den regionala bindningen kan man förutse att närvården går åt andra hållet. Med hjälp av modern teknik, till exempel Internet och avancerad kommunikationsteknik, kommer vården allt närmare patienten, också i hemmet.<sup>67</sup> Hemsjukvård kommer sannolikt än mera i fokus för vissa patientgrupper, i praktiken för vissa patienter i gruppen sjuka-sjuka.

Mera precist gör jag följande uppdelning inom respektive huvudgrupp. Först de fem vårdlogiker som den specialiserade sjukvården kan delas in i.

### **Specialiserad sjukvård**

(1) *Standardiserad, elektiv kirurgi* ("Löpandeband-kirurgi") – den del av den kirurgiska korttidsvården som avser komplicerade operationer men som görs i stort antal, med väl utprovade tekniker och med god möjlighet till inplanering i tiden (höftleder, knän, grå starr, gastroskopi etc.). Standardiserad, elektiv kirurgi omfattar både dagkirurgi och kirurgi med korttidsvård.

Den standardiserade, elektiva kirurgin kännetecknas av mycket hög tydlighet och planerbarhet. Vården kan planeras i tiden, i omfattning och till innehåll.

(2) *Övrig planerbar specialistvård* – specialistvård med komplicerade diagnostiska undersökningar och/eller behandlingar men med välkända medicinska teknologier, goda möjligheter att förutse resultatet av behandlingen (=hög tydlighet), i vissa fall tillgång till jämförande kvalitetsmått mellan olika kliniker samt överlag långtgående planering och kontroll av processen (=hög planerbarhet). Exempel: födslar, aborter, dialys, strålning men också delar av thoraxkirurgin.<sup>68</sup>

Den planerbara specialistsjukvården har vad gäller kirurgin i allt väsentligt samma kännetecken som den standardiserade, elektiva kirurgin med den skillnaden att antalet behandlade patienter per år är mindre, patientvariationen högre, graden av standardisering i utredning och behandling lägre samt resultatösäkerheten högre. Ändå kännetecknas den av, relativt sett, hög tydlighet och planerbarhet.

(3) *Icke-planeringsbar specialistvård* kan exemplifieras med allt från medicinsk och kirurgisk korttidsvård till geriatrik och psykiatri.

Den icke-planeringsbara specialiserade sjukvården är en mycket stor del av sjukvården hur den än mäts (kostnader, antal läkare, antal vård dagar etc). Det är samtidigt, trots omfattningen, verksamheter med ungefär samma kännetecken – mest uppenbart är låg grad av medicinsk tydlighet. Sjukdomsbredden hos patienterna är normalt stor (ett brett diagnospektrum, flera organ är inblandade, multipelt sjuka patienter etc.). Också variationen mellan olika patienter i till exempel ålder är stor, och det kan vara svårt att gruppera patienterna i väletablerade medicinska kategorier. Graden av osäkerhet i resultatet av behandlingen är vanligtvis högre. Delvis som en följd av den medicinskt komplicerade bilden (låg tydlighet), delvis av andra skäl, patienten kan exempelvis komma in akut, är processen svårkontrollerad (låg planerbarhet).

Den icke-planeringsbara specialiserade sjukvården bedrivs i de flesta fall vid måttligt stora kliniker. Det måste finnas möjlighet till intagning liksom tillgång till andra medicinska stödfunktioner, till exempel röntgen och laboratorier. Det senare gör att den helt dominerande delen av dessa kliniker finns, och sannolikt måste finnas, vid sjukhus.

(4) *Högspecialiserad sjukvård*. Den högspecialiserade vården finns tillgänglig bara på några få ställen i landet, i praktiken vid universitetssjukhusen, är för det mesta kopplad till forskning och medicinsk utbildning och har ett ansvar för metodutvecklingen inom respektive specialitet. Rikssjukvården är en del av den högspecialiserade sjukvården.<sup>69</sup>



Den högspecialiserade sjukvården har i princip samma kännetecken som den ”icke-planeringsbara specialiserade vården”, dock med den skillnaden att den medicinska tydligheten sannolikt i de flesta fall är lägre (mera komplicerade utredningar och ingrepp) samtidigt som planerbarheten troligtvis i de flesta fall är högre. Patienterna kommer normalt in till klinikerna med god framförhållning och det finns möjligheter att tidsmässigt planera utredning och behandling.

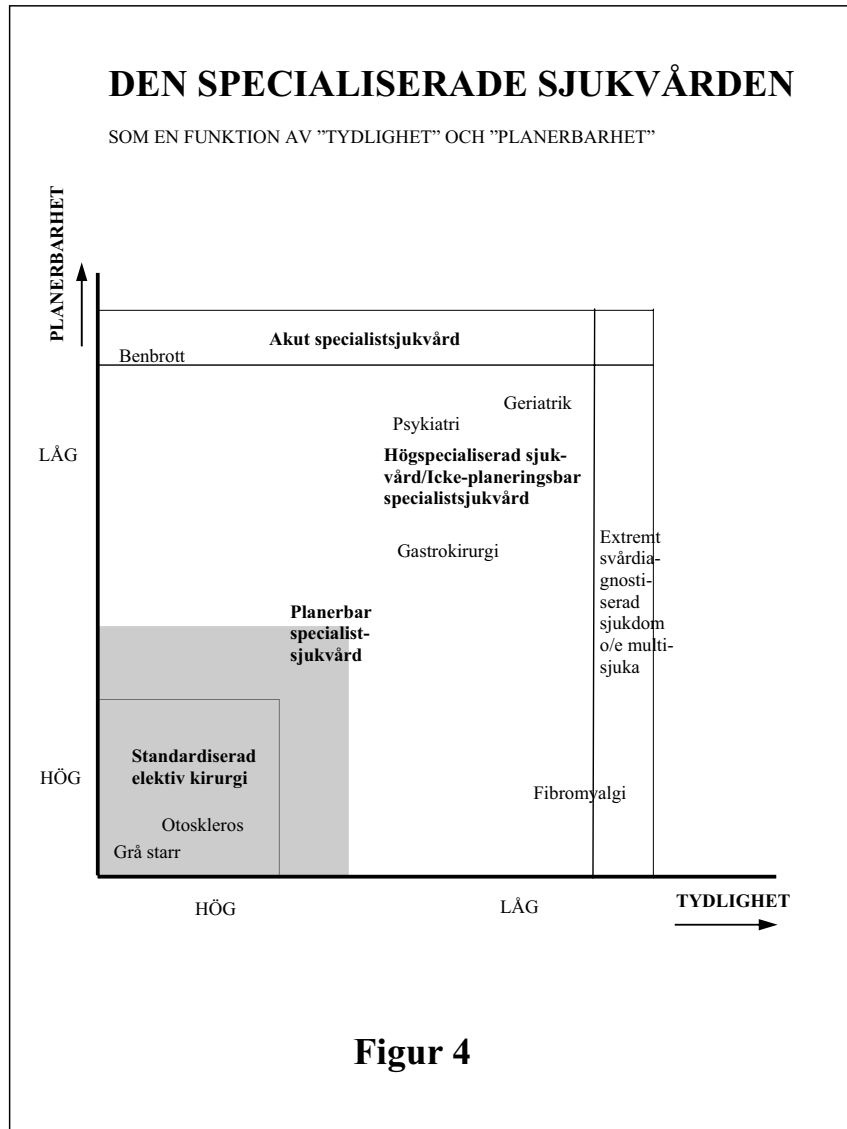
(5) *Specialiserad akutsjukvård* – det resurskrävande omhändertagande som krävs vid livshotande tillstånd eller akut allvarligt insjuknande/skada och som förutsätter, förutom akutmottagning, också röntgen, anestesi, operation, intensivvård mm. I praktiken är det den kvalificerade akut- och trauma-sjukvården vid större sjukhus.

Den specialiserade akutsjukvården utmärker sig sett i vårdgivarens perspektiv särskilt genom att den är mycket svår att planera; vårdbehovets storlek och karaktär är vid varje tidpunkt närmast slumpmässigt. För patienten är akutvården också mycket speciell. Vid livshotande sjukdomar eller skador finns ingen valfrihet. Det senare gäller inte för någon annan vårdlogik, i varje fall inte i samma utsträckning. Med den terminologi som vi använder skulle den akuta specialistsjukvården kunna sammanfattas som ”mycket svår att planera” med stor variation i medicinsk tydlighet.

Det här resonemanget sammanfattas i **Figur 4** på nästa sida.

Den gråmelerade zonen i figuren visar de delar av den specialiserade sjukvården där en konkurrensutsättning på *vårdlogiknivå* (kliniknivå) borde vara möjlig, givet att lagar och andra regelsystem gör det formellt möjligt. Det är högst sannolikt att med tiden kommer också delar av den icke-planeringsbara specialistsjukvården, och även delar av den högspecialiserade sjukvården, att kunna konkurrensutsättas på kliniknivå i takt med vad den medicinskt-teknologiska utvecklingen tillåter och i takt med att nya metoder för att jämföra kvalitet och tillgänglighet mellan olika vårdgivare förbättras. Den gråmelerade ytan i figuren skulle med andra ord i framtiden komma att bli något större.

På *sjukhusnivå* (=hela ytan i Figur 4) är bilden en annan. Jag skall återkomma till den frågan.



### Närvård

Också närvården delas in i fem vårdlogiker:

(1) *Akut närsjukvård* – den icke-tidsplanerade öppna sjukvården som under dagtid bedrivs vid vårdcentraler, av privatpraktiserande läkare, i läkarhus etc. Därtill i vissa fall vid närsjukvårdens akutmottagningar med nattöppet.

Den akuta närvården har samma grundkaraktäristika som den specialiserade akutsjukvården, den medicinska tydligheten kan vara hög men också saknas. Den är svår att planera till omfattning och innehåll (dock väsentligt lättare än för den akuta specialistsjukvården) och den ger liten valfrihet för patienten. Patienten måste söka sig till närmaste vårdcentral eller privatpraktiserande läkare för att få råd och behandling och det måste ske utan fördröjning.

(2) *Planerad närsjukvård* – den tidsplanerade öppna närsjukvården, inklusive öppen specialistläkarvård, rehabiliteringsvård etc. Till den planerade närsjukvården räknas också hemsjukvården – den del av närsjukvården som möter och behandlar patienten i hemmet eller i särskilt boende.

Den planerade närvården sker i ordnade former med, i normalfallet, patientbesök på inplanerade tider och till namngivna läkare, sköterskor eller annan sjukvårdspersonal, i den meningen har den hög planerbarhet. Symptomen kan vara entydiga och den medicinska tydligheten hög, men också det motsatta kan gälla, patienten kommer in till enheten med diffusa medicinska symptom.

Med dagens språkbruk består den planerade närsjukvården av i praktiken två delar med två skilda målgrupper. Dels av *primärvården* med sin huvudsakliga inriktning mot vardagssjuka. Dels av *den öppna specialist-sjukvården* med sin inriktning mot i första hand kroniskt sjuka patienter, vissa allvarligt sjuka och äldre multi-sjuka med behov av återkommande besök hos specialist.

(3) *Omsorgsvård* – den del av närvården som avser äldre, kroniskt sjuka eller handikappade med behov av omsorgsvård.

Omsorgsvården har sitt tydligaste kännetecken genom att vården/omsorgen vanligtvis är kontinuerlig. Patienten är till exempel inskriven och inlagd på ett sjukhem och under den tiden krävs kontinuerlig tillsyn och omvårdnad. Det betyder att verksamheten är planerbar i tid (dygnet runt vid heldygnsvård), till innehåll (vilken typ av omsorg/vård) och till volym (antal patienter). Det finns också omsorgsvård av annat slag – hemtjänst, omsorg under begränsad tid av dygnet, färdtjänst etc. All omsorgsvård kännetecknas av hög tydlighet och hög planerbarhet.

(4) *Hälsovård* – företagshälsovård, skolhälsovård, mödra- och barnhälsovård, privat hälsovård som till exempel gym.

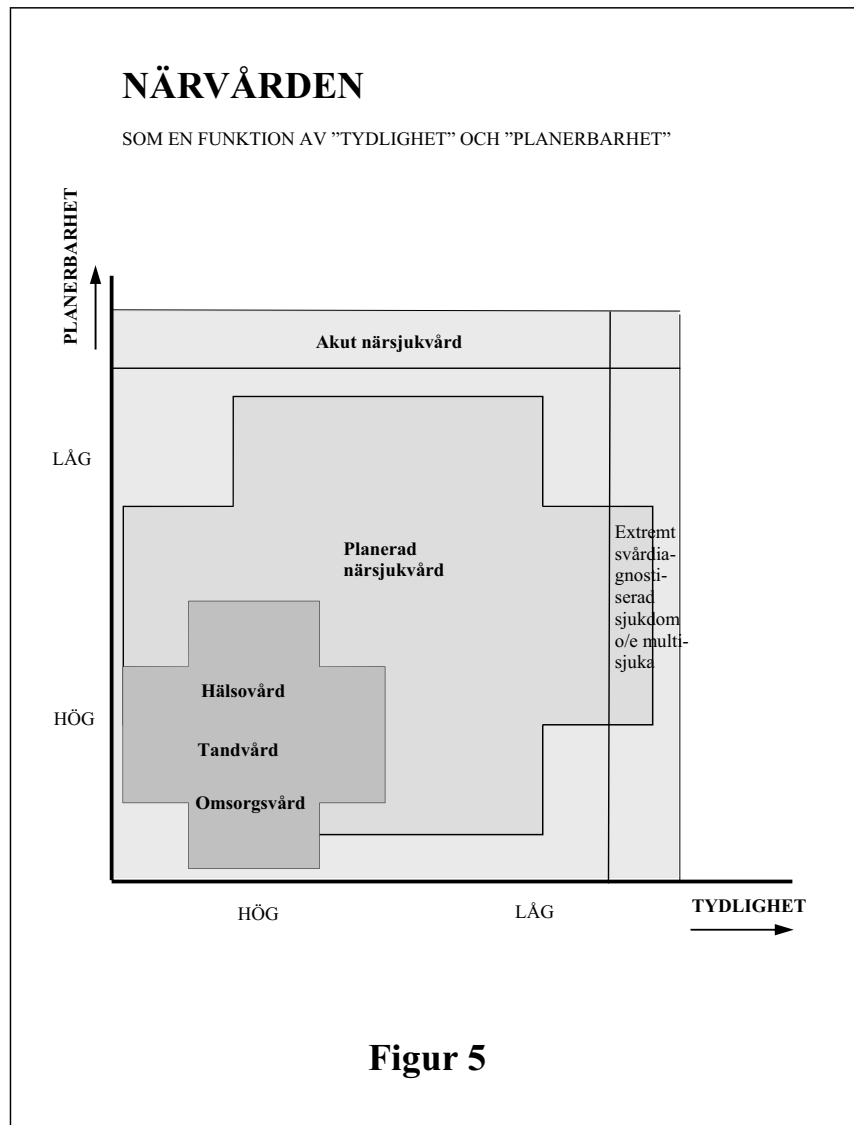
Hälsovård är speciell genom att det inte handlar om sjukvård utan om förebyggande vård. Hälsovården är uppenbart inte försäkringsvård. Kunden får betala hälsovården ur egen ficka, och gör det i ökad utsträckning (det är en annan sak om politikerna av någon anledning vill påverka incitamenten så att vi får mer av förebyggande vård i samhället och av den anledningen subventionerar delar av hälsovården). Hälsovården tillhör det ekonomer kallar ”merit goods”, helt enkelt tjänster som har positiva externa effekter men som utan subventioner, alltså på marknadens egna villkor, tenderar att underkonsumeras. Hälsovården har hög tydlighet och planerbarhet.

(5) *Tandvård*. Också tandvården har hög tydlighet och planerbarhet. Och inte heller tandvården är en utpräglad försäkringsvård. Ett tecken på det är att redan idag betalar den genomsnittliga patienten 60% av den faktiska behandlingskostnaden ”ur egen ficka”.<sup>70</sup>

**Figur 5** sammanfattar diskussionen om närvården. Omsorgsvården, hälsovården och tandvården är alla verksamheter med den relativt högsta graden av tydlighet och planerbarhet. De är i figuren med andra ord placerade närmast origo. Placeringen betyder, i linje med tidigare resonemang, att de alla var för sig har goda förutsättningar att produceras på marknadsvillkor, det vill säga av företag som arbetar i konkurrens med varandra. Det är ingen tillfällighet att just dessa tre vårdlogiker antingen redan idag till stor del sköts av privata företag eller i snabb takt invaderas av privata vårdgivare. Enligt *Välfärdstjänster i omvandling* (SOU 2001:52) hade tandvård och så kallad paramedicinsk vård (sjukgymnastik, laboratorier, naprapatmottagningar, fotvårdskliniker etc.) högst andel verksamma i privat drift år 2000 (64%).<sup>71</sup>

När det gäller hälsovården är bilden mera splittrad. Där finns renodlade marknadsaktörer som utan subventioner säljer hälsovårdsprodukter eller -tjänster. Men där finns också offentlig vård, till exempel barnavårdscentraler. Med tanke på placeringen i figuren – hög tydlighet, hög planerbarhet – kan man förvänta sig att för omsorgsvården, hälsovården och tandvården kommer utvecklingen mot mer av privat vård att fortgå.

För närsjukvården – den akuta och planerade närsjukvården – är både tydligheten och planerbarheten varierande. Sedvanliga tidsbeställda läkar- eller diskriktsköterskebesök, besök för provtagning liksom rehabilitering i olika former har alla hög planerbarhet – och för det mesta hög medicinsk tydlighet. Men det faller också på närsjukvården att ta emot patienter med diffusa symptom och låg tydlighet. Till det skall läggas de patienter som



kommer in akut. Det skulle kunna tolkas så att en konkurrensutsättning av närsjukvården inte är lämplig. Samtidigt drivs inom exempelvis Region Skåne fyra av tio vårdcentraler av privata företag vilket i sig är ett tecken på att en marknadslösning kan fungera. Det finns flera rationella skäl till

det. Ett skäl är primärvårdens masskaraktär, att genomströmningen av patienter med på det hela taget normaliserade åkommor är mycket hög, underlättar resursplaneringen och sänker risken för vårdgivaren. Det är liktydigt med en hög grad av planerbarhet. Det berättas att när Söråkers Vårdcentral skulle privatiseras visste man att efterfrågan på närsjukvård var ca 1,5 besök per år och invånare. Eller som den ansvarige läkaren uttrycker sig. ”Ett och ett halvt år efter att vi öppnat har vi just så många patienter som vi kalkylerade med, 8 000 om året, och inga köer.”<sup>72</sup> Till det kommer att landstingen för närsjukvården kan använda förhållandevis enkla betalningsmodeller. I sina mest avancerade former kan primärvården organiseras enligt en vårdvalsmodell (jfr Vårdval Halland). Det är en marknadslösning med troligtvis goda förutsättningar att leverera hög effektivitet relativt den vanliga offentliga vårdcentralsvården.

Det är därför *hela* figur 5 är gråmelerad (inte bara en del som för den specialiserade sjukvården, se figur 4). Det skall läsas så att den enkla modell som använts här antyder att en privatisering av närvården – i meningen *hela* närvården – är fullt tänkbar, återigen allt under förutsättning att de legala hindren undanröjs och den politiska viljan att genomföra en privatisering finns.

### **Andra delar av den medicinska kärnverksamheten**

Inom den privata tjänstesektorns företag, liksom i organisationslitteraturen, talas ofta om front-office respektive back-office. På front-office arbetar merparten av alla som har kundkontakt som sin huvudsakliga verksamhet. Det kan vara försäljare, rådgivare, telefonister och liknande. På back-office finns de som arbetar med administration, styrning och kringsservice, kort sagt alla som inte normalt träffar kunder utan har som sin huvuduppgift att vara ett stöd för kundverksamheten och för ledningen av organisationen. Det betyder inte att back-office-personalen aldrig kommer i kontakt med kunden. I vissa verksamheter är kundkontakten frekvent, dock då oftast på uppdrag av någon kundansvarig.

Även om begreppen är andra finns samma uppdelning också inom en vårdgivarorganisation. De som arbetar inom respektive vårdlogik skall i den här jämförelsen betraktas som ”kundansvariga”, det vill säga vara ansvariga för patienten. Men precis som i vilket tjänsteföretag som helst, finns parallellt med denna organisation också resurser som är gemensamma för vårdlogikerna inom den specialiserade sjukvården respektive närsjukvården.

Vi skall i fortsättningen skilja mellan fem olika sådana indirekta verksamheter inom sjukvården.

\**Medicinsk teknik och diagnostik.* Det innefattar sådant som röntgen, laboratorier för provtagning, medicinsk teknik och fysik etc.

\**Anestesi* är narkos, smärtlindring och annan medicinsk kompetens som behövs i samband med behandlingar inom vården eller innan patienten kommit under vård, till exempel vid ambulans transporter. Ansvar för intensivvården hör för det mesta också till anestesi.

\**Operationsavdelningar.* Regelmässigt är operationsavdelningarna på sjukhusen gemensamma för flera specialiteter, på vissa sjukhus finns bara en operationsavdelning (eventuellt med flera operationssalar) där således samtliga kliniker med kirurgisk verksamhet måste ”boka in” sina operationer.

\**Vårdavdelningar* är de avdelningar som har inläggande patienter. Det kan vara vårdavdelningar knutna till en viss specialitet eller klinik, gemensamma avdelningar för flera specialiteter, vårdavdelningar med särskilda resurser, till exempel intensivvårdsavdelningar (som således organisatoriskt vanligtvis är en del av anestesi), vårdavdelningar med resurser för närvården etc.

Dessa fyra verksamheter utgör tillsammans med vårdlogikerna vårdens kärnverksamhet. Därutöver finns kringsservice av olika slag.

\*Till *kringservice* räknas sådant som restauranger, transporter, tvätt, säkerhet och miljö, information och data.

### ***Begreppet sjukhus***

Med sjukhus (som inom vårdlitteraturen är ett ganska oprecist begrepp) skall i fortsättningen avses en vårdgivare som i en organisation på en och samma plats bedriver omfattande *specialiserad* sjukvård och som också har vårdavdelningar, därtill i erforderlig grad övriga medicinska stödfunktioner (röntgen, anestesi, op-avdelningar, laboratorier etc.) samt kringsservice. Ett stort sjukhus i denna mening med specialiserad akut-

sjukvård kallar vi akutsjukhus. Ett sjukhus som har verksamhet i samtliga fem vårdlogiker skall vi kalla universitetssjukhus (som definitionsmässigt också är akutsjukhus). Saknas den högspecialiserade vården men bedrivs verksamhet i övriga fyra vårdlogiker, inklusive akut specialistsjukvård, kan vi tala om regionsjukhus eller, med ett snävare geografiskt upptagningsområde, länssjukhus. Enligt definition är dessa också givetvis akutsjukhus. Även en eller flera kliniker samlade på en plats kan kallas sjukhus. Då och då används av hävd begreppet lasarett synonymt med sjukhus. Helsingborgs lasarett är exempelvis ett stort akutsjukhus.

Begreppet sjukhus används i fortsättningen *inte* i samband med närsjukvård. Däremot är det uppenbart att också närsjukvården har behov av både medicinsk teknik och diagnostik och i vissa fall krävs möjligheter till sluten vård på avdelning. Närsjukvården kräver också kringservice av olika slag. I den mån dessa resurser är samlade på en plats och i en vårdorganisation används begrepp som vårdcentral, läkarhus eller närakut.

### ***Medicinska stödfunktioner versus marknaden***

Det finns en principiell skillnad mellan vårdlogikerna å ena sidan och de medicinska stödfunktionerna (laboratorier, röntgen, anestesi, vårdavdelningar etc.) å den andra. Det är skillnader på framförallt två punkter. De medicinska stödfunktionerna har så gott som undantagsvis en mycket hög tydlighet och planerbarhet. Uppgiften, till exempel att röntga en viss kroppsdel eller att ha hand om en patient i sluten vård under några dagar, är i normalfallet klart definierad. Planerbarheten är också mycket hög. (Dock inte alltid. Anestesiologernas verksamhet består till viss del av tjänster med hög planerbarhet, typ sövning under operation, men de har också ofta ansvaret för intensivvården, det vill säga för de minst förutsebara patienterna.)

För det andra, och det är en avgörande skillnad om vi talar om förutsättningarna för att få en marknad att fungera, är både köpare och säljare professionella aktörer. Köpare är de vårdgivare, till exempel kliniker eller enskilda läkare, som för en viss patient har behov av dessa stödtjänster. Säljare är internt de kliniker eller avdelningar som erbjuder tjänsten, externt de privata företag som har de aktuella tjänsterna eller produkterna. En produkt med stor tydlighet och planerbarhet och med både professionella köpare och säljare är som gjord för en avsättas på en marknad. Det är dessutom sannolikt att dessa tjänster produceras med skalekonomi, det vill säga det finns, allt annat lika, ekonomiska fördelar om verksamheten kan bedrivas i stor skala. Det är säkert ingen tillfällighet att de medicinska



stödfunktionerna till viss del redan är privatiserade och fungerar väl på marknadsvillkor (eller på kvasimarknader via interndebiteringssystem av olika slag).

Vi har därmed med hjälp av modellen ringat in de delar av vården där vi kan förvänta oss att en marknadslösning med privata vårdentreprenörer är möjlig och på goda grunder skulle kunna bidra till ökad effektivitet i termer av exempelvis förbättrad produktivitet, högre patientnöjdhet och ökad personaltrivsel. Den fråga som återstår att diskutera är var den övre gränsen för en marknadsstyrd vårdproduktion går *om rationella politiska argument får gälla*. Åtminstone två kriterier måste vara uppfyllda: (1) Det måste råda konkurrens på marknaden. Skall ett landsting exempelvis privatisera en vårdverksamhet måste patienten i normalfallet ha flera likvärdiga vårdgivare att välja på. Annars råder privat monopol och det kan av många skäl inte accepteras. (2) Kostnaderna för att förhandla, skriva kontrakt, implementera och kontrollera överenskommelsen mellan landstinget som beställare och den privata vårdgivaren måste vara lägre än de ”vinster” som privatiseringen kan förväntas medföra. Det är i praktiken detsamma som att säga att överenskommelsen måste vara okomplicerad. Det kan låta som en trivialitet men är i själva verket helt avgörande för om en privatisering, eller någon annan form av privat engagemang i vården, långsiktigt kommer att bli ekonomiskt och politiskt lyckosam eller inte.

Den så kallade transaktionskostnadsekonomi (TCE) kan hjälpa oss förstå var den övre gränsen för en privatisering av vården går.<sup>73</sup>

### **Risken för opportunistiskt beteende sätter gränser för en marknadslösning**

Budskapet från den omfattande teoretiska och empiriska forskning som TCE kan bidra med är att om en viss verksamhet som bedrivs i, låt oss säga, ett tjänsteföretag är komplex, skraddarsydd och starkt integrerad i företagets övriga tjänsteutbud (ungefär som verksamheterna på ett stort sjukhus är inlåstade i varandra) finns det rationella skäl för att behålla den ”in house”, det vill säga att *inte* köpa tjänsten på marknaden. Och det gäller även om det skulle finnas konkurrens mellan tänkbara underleverantörer av just den tjänsten. Skälet är att företaget till följd av tjänstens komplexitet och betydelse för verksamheten hamnar i en komplicerad förhandlingssituation med risker att bli utnyttjat, det blir helt enkelt svårt

eller omöjligt att skriva ett avtal som är tillräckligt tydligt och allomfattande. TCE-modellen, eller mera precist det delområde som brukar kallas ”incomplete contract”-skolan, erbjuder en förklaring till vad det är för skillnad mellan ett ”underleverantörskontrakt” och att behålla verksamheten inom sina egna väggar. Ett kontrakt, hur detaljerat och förutseende det än är i sin utformning, kan aldrig vara heltäckande. Det finns tolkningsutrymme. Det uppstår oförutsedda situationer. Det leder till att ett långsiktigt nära samarbete på marknaden kräver ständiga överläggningar, i sista hand omförhandlingar mellan formellt *två likvärdiga parter*. Och i den situationen finns stora risker. För TCE är särskilt människans opportunistiska beteende centralt. En aktör på marknaden som ges möjlighet att utnyttja en situation för egen vinning kommer sannolikt att göra det, det är TCEs utgångspunkt. Hade man behållit verksamheten ”in house” så är det ägaren och ledningen som *ensam* har det avgörande inflytandet.

Det skall tilläggas att empiriska studier som har gjorts bekräftar att den teoretiska TCE-modellen är ett kraftfullt förklaringsverktyg.<sup>74</sup>

För vården är det särskilt en form av opportunistiskt beteende som man kan förvänta sig av privata vårdgivare – överkonsumtion, helt enkelt mer vård än vad som är medicinskt nödvändigt. Det hänger samman med hur incitamentsbilden ser ut. Om betalningen från landstinget innehåller någon form av prestationskomponent (vilket den ofta gör) tjänar den privata vårdgivaren pengar på att det görs fler behandlingar, tas fler prover etc.<sup>75</sup> Patienten för sin del har svårt att bromsa. Han eller hon sitter i informationsunderläge, har inte lätt att bedöma hur många återbesök, röntgenbilder, laboratorieprov etc. som är nödvändiga. Låga besöksavgifter, högkostnads-skydd och annat gör att patienten inte heller har några starka ekonomiska drivkrafter att hålla igen.

Även beställaren, landstinget, sitter i underläge informationsmässigt. Det är svårt att från beställarens sida ifrågasätta en behandlingskedja, eller ett föreslaget ingrepp, för en patient med hänvisning till överkonsumtion av vård, och om det skulle vara möjligt är det under alla omständigheter kostsamt att komma fram till den slutsatsen. Men det görs försök. Det finns exempel från andra länder på att försäkringsbolag, som i det här avseendet sitter i samma sits som ett landsting, försöker tackla problemet genom att erbjuda premierabatt om patienterna accepterar en kostnadsfri ”second opinion”, en prövning av en annan läkare om den föreslagna behandlingen verkligen är nödvändig.<sup>76</sup>

Opportunistiskt beteende från privata vårdföretagare finns av allt att döma också i svensk vård. Det framgår bland annat av SKLs framställan till regeringen om att få större möjligheter att granska hur privatpraktiserande läkare som går på den så kallade nationella taxan sköter sig. Naturligtvis sköter sig de flesta läkare som de ska. Men avarterna som beskrivs är de förväntade – att det tas betalt för mer än det jobb som de facto görs, att onödiga undersökningar debiteras, att samma patient återkommer extremt ofta, att en medicinsk åtgärd bokförs osannolikt många gånger etc.<sup>77</sup>

Det skall tilläggas att opportunistiskt beteende också kan leda till underkonsumtion av vård, att en patient inte får all den vård som medicinskt skulle kunna vara motiverad. Vid vårdvalsmodeller ersätts vårdgivaren med ett förutbestämt belopp per listad patient och skall för den samlade ersättningen till kliniken erbjuda en viss specificerad vård, till exempel primärvård. Det ligger i sakens natur att en sådan modell kan ge läkaren som möter patienten incitament att ransonera vården för en enskild patient helt enkelt eftersom vårdföretaget eller doktorn själv tjänar pengar på att vara ”snål” med behandlingar eller diagnostiska undersökningar.<sup>78</sup>

Mera generellt kan man säga att det alltså finns två typer av sådana här ”beteendeproblem” förknippade med privat vårdgivare. Det första handlar om att patienten får den vård han eller hon skall ha (och i vissa fall kanske till och med mer än vad som skulle krävas) men att kostnaderna för vården blir högre än de skulle behöva vara. Den situationen får vi när den privata vårdgivaren genom till exempel ersättningsmodellens utformning har en möjlighet att agera opportunistiskt, och också gör det. Finns den risken leder det till komplicerade kontrakt och höga kontrollkostnader, beställaren försöker helt enkelt stämma i bäcken. Det andra, allvarligare problemet, det vi just diskuterade, är att patienten inte får den behandling som han eller hon medicinskt sett borde få eftersom ett opportunistiskt beteende från vårdgivarens sida leder till underkonsumtion.

Det är tänkbart att det med tiden också kommer att utmejslas ett tredje problem med opportunistiskt beteende. Det gäller särskilt när privata vårdgivare ersätts med någon form av förutbestämd, fast ersättning, som till exempel vid vårdvalsmodeller. Den privata vårdgivaren kan då ha incitament att medvetet försöka påverka klinikens eller vårdcentralens ”portfölj” av patienter så att de mest krävande på lång sikt stöts bort, över på privata konkurrenter eller på offentliga vårdgivare, och de mest ”lönsamma” behålls. Det kan också finnas incitament för den privata vårdgivaren att inte etablera sig på vissa platser med till exempel en vårdcentral om man misstänker att de potentiella patienterna i upptagnings-

området är ovanligt resurskrävande. Ett motmedel mot sådana beteenden är att differentiera betalningen. Landstinget kan helt enkelt variera per-capita-ersättningen efter ålder, bostadsort, andel invandrare etc.

Det är inte så att jag tror att opportunistiskt beteende skulle vara ett mycket stort problem i den praktiska vardagen i ett vårdssystem med fler privata vårdgivare än vad vi har idag. Det skulle det säkerligen inte vara, i synnerhet inte i ett land som Sverige med sina väl utvecklade institutioner. Och säkert inte om privata aktörer bara får ta hand om de delar av vården som lämpar sig för marknaden. Det viktiga är att det finns en medvetenhet om att den empiriska forskningen tydligt visar att opportunistiskt beteende förekommer.

### **TCE-modellens rekommendationer**

Att låta ett privat vårdföretag få ansvaret för driften av till exempel delar av den icke-planeringsbara specialistvården eller den akuta specialistsjukvården skulle enligt TCE vara felaktigt eftersom det för den typen av verksamhet skulle vara svårt eller omöjligt att skriva ett kontrakt som inte gav utrymme för opportunistiskt beteende, i sin yttersta form för en ren utpressningssituation ("hold up") mot beställaren från den privata vårdföretagarens sida.<sup>79</sup> Och den risken skulle dessutom öka ytterligare till följd av det lokala monopol som den privata vårdgivaren de facto skulle få.

Om man istället talar om den standardiserade elektiva kirurgin, låt oss säga grå starr-operationer och annan enklare ögonkirurgi, är det svårare att se att en TCE-analys skulle motsäga privat drift, eller en mer permanent lösning, en privatisering. Det är en tjänst som är tydlig i konturerna vilket gör det möjligt att skriva avtal med en privat vårdföretagare med ett minimum av tolkningsutrymme för båda parter.

Och än mindre borde det finnas något som hindrar att de medicinska stödfunktionerna – röntgen, laboratorier, vårdavdelningar etc. – vid de stora offentliga sjukhusen privatiseras eller läggs ut på entreprenad. De avtal som kan skrivas med en privat vårdgivare kan sannolikt göras tydliga och transaktionskostnaderna kan hållas låga.

På samma sätt är TCE-verktyget tillämpligt på närvårdens olika verksamheter. En avancerad vårdvalsmodell för primärvården (typ Vårdval Halland) eller för till exempel äldreboende har TCE-modellen få invänd-

ningar mot. Och det är lätt att förstå att, låt oss säga, ett entreprenadkontrakt för en barnavårdscentral är jämförelsevis lätt att teckna.

Om vi istället diskuterar att i någon form ”privatisera” ett helt sjukhus gäller samma resonemang. Om avtalet kan göras lättfattligt och heltäckande med ett minimum av tolkningsutrymme för avtalsparterna finns från TCE-synpunkt få invändningar. Capios 30-åriga partneravtal med myndigheterna i Madridregionen om att bygga, äga och driva ett akutsjukhus i förorten Valdemoro är ett intressant och tankeväckande exempel.<sup>80</sup> Capiro har, som vi varit inne på, uppdraget att via ett nybyggt sjukhus leverera all akut- och specialistsjukvård för de ca 100 000 människor som idag bor i Valdemoro-området. Capiro betalas för sina tjänster i allt väsentligt genom en fast årlig ersättning per invånare i regionen. Växer befolkningen i området, och det ingår i planerna eftersom Valdemoro är en expansiv region, ökar följaktligen årsersättningen till Capiro med ett känt belopp. Fem procent av ersättningen är relaterad till kontrakterade kvalitetsparametrar. Efter 30 år skall sjukhuset återlämnas till myndigheterna utan ersättning. Sjukhuset tog emot sina första patienter hösten 2007.

Det är onekligen enkla principer. Det borde här vara möjligt att skriva ett avtal som ger högst begränsat utrymme för opportunistiskt beteende från parternas sida. Om det i verkligheten förhåller sig så vet vi som utomstående betraktare ingenting om, men förutsättningarna i fallet Valdemoro för att detta andra kriterium är uppfyllt borde vara goda. Om också det första kriteriet, att det måste finnas konkurrens på marknaden, är uppfyllt vet vi inte heller något om med säkerhet, det hänger samman med Valdemoro-patienternas frihet att praktiskt göra välgrundade vårdval inom storregionen Madrid. Men om dessa valmöjligheter finns, ja då kan båda kriterierna för ett privatägt stort sjukhus vara uppfyllda. Det betyder att det kan finnas *rationella* skäl att låta privata vårdföretag äga och driva stora akutsjukhus även i länder med skattefinansierad sjukvård.

Ett kort tillägg om konkurrenskriteriet kan vara motiverat. Om ett sjukhus kan privatiseras eller inte bestäms således av om det finns konkurrerande aktörer på den aktuella marknaden. Eller uttryckt från ett motsatt perspektiv, att privatisera ett stort sjukhus i en region där det i praktiken därmed skulle bildas ett privat monopol är inte ekonomiskt rationellt. Ett stort sjukhus med akut specialistsjukvård, verksamhet inom icke-planeringsbar specialistsjukvård och även inom högspecialiserad sjukvård, låt oss säga universitetssjukhuset i Umeå, är direkt olämpligt att privatisera. Det skulle bildas ett regionalt privat sjukhusmonopol med alla de nackdelar

som kännetecknar privata monopol. Ett privat sjukhusmonopol är med all säkerhet i längden sämre än det vi idag har, ett offentligt sjukhusmonopol. Eller som författaren och läkaren PC Jersild har uttryckt det. ”Läget kommer att likna det som råder för Gotlandstrafiken. Den som vinner kontraktet blir ensam herre på täppan och kan sedan utöva utpressning...”<sup>81</sup>

Om det inte går att skapa konkurrens *på* marknaden eftersom det inte finns några valmöjligheter för patienterna skulle man istället för privatisering kunna tänka sig privat drift av sjukhuset, en tidsbegränsad ”privatisering”. Det skulle med andra ord skapas konkurrens *om* marknaden, i upphandlingssituationen skulle det, åtminstone teoretiskt, finnas flera, privata eller offentliga, vårdgivare som slogs om kontraktet. Enligt min uppfattning är konkurrenskriteriet då inte uppfyllt. Även om det skulle finnas en fungerande konkurrens om marknaden när en upphandling görs kan det aldrig ersätta bristen på konkurrens *på* marknaden. Faktum kvarstår att så länge avtalet löper råder definitionsmässigt ett privat monopol. Det kan man kanske bortse från om det gäller en mindre, och en mindre komplicerad, verksamhet, låt oss säga en vårdcentral eller ett länsdelsjukhus, eftersom det förhoppningsvis finns fördelar med den privata driften som uppväger vad det privata monopolet kostar. Men det kan man rimligen inte göra om man som här talar om ett stort sjukhus.

Man kan slutligen fråga sig hur TCE skulle se på en privatisering av *ett helt sjukvårdsområde*, alltså att ansvaret för all sjuk- och hälsovård, specialiserad sjukvård och närvård, för invånarna inom ett geografiskt avgränsat område inom ett landsting med andra ord skulle läggas på en privat entreprenör (eller på ett konsortium av flera privata vårdföretag). Frågan har aktualiserats i Stockholm under 2007 där det funnits vissa tankar på att privatisera hela sjukvårdsområdet SNS, sjukvården i Södertälje, Nykvarn och Salem inklusive akutsjukhuset i Södertälje.<sup>82</sup> Sammantaget arbetade 2007 ca 1 600 personer i SNS sjukvårdsområde och omsättningen var drygt 1 miljard kronor.

Samma två kriterier måste gälla som för en privatisering av ett akut-sjukhus. Transaktionskostnaderna för att under avtalets löptid upprätthålla samarbetet mellan beställaren och den privata entreprenören måste således, allt annat lika, under avtalets löptid vara lägre än vad det skulle kosta att administrera sjukvården inom området om det sköttes av det offentliga (SNS-området sköts exempelvis för närvarande helt i förvaltningsform vilket gör att dessa kostnader borde vara kända). Det är i praktiken liktydigt med att överenskommelsen, och särskilt ersättningsmodellen, måste göras enkel och okomplicerad, annars riskerar transaktionskostnaderna, och

särskilt kontrollkostnaderna, att bli mycket höga. Också konkurrenskriteriet måste vara uppfyllt, det vill säga patienterna måste ha fritt vårdval, också för vård utanför det privatiserade sjukvårdsområdet, och det måste finnas alternativa vårdgivare som det inte kostar för mycket i tid eller pengar för patienten att nå. Det innebär rimligen i praktiken att det bara är inom relativt tätbefolkade områden som konkurrenskriteriet kan vara uppfyllt.

TCE-modellen skulle knappast ha några invändningar om dessa båda villkor var uppfyllda.

### **En kort kommentar om den privata vårdgivarens perspektiv**

Det vi nu diskuterat är var den övre gränsen för en marknadslösning borde gå sett i ett *samhällsperspektiv*. Vi kan se det som den gräns som bestäms av rationellt agerande politiker. Men också den privata vårdgivaren har, alldeles oavsett politikernas gränsdragningar, en tydlig övre gräns för sitt intresse att producera offentligfinansierad vård.

Kraven på en väl fungerande marknad sett ur den privata entreprenörens synvinkel kan formuleras i företagsekonomiska termer – och det handlar om två grundläggande krav. För det första måste företaget kunna tjäna pengar på sin verksamhet. Det i sin tur betyder (om vi talar om tredjepartsfinansierad produktion av typen vård) att företaget utan inblandning bland annat måste (1) kunna producera kostnadseffektivt, det vill säga kunna rationalisera, lägga ner, omorganisera etc. utan att någon annan lägger sig i samt (2) kunna förändra utbudet genom att exempelvis utveckla nya tjänster, avveckla gamla etc.

För det andra måste företaget känna att risken i verksamheten är hanterbar. En för stor risk betyder att även om det finns möjligheter att tjäna pengar på verksamheten är sannolikheten för kostsamma störningar så hög att det inte blir någon privat produktion eftersom den privata entreprenören inte ställer upp.

När det gäller friheten att utan inblandning producera vården så kostnadseffektivt som möjligt, liksom i än högre grad friheten att förändra tjänsteutbudet, finns det inskränkningar i de avtal om hur vården skall bedrivas som upprättas mellan beställare och utförare.<sup>83</sup> De avtal som beställaren tecknar med privata vårdgivare, och som gäller sådant som vårdens innehåll, volym, kvalitet, patientavgifter, ersättningsprinciper etc., kan i praktiken bli en hämsko för vårdgivaren (och möjligen också för

beställaren<sup>84</sup>). Verksamheten omgärdas med så många villkor att handlingsfriheten för ledningen blir inskränkt. Förutsättningarna för en effektiv marknadslösning med hög entreprenöriell aktivitet blir helt enkelt sämre.<sup>85</sup> Givet den ekonomiska ersättning som avtalet stipulerar, finns en övre gräns för hur långt ett avtal kan få lägga sig i verksamhetens upplägg och organisation innan en privat entreprenör backar ur.

Risken måste också vara hanterbar för vårdgivaren. Utan ekonomiska garantier i en eller annan form tar sig en vårdgivare inte an verksamheter där risken är hög att kostnaderna stiger okontrollerat eller betalningarna sjunker dramatiskt, eller kanske helt försvinner. Det sista kan vara en realitet om de vårdavtal som reglerar verksamheten av någon anledning löper ut och då inte förlängs.

En aspekt på vårdavtalet är särskilt väsentlig ur risksynvinkel – att löptiden för det avtal med huvudmannen som reglerar vården i det specifika fallet inte är alltför kort. Det finns empirisk forskning som visar att den beställansvariga myndigheten, ett landsting eller en kommun, ibland agerar alltför kortsiktigt och löptidssnålt för att en privat vårdgivare skall ha en rimlig risk i samarbetet. Det gäller inte minst för de mindre företagen.<sup>86</sup> Med korta löptider hämmas investeringarna och det skapas oro hos personalen och i ledningen vilket i sin tur med stor säkerhet påverkar effektiviteten och kvaliteten i vården negativt. I sin yttersta konsekvens, om löptiderna är alltför korta eller sannolikheten för en förlängning av avtalet är alltför låg, blir ett entreprenadkontrakt med en riskmedveten aktör överhuvudtaget inte möjligt att träffa. Eller också träffas det men med den praktiska konsekvensen att om avtalet inte förlängs hamnar företaget i ekonomiska svårigheter.

För att sammanfatta. Modellen visar att marknadsstyrd produktion med privata vårdentreprenörer kan vi på vårdlogiknivån förvänta oss inom standardiserad elektiv kirurgi ("löpandeband-kirurgi") och inom vissa delar av den planerbara specialiserade sjukvården, till exempel viss hjärtkirurgi, BB, aborter etc. Likaså säger modellen att de medicinska stödfunktionerna (röntgen, laboratorier etc.) i de allra flesta fall lämpar sig för en marknadslösning. Detsamma gäller för hela närvården.

Ett helt sjukhus, i meningen ett större akutsjukhus, kan läggas på privat drift genom entreprenad eller partnerskap under två förutsättningar: (1) Det måste råda konkurrens mellan olika akutsjukhus och patienten måste kunna göra ett fritt informerat vårdval. Den praktiska konsekvensen av det kriteriet blir att sådan konkurrens endast kan skapas på vissa storstads-



marknader eller i regioner med korta avstånd mellan akutsjukhusen. (2) Avtalet mellan landstinget och den privata entreprenören måste kunna göras enkelt och okomplicerat. Det finns anledning att betona vikten av den senare punkten. Vi vet att de administrativa kostnaderna i det amerikanska sjukvårdssystemet är extremt höga (över 30% av sjukvårdens samlade kostnader), men mer tänkvärdt är det att de enligt samma studie är dubbelt så höga som administrationskostnaderna i den kanadensiska sjukvården (med ett sjukvårdssystem liknande vårt).<sup>87</sup> Det är högst sannolikt att den skillnaden kan förklaras av högre kontrakts- och kontrollkostnader i det fragmenterade amerikanska systemet än i det mer homogena, ”single payer”, kanadensiska systemet.<sup>88</sup>

Dessa två kriterier gäller också vid privat drift av *all* sjukvård inom ett geografiskt avgränsat område.

Det är sannolikt att den relativa produktiviteten, patientnöjdheten och personaltrivseln, allt annat lika, blir högre om den privata vårdgivaren ges stora frihetsgrader i verksamheten och avtalet löper på lång tid. Det antyder att vårdvalsmodellen med sina större frihetsgrader för vårdgivaren är ekonomiskt bättre än upphandlingsmodellen – och att ett entreprenadavtal som löper på lång tid är mer kostnadseffektivt än samma avtal med kortare löptid. Det senare förklaras av att entreprenören måste ta ut en riskpremie för att gardera sig mot att entreprenaden upphör när kontraktet löper ut – och den riskpremien är högre ju kortare avtalstiden är. Är frihetsgraderna för få eller risken för hög, eller en kombination av båda, kommer inget samarbete till stånd.

### **Fem privata vårdgivare**

Man kan tycka att en analys av det här slaget bara bekräftar det vi redan vet. Men systematiken hjälper till att förklara varför vissa delar av vården har kommit att konkurransutsättas och varför privata aktörer är beredda att satsa kapital, kompetens och andra resurser på vissa delar av vården men inte på andra. Granskar man de framgångsrika privata vårdföretag som finns i landet borde det visa sig att de ägnar sig åt de vårdlogiker där analysen antyder att det finns ett utrymme för marknaden och marknadskrafterna. Eller också åt de medicinska stödfunktionerna där, som vi har konstaterat, utrymmet för marknadslösningar överlag är stort – eller i vissa fall en blandning av båda.

Låt oss titta närmare på fem privata vårdgivare.<sup>89</sup>

### ***Exempel 1: Capio Läkargruppen i Örebro***

Privatägda Capio Läkargruppen i Örebro bedriver sedan mer än två decennier sjukvård i Örebro län, idag med 90 anställda. Ungefär halva verksamheten är landstingsfinansierad, den andra hälften av intäkterna kommer från försäkringspatienter, ett koncept för företagshälsovård, resevaccinationer etc.

Det gjordes verksamhetsåret 2006 inom kliniken 35 000 läkarbesök och 2 500 operationer. Det fanns specialister inom allmänkirurgi, allmänmedicin, kardiologi, gynekologi, ortopedi, urologi, ögon och öron-näsahals. Det fanns därutöver en sjukgymnastavdelning med, under 2006, 14 000 sjukgymnastbesök och en vaccinationsmottagning som samma år gjorde 14 500 vaccinationer.

Merparten av de operationer som utförs på kliniken är av typen standardiserad elektiv kirurgi, till exempel dagkirurgiska ingrepp typ grå starr, ortopedi, bräck etc. eller operationer som kräver några dagars inläggning som exempelvis vissa urologiska operationer. Antalet vårddyggn 2006 var strax under 500.

Capio har ett mångårigt vårdavtal med Örebro läns landsting (som för övrigt också äger 9% av aktiekapitalet) och samverkar med den offentliga vården i länet. Resevaccinationsverksamheten drivs exempelvis i samarbete med infektionskliniken vid Universitetssjukhuset i Örebro. Patienter från andra landsting kommer till kliniken genom reglerna för vårdgaranti och valfrihet.

Capio Läkargruppen bedriver i praktiken också närvård. Patienter med remiss från primärvården kan söka vård hos någon av klinikens specialistläkare och det kostar patienten lika mycket som om han hade gått till en privatpraktiserande specialistläkare med vårdavtal eller till landstingets egna enheter. Och rehabiliteringsverksamheten med sjukgymnaster och vaccinationsmottagningen är också exempel på närvård.

### ***Exempel 2: Praktikertjänst Hälso- & sjukvård***

Det producentkooperativa företaget Praktikertjänst AB är mest känt som det företag som dominerar den privata tandvården i landet. Cirka 1 500 tandläkare, knappa hälften av alla privatpraktiserande tandläkare, arbetar vid klinker knutna till Praktikertjänst.

Praktikertjänst bedriver emellertid också en stor verksamhet inom hälso- och sjukvården, så gott som helt koncentrerat till närvården. Det finns

inom det som kallas Praktikertjänst Hälso- och sjukvård exempelvis närmare 300 så kallade familjeläkare, i praktiken allmänläkare ofta vid egna vårdcentraler. I början av 2007 drevs 52 vårdcentraler i Praktikertjänsts regi, det motsvarar ungefär var femte privat vårdcentral och cirka 5% av alla vårdcentraler. Till det kommer ca 350 specialistläkare framförallt verksamma vid grupp-mottagningar, läkarhus eller andra medicinska närvårdscentra, också några få så kallade solitärpraktiker. Även barnvårds- och mödravårdscentraler drivs av Praktikertjänstpersonal på ett antal orter i landet. Därtill finns en stor verksamhet inom rehabilitering. Ca 80 sjukgymnaster och terapeuter arbetar på vårdcentraler och andra mottagningar i landet. Till det kommer specialistrehabilitering via bolag för personer med exempelvis ryggbesvär (Ryggkirurgiska Kliniken i Strängnäs), whiplash- och ryggmärgsskador mm (Rehab Station i Stockholm) samt stress och utbrändhet (Årekliniken).

Det finns också inom gruppen mer sammanhållna närsjukvårdsföretag. CityAkuten i Stockholm, Göteborg och Malmö är ett exempel. CityAkuten i Stockholm driver också från hösten 2007 den nystartade närakuten för barn vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Löwet Närvård, en del av "vårdgallerian" i Löwenströmska sjukhuset utanför Stockholm, med bland annat närakut, palliativ avdelning och avancerad hemsjukvård är ett annat exempel. På uppdrag av Stockholms läns landsting driver Praktikertjänst också BB Stockholm, enligt uppgift den enda privata förlossningskliniken i Sverige.

Tillsammans har Praktikertjänst Hälso- och sjukvård ca 2 miljoner patientbesök per år. Antalet anställda är ca 2 300.

Den samlade bilden av Praktikertjänst AB blir att i företagets verksamhet ryms samtliga vårdlogiker inom närvården så som de tidigare definierats (numera med undantag för omsorgsvården där dotterbolaget MediHem, ett av Sveriges äldsta privata omsorgsföretag, under 2006 sålts till vårdföretaget Carema).

### ***Exempel 3: Attendo***

Attendo, tidigare Attendo Senior Care, är idag det största privata äldreomsorgsföretaget i Norden med en omsättning år 2006 på 2,8 miljarder kronor och med 6 700 anställda. Den förväntade omsättningen 2008 är över 4 miljarder kronor efter köpet av ett större finskt vårdföretag (Medone). I Sverige, som är den helt dominerande marknaden för Attendo, bedrivs verksamheten idag på ett sjuttio-tal orter, i många fall med ett stort

antal vårdenheter i en och samma kommun. I Stockholms stad drevs exempelvis 2007 ett femtontal äldreboenden i Attendos regi.

Företaget startades under 1970-talet som ett system- och teknikföretag inriktat mot telelarm och hemtjänster men utvecklades under 1990-talet och början av 2000-talet steg för steg till att bli ett alltmera renodlat omsorgsföretag. Det skedde bland annat genom att välkända Partena Care köptes år 2000 och Capiro Care år 2004. Renodlingen fullföljdes genom att affärsområdet System, det som var företagets ursprung, såldes under 2005.

#### ***Exempel 4: Aleris Medicinsk Diagnostik***

Aleris AB är, med verksamhet i Sverige, Norge och Danmark, ett annat av Nordens största vårdföretag med år 2007 cirka 5 000 medarbetare och en årsomsättning på beräknade 2,9 miljarder kronor. Företaget bildades i mars år 2005 genom en sammanslagning av ISS Health Care och CarePartner och bedriver idag verksamhet inom fyra områden – medicinsk diagnostik inklusive röntgen, sjukvård, äldreomsorg och psykiatri. Merparten av de anställda arbetar med omsorgsvård.

Inom Aleris Medicinsk Diagnostik finns idag tre affärsområden – Aleris Röntgen, Medilab och FysiologLab. De tre verksamheterna, som tillsammans har ca 400 anställda, beskrivs i företagets informationsmaterial på följande sätt:

*Aleris Röntgen* med verksamhet på Sabbatsberg, Täby, Järva, Dalen och Rosenlunds närsjukhus driver moderna röntgenavdelningar och erbjuder undersökningar med magnetkamera, konventionell röntgen, ultraljud och datortomografi.

*Medilab* utför laboratorieundersökningar och verksamheten är indelad i fyra affärsområden: klinisk kemi, patologi/cytologi, mikrobiologi och kliniska provningar. Servicen är landsomfattande och vänder sig till vårdgivare inom offentlig och privat sjukvård.

*FysiologLab*, som finns på Läkarhuset Riddargatan, Sophiahemmet och Ersta sjukhus, har erfarna specialistläkare inom klinisk fysiologi, kardiologi, lung- och allergisjukdomar. Man utreder och behandlar snarkning och sömnapné samt hjärt-, lung- och allergisjukdomar.

Medicinska stödfunktioner lämpar sig väl, det har vi konstaterat, för att upphandlas från privata aktörer på marknaden. Och vi kan konstatera att de flesta större privata vårdgivarföretag i landet har verksamhet på det här området (Capio Diagnostik, Praktikertjänsts Medicinsk Röntgen AB etc.).

### ***Exempel 5: Sophiahemmet i Stockholm***

Sophiahemmet, som är ett av de äldsta svenska privatsjukhusen, har två huvudsakliga verksamhetsområden – utbildning och sjukvård. Sophiahemmet ideell förening driver Sophiahemmets högskola (sjuksköterskeutbildning) och i anslutning till det viss patientnära forskning. Föreningen äger i sin tur det icke-vinstutdelande aktiebolag, Sophiahemmet AB, som är själva basen för den privata specialistsjukvård som erbjuds vid sjukhuset av ett sextiototal privata vårdgivare, alltså av enskilda doktorer med vårdavtal eller etableringsrätt eller privata vårdföretag. Sophiahemmet AB driver samtidigt viss egen vårdverksamhet. Sjukhusets operations- och vårdavdelningar, röntgenavdelningen och viss kringsservice (IT, restaurang, tvätt, växel etc.) drivs av bolaget liksom en dialysavdelning och en hälsokontrollmottagning. Man kan, kort sagt, se på Sophiahemmet som en slags galleria i vilken ett stort antal privata vårdföretagare hyr in sig och därmed får tillgång till, förutom ett värdefullt ”varumärke”, nödvändiga medicinska kringresuser för att kunna bedriva specialiserad sjukvård.

Verksamheten är relativt omfattande. Vid Sophiahemmet arbetade vid slutet av år 2007 ca 800 personer med vård eller medicinsk kringsservice (således borträknat utbildning och forskning) varav ca 200 läkare, samtliga specialister. Det genomfördes ca 5 000 operationer vid de egna operationsavdelningarna och därutöver ett antal kirurgiska ingrepp hos ett par privata vårdgivare med egna operationsfaciliteter. Vården för 70-75% av Sophiahemmets patienter är offentligt finansierad.

Standardiserad elektiv kirurgi och annan planerbar specialiserad sjukvård dominerar vården vid Sophiahemmet. Flertalet läkare driver mottagningar inom respektive specialiteter (allmänkirurgi, barnkirurgi, gynekologi, hjärtsjukdomar, invärtesmedicin, provrörsbefruktning och fertilitet, lungmedicin, mag- och tarmsjukdomar, neurologi, onkologi, ortopedi, psykiatri m fl). Men vid sjukhuset finns också ett antal vårdföretag med mer omfattande verksamhet. Capio Artro Clinic (korsbandskirurgi, idrottsskador mm) är det största privata vårdföretaget vid Sophiahemmet med ca 45 anställda och en årsomsättning 2007 på ca 90 miljoner kronor

(varav Stockholms läns landsting beställer för ca 50 miljoner kronor). Vid sjukhuset finns också Stockholms Ögonklinik (starrkirurgi, ögonlocksoperationer mm), Christinakliniken, numera ägt av börsnoterade RayClinic (bröstmottagning, mammografi, strålbehandling mm) och Aleris Fysiolab (utredningar inom klinisk fysiologi och sömn mm).

### **Fungerar modellen?**

Sophiahemmet är på många sätt en intressant och tankeväckande företeelse. Sophiahemmet blir i praktiken ensam ett uttryck för vad privat offentlig-finansierad vård lämpar sig för – och resultatet ligger helt i linje med vad man skulle kunna förvänta sig. Här finns standardiserad elektiv kirurgi (korsbandskirurgi, starrkirurgi, viss ledkirurgi, gastroskopi etc.), övrig planerbar specialiserad sjukvård (dialys, strålning, plastikkirurgi, diskbräck, insemination etc.) och medicinska stödfunktioner (vård- och operationsavdelningar, röntgen, laboratorier etc.).

Låt oss emellertid mera i detalj granska modellens förklaringsförmåga.

Den tidigare analysen har visat, för att sammanfatta, att konkurrensutsättning och privata initiativ skulle vi för det första kunna förvänta oss finna inom den standardiserade elektiva kirurgin, och inom planerbar specialist-sjukvård. Det är också precis det vi har fått bekräftat som exemplen med Capio Läkargruppen i Örebro och Sophiahemmet visar. Men granskar vi den svenska vården närmare hittar vi flera andra privata vårdgivare med inriktning mot specialiserad sjukvård. Vid det lilla Elisabethsjukhuset i Uppsala med 15 vårdplatser, för övrigt ägt av Aleris AB, görs årligen ett stort antal kvalificerade operationer inom främst ortopedi (rygg, axlar, knän, höfter). Ortopedi, och särskilt idrottsskador, ledbands- och broskskador, är också specialiseringen vid Gothenburg Medical Center AB, ett västsvenskt privatsjukhus etablerat 1988 med idag 40 anställda och egen operations- och vårdavdelning. Vid Capio Medoculars fyra kliniker görs 10% av alla gråstaroperationer i landet. Och det finns många fler privata kliniker eller sjukhus, en del mycket välkända som Ersta sjukhus i Stockholm, en del mindre kända som Carema Specialistvård AB i bland annat Linköping, som alla, helt eller delvis, arbetar med standardiserad elektiv kirurgi inom den specialiserade sjukvården.

För det andra kan vi av modellen förvänta oss att de vårdlogiker som finns inom närvården utan undantag kan komma att konkurrensutsettas.

Praktikertjänsts breda och omfattande verksamhet inom närvården är ett empiriskt bevis för detta.

För det tredje är det också i linje med modellen att omsorgsvården med sin höga tydlighet och planerbarhet är en av de delar av närvården som bäst lämpar sig för konkurrensutsättning och privata vårdföretag (förstärkt av den relativt låga teknologiska nivån hos omsorgsvården). Det är alltså inte det minsta förvånande att – när de formella möjligheterna numera finns – privata vårdgivare på entreprenad, eller efter fritt vårdval, sköter delar av kommunernas hemtjänst, servicehus, vårdboenden etc. Attendo är ett exempel på ett privat företag som finns på den marknaden. Andra stora privata omsorgsvårdgivare är Carema och Aleris, tidigare också Praktikertjänst. Även om dessa företag är stora i antal anställda, som tidigare nämnts arbetade år 2000 över 20 000 personer med omsorgsvård i privata företag, svarade de ändå vid den tidpunkten endast för 10% av den samlade omsorgsproduktionen i landet. Vi vet att privata omsorgs-entreprenader idag svarar för en något större andel men fortfarande 2007 gäller att kommunerna i egen regi helt dominerar omsorgsvården.<sup>90</sup> Marknadspotentialen sett i privata vårdgivarperspektivet är således betydande. Det tycks också några av marknadens mest lyhörda aktörer, riskkapitalbolagen, anse. Attendo Senior Care ägdes fram till sommaren 2005 av två välkända kapitalister, Gustaf Douglas och Melker Schörling, som då sålde företaget till det engelska riskkapitalföretaget Bridgepoint, som i sin tur i slutet av 2006 sålde det vidare till ett annat riskkapitalbolag, Industrikapital. För övrigt är också Aleris ägt av ett riskkapitalbolag, EQT. Ägandet speglar rimligen att marknaden förväntar sig goda affärs- och avkastningsmöjligheter inom omsorgsvården.

För det fjärde är det i linje med vad modellen och analysen säger att det finns en stor mängd privata företag inom de medicinska stödfunktionerna (medicinsk teknik och diagnostik, laboratorieverksamhet etc.), här exemplifierat med Aleris Medicinsk Diagnostik. Det är en kvalificerad gissning att privata företag i ökad grad kommer att driva till exempel röntgenverksamheten också vid våra största sjukhus. Anledningen är att det med stor säkerhet finns betydande skalekonomi i en så högteknologisk verksamhet som röntgen – och det är troligt att det också finns fördelar vad gäller metod-, kompetens- och karriärutveckling. Lite spekulativt kan man fråga sig om inte också vårdavdelningarna vid de stora sjukhusen i framtiden kommer att framgångsrikt kunna drivas av privata ”vårdhotell”-företag. Redan idag skickar vissa landsting patienter under vård, till exempel dialys- eller strålningspatienter, att bo på privata, anpassade hotell eller motell. Ett sådant finns bland annat i Lund. Och vid Sophiahemmet drivs som vi

har sett vårdavdelningarna (och operationsavdelningen) av Sophiahemmet AB som därmed i praktiken säljer tjänsten ”vård” till de privata vårdgivarna.

På samma sätt kan man spekulera i att också de medicinska stödfunktioner som ännu inte påverkats av konkurrensutsättning, kommer att ”outsourcas” till privata företag. Ambulansverksamheten är på vissa håll i landet redan idag utlagd på privat entreprenad. Steget till att, förutom ambulansvården, också anestesi och kanske till och med operationsavdelningarna fogas samman till ett företagsekonomiskt attraktivt affärskoncept är inte särskilt långt om vi accepterar modellens förutsägelser att för medicinska stödfunktioner fungerar en marknadslösning.

En avslutande iakttagelse – och den gäller för hela vårdområdet – är att det sker en snabb konsolidering och specialisering bland de privata vårdgivarna och vårdföretagen i Sverige. Aleris köpte exempelvis Medilab av Praktikertjänst så sent som i februari 2006. Och vi har noterat att Praktikertjänst avyttrat också sin omsorgsverksamhet, MediHem, till Carema liksom att Attendo köpt Capio Care.<sup>91</sup>

Utvecklingen mot ökad konsolidering till större, alltmer specialiserade, vårdkoncerner kommer sannolikt att fortsätta. Det bestäms i första hand av ett komplext samband av skalekonomi och bättre förutsättningar att i ett större företag kunna satsa på utveckling, inte bara utveckling av nya tjänster utan också kompetens- och karriärutveckling. Det vi samtidigt kan notera är att arbetsenheterna inom dessa stora privata vårdföretag är förhållandevis små. Det är mycket få enheter eller kliniker som har fler än 100 anställda, de flesta har mindre än 20 anställda. Det är troligt att det finns ett samband mellan de måttligt stora arbetsplatserna och den höga relativa patientnöjdheten som har kunnat noteras i privat vård.

### **En avslutande kommentar om olika ersättningsmodeller**

Genomgången i det här kapitlet gör det lättare att förstå hur ersättningen till vårdgivarna, privata eller offentliga, bör se ut för att fungera effektivt och med ett minimum av snedvridningar, allt givet att vården i huvudsak är offentligt finansierad. Enkelt uttryckt kan man skilja mellan fyra olika ersättningsmodeller:

- En förhandlad ersättning (budget) för en specificerad verksamhet;
- En ersättning per patient (kapitation);
- En ersättning för utfört arbete (prestationsersättning);
- En ersättning för uppnått resultat.



En budget för verksamheten är den klassiska ersättningsmodellen i den offentliga vården, liksom den är i de flesta hierarkier. En gång om året förhandlar den som sitter på pengarna, landstinget om vi talar om vården, och varje verksamhet får en budget för nästa år.

Budgetstyrning borde vara en effektiv ersättningsmodell för de delar av vården som marknaden inte kan ta hand om. På vårdlogiknivå är det med andra ord sannolikt mest effektivt att använda budgetstyrning för den akuta specialistvården och för den icke-planeringsbara specialiserade sjukvården liksom för den högspecialiserade sjukvården. Att försöka ge dessa kliniker ersättning efter utfört arbete, kanske baserat på DRG-poäng, är möjligt men det är troligt att det man ekonomiskt kan vinna med en sådan modell kan gå förlorat i höga administrativa kostnader. Det finns dessutom, som jag har varit inne på, vissa risker för snedvridande incitament och suboptimeringar. (Det är en helt annan sak att det säkert finns anledning för *sjukhusledningen*, inte i första hand för beställaren, att via till exempel DRG-registrering följa produktivitetsutvecklingen på dessa kliniker.)

Kapitation kan användas om det råder konkurrens på marknaden med det ovillkorliga tillägget att risken för vårdgivaren måste vara under kontroll (annars blir det, naturligt nog, inget avtal). Risken kan vara under kontroll om till exempel antalet patienter som vårdgivaren har är mycket stort och om i stort sett alla patienter kräver någorlunda samma resursinsats. Primärvård kan, som tidigare har antytts, vara ett exempel. Äldreboende kan vara ett annat exempel. Bastandvård ett tredje.<sup>92</sup>

Det finns också en annan situation där kapitation kan vara en ekonomiskt attraktiv betalningsmodell för båda parter – om verksamheten är omfattande och bred till innehåll och i antalet patienter och om avtalet löper på mycket lång tid. Det betyder att risken jämnas ut och, mer väsentligt, att det skapas incitament för vårdgivaren att arbeta med förebyggande vård. Vårdgivaren får helt enkelt betalt för de investeringar i hälsovård som görs genom friskare patienter. Capios Valdemoroavtal är ett exempel.

Den tredje ersättningsmodellen, betalning efter vilket arbete som utförts, kan verka naturlig, enkel och allmänt tilltalande. Men den har ett begränsat användningsområde om inte, som vi just antydde, kontrakts- och kontrollkostnaderna skall bli orimligt höga. Och kombineras den inte med ett kostnadstak för den aktuella verksamheten finns det en överhängande risk att totalkostnaderna kommer att stiga kraftigt. Det följer av att marknaden

för vård som vi har visat inte är särskilt effektiv, de korrigerande krafterna från en fungerande konkurrens finns ofta inte.

Det som har hänt med tandvårdskostnaderna i Sverige under 2000-talet är ett tydligt exempel. De svenska tandläkarna ersätts genom det skattefinansierade tandvårdsstödet efter arbetsinsats genom en så kallad styckeprissättning, det vill säga för en viss åtgärd, till exempel en viss typ av lagning eller en tandutdragning, får tandläkaren en viss summa tandvårdsstöd. Eftersom det sedan 1999 råder fri prissättning för tandvårdstjänster bestämmer tandläkaren själv det pris som patienten skall betala för den aktuella åtgärden. Resultatet blir, inte särskilt överraskande, exploderande kostnader. Priserna för tandvårdstjänster har ökat med 71% mellan 1998 och 2006, långt mer än konsumentprisindex för tjänster.<sup>93</sup> Den totala kostnaden för tandvården har ökat med 50% mellan 1999 och 2004 och uppgick 2004 till över 20 miljarder kronor. Av det beloppet betalade patienterna 12 miljarder kronor ”ur egen ficka”.<sup>94</sup>

Man kan säga att betalningsmodellen i fallet tandvården tycks vara feltänkt givet hur tandvårdsmarknaden i praktiken ser ut och arbetar. Modellen förutsätter aktiva patienter, att patienten går till en annan tandläkare om han eller hon tycker att priserna blir för höga. Och den förutsätter också att priserna faktiskt skiljer sig åt mellan olika tandläkare och att det är möjligt att göra prisjämförelser, att patienten har kunskap att säga nej till behandlingar, kort sagt att konkurrensen verkar. Det gör den av allt att döma inte på tandvårdsmarknaden. Och då kommer fri prissättning att bli liktydigt med mycket snabb kostnadsökning, i synnerhet eftersom de pris-kontroller som gällde fram till avregleringen sannolikt hade dämt upp ett behov av prishöjningar. Fri prissättning på en vårdmarknad med stora informationsasymmetrier (som är kännetecknande också för tandvården), tendenser till prissättningsoligopol (genom Praktikertjänst och folktandvården) och med ett stort inslag av lojalitet mot den egna tandläkaren från patientens sida, bland annat till följd av tandvårdsklinikernas höga relativa servicekvalitet, allt sammantaget leder det till att de korrigerande marknadskrafterna blir svaga.<sup>95</sup>

Man bör på goda grunder kunna dra slutsatsen att ersättning efter utfört arbete är en effektiv betalningsmodell endast under två förutsättningar. Det måste finnas en fungerande konkurrens och den vårdtjänst vi talar om måste, bildligt talat, vara tydlig i konturerna. Den skall med andra ord kännetecknas av hög tydlighet och hög planerbarhet. Givet fritt vårdval och att det finns ett antal vårdgivare att välja mellan är det troligt att det landsting som ersätter vårdgivarna inom standardiserad elektiv kirurgi eller annan planerbar specialiserad sjukvård (allt från enkla dagkirurgiska

ingrepp till mer komplicerade behandlingar och undersökningar) efter ”kronor per behandlad patient” eller liknande kommer att ha jämförelsevis låga kontrakts- och kontrollkostnader.

Det är tänkbart att det också inom närvården finns delområden som skulle kunna uppfylla de två kriterierna. Men det är sannolikt, som vi har antytt, att den mest effektiva betalningsmodellen för närvårdstjänster är genom differentierad kapitation i en vårdvalsmodell.

Det behöver inte sägas att dessa tre grundmodeller ibland med fördel också kan kombineras.<sup>96</sup>

Den fjärde modellen – ersättning för uppnått resultat – är tills vidare mest teoretiskt intressant. Vi har ännu inte tillgång till system som gör det möjligt att mäta vårdens resultat i meningen effektivitet, alltså hur mycket hälsa och tillfrisknande som en viss resursinsats leder till. Och än mindre finns det system som gör det möjligt att jämföra effektiviteten hos en vårdgivare men en annan och på den grunden differentiera betalningen. Det finns däremot ett antal försök att differentiera betalningen efter levererad vårdkvalitet.

### ***Till sist***

På den fempunktslista med vårdens generella karaktäristika som inledde kapitlet har jag koncentrerat intresset på två av punkterna – graden av tydlighet respektive planerbarhet hos olika vårdlogiker och medicinska stödfunktioner.

Det finns ytterligare en punkt på listan, mindre informationsasymmetrier, som kan öka effektiviteten i en marknadslösning. Ett vårdssystem som medverkar till att patienten är bättre informerad om medicinsk kvalitet, tillgänglighet och patientnöjdhet på kliniknivå, och därmed kan jämföra den ena vårdgivaren med den andra, kommer – allt annat lika – att leda till en bättre fungerande vårdmarknad.

Sådana kvalitetsmätsystem är under uppbyggnad i Sverige och många andra länder.<sup>97</sup> Så småningom kommer det att leda till att konkurrensen på de olika vårdmarknaderna ökar. Det bör rimligen också leda till att utrymmet för en marknadsstyrd vårdproduktion med fler privata entreprenörer ökar. Orsaken är att det är väsentligt lättare att skriva kontrakt med ett minimum av spelrum för opportunistiskt beteende om vårdkvalitet, kost-

nader, tillgänglighet och patientnöjdhet kan mätas på operativ nivå (för till exempel en klinik) i ett nationellt samordnat system med öppna jämförelser mellan olika vårdgivare.

Jag skall beröra den här frågan i nästa kapitel.

## 4. Ett vårdssystem i balans

**M**ed ett vårdssystem i balans menas här att den medicinska vård som krävs för patienter i respektive kategori (sjuka-sjuka, friska-sjuka etc.) skall ges med rätt vårdlogik, på rätt plats, vid rätt tidpunkt och av vårdgivare som arbetar inom rätt produktionssystem (i meningen endera offentligt eller privat). Det senare är väsentligt. En vårdlogik som är lämpad för den privata marknaden bör också tas om hand av marknaden. Medan den vårdlogik som inte är det bör skötas av det offentliga. Det är en hypotes att ett vårdssystem i balans i den här meningen kommer att kunna leverera den högsta vårdkvaliteten. Syftet med kapitlet är att diskutera vad ett vårdssystem i balans betyder mera konkret. Vi begränsar oss till sjukvården.

Jag skall i kapitlets första del ställa tre frågor och resonera kring svaren. Den första frågan handlar om vad typpatienten i respektive kategori har för vårdbehov. Det är en självklarhet att behovsbilden skiljer sig åt avsevärt mellan exempelvis sjuka-sjuka och vardags-sjuka. Den andra frågan är vilka vårdlogiker som berörs av respektive patientkategori. Accepterar vi att de fyra patientgrupperna har distinkt skilda behov borde det rimligen ha satt avtryck i vårdens organisation. Den tredje frågan gäller produktionssystemet. Vilken, eller vilka, av de fyra patientkategorierna kan tas om hand av marknaden och vilka passar marknaden inte för?

Kapitlets andra del handlar om nödvändigheten att mäta den levererade vårdkvaliteten – och om hur ett sådant mätsystem skulle kunna se ut.

### **1. Vad har de olika patientkategorierna för behov?**

Sjuka-sjuka (som rimligen bör betraktas och bemötas som sjukvårdens VIP-patienter) har preciserats i fyra underkategorier – allvarligt sjuka i

arbetsför ålder, kroniskt sjuka i arbetsför ålder samt äldre multisjuka respektive allvarligt sjuka barn och ungdomar. Sjuka-sjuka så definierat är inte en homogen grupp men de har det gemensamt att de kräver en stor mängd sjukvård, både specialiserad sjukvård och dag-till-dag-sjukvård (öppen specialistsjukvård och/eller omsorgsvård). Det finns en betydande spridning i kategorin sjuka-sjuka från patienter som ligger på sjukhus eller är omhändertagna i omsorgsvården till patienter som normalt klarar sig utmärkt hemma eller på arbetet men som till och från behöver – och ibland akut – hjälp av sjukvården. Har denna stora och differentierade patientgrupp något gemensamt anspråk utöver det självklara att de vill få bästa möjliga medicinska behandling? Ja, för sjuka-sjuka patienter gäller för många, men inte för alla, att de har behov av

- en doktor som känner dem väl. Med det menas då den kunskap om patienten som följer med att läkaren har många, ofta återkommande och långvariga kontakter med en viss patient;
- att få hjälp med att hitta rätt i vårdapparaten;
- att få vård i hemmet;
- att när som helst under dygnet kunna få telefonöverlägga med någon i vården som känner deras fall;
- att bli omhändertagen i ett särskilt boende etc.

De övriga tre patientkategorierna har inte dessa behov på samma sätt. Det är naturligtvis ett plus om den doktor en person med till exempel halsfluss träffar på vårdcentralen har en viss egen kunskap om patienten, men det är inte nödvändigt att de känner varandra. (Det betyder inte att det inte finns många vardagssjuka med behov av en fast vårdkontakt.) Oftast har inte heller en frisk-sjuk patient som, låt oss säga, skall operera en höftled några anspråk på att doktorn känner honom eller henne väl. Och att läkaren på akutmottagningen känner patienten är givetvis inte något som en akut-sjuk prioriterar. Och på samma sätt kan vi ta punkt för punkt på listan.

Och ställer man då frågan vilka särskilda behov som de övriga tre patientgrupperna har (återigen utöver det självklara att de vill ha bästa möjliga medicinska behandling för det de söker vård för) så finns det egentligen endast en sak – tillgänglighet i olika betydelser. Den akut-sjuka patienten har behov av omedelbar tillgänglighet. Den friska-sjuka patienten har inte i de flesta fall ett omedelbart behov, men han eller hon vill vänta på behandling så kort tid som möjligt. Och den vardagssjuka vill få en möjlighet att snabbt få en kontakt med vårdpersonal, och slippa vänta länge på att få träffa en doktor.

Den samlade bilden är på sätt och vis trivial – det är de sjuka-sjuka som har de särskilda behoven och skall behandlas därefter.

### **Två av vårddebattens vanligaste förslag**

Vårddebatten sköljer över oss med en mängd ord och begrepp – husläkare, familjeläkare, vårdlots, vårdguide, vårdkedja, kontinuerlig telefonjour, vårdplats, behandlingscentrum och en mängd andra uttryck – som många gånger även för en person med kunskap om den svenska vårdens språkbruk blir svåra att värdera och sätta in i sitt sammanhang. Uppdelningen i patientkategorier underlättar.

Låt oss med patientkategoriperspektivet granska två välkända förslag lite närmare:

**\*Husläkare.** Det så kallade husläkarsystemet infördes genom lag av en borgerlig regering i början av 1990-talet. Lagen upphävdes ett par år efter det att det blivit regeringsskifte, 1996, och vi fick istället en ökad frihet för patienten att välja en läkare i primärvården som man kunde kalla sin. Efterhand har husläkaridén i en eller annan form kommit tillbaka, lite olika beroende på vilket landsting vi talar om. Familjeläkare är nog det ord som för dagen är vanligast och uttrycker att du som medborgare har rätten att föreslå, och också om möjligt få, en viss namngiven läkare till dig och din familj. Så är det till exempel i Skåne. I Östergötland talar man inte om familjeläkare utan om ”fast läkarkontakt” som patienterna i närsjukvården har rätt att få. Och det finns säkert andra uttryck för vad det i princip handlar om – *alla* patienter som vill skall ha rätten till en egen doktor.

De här reformerna har av allt att döma aldrig fungerat särskilt bra. Alla som någon gång besökt en vårdcentral i till exempel Stockholm vet att man blivit tilldelad, eller möjligen en gång i tiden fått välja, en husläkare (om vi väljer att använda det ordet). Det är en namngiven doktor. Men att en ”strökund” på en vårdcentral i våra stora städer skulle få träffa en och samma läkare år in och år ut är inte sannolikt. De läkare man möter är, känns det som, nya ansikten varje år, påfallande många AT-läkare och andra yngre läkare. Och i de delar av landet där det är svårt att besätta läkartjänsterna på vårdcentralerna, och det gäller på många orter, inte minst i glesbygder, är bilden ganska säkert densamma. Man får som vardagssjuk en känsla av att husläkarsystemet är en administrativ konstruktion mer än något annat. Man anvisas en husläkare för att ersättningssystemet är

uppbyggt på ett visst sätt, alla patienter som utnyttjar till exempel en viss vårdcentral skall listas (det som i sin tur gör det möjligt för vårdcentralen att i nästa steg få en ”per capita”-baserad grundbetalning för sin verksamhet).

Ett hus- eller familjeläkarsystem som principiellt omfattar *hela* patientkollektivet är i praktiken en omöjlighet om det skall betyda något annat än en ren formell listning. En husläkare värd namnet skall man träffa regelbundet, han eller hon skall känna till ens sjukdomshistoria och finnas tillgänglig när man behöver. Det är i praktiken bara vissa vardagssjuka patienter och en del sjuka-sjuka (inte särskilt många eftersom det är känt att sjuka-sjuka patienter utnyttjar primärvården i liten omfattning, se kapitel 2) som rimligen kan ha behov av en husläkare i den här meningen. De friska-sjuka, liksom de akut-sjuka, behöver ingen husläkare, de har den läkarkontakt som deras sjukdom kräver – och om det finns behov av efterbehandling i den öppna vården kan den styras till lämplig läkare utan att denne kallas husläkare.

Ett kort förtydligande. Att alla patienter är listade, i meningen ”tillhör”, till exempel en viss vårdcentral kan vara en förutsättning för att samarbetet mellan den specialiserade sjukvården och primärvården skall fungera smidigt. En person som exempelvis kommer in akut till ett sjukhus, som får den omedelbara behandling som krävs men som i övrigt bara behöver göra ett uppföljningsbesök hos en allmänläkare, kan på så sätt direkt få sin hemvist i primärvården klarlagd.

**\*Vårdlots.** Med vårdlots menas i debatten för det mesta en person som har ansvaret för att en viss patient hamnar rätt i vårdapparaten. Det är alltså, i sin ideala form, en namngiven person som har ansvaret för en namngiven patient. Vårdlotsen är en administrativ resurs med kunskap om vilka delar av vården och omsorgen som en viss patient kan behöva komma i kontakt med – och med ett ansvar gentemot den specifika patienten för att dessa kontaktvägar öppnas. Däremot har en vårdlots inte ett medicinskt ansvar för patienten.

Att vissa sjuka-sjuka kan behöva en egen vårdlots är uppenbart. Många av patienterna i denna kategori är alltför sjuka, skadade, förvirrade, trötta eller på annat sätt för handikappade för att kunna söka sig rätt i vårdsystemet och med kraft driva sina intressen. Det finns all anledning för samhället att ställa upp med vårdlots för dessa patienter. Men det är svårt att hitta rationella argument för att övriga tre patientkategorier har ett sådant behov och skall kunna få vårdlots, åtminstone om tjänsten skall vara betald av landstinget. Att det kan tänkas finnas patienter som inte är sjuka-sjuka



som efterfrågar vårdlots är en helt annan sak. En sådan efterfrågan borde den privata marknaden kunna ta hand om.

Och på samma sätt kan man diskutera andra förslag i vårddebatten. Att exempelvis säga att vi skall införa en avancerad vårdtelefonjour öppen för alla 24 timmar om dygnet kan vara riktigt om de ekonomiska resurserna tillåter. Men det kanske skulle räcka om en sådan reform gällde bara för sjuka-sjuka. För många sjuka-sjuka är det angeläget att det finns en möjlighet att när som helst under dygnet komma i kontakt med särskild sjukvårdspersonal som också har tillgång till (delar av) patientens journal. De tre övriga kategorierna har normalt inte det behovet.

Ett annat begrepp som cirkulerar i vårddebatten är vårdkedja. Det framställs som om den nuvarande organisationen av sjukvården inte förmår att på ett fullödigt sätt stödja patienten i den kedja av vård som han eller hon måste följa. Patienten riskerar att hamna mellan stolar till följd av det uppsplittrade ansvaret. Ett exempel är samordningen mellan sjukvård och äldreomsorg. Stuprörsorganisation är ett ord som nämns.

Det är av allt att döma en helt riktig problembeskrivning, jag har varit inne på frågan. Men problemet är återigen mest relevant för sjuka-sjuka patienter.

Det enkla budskap jag vill få fram är att en indelning av patienterna efter behov underlättar avsevärt för den som vill förstå och värdera olika förslag till förändring. Och om politiker och sjukvårdsledare är beredda att differentiera vårdutbudet efter patientkategori finns det inte bara pengar att tjäna utan, paradoxalt nog, också vårdkvalitet. Det senare är en erfarenhet som många tjänsteföretag har gjort. När personal och tjänsteutbud anpassas för ett visst marknadssegment ökar den upplevda kundkvaliteten. Att det blir så är inte förvånande. De personer som arbetar med dessa kunder är mera specialiserade och kunniga, tjänsterna som erbjuds är skraddarsydda och de levereras på platser och i former som passar just dessa kunder.

### *Att patientorientera sjukvården*

Det kan leda fel att tala om patienter som kunder (även om författaren Åsa Moberg tycker att det skulle vara bra<sup>98</sup>). Och kanske i ännu högre grad leder det fel att tala om att vården borde kundorienteras. För då börjar

många tänka i termer av affärsplaner och konkurrens och det vet vi, bland annat från bolagiseringen av Helsingborgs lasarett, kan ge låsningar av olika slag.<sup>99</sup> Men att kundorientera betyder bokstavligen att se till att det egna företaget har en organisation, ledning, personal, produkt, leveranssystem etc. som passar just den grupp kunder man vänder sig till. Och det synsättet borde genomsyra också vårdsystemet. Den övergripande strategin borde vara att hela sjukvården patientorienterades i meningen att alla fyra patientkategorierna fick sin egen skraddarsydd övergripande organisation. Och samma strategi borde sedan i andra steget gälla på den operativa nivån.

Det faller egentligen utanför bokens syfte och inriktning mot helhetsperspektivet att uttala sig om hur vårdens organisation på *sjukhusnivå* bör se ut men en kort kommentar kan ändå vara berättigad för att konkretisera talet om patientorientering.

### ***Den specialiserade sjukvårdens organisation för sjuka-sjuka patienter***

Med ett helikopterperspektiv borde vi kunna se att det framtida patientorienterade akutsjukhuset har tre övergripande organisationsindelningar – en för friska-sjuka, en för akut-sjuka och en för sjuka-sjuka, där den senare av naturliga skäl resursmässigt är den helt dominerande.

Det är tänkbart, eller till och med högst sannolikt, att vi inte skulle komma att få se någon större verksamhet för friska-sjuka i ett framtida akutsjukhus (bortsett från dem som är akut-sjuka). Den verksamheten skulle troligtvis ha tagits om hand av från sjukhuset fristående kliniker av olika slag, kliniker för ledkirurgi, ögonkliniker, ryggcentra, BB etc. Friska-sjuka kommer helt enkelt inte, om analysen håller, att behandlas i någon omfattning vid akutsjukhusen.

Organisationen för akut-sjuka skulle däremot finnas och se ut som den gör idag, det skulle med andra ord på de största sjukhusen finnas akut- och traumaenheter av olika slag.

Organisationen för sjuka-sjuka patienter skulle vara svårare att känna igen på kliniknivå – och det är det intressanta. Det nya skulle ligga i att för sjuka-sjuka patienter skulle akutsjukhusen tydligare än idag vara organiserade efter diagnosgrupper, eller om man så vill sjukdomar. Vi vet från tidigare att det är ett relativt litet antal diagnoser som svarar för merparten av sjukvårdens kostnader. Allvarligt sjuka patienter med cancer, stroke,

hjärtssjukdomar, höftfrakturer och vissa psykiska sjukdomar tillsammans med tunga kroniska sjukdomar, särskilt diabetes, dominerar kostnadsbilden och då inte bara kostnaderna för den specialiserade sjukvården utan, som vi har sett, för hela sjukvården. Det vi rimligen kommer att få se när det gäller den specialiserade sjukvården är att dessa ”stora” sjukdomar/diagnosgrupper kommer att få sina egna organisationer på de stora sjukhusen. De centrumbildningar för somatiska åkommor som cancer, ischemiska sjukdomar (hjärta), cerebrovasculära sjukdomar (till exempel stroke), reumatiska sjukdomar, diabetes etc. som redan finns eller är under uppbyggnad ligger helt i linje med det resonemanget. Att det inom ett stort akutsjukhus byggs upp, låt oss säga, ett reumatologcentrum kan ses så att i kategorin sjuka-sjuka har undergruppen reumatologiskt sjuka brutits ut och fått en anpassad vårdprodukt i form av medicinsk personal, utrustning och lokaler. På samma sätt som psykiatrin har sin avskilda organisation och allvarligt sjuka barn och ungdomar har sin. Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i Göteborg med nästan 2 000 anställda är ett konkret uttryck för just en organisatorisk indelning efter patientkategori. Och det vore också logiskt att sjuka-sjuka äldre med många och diffusa diagnoser och med stora resursbehov fick sin egen organisation i den specialiserade sjukvården.

Om den här framtidsbilden är korrekt i meningen att den kommer att förverkligas då borde konsekvensen bli att organisationsindelningar efter organ (typ öron-näsa-hals) eller specialitet (typ allmänkirurgi) kommer att få en mindre framträdande roll. Det vi då talar om är vårdlogikperspektivet. De medicinska stödfunktionerna kommer säkert att vara organiserade ungefär som idag efter specialitet (röntgen, anestesi, laboratorier, vårdavdelningar etc.). Att de medicinska specialiteterna kommer att finnas kvar, bland annat av utbildningsskäl, är en helt annan sak.

## **2. Vilka vårdlogiker berörs av respektive patientkategori?**

Vad finns det för samband mellan de fyra identifierade patientkategorierna och de vårdlogiker som vi har definierat? Sambanden är tydliga.

Vardags-sjuka tas om hand av närsjukvårdens två vårdlogiker, och i synnerhet av primärvården. Med andra ord den läkarvård som ges av allmänläkare vid vårdcentralerna och av privatpraktiserande doktorer i enskilda praktiker och i andra former, till exempel på läkarhus och på jourmottagningar.

Akut-sjuka, och vi menar här allvarligt akut sjuka eller skadade, har en egen vårdlogik i de stora sjukhusens trauma- och akutmottagningar med den medicinska kringsservice som ingår (anestesi, intensivvård, röntgen, ambulanstransporter etc.).

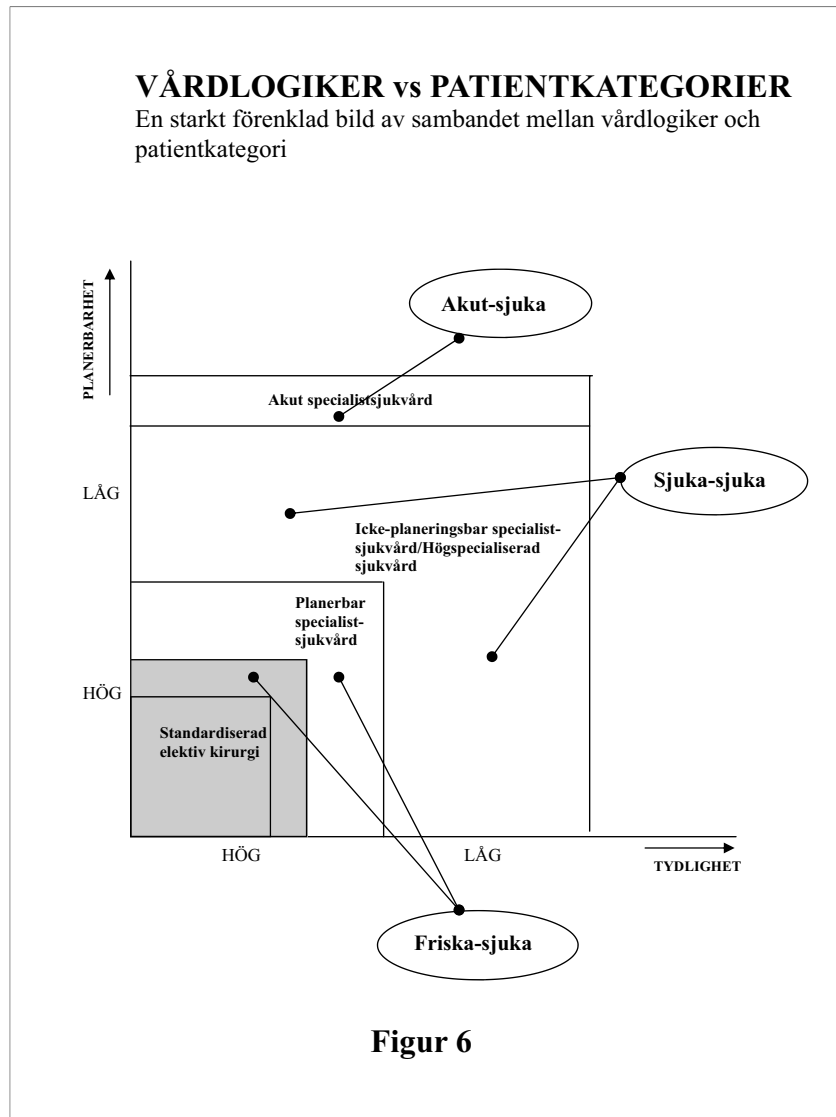
Friska-sjuka har också egen vårdlogik, mest tydligt med den standardiserade elektiva kirurgin. Det är, för att upprepa, den del av den kirurgiska korttidsvården som avser komplicerade operationer men som görs i stort antal, med väl utprovade tekniker och med god möjlighet till inplanering i tiden. Höftleder, knän, grå starr, livmoderframfall etc. är exempel på vad friska-sjuka behandlas för. De behandlas också inom planerbar specialistsjukvård. Barnafödande och aborter kan vara exempel liksom delar av hjärtkirurgin.

För sjuka-sjuka återstår med uteslutningsmetoden två vårdlogiker i den specialiserade sjukvården – den icke-planeringsbara specialiserade sjukvården och den högspecialiserade. Det stämmer med den förutfattade bilden att det är de allvarligt sjuka och kroniskt sjuka i olika åldrar som helt dominerar dessa båda delar av sjukhusvården. Det bekräftas också av den analys av hur sjuka-sjuka utnyttjar sjukvården som gjorts i Region Skåne och som utförligt refererats i kapitel 2. Analysen visade att sjuka-sjuka var stora konsumenter av den akuta specialistvården, av det som i undersökningen kallades ”planerad specialistvård” samt i viss mån av högspecialiserad vård. Vi utgår från att ”planerad sjukvård” här inte betyder något annat än att det är behandling som kan utföras på vissa förutbestämda tider, motsatsen till akut behandling. Vi utgår också från att denna planerade specialistvård var av just den typ som vi har karakteriserat som icke-planeringsbar specialistsjukvård. Det behöver inte sägas att sjuka-sjuka också behandlas inom det vi har kallat standardiserad elektiv kirurgi och planerad specialiserad sjukvård. Sjuka-sjuka som patientkategori kan i den meningen komma i kontakt med den specialiserade sjukvårdens samtliga vårdlogiker.

Undersökningen från Skåne visade också, och det är intressant, att för en stor del av de diagnoser som kännetecknade sjuka-sjuka fanns stora behov av öppen specialistvård.

Den här diskussionen kan sammanfattas i en figur (**Figur 6**).

Det är angeläget att bilden förstås rätt. Det är ett försök att illustrera sambandet mellan vårdens produktionsapparat och de tre patientkategorier som berör den specialiserade sjukvården. Men det är viktigt att förstå att den enskilda patienten *över tiden* inte är bunden till en viss patientkategori.



Tvärtom är det mera vanligt än ovanligt att hon eller han ofta byter patientkategori. Sjuka-sjuka patienter utnyttjar som vi vet exempelvis påfallande ofta den akuta specialistsjukvården.

### 3. Vilka patienter kan marknaden ta hand om?

Mera precist är frågan vilken, eller vilka, av de fyra patientkategorierna som vi kan låta marknaden i meningen privata vårdgivare ta hand om – och för vilken eller vilka det är olämpligt? Svaret på dessa frågor är när vi kommit så här långt ganska givet. I kort sammanfattning gäller – om utgångspunkten är vilka *vårdlogiker* marknaden kan ta hand om – följande:

Ansvar för att ge sjukvård och omsorg till *sjuka-sjuka* patienter måste i huvudsak ligga på det offentliga. Inom den specialiserade sjukvården utnyttjar sjuka-sjuka som vi har sett i första hand den icke-planeringsbara specialiserade sjukvården och den högspecialiserade sjukvården. Dessutom tas sjuka-sjuka ofta in akut. Dessa tre vårdlogiker kan svårligen konkurransutsättas och då bör inte heller marknaden få sköta vården. Analysen i kapitel 3 visar varför det är så.

Men vi vet också att sjuka-sjuka har ett stort behov av närvård i meningen öppen specialistvård. Och det finns goda skäl att tro att det behovet kommer att öka med tiden i takt med att behandlingscentra blir allt viktigare för just de diagnoser/diagnosgrupper som berör sjuka-sjuka. Det nya cancercentret i Linköping, gemensamt för landstingen i Östergötlands, Jönköpings och Kalmar län, kommer att behandla cancersjuka patienter under förhållandevis korta besök i Linköping, ofta för återkommande strålbehandling, och under mellantiden har patienten behov av öppen specialistvård närmare hemmet. Det är sannolikt att ju flera centra av den typen som vi kommer att få för olika diagnosgrupper, desto mer kommer efterfrågan på specialistvård i närsjukvården att öka, också på viss närsjukvård med inläggningsmöjligheter.

Den öppna specialistsjukvården kan i vissa fall konkurransutsättas och då borde det inte vara något som hindrar att privata vårdgivare svarar för vården. Men det är inte en allmän princip eftersom specialiteterna många gånger är så snäva att det i realiteten inte finns förutsättningar för en fungerande konkurrens. Det förstärks av att specialistvården ibland är kapitalintensiv, det krävs helt enkelt dyr utrustning, och det försämrar utsikterna att etablera en effektiv vårdmarknad. Slutsatsen är sannolikt att *huvudansvaret* för den öppna specialistsjukvården måste ligga på den offentliga vården, i praktiken på den öppenvård som finns vid de offentliga sjukhusen. Men en sak är att huvudansvaret ligger på de stora offentliga akutsjukhusens kliniker. Det finns ingenting som hindrar att sjukhusen i sin tur köper delar av den öppna specialistvården från privata

vårdföretag. Så fungerar det redan idag på vissa håll, bland annat i Stockholm.

Ansvar för *akut-sjuka* måste också ligga på den offentliga vården. Sett som en separat vårdlogik finns det knappast några förutsättningar att kostnadseffektivt, och utan stora risker för att beställaren blir utnyttjad, lägga ut akutverksamheten på ett privat vårdföretag.

Sjukvården för *friska-sjuka* (återigen exklusive dem som är akut sjuka) borde däremot i princip helt kunna tas över av den privata marknaden förutsatt att det inte råder monopol, eller nära monopol, genom att ett privat vårdföretag för en viss specialitet dominerar på en viss geografisk marknad. I praktiken kan det komma att se annorlunda ut. Det är troligt att för de två vårdlogiker som berörs, standardiserad elektiv kirurgi respektive planerbar specialistsjukvård, kommer vi att under överskådlig tid få se att de offentligägda sjukhusens kirurgkliniker kommer att fortsätta med ”fabrikssjukvård”. Det rationella argumentet handlar i första hand om utbildning och annan kunskapsupbyggnad hos den egna personalen. På sina håll, bland annat i Östergötland, har försöken att bryta ut vissa delar av den standardiserade elektiva ortopediska kirurgin för att bilda specialiserade kliniker mött kraftigt motstånd. Och då har det ändå gällt en förändring inom den offentligägda vårdapparaten. Trögheter av det här slaget kommer säkert att fördröja utvecklingen. Men på sikt borde en allt större del av de friska-sjuka komma att få sina operationer och andra behandlingar gjorda på privata specialistkliniker. Det är, om analysen är riktig, en oundviklig utveckling eftersom det privata vårdföretaget bör kunna erbjuda en bättre vård i alla de tre dimensioner som är relevanta – vårdkvalitet, kostnadseffektivitet och personaltrivsel. Den utvecklingen är också, som vi har sett, redan på gång i Sverige. I vissa andra länder, inte minst i USA, är tendensen än mer tydlig.

Vad slutligen gäller *vardags-sjuka* borde privata vårdgivare och marknaden i princip helt kunna ta över ansvaret för vården (med den underförstådda förutsättningen att vi talar om privata utförare inom ett offentligt finansierat vårdsystem). Det vi då menar är närsjukvården med vissa delar av den öppna specialistsjukvården undantagen av de skäl som vi just har diskuterat. Det skulle med andra ord betyda att den akuta och planerade närsjukvården, i praktiken dagens primärvård i olika offentliga former (vårdcentraler, hälsocentraler, jourläkarcentraler etc.) skulle drivas helt privat. Skälet är att det finns anledning tro att den relativa produktiviteten, patientupplevelsen och personaltrivseln skulle komma att förbättras.

Det är i kort sammanfattning vad som gäller om perspektivet är vårdlogik-nivån (och givetvis om den analys som gjorts i tidigare kapitel kan accepteras). Men det är inte ett fullständigt svar på frågan om vilka av patientkategorierna som marknaden kan ta hand om. En fråga som kvarstår gäller *sjukhusnivån*. Kan ett privat akutsjukhus, eller en entreprenad för ett offentligägt akutsjukhus, accepteras – och kan vi därmed acceptera att ansvaret för vård av sjuka-sjuka patienter tas över av marknaden? Den frågan har också diskuterats i föregående kapitel. Svaret är, för att upprepa, att det är välbetänkt endast under två förutsättningar. Dels att det finns konkurrens på marknaden och att berörda patienter har praktisk möjlighet till ett informerat fritt vårdval. Dels att de driftsavtal som styr verksamheten kan göras enkla och entydiga. Om dessa två villkor är uppfyllda finns det enligt min mening få rationella skäl som talar mot privata akutsjukhus. Om vi däremot får en ”privatisering” av ett akutsjukhus utan att de båda basvillkoren är uppfyllda, är det politik för dess egen skull, det vill säga det saknas både effektivitets- och rättviseskäl för beslutet.

Och samma två villkor måste vara uppfyllda om privatiseringen i stället gäller *ett helt sjukvårdsområde*.

Hypotesen som kapitlet inleddes med – att när en viss patientkategori möter en anpassad vårdprodukt får vi högsta möjliga vårdkvalitet – kommer aldrig att kunna verifieras om det inte finns ett informationssystem som mäter kvaliteten.

Det leder över till frågan om mätsystemet.

### **Det är ett ”måste” att mäta vårdkvaliteten**

Att det finns ett samband mellan ett företag som system, helheten, och kvaliteten på det som kommer ut ur systemet, produkt- eller tjänstekvaliteten är välkänt. Men det här sambandet verkar även i andra riktningen – förändringar i kvaliteten påverkar strukturen och processen. Bryggan mellan de två är ett informationssystem som ger feed back till ledningen och andra i företaget. Excellenta företag, de som ger sina kunder högt värde för pengarna och därför ständigt tar marknad och långsiktigt har hög relativ avkastning, är alltid duktiga på att känna sin egen verksamhet, att genom goda informationssystem på relevant nivå mäta allt från ekonomi till produktkvalitet och kundnytta.

Det finns ingen anledning att tro att inte det här också gäller för vården. Det är därför ett ”måste-krav” att det för den svenska vården byggs upp,



det som till stor del saknas, ett mät- och informationssystem som ger feed back om vårdkvaliteten till ansvariga på olika nivåer i vårdorganisationerna. Det är också nödvändigt för att ge underlag för informerade vårdval av patienter och deras agenter, doktorerna. Eller som det uttrycks i en artikel i *New England Journal of Medicine*: ”It is pure denial to believe that we can untangle the good from the bad and the wasteful in medicine without clinically detailed information.”<sup>100</sup>

Jag skall på följande sidor skissera hur ett sådant mätsystem skulle kunna vara uppbyggt för att fungera effektivt som feed back-bärare av relevant vårdkvalitetsinformation.

Det talas i vårdlitteraturen ofta om kvalitet. En av de författare som flitigast nämns i samband med kvalitet och vård är Avedis Donabedian, under flera decennier professor i Public Health vid University of Michigan.

Donabedian definierar enligt uppgift inte själv begreppet kvalitet.<sup>101</sup> Däremot beskriver han noga hur kvalitetsbedömningar i vården bör läggas upp och genomföras. Han skiljer mellan tre olika, men nödvändiga, fokus för kvalitetsmätningen – vårdens struktur, vården som process och vårdresultatet. Vårdens struktur kan på kliniknivå handla om sådant som organisation, personal, utrustning, belöningsystem etc. Med process menas om exempelvis kliniken följer evidensbaserade riktlinjer för de behandlingar som ges, hur relationen mellan patient och personal ser ut etc. Och resultat är just resultat, till exempel hur många av klinikens patienter som måste in för återbehandling, grad av överlevnad osv.

Donabedian är intressant eftersom han starkt betonar det operativa *systemets* betydelse, kopplingen mellan sjukhuset eller kliniken som system och vårdens kvalitet. Och det är säkert korrekt att skulle man kunna mäta vårdkvaliteten på till exempel en klinik i samtliga dessa tre storheter – struktur, process och resultat – vore det en överlägsen kvalitetsmätmetod. Ledningen skulle förstå sambanden mellan resultat, struktur och process och i nästa steg kunna göra de justeringar som krävs för högre vårdkvalitet. Men det är mera teori än praktik. Det är knappast sannolikt att vi kommer att få se kvalitetsmätsystem uppbyggda på det sättet. Det är metodtekniskt komplicerat, det är dyrt, incitamenten kan bli snedvridna och mätresultaten kan vara svårtolkade. Det är inget förvånande att det har visat sig svårt att genomföra empiriska studier baserade på Donabedians systemmodell.<sup>102</sup> Tyngdpunkten i ett praktiskt fungerande kvalitetsmätsystem måste rimligen ligga på resultat om vi med resultat menar ”verkan” (medicinskt resultat, vinst, personaltrivsel, patientnöjdhet etc.). Det kan sedan kompletteras med till exempel uppgifter om använda metoder och volymuppgifter.

Harvardprofessorn Michael Porter har presenterat ett sådant, mer verklighetsnära, system. Det görs i en nyutkommen och uppmärksam bok, *Redefining Health Care*.<sup>103</sup> Grundtesen är att det bara finns en väg för att åstadkomma ett modernt, reformerat vårdssystem som ger högt värde för patienten och hög systemeffektivitet – att mäta medicinsk kvalitet och effektivitet per diagnos på lägsta möjliga behandlingsnivå och i nästa steg försäkra sig om att det blir konkurrens om kvalitet på denna operativa nivå.<sup>104</sup> För att åstadkomma ett sådant kvalitetsmätsystem tänker sig Porter en informationshierarki med fyra komponenter – i basen (1) *patient-karaktäristika*, all relevant information om patienterna på kliniken med den aktuella sjukdomen. Därefter information om använda (2) *metoder* och (3) *volym*, hur många patienter med diagnosen som behandlas på den aktuella kliniken under den studerade perioden. Och slutligen: ”At the top of the hierarchy is information on [4] *results*... Results consist of patient outcomes, adjusted for risk, and the cost of care, both measured over the care cycle.”<sup>105</sup>

Jag tror att Michael Porter har rätt, kvalitetsmätning per diagnos är en nödvändighet för att reformera vårdssystemet. Det är den riskjusterade medicinska kvaliteten och kostnadseffektiviteten som borde mätas på operativ nivå, på kliniknivå eller lägre, och helst för hela vårdkedjan. För att få ut det fulla värdet av ett kvalitetsmätsystem måste alla patientuppgifter finnas och använda metoder dokumenteras (och ibland vara en del av det som mäts). Och volym, till exempel antalet behandlingar på kliniken per år, är ofta ett närmevärde för skicklighet och effektivitet (och kan därmed också vara en del av det som mäts).

### ***Begreppet vårdkvalitet***

Vi skall i fortsättningen definiera vårdkvalitet som en funktion av fyra mätbara storheter.

- Medicinsk kvalitet
- Tillgänglighet
- Patientnöjdhet
- Kostnader

Ett mätsystem för att bedöma vårdkvaliteten skall således innehålla samtliga fyra komponenter. Ett embryo till ett sådant system med tonvikt på den medicinska kvaliteten finns i Sverige. I rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* från 2006 presenteras för

första gången ett svenskt kvalitetsmätsystem för större, kostsammare medicinska diagnoser (som till exempel olika cancersjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, höftfrakturer, njursjukdomar etc.).<sup>106</sup>

Hur ett framtida, mer utvecklat kvalitetsmätsystem skulle kunna se ut kan vi bara spekulera i. Men målet borde vara ett rullande (årligt) system som på kliniknivå eller individnivå för vissa diagnoser/diagnosgrupper öppet redovisar vad som hänt under mätperioden mätt i åtminstone dessa fyra variabler och där varje vårdgivares resultat så långt möjligt är relaterade till ett riksgenomsnitt och till ”konkurrerande” kliniker. De olika delarna i vårdkvalitetsbegreppet behöver också kunna kvantifieras i meningen siffrasättas eller på annat sätt ge så tydliga utfall att de kan utvärderas och relateras.

Tre korta kommentarer.

\*Ett vårdkvalitetssystem är en förutsättning för rättvis vård. Det är svårt att få till stånd en bättre rättvisa i den svenska vården om vi inte för olika sjukdomar mäter vårdkvaliteten vid sjukhus och kliniker i skilda delar av landet vilka i nästa steg öppet jämförs och diskuteras.

\*Vårdkvalitet är inte allt som behöver mätas i ett vårdföretag. Ett kvalitetsmätsystem är ett *komplement* till de ekonomi- och redovisningssystem som måste finnas i alla företag oavsett om det är ett privat företag som arbetar på en konkurrensutsatt marknad eller ett offentligägt företag.

\*Det finns idag inget kontroversiellt i att bygga ett kvalitetsmätsystem för vården. Tvärtom. Det råder i Sverige, som det tycks, stor enighet bland politiker, sjukhusledning, vårdpersonal, patienter och allmänhet om att vårdens kvalitet behöver mätas och utvärderas. Till och med tidigare mer omstridda aspekter på ett kvalitetsmätsystem för vården – öppenheten, rankingen, jämförelser på kliniknivå etc. – är det knappast längre. Det finns tillämpningar där tveksamheten nog är stor, till exempel om man skall mäta viss medicinsk kvalitet också på individ- eller teamnivå, alltså ett system där den läkare eller det team som gjort ingreppet bedöms. Men till och med det gäller inte för alla. Professor Lars Pählman, en av initiativtagarna till rectalcancerregistret, säger när han ställs inför frågan om mätning på individnivå: ”Jag har i princip inget emot det. Vi kirurger har levt i en skyddad verkstad i många år. Personligen tycker jag att vi måste våga blotta oss. Kirurgen har stor betydelse för resultatet. När det gäller postoperativ mortalitet och morbiditet vid rectalcanceroperationer är det

teamet som är avgörande, men när det gäller canceröverlevnad och lokala återfall har kirurgens skicklighet mycket stor betydelse.<sup>7107</sup>

Mera konkret skulle ett mätsystem för diagnosen bröstcancer kunna se ut på följande sätt:

## Exemplet bröstcancer

### *Medicinsk kvalitet*

Absoluta *resultat* är det mest relevanta måttet på den medicinska kvaliteten. För bröstcancer skulle man exempelvis kunna mäta:

Överlevnad efter fem år för samtliga patienter som diagnostiserats för bröstcancer och behandlats vid kliniken, justerat för olika risker i det aktuella patientkollektivet.<sup>108</sup>

För alla diagnoser/sjukdomar där det finns evidensbaserade riktlinjer för behandlingen bör det finnas med ett kvalitetsmått som anger i vilken grad ”best practice” tillämpas vid kliniken. För bröstcancer skulle man till exempel kunna mäta:

Hur stor andel (%) av de patienter som det senaste året behandlats för bröstcancer av typ ICD100xx vid kliniken har fått behandling enligt ”best practice” definierat enligt...

Eftersom det är väl känt att det för många diagnoser finns ett nära samband mellan vårdkvalitet och antalet behandlingar på en viss klinik, skulle ett annat mått kunna vara:

Antalet patienter som under det senaste året (eller ”senaste fem åren”) fått diagnosen bröstcancer och behandlats vid kliniken.

Det ligger i sakens natur att det finns ett antal andra mått på den medicinska kvaliteten.

Bröstcancer är en sjukdom med förhållandevis hög medicinsk tydlighet men det är ändå lätt att förstå att skall man mäta medicinsk kvalitet på kliniknivå måste de som arbetar professionellt med bröstcancervård vara djupt involverade i att forma systemet och dess mått, det gäller inte minst hur riskjusteringen för respektive kliniks specifika patientkollektiv skall göras. Det i sig blir ett tvingande argument för att systemet måste samordnas på nationell nivå och utformas tillsammans med professionen.

### ***Patientnöjdhet***

Syftet med detta mått är att presentera en bild av hur klinikens bröstcancerpatienter upplevt behandlingen och omvårdnaden. Också dessa mätningar, som skulle göras på samma sätt för samtliga kliniker vid landets sjukhus som behandlar bröstcancer, skulle göras regelbundet, omfatta hela patientkollektivet definierat på ett visst sätt och presenteras öppet. Exempel.

Vad tycker samtliga bröstcancerpatienter som för närvarande behandlas vid kliniken, respektive har behandlats vid kliniken under den senaste femårsperioden, om bemötande, medicinsk vård och omsorg.

### ***Tillgänglighet***

Syftet med detta mått är att uppskatta vårdens tillgänglighet för en (potentiell) bröstcancerpatient. Det finns åtminstone två relevanta mått som bör mätas, det första är ett kvalitetsmått som inte är bundet till en viss klinik utan till en viss region eller hela landet.

Genomsnittlig väntetid under det senaste året från det att en patient fått remiss i närsjukvården med misstänkt bröstcancer till fastställd diagnos av specialist.

Det andra måttet är kliniks specifikt.

Genomsnittlig tid från diagnos för bröstcancer till intervenerande behandling för samtliga patienter som under det senaste året behandlats vid kliniken.

### ***Kostnader***

Syftet med detta mått är att uppskatta den samlade kostnaden för en genomsnittspatient vid en viss klinik för hela kedjan från diagnos till rehabilitering under en specificerad tidsperiod, till exempel fem år. För bröstcancer skulle ett bland flera kostnadsått kunna vara:

Samtliga kostnader vid kliniken per genomsnittlig bröstcancerpatient räknat under en tid av fem år från diagnos.

Begreppet kostnad behöver preciseras, till exempel kan det vara klinikens särkostnader eller alternativt särkostnader plus overhead. Det viktiga är att kostnadsåttet är detsamma för alla kliniker som ingår i kvalitetsmätningssystemet som då bör vara samtliga bröstcancerbehandlande kliniker i landet. Vill man vidga vårdkedjan till behandlingar för bröstcancerpatienter som ligger på andra vårdgivare skulle man kunna mäta:

Samtliga kostnader vid kliniken per genomsnittlig bröstcancerpatient räknat under en tid av fem år från diagnos samt uppskattad kostnad för relaterad vård hos andra vårdgivare för dessa bröstcancerpatienter under en tid av fem år från diagnos.

Det senare måttet kan förefalla komplicerat men det är det antagligen inte i ett skattefinansierat vårdssystem som det svenska där beställaren har stor möjlighet att ställa krav på öppenhet med information från en vårdtagare till en annan.<sup>109</sup> Dessutom finns en dynamisk effekt i ett informationssystem som rullar. Om till exempel en vårdgivare skulle redovisa mycket låga samlade kostnader för sina bröstcancerpatienter förklarar av låga externa rehab-kostnader skulle det omedelbart ifrågasättas av konkurrerade kliniker, privata eller offentliga, och av beställarorganisationerna. Mätssystemet skulle med tiden korrigera sig självt.

Ett alternativt sätt att mäta effektiviteten i meningen ”vårdkostnaden för att bli frisk” skulle kunna vara:

Samtliga kostnader vid kliniken per genomsnittlig *överlevande* bröstcancerpatient räknat under en tid av fem år från diagnos samt uppskattade kostnader under en tid av fem år från diagnos för relaterad vård hos andra vårdgivare för dessa bröstcancerpatienter.

### För vem mäter man?

I normalt språkbruk är kvalitet ett mått på i vilken grad en produkt eller tjänst uppfyller vad någon förväntar sig av produkten eller tjänsten.<sup>110</sup> Denne någon kan vara flera. Patienten är självklart intresserad av vårdkvaliteten. Det kan gälla att få ett grepp om den medicinska kvaliteten för att kunna välja rätt klinik eller sjukhus inför behandling. Men det kan också gälla tillgänglighet och omsorg. Inte minst att omsorgen fungerar är viktigt för patienten, det kan till och med förlåta smärre medicinska brister och felgrepp.<sup>111</sup> Vårdgivaren är också intresserad. Det kan till exempel vara en klinik där klinikchefen, ett visst team eller en viss läkare vill mäta den relativa medicinska kvalitet som produceras vid kliniken. För det tredje uppdragsgivaren. Den som företräder allmänintresset när det gäller vården, politikern, har ett legitimt intresse av vårdens kvalitet. Och finansören, landstinget eller regionen, är intresserad av vårdens kvalitet som en del av försöken att mäta effektiviteten i den levererade vården, hur mycket vård man får för pengarna.

Och det finns andra som kan vilja ha kvalitetsinformationen, till exempel myndigheter med ansvar för vårdens tillsyn (Socialstyrelsen) eller annan kvalitets- och säkerhetskontroll (SBU).

Dessa intressenter är inom sig inte homogena. Det är ganska självklart att sjuka-sjuka patienter har en annan tyngdpunkt i sin kvalitetsbedömning

än, säg, en vardagsjuk person. För den första gäller troligtvis mer än något annat att han eller hon vill ha hög medicinsk kvalitet – både för att kunna välja vårdgivare på ett övertänkt sätt och under själva behandlingen. För den vardagsjuka är det kanske tillgängligheten, att få träffa en doktor utan att behöva vänta, som är viktigare. Och för personer i livets slutskede, är det troligt att för dessa personer, och deras anhöriga, är ingen kvalitetsdimension viktigare än god omsorg (=hög patientnöjdhet). Den medicinska kvaliteten är inte väsentlig på annat sätt än att den smärtlindring och annat medicinskt stöd som kan krävas ges på ett professionellt sätt.

Det är förmodligen också viss skillnad på vad till exempel en sjukhusdirektör och en klinikchef sätter fokus på. Klinikchefens huvudintresse är rimligen den relativa medicinska kvalitet som kliniken levererar. Men han eller hon måste också beakta hur klinikens kostnadsbild ser ut, både det sedvanliga budgetansvaret och, i den mån den mäts/kan mätas, kostnadseffektiviteten. I ett framtida kvalitetsmätsystem skulle idealt också klinikens kostnadseffektivitet jämföras med andra liknande klinikers. Sjukhusdirektören har på det hela taget samma fokus men med starkare betoning på kostnader och effektivitet.

På samma sätt har politikern, finansiären och tillsynsmyndigheten sina intressen i kvalitetsbedömningen.

### **Att mäta vårdkvalitet är inte enkelt**

Välskötta företag i olika konkurrensutsatta branscher har lång erfarenhet av att mäta kvalitet i alla de dimensioner vi diskuterar här, låt vara med andra begrepp och andra tekniska komplikationer, och vet att det är svårt.

Det finns ett antal erfarenheter.

*\*Ett informations- och kvalitetsmätsystem är resurskrävande att bygga upp och att underhålla.*

Ett vårdkvalitetsmätsystem är rimligen inget undantag. Landstingen och regionerna måste vara beredda att sätta av extra resurser för att etablera systemet – och en del av resursinsatsen behöver säkert vara gemensam och ske genom SKL och av berörda myndigheter. Att driva ett årligt rullande system är också kostsamt men på en lägre nivå. Samtidigt torde nyttan av att ha ett fungerande vårdkvalitetsmätsystem, och det gäller oavsett hur det mäts (ekonomi, patientupplevelse, personaltrivsel, allmänhetens syn

på vården etc.), vara långt större än vad investerings- och driftskostnaderna för mätsystemet någonsin kan uppgå till.

*\*Det är mera komplicerat att mäta än vad man kan tro.*

Att mäta medicinsk vårdkvalitet för behandling av olika diagnoser är i högsta grad komplicerat – och extra komplicerat om en klinik skall jämföras med en annan. Datainsamlingen måste göras på samma sätt, selektionsproblemet måste undvikas, det måste riskjusteras med tanke på hur det egna patientkollektivet ser ut visavi andra klinikers osv. Det är ingen tillfällighet att det har tagit tid att bygga upp de olika nationella kvalitetsregister som finns (vilket av allt att döma också till stor del kan förklaras av resursbrist).

Att mäta kostnader, patientnöjdhet och tillgänglighet är enklare. Men om målet är att mäta effektivitet i meningen ”hur mycket vård som ges för pengarna” är det väsentligt mera komplicerat – och det kommer att ta tid.

*\*Man får det man mäter – och det som inte mäts riskerar att hamna i skugga, att prioriteras ned i verksamheten.*

Det gäller givetvis också för vården. Det finns gott om praktiska erfarenheter från vården som bevisar det, och det gäller särskilt om det som mäts är det som betalas. När sjukhusvård ersätts per vård dygn har sjukhusen längre vårdtider och fler sängar (Tyskland). När läkare ersätts per besök blir det också fler läkarbesök (Frankrike). När ersättningarna ökar med mer komplicerade medicinska ingrepp blir det också fler sådana ingrepp (USA).<sup>112</sup>

Att analysera de långsiktiga följderna av att mäta en viss storhet men inte en annan är med andra ord centralt.

*\*Ett mätsystems följder för incitamenten i organisationen är mycket stora, större än vad man i förstone skulle kunna tro, och måste följaktligen alltid noga övervägas.*

Professor Lars Pålman säger om rectalcancerregistret och dess konsekvenser: ”Vårt register har dramatiskt ökat medvetenheten om komplikationer och kvalitet bland våra kirurger. Idag är resultaten bättre för rectalcanceroperationer än för coloncanceroperationer vilket är unikt i världen. Det beror delvis på att vi lagt till strålbehandling, men framförallt på att snacket går bland kirurgerna att de ska operera fint och att de vet att de är registrerade.”<sup>113</sup>



*\*Systemen bör vara så enkla som möjligt med så få mätvariabler i respektive del som möjligt. Det som mäts måste vara kvantifierbart, mätmetoderna tillgängliga för alla och resultaten öppna.*

Det kvalitetsmätsystem som är under uppbyggnad i England och som hanteras av en särskild myndighet (The Healthcare Commission) är mycket ambitiöst och på många sätt överväldigande. Det är troligt att det i praktiken bryter mot kravet på enkelhet. Det är ett komplicerat, mycket resurskrävande system och det finns uppenbara risker för byråkratisering. Det ställer också höga krav på ledningen av The Healthcare Commission.

## 5. Rättvis vård

Skulle man fråga en representativ del av svenska folket vad de menar med ”rättvis vård” skulle man förmodligen få ett svar som kunde sammanfattas i dessa fyra kriterier (som också blir definitionen på begreppet rättvis vård här):

*\*Alla skall få vård som behöver vård.*

Underförstått menar nog de flesta med det att alla skall få vård oavsett inkomst, kön, hudfärg, religion etc. Den principen brukar i litteraturen kallas *människovärdesprincipen*.

*\*Den som är sjukast skall få vård först.*

De flesta människor anser antagligen att denna princip (brukar också kallas *behovsprincipen*) är en självklarhet för att vi skall kunna tala om vården som rättvis. Vem som skall få vård först är alltså ett medicinskt beslut på den praktiska nivån, till exempel på en akutmottagning.

*\*Det skall vara samma vård i hela landet.*

Det är lätt att förstå att rättvis vård också måste innebära att den vård som ges för en och samma åkomma är kvalitetsmässigt likvärdig oavsett var i landet vårdtagaren behandlas.

*\*Det skall inte finnas några gräddfiler i vården.*

Innebörden är att rättvist kan det inte vara om någon medborgare av någon anledning, mest troligt gott om pengar, får gå före andra med samma åkomma i vårdkö.

Dessa principer för rättvis vård har en underförstådd förutsättning – att alla medborgare har en sjukförsäkring som täcker kostnaderna för vården. I Sverige är det ordnat genom att vården är gemensamt finansierad (skatte-

finansierad). Och Sverige är inget undantag. En allmän sjukförsäkring, dock inte alltid skattefinansierad, finns i de flesta OECD-länder. Det stora undantaget är USA. Över 45 miljoner amerikaner, 15% av befolkningen, saknar sjukförsäkring, alla som behöver vård får således inte relevant vård. Och det blir följaktligen meningslöst att tala om att det amerikanska vårdsystemet är rättvist i den mening vi i Sverige lägger i begreppet.

Det vore samtidigt ett misstag att bara vifta bort den amerikanska vårdmodellen som mindre utvecklad. Den är i många avseenden överlägsen ”den europeiska modellen”. De resurser som sätts av till vården i USA är väsentligt större än i till exempel Sverige och den amerikanska vårdsektorn är mer forskningsintensiv och ger större utrymme för vårdentreprenörer än vad som gäller i Europa. Och det är inte sant att de fattiga, gamla och handikappade utgör merparten av de dryga 45 miljoner amerikaner som är oförsäkrade.<sup>114</sup> För det första är ungefär en fjärdedel av de oförsäkrade berättigade till offentlig sjukvård (Medicaid mm) men har av någon anledning valt att inte lista sig i systemen. För det andra finns det en stor grupp oförsäkrade personer i arbetsför ålder med måttliga inkomster som hoppas att de inte skall bli sjuka eller skadas, de gör helt enkelt andra prioriteringar än att köpa en sjukförsäkring. Med ett europeiskt perspektiv är det här ett orättvist system. Men man skall ändå notera att en stor del av dessa personer gör ett aktivt val att välja bort sjukförsäkringen.

Det finns också insiktsfulla amerikaner som tydligt ser bristerna i det egna systemet, inklusive att så många hamnar vid sidan av skyddsnätet, men som ändå inte vill ha ett gemensamt finansieringssystem (”a single payer system”) eller att det offentliga skall spela en större roll i vårdproduktionen. Det kostar för mycket i termer av lägre innovationsförmåga och vitalitet. Det som istället behövs är *mera* av konkurrens, och i synnerhet konkurrens på ”kliniknivå” om vårdresultat.<sup>115</sup>

Bakgrunden är att det principiellt finns två sätt att organisatoriskt ordna vården på. Det sätt som de flesta medborgare i Sverige, och för den delen i Europa som helhet, tycker är det rätta. Och det sätt som en majoritet av amerikanerna anser är det rätta. I Sverige, liksom i många andra länder, ligger tyngdpunkten på att vården skall vara rättvis. Amerikanerna betonar individens fria val och vårdsektorns dynamik och förnyelseförmåga. I båda fallen handlar det om en balansgång mellan de båda teoretiska ytterligheterna full rättvisa och full frihet. Den amerikanska modellen lägger balanspunkten åt frihetshållet, Sverige och övriga Europa mera åt rättvisehållet. Båda betalar ett pris för sitt val.

Det handlar ytterst om två filosofiska synsätt på vad som är ett rättvist samhälle. Enligt det första synsättet, det som vi i Nordeuropa i de flesta

fall ansluter oss till, har samhället, i första hand genom staten, rätten att omfördela resurser. Det viktigaste syftet är att skapa ett rättvisare samhälle. Det är ett moraliskt ställningstagande att vi vill ha ett sådant samhälle, det finns inga rationella beslutskriterier som hjälper oss att avgöra vad som är rättvist eller inte. Politikerna får mycket att säga till om i denna modell. Filosofen John Rawls är den mest kände företrädaren för den här uppfattningen. Han erbjuder också en fascinerande algoritm, modellen med den så kallade ”okunnighetens slöja”, med vars hjälp man kan hitta en nivå på samhällets omfördelning som nog de flesta av oss skulle kunna acceptera.<sup>116</sup>

Enligt det andra synsättet, i varje fall i sin mest extrema form, är fördelningen av resurserna bland medborgarna vid en given tidpunkt också den rättvisa fördelningen. Argumentet är att vi har fått den nu gällande fördelningen genom att medborgarna tidigare, i historisk tid, har gjort frivilliga val och byten – och resultatet har blivit den inkomst- och förmögenhetsfördelning vi har just nu – och som således är rättvis. Med det synsättet i sin rena form ges det nästan inget utrymme för politikerna att med gemensamma resurser skapa ett bättre samhälle, till exempel erbjuda vård till de grupper i samhället som av någon anledning inte klarar av att betala de försäkringspremier som fordras (eftersom en skattefinansierad vård inte är tänkbar). Robert Nozick är en filosof som ofta förknippas med det här synsättet på rättvisa. Det berättas att Bernard Williams, engelsk filosof, hävdade att det enda rimliga kriteriet för sjukvårdens fördelning är det medicinska behovet. Som argument mot detta frågade Robert Nozick varför det inte därav följer att ”det enda rimliga kriteriet för hårvårdens fördelning är friseringsbehovet”.<sup>117</sup>

Syftet med den här genomgången har inte varit att ifrågasätta den svenska synen på rättvisa, och mera specifikt rättvis vård. Det råder konsensus över hela det politiska fältet, också manifesterat i lagstiftningen (HSL §2), om att vi i Sverige skall ha rättvis vård i den mening som här har diskuterats och preciserats. Det är också min åsikt. Och jag har redan inledningsvis gjort klart att diskussionen i den här skriften inte handlar om finansieringsfrågan, den svenska skattefinansieringsmodellen tas för given.

Syftet har istället varit att visa att det finns åtminstone två sätt att se på saken – och att det i sista hand är en politisk-moralisk fråga om den ena eller andra vårdmodellen skall gälla som bara berörda medborgare kan fatta beslut om.

Låt oss fördjupa diskussionen om den svenska synen på ”rättvis vård” med hjälp av ett antal frågor.

## 1. Måste vården vara offentligt producerad för att vara rättvis?

Den nordiska sjukvårdsmodellen kan onekligen få oss att tro att rättvis vård är liktydigt med offentligt producerad vård. Eller mera precist, rättvis vård förutsätter att vården till sin dominerande del är gemensamt finansierad *och* gemensamt producerad. Men så kan det rimligen inte vara. Det avgörande för att vi skall kunna skapa ett system med rättvis vård (enligt de fyra kriterierna) är att vi gemensamt *finansierar* vården, inte att vården sköts av det offentliga. Det räcker emellertid inte som förklaring. Offentligt producerad vård är vanlig också i länder med andra finansieringsmodeller och en annan syn på rättvisa. Även den amerikanska sjukvården produceras till viss del av offentliga institutioner. Mätt i antal sjukhussängar fanns 2003 ungefär 15% av dessa vid offentligägda sjukhus i USA.<sup>118</sup>

Hur kommer sig detta? Det finns ett antal skäl. För det första är privata vårdgivare inte intresserade av viss vårdproduktion. Det i sin tur kan förklaras av att vårdbehovet är för svårdefinierat (den medicinska tydligheten är låg), vårdprocessen för komplex (låg planerbarhet), risken för stor, efterfrågan för ojämn, betalningsförmågan för osäker etc. Vårdmarknaden fungerar som vi har sett i själva verket effektivt bara på vissa av världens delmarknader – och dåligt, eller inte alls, på andra delmarknader. Akut specialistsjukvård, liksom den högspecialiserade sjukvården vid universitetssjukhusen, har närmast karaktär av kollektiv vara.

För det andra finns ideologiska orsaker av typen: ”man skall inte kunna tjäna pengar på att människor blir sjuka” vilket leder till regelsystem som försvårar eller hindrar privat vårdproduktion (jfr den så kallade stopplagen), i sista hand blir det ett politiskt argument för offentlig vård. För det tredje kan det vara historiskt betingat i meningen ”att så har vi alltid gjort”. Att vård bedrivs i offentlig regi har gällt i Sverige under så lång tid att det för många blivit ett politiskt faktum, det bör vara så. Ett bevis för att vad man gjort tidigare har betydelse är att i många länder i Västeuropa med en i vår mening rättvis vårdmodell är det *inte* det offentliga som producerar merparten av vården utan istället privata företag, stiftelser, kyrkan etc. De privata vårdföretagen är då till största delen icke-vinstdrivande.

Det senare leder till en följdfråga. Varför har man inte i dessa länder fler privata *vinstdrivande* företag i vården? Det finns förmodligen också här flera orsaker. Vård och omsorg var i gamla tider, inte minst i de katolska länderna, en uppgift för kyrkan och frivilligorganisationerna. Det ligger nära till hands att dessa traditioner lever kvar och bidrar till att forma också dagens vårdssystem. Det är ett skäl. Det finns också i vissa länder

rent ideologiska orsaker. I Holland har politikerna förbjudit vinst i vården. Till det kommer det grundläggande skäl vi just har diskuterat – att för stora delar av vården är privata aktörer inte intresserade av vårdproduktion eftersom risken är för hög givet den avkastning man kan räkna med.

Svaret på frågan om rättvis vård förutsätter offentligt producerad vård är således nej. Det är emellertid ett villkorat nej. För vid närmare granskning finns det, som har visats, rationella argument för att *vissa delar av vården* bör vara offentligt producerade. Jag skall återkomma till den frågan.

## **2. Kan vi tillåta privat finansiering av vård och ändå hävda att vården är rättvis?**

Svaret på frågan måste vara ja, vi kan mycket väl tillåta privat finansiering och ändå tala om att vården är rättvis. Man kan visserligen hävda att den som har ordnat en privat finansiering av sin vård i praktiken går före i kön. Och att det står i strid med att det inte skall finnas några gräddfiler till vården. Men kriteriet, att ingen skall få gå före i vårdkön, kan rimligen inte tolkas på annat sätt än att det inte skall finnas några gräddfiler till den *skattefinansierade* vården. Varje annan tolkning vore en orimlighet. Alla måste ha rätten att använda sina inkomster och sitt sparande till vad han eller hon vill – också till vård. Om en person beslutar sig för att investera i en privat sjukförsäkring och därmed vid sjukdom eller olycksfall ”går före i kön” genom att få vård vid en privat institution gör det inte i sig den skattefinansierade vården mindre rättvis.

Ett klarläggande är viktigt. Att ”någon går före i kön” är inte ett självklart entydigt begrepp. Det kan uppnås på åtminstone två sätt – (1) genom att snabbare än normalpatienten utredas (dvs. hela utredningskedjan från första symtom på sjukdom fram till diagnos) och (2) genom att efter slutgiltig diagnos snabbare komma till behandling.

Det första ledet i den här kedjan har politikerna i praktiken mycket svårt att påverka (på att annat sätt än att se till att tillgänglighetsproblemet löses). Det är mer eller mindre omöjligt att förhindra att människor genom att betala med egna pengar, eller genom privata försäkringar, snabbt kan komma till en specialist och på så sätt få en remiss för behandling. Det skulle i praktiken betyda att olika läkares remisser skulle väga olika tungt beroende på hur de har fått sin betalning. Det är svårt att se hur ett sådant kontrollsystem skulle se ut, och det görs i praktiken heller ingen sådan

diskriminering mellan remisser. Men konsekvensen blir givetvis att denna privatbetalande patient, allt annat lika, ”går före i kön” till den skattefinansierade vården. Det är istället det andra ledet, tiden från remiss och fram till behandling, som politikerna kan påverka i meningen se till att ingen privatbetalande patient kommer före i kön till skattefinansierad utredning, behandling och vård. Det är också den innebörden begreppet ”gå före i kön” ges här.

Låt oss därmed återgå till frågeställningen.

Att privat betald vård skall levereras av ett privat vårdföretag kan tyckas vara en självklarhet. Man kan hävda att skulle vi tillåta att kliniker på marginalen kunde erbjuda vård också till personer med privata sjukförsäkringar kan det komma att betyda att någon faktiskt får förtur i kön. Och även om det inte sker kommer blotta misstanken att bli misskrediterande för systemet. Det finns också en motsatt risk – att de privata vårdföretagare som skulle ha kunnat utföra den aktuella privatfinansierade vården blir, berättigat eller inte, misstänksamma och börjar tala om snedvriden konkurrens.

Men är det verkligen en självklarhet att privatfinansierad vård alltid skall levereras av ett privat vårdföretag? Är det nödvändigt för att vi skall kunna tala om det svenska vårdssystemet som rättvist? Det är detsamma som att fråga sig vilka rättviseargument som finns mot att låta *alla* vårdinstitutioner ta emot patienter som betalar själva.

### **3. Kan vi, om vi vill ha en rättvis vård, tillåta att offentligt finansierade vårdinstitutioner tar emot privatfinansierade patienter?**

För att försöka svara på den här frågan behöver vi dela upp resonemanget i två delar.

Den första delen handlar om ifall det överhuvudtaget finns sakliga skäl för att överväga att tillåta privatfinansierad vård vid offentligt finansierade vårdinstitutioner. Jag menar att det gör det, det finns rationella argument för att tillåta privatfinansierade patienter i alla vårdföretag. Ett tungt skäl är att långsiktigt kunna upprätthålla kompetensen på en sådan nivå att patienterna får bästa möjliga vård. För den specialiserade sjukvården är det lätt att förutse en framtid med en än mer fördjupad specialisering där det för vissa specialiteter inte finns några nationella, än mindre regionala, gränser för klinikernas upptagningsområde. Här kan helt enkelt privat-

finansierade patienter bli avgörande för om vi inom landet kan behålla den bästa specialistkompetensen eller inte. Med den framtidsbilden blir det ofrånkomligt med privatfinansierade patienter om den vård som erbjuds skall vara den bästa möjliga – och därmed ligger, till synes paradoxalt, privatfinansierad vård i linje med allas intresse.

Till detta huvudargument kan läggas ett par andra skäl. Dels kan kapacitetsutnyttjandet öka om privatfinansierad vård tillåts. Dels kan det också komma att ge vidgat utrymme för entreprenöriella initiativ, i synnerhet om vården drivs i bolagsform. Det som skedde i form av kreativa avknoppningar och affärsmässiga satsningar efter S:t Görans bolagisering 1994 är ett konkret uttryck för vad man kan vänta sig.<sup>119</sup> Att se på den specialiserade sjukvården som en tjänst som kan säljas på export som vilken annan tjänst som helst ligger i förlängningen av det här resonemanget. Det är samtidigt lätt att förstå att en sådan utveckling inte kommer att förverkligas utan att de stora akutsjukhusen, och några få högspecialiserade kliniker, tillåts ta emot patienter varifrån de än kommer och hur de än betalar för sig.

Den andra delen av frågan är om en sådan liberal hållning till privatfinansierade patienter kan förenas med rättvis vård. Jag menar att det är möjligt – under några grundförutsättningar. (1) Den betalande patienten får inte tränga ut andra patienter med samma åkomma och samma behov av vård, dessa kommer alltid i första hand. Det betyder att vård av privat betalande patienter i normalfallet bara får utföras i situationer där det finns överkapacitet på kliniken. Men ingenting bör få hindra att sjukhusets/klinikens ägare beslutar att inom en viss specialitet där den medicinska ”konkurrenskraften” är hög kan det få byggas upp skraddarsydd resurser för betalande patienter. (2) Hela kostnaden för vården måste täckas av den ersättning som utgår. Det i sin tur förutsätter (3) att sjukhuset eller kliniken har en sådan ekonomistyrning, och organiseras på så sätt, att alla kostnader förknippade med *alla* patienter, skatte- och privatfinansierade, kan identifieras. Till det kommer att de två grundläggande villkoren för en rättvis vård – människovärdes- och behovsprincipen – aldrig får kränkas.

Praktiskt sett kan rättviseaspekten lösas så att grundprincipen är att privat finansierade patienter *inte* skall tillåtas hos någon vårdgivare, privat eller offentlig, som får sin verksamhet helt eller delvis betald med skattemedel, dock att berört landsting har rätten att efter förhandling ackreditera en sådan vårdgivare att bedriva verksamhet som finansieras privat.

Vad skulle en sådan modell kunna innebära? Låt oss exemplifiera med privata Capiro S:t Görän AB. Enligt nu gällande avtal med Stockholms läns landsting får inte S:t Görän ta emot privatbetalande patienter. Vi antar



att bolagsledningen vet, efter noggranna marknadsundersökningar, att det finns en nisch i sjukhusets verksamhet där det bjuds stora möjligheter att sälja behandling och kringkompetens på den internationella marknaden (och för den delen också till andra landsting och till svenska privatbetalande patienter), och att det finns en så stor efterfrågan att en offensiv investering inom rimlig tid skulle kunna uppfylla företagets avkastningskrav. Givet den här modellen skulle Capio då ta kontakt med Stockholms läns landsting och tillsammans skulle parterna förhandla fram ett avtal. Det skulle kunna innebära att verksamheten kunde starta upp i ett dotterbolag till S:t Görans där landstinget, till exempel genom delägande, fick full insyn. Avtalet skulle ge landstinget garantier för att ”normala” patienter med den aktuella diagnosen skulle få sin behandling med samma medicinska kvalitet och med samma tillgänglighet som om avtalet inte hade funnits. Avtalet skulle också reglera vad som händer med bolaget om Capio inte får driva S:t Görans sjukhus vidare efter 2012 då nuvarande entreprenadavtal löper ut.

#### **4. Kan vi tillåta privata vårdgivare och ändå hävda att vården är rättvis?**

Självklart kan man tillåta privata vårdgivare och ändå hävda att vården är rättvis. I den svenska vården idag svarar privata vårdföretagare för 10-15% av vårdvolymen mätt i kostnader. För vissa delar av vården, särskilt inom närvården, är som vi har sett andelen väsentligt större. Mer än hälften av all tandvård utförs av privata tandläkare, ännu högre andelar gäller för paramedicinsk vård (sjukgymnastik, naprapatmottagningar, fotvård etc.) och inom den svenska primärvården är ungefär var fjärde vårdcentral privatägd. De som på allvar menar att dessa privata vårdföretag underminerar eller försvagar den rättvisa vården blir allt färre.

Det som är mindre självklart är att också detta svar är villkorat – det är enligt min mening inte rationellt och långsiktigt effektivt att tillåta privata vårdföretag oavsett vilken typ av vårdproduktion vi talar om – och det gäller i synnerhet för den privatägda vinstdrivande vården. Låt oss därför formulera frågan lite mer precist.

## **5. Kan vi tillåta att privata vårdföretag drivs i aktiebolagsform och att vinsten delas ut till ägarna och ändå hävda att vården är rättvis?**

Svaret är entydigt ja. Det är en trivialitet i vår typ av samhälle att om en privat ägare investerar i ett företag måste denna ägare också kunna få avkastning på sitt satsade kapital. Och det finns inga seriösa skäl för att den principen skulle gälla för all verksamhet *med undantag för vården*. Argumentet att ingen skall få tjäna pengar på vården är, kort sagt, inte särskilt välgrundat.<sup>120</sup>

För ett privatägt vårdföretag som satsar kunskap och kapital i ett samarbete med ett landsting, låt oss säga i form av en entreprenad, måste den ersättning man erhåller från landstinget täcka samtliga företagets kostnader under avtalstiden för att affären skall gå jämnt upp. Men det räcker inte för att en överenskommelse skall komma till stånd. Det måste också finnas utrymme för vinst. Ägaren av vårdföretaget tar en risk. Det finns alltid risker och osäkerheter med genomförandet. Dessa faller på entreprenören/ägaren som också normalt har ställt upp med riskkapitalet. Och sådana risker måste få en ersättning. Det är därför, förenklat sagt, som alla företag för att överleva måste visa vinst. Det spelar ingen roll om företaget producerar bilar eller vård eller vad som helst annat.

Det spelar inte heller någon roll om företaget är offentligägt eller privatägt. Bara om det är en genuint kollektiv vara typ rättsväsende, brandkår etc. kan man hävda att det satsade kapitalet inte behöver någon ekonomisk avkastning. Anledningen är att marknaden inte klarar av att producera kollektiva varor och att det alltså inte finns något alternativ till offentlig produktion. Men det är bara delar av vården som man kan karaktärisera som en kollektiv vara. Så även om, låt oss säga, primärvården drivs i offentligägda förvaltningar måste det investerade kapitalet förräntas (och driften vara effektiv) på samma nivå som gäller för en privat vårdproducent. Om inte blir kostnaderna för vården högre än vad de skulle behöva vara – och därmed skatterna.

Att döma av debatten är många tveksamma till att ett vårdföretags vinst delas ut till aktieägarna. Men återigen, de som har tagit den ekonomiska risken, aktieägarna, har rätten till det som blir över när alla kontrakt och åtaganden är uppfyllda – och att ta emot utdelning är ett sätt att få betalt för risken. Det är en helt annan sak att det inte är nödvändigt med en utdelning varje år, en direktavkastning. Hela vinsten kan få stanna i företaget under förutsättning att det finns en fungerande marknad där vårdföretag

köps och säljs. Ägarna får sin avkastning i klump när företaget en gång säljs.

Utdelning drar visserligen undan likviditet för företaget. Men för ett välskött företag som visar vinst är likviditeten inget problem. Och i *Hälsa, vård och tillväxt*, Valfärdspolitiska rådets rapport från 2004, görs i det sammanhanget ett annat tankeväckande påpekande. Det kan mycket väl vara så, skriver författarna, att det överskott som utgör ägarnas vinst i ett vinstinriktat företag kan ha sin motsvarighet i överkompensation till huvudintressenterna i en offentligt ägd vårdinstitution. ”Ledningen för ett sjukhus, professorer vid universitetssjukhus, medlemmarna i facket osv. kan se till att skapa sig utrymme för konsumtion på jobbet, som kan dra undan resurser från den primära uppgiften i minst lika stor omfattning som vinstutdelningen i investerareägda företag.”<sup>121</sup>

En fråga kvarstår obesvarad. Hur kan det vara möjligt att *icke-vinstdrivande* företag äger långt fler sjukhus än vad *vinstdrivande* företag gör, för så ser det ut om vi tittar på västvärlden i stort? Det beror på flera saker, några har vi berört tidigare, till exempel att sjukvården historiskt ofta sköttes av kyrkan eller av ideella organisationer. Men det finns också en handfast ekonomisk förklaring. I ett *icke-vinstdrivande* företag är det en ägarlös kapitalmassa, till exempel en stiftelse, som tar risken. Det måste med andra ord från början finnas ett kapital som i en eller annan form donerats som grundplåt för till exempel ett sjukhus och som i praktiken blir risktagande. Och den löpande verksamheten drivs med vinst i exakt samma mening som ett privatägt företag, det gäller i varje fall välskötta *icke-vinstdrivande vårdföretag*. Det innebär att varje år med vinst kan ett visst belopp, inklusive det som motsvarar en utdelning i privatägt företag, läggas till ”riskkapitalmassan”. Den kan också växa genom nya donationer (att företaget är *icke-vinstdrivande* är normalt sett en förutsättning för donationer, ingen vill donera pengar som kan komma att delas ut till andra privatpersoner). Till det kan läggas att *icke-vinstdrivande* företag ofta är skattemässigt gynnade. Sammantaget ger detta det *icke-vinstdrivande* företaget en ekonomisk konkurrensfördel visavi det *vinstdrivande*, utdelande företaget.

En sak måste återigen betonas, skall ett *icke-vinstdrivande* sjukhus klara sig i längden måste det, som vilket privatägt vårdföretag som helst, ”tjäna pengar på vården” i meningen göra vinst på sin verksamhet.

## **6. Kan vi tillåta att *all* offentligfinansierad vårdverksamhet tas om hand av privatägda företag och ändå hävda att vården är rättvis?**

Svaret är nej på den frågan, det har vi konstaterat flera gånger. Det finns med andra ord skäl att i ett system med offentligfinansierad vård undanta delar av vården från privat vårdproduktion av vinstdrivande företag. Men tankeväckande nog styrs inte det skälet av bara rättviseargument. Det räcker med att kunna konstatera att det inte är *effektivt* att låta all offentligfinansierad vård tas om hand av privatägda företag.

Vi får gå tillbaka och upprepa resonemanget om komplicerade kontrakt. Om den vård vi talar om kännetecknas av ett brett diagnospektrum, om flera organ är inblandade, om åldersspridningen bland patienterna är stor, kort sagt om det är svårt att veta vilken diagnos som gäller och hur en behandling utfaller (låg medicinsk tydlighet), då är det ganska säkert inte effektivt att låta privata vinstdrivande vårdföretag ha ansvaret för vården. Detsamma gäller om planerbarheten är låg, mest tydligt gäller det patienter som kommer in akut med oklar sjukdomsbestämning.

Effektivitetsargumentet handlar om två saker. Dels om just detta, att förhållandena för den här typen av vård är så komplicerade att det blir svårt, eller i praktiken omöjligt, att skriva ett kontrakt som täcker in alla de varianter av vård och resursinsatser som kan komma i fråga. Förhandlings- och kontrollkostnaderna blir mycket höga. Och sannolikt så höga att de uppväger de fördelar med privatproducerad vård som kan finnas. Dels handlar det om att konkurrenskriteriet inte är uppfyllt. För den specialiserade akutsjukvården, liksom för den icke planeringsbara specialiserade sjukvården och den högspecialiserade sjukvården, finns i praktiken ingen fungerande marknad, i varje fall inte utanför de allra största städerna. Och inte ens där eftersom patienten många gånger saknar praktiska möjligheter till fritt och informerat val.

Den här argumentationen finns kvar med samma styrka även om vi talar om att ett privat företag äger och/eller driver ett stort akutsjukhus (eller ansvarar för all sjukvård inom ett visst sjukvårdsområde). Om förhandlingarna mellan beställaren, landstinget, och det privata vårdföretaget är svåra och om avtalet som skall reglera samarbetet blir mångsidigt och invecklat, ja då är det bättre att vården drivs av det offentliga. Kontrakts- och kontrollkostnaderna blir för höga relativt de fördelar som kan vinnas. Till det kommer de stora kompetensöverföringar till den privata vårdgivaren som är ofrånkomliga när till exempel ett stort offentligt akutsjukhus övergår till privat drift. Den privata entreprenören får helt

enkelt genom att ta över anställningsansvaret tillgång till ett värdefullt humankapital utan att behöva betala för dess ”marknadsvärde”<sup>122</sup>. Eller som en läkare i ledningsgruppen vid S:t Göran uttryckte efter Bures/Capios köp: ”Alltså, när Bure köpte oss hade dom inte en aning om hur man driver akutsjukhus.”<sup>123</sup>

Och skulle inte det andra grundvillkoret, att det måste finnas konkurrens på marknaden (och att patienten kan göra informerade vårdval), vara uppfyllt då finns det inga rationella skäl för att ett stort sjukhus, eller ett helt sjukvårdsområde, skall drivas privat.

## **7. Kan vi tillåta fri etableringsrätt för privata vårdgivare och ändå hävda att vården är rättvis?**

En grundläggande förutsättning för en fungerande marknad är fri etableringsrätt. Privata vårdgivare har som alla andra företag fri etableringsrätt men på vårdens område är den friheten skenbar eftersom så gott som alla nyetableringar är beroende av att få offentlig finansiering. Det är i praktiken landstingen som bestämmer om det skall bli en etablering eller inte. En privatpraktiserande läkare kan, om han vill få betalt av skattemedel, inte starta en mottagning utan att först fråga sitt landsting om lov. Frågan i rubriken skall således omformuleras – kan vi tillåta fri rätt till skattefinansierad ersättning för en nyetablerad vårdgivare och kalla en sådan ordning för rättvis vård?

Det är av flera skäl svårt att tänka sig att en *villkorslös* frihet till skattefinansiering skulle kunna tillåtas i ett rättvist vårdssystem. Grunden för rättvis vård är den solidariska finansieringen. Teoretiskt skulle fri rätt för privata vårdgivare till offentlig finansiering i sin yttersta konsekvens innebära att landstingspolitikerna överlämnade till privata vårdgivare att fatta beslut om den skattefinansierade vårdens inriktning och lokalisering. Det är rimligtvis inte förenligt med rättvis vård.

Däremot är det möjligt att se en *villkorad* fri rätt till offentlig finansiering av en nyetablerad privat vårdverksamhet. Det är i första hand två beslut som beställaren, landstingen, rimligen inte borde lämna ifrån sig. Dels vilken vård det handlar om. Dels var inom regionen denna vård skall levereras, det senare bör i varje fall gälla för mer omfattande vårdverksamheter.

Det är två typer av vårdverksamhet som borde kunna bli föremål för fri rätt till offentlig finansiering. För det första vissa delar av standardiserad elektiv kirurgi och annan planerbar specialiserad sjukvård. För det andra vissa delar av närvården. Det följer av att det bara är på dessa två vårdlogikområden som det finns förutsättningar att skapa en någorlunda fungerande konkurrens – och konkurrens på marknaden är en grundförutsättning för ”fri etableringsrätt”. Till det kommer det självklara kravet att betalningsmodellen måste vara känd på förhand, före etableringen, och lika för alla vårdgivare som arbetar på den aktuella marknaden.

Att det endast är ”vissa delar” av dessa båda vårdlogiker inom den specialiserade sjukvården som ett landsting bör ge ”fri etableringsrätt” hänger samman med vården som en till stor del utbudsstyrd verksamhet.

Det går i vissa fall att *skapa* en efterfrågan på vård och det är knappast förenligt med rättvis vård att ge fritt fram för privata vårdentreprenörer på sådana områden. Ett exempel skulle kunna vara plastikkirurgi. Det bör vara upp till varje landsting att själv bestämma vilken del av den standardiserade elektiva kirurgin respektive den planerbara specialiserade sjukvården som skall ges ”fri etableringsrätt”.

Vad gäller närvården bör öppen tillgång till offentlig finansiering vid en nyetablering komma i fråga bara om vårdprodukten är entydigt definierad (äldreboende skulle kunna vara ett exempel), eller om antalet patienter är stort och om vårdbehovet i termer av resursinsats inte skiljer sig så mycket åt från en patient till en annan (primärvården). Vårdvalsmodeller inom primärvården typ Vårdval Halland är ett modernt exempel på hur ”fri etableringsrätt” ser ut i praktiken. Ackrediterade privata vårdgivare får, som vi tidigare har beskrivit, tillgång till offentlig finansiering på kända villkor. (Parentetiskt kan vi notera att vårdvalsmodeller juridiskt sett är förknippade med osäkerhet. Framstående jurister anser helt enkelt att de inte är förenliga med de krav som gäller enligt LOU.<sup>124</sup> Det är lätt att inse att oklarheter av det slaget är kostsamma för samhället.)

Tandvården har ”fri etableringsrätt” i meningen att den tandläkare som öppnar en ny mottagning, eller tar över en befintlig klinik, utan särskild prövning har rätt till det statliga tandvårdsstödet. Men det är en modell med problem som vi har diskuterat. Kostnaderna för tandvården, både för patienten och för skattebetalarna, har stigit mycket snabbt efter 1999. En viktig orsak är att konkurrensen på tandvårdsmarknaden av allt att döma inte fungerar som den prisdämpande kraft som en effektiv konkurrens utövar. Fri tillgång till statligt stöd i kombination med fri prissättning blir då liktydigt med höga och stigande kostnader för medborgarna.

Det andra villkoret som landstinget inte bör avstå från gäller lokaliseringen av en nyetablering. Skall en ny vårdgivare kunna göra anspråk på offentlig ersättning bör landstinget kunna påverka var verksamheten skall bedrivas i regionen, i sista hand kunna säga nej om parterna inte kommer överens. Och det gäller, som sagt, särskilt om det är en mer omfattande verksamhet som skall startas upp. Det kravet berör naturligt nog också en ersättningsetablering. En sådan överlåtelse bör vara grundad i ett samverkansavtal mellan beställaren, landstinget, och den nye vårdgivaren.

Den här genomgången av sju frågor leder till en sista, mer övergripande fråga.

## **8. Finns det en övre gräns för hur stor den privatfinansierade delen av vården kan bli innan vi riskerar att få ett orättvist vårdsystem?**

Det är troligt att det gör. När gruppen med privata sjukförsäkringar, som idag omfattar runt 250 000 personer i Sverige, blir en så stor del av befolkningen att den har politisk relevans, och om många medborgare börjar tycka att det är fel att betala två gånger för vården, då kommer politikerna att tvingas ”göra något” – och i den situationen finns en stor risk att den breda politiska enigheten om att den svenska vården skall vara skattefinansierad krackelerar.

Vilket är motmedlet mot en sådan utveckling? Lösningen finns med all sannolikhet inte i restriktiv lagstiftning och annan reglering med syfte att förbjuda eller försvåra för privatbetalad vård. Det har prövats utan riktig framgång. Lösningen borde rimligen ligga i att undanröja skälen till varför många väljer att betala för (delar av) vården ur egen ficka, eller mer vanligt genom privata försäkringar. Allt tyder på att det helt dominerande skälet är dålig tillgänglighet, *inte* dålig vårdkvalitet. Om inte Sveriges sjukvårdspolitikerna förmår att eliminera, eller i varje fall kraftigt reducera, vårdens köer är det troligt att ”rättvis vård” i meningen att den helt dominerande delen av vården skall vara skattefinansierad, inte kommer att kunna upprätthållas. Att göra något åt den dåliga tillgängligheten handlar delvis om mer resurser. Det förefaller som om köerna antalsmässigt är en relativt konstant storhet år efter år. Med den vetskapen är det tankeväckande, och inte så lite förvånande, att det inte har beslutats om mer pengar till vården med det explicita målet att få bort vårdköerna, tillgänglighets-

problemen har funnits med under så lång tid att åtgärdsprogram borde ha kunnat sättas i sjön. Det i sig reser frågor. Kan det vara så att den svenska integrerade vårdmodellen har ett inbyggt systemfel i meningen att den inte förmår att korrigera tillgänglighetsproblemet? Eller är det fråga om en medveten ransonering?

Det faller utanför ramen för den här skriften att djupare granska dessa frågor.

### **Den svenska vården så som den ser ut idag är inte rättvis**

Det ligger nära till hands att tycka att den svenska vården är rättvis. Den första principen, att alla som behöver vård skall få vård, gäller på det hela taget. Liksom att vård ges efter behov (även om det finns vissa frågetecken kring en genusbias till kvinnors nackdel och för om inte vissa svaga grupper missgynnas). Och vi har argumenterat för att trots att vissa delar av vården utförs i privat regi finns få gräddfiler till vården. Att det i alla samhällen finns gräddfiler som handlar om goda kontakter, tjänster och gentjänster etc. är en helt annan sak.

Problemet är det återstående, tredje rättvisekriteriet, att det för samma åkomma skall ges likvärdig vård oavsett var i landet patienten behandlas. Det är inte uppfyllt. För delar av den specialiserade sjukvården är orättvisorna uppenbara. I inledningskapitlet refererades en studie som visade att för till exempel vissa komplicerade magcanceroperationer kan överlevnaden efter 30 dagar vara genomsnittligt 3-4 gånger högre på de kliniker som visar de bästa resultaten jämfört med dem som visar de sämsta resultaten. Klinikerna med de bästa resultaten finns normalt i storstadsområdena eller i andra stora städer. De finns sällan vid mindre landsortssjukhus. På så sätt skapas i praktiken ett vårdssystem som innebär att man som patient får olika kvalitet på vården beroende på var i landet man bor och på vilken klinik man får sin behandling. Spridningen i vårdkvalitet mellan olika kliniker i landet för tunga, allvarliga diagnoser är anmärkningsvärt stor – och rättvisekriteriet är inte uppfyllt i rimlig grad. Sammantaget är det här ett allvarligt välfärdsproblem som ännu inte riktigt har uppmärksammats.

Det finns ett antal troliga orsaker till att bilden ser ut som den gör. Ett skäl är uppdelningen på landsting och regioner med varierande ekonomiska resurser som leder till olika prioriteringar med konsekvenser för den relativa vårdkvaliteten. Ett annat skäl kan vara att evidensbaserad vård har svårt att få ett brett genomslag (vilket många studier har visat). Det kan också



tänkas att kunskapsspridningen från de sjukhus som har goda kliniska resultat till andra sjukhus av olika skäl är bristfällig. Liksom att den grundläggande läkarutbildningen inte fungerar tillräckligt effektivt när det gäller att sprida moderna behandlingsmetoder. Ändå är det sannolikt att den viktigaste förklaringen av alla är att det fortfarande för många diagnoser/sjukdomar saknas ett informations- och mätsystem som möjliggör välgrundade jämförelser av vårdkvaliteten mellan olika kliniker. *Jag hävdar att ingen reform kan vara viktigare för att eliminera de kvarstående orättvisorna i den svenska vården än att se till att det för alla tunga diagnoser/sjukdomsgrupper etableras en ordning med löpande, öppna mätningar av vårdens kvalitet på kliniknivå eller lägre.*

Ett tillägg är viktigt. Det ideala tillståndet att för samma åkomma skall vården alltid vara densamma oavsett var den ges i landet är ouppnåbart. Rättvis vård i denna tredje dimension kan vara ett mål men i praktiken är det inte möjligt att nå ända fram. Det viktiga är att göra skillnaderna tydliga. Det får ofrånkomligen två följder. Dels kommer det att utvecklas ett tryck på ansvariga politiker att förbättra och förändra vården så att rättvisan ökar. Dels får den enskilde individen en möjlighet att göra ett *informerat* val.

### **Rättvisa och effektivitet**

Rättvis vård är det ena fundamentet för ett nationellt vårdssystem. Det andra är hög effektivitet. Att åstadkomma så hög effektivitet som möjligt är ett med rättvis vård likställt mål för vården. Båda är lika viktiga.

## 6. Ett tiopunktsprogram för ett nytt svenskt vårdssystem

Det här avslutande kapitlets kärna är ett tiopunktsprogram för att reformera det svenska vårdssystemet. Jag skall emellertid inleda kapitlet med en diskussion kring den så kallade marknadsorienteringen av vården – och varför den inte har blivit den framgång som många trodde och hoppades på. För det går att konstatera att de senaste decenniernas försök på det här området på det hela taget har blivit en återvändsgränd. Det är inte så att marknadsreformerna har varit meningslösa. Det svenska vårdssystemet är nu öppnare med fler aktörer, det hade knappast skett utan konkurrensprogram och nya ersättningssystem. Och det är troligt att den villighet att ta nya grepp som finns, till exempel de nu så aktuella vårdvalsmodellerna, hade vi knappast fått se utan att det funnits ett marknadstänkande och utan att olika marknadsorienterade sätt att arbeta hade prövats under lång tid. Men när det är sagt kvarstår, det vi konstaterade i problempkapitlet, att några tydliga och uthålliga vinster vad gäller effektivitet och rättvisa är det svårt att direkt koppla till marknadsorienteringen. Och erfarenheterna av sådana försök är lika blandade och lika lite uppmuntrande i andra länder som har prövat.<sup>125</sup>

Jag skall börja med att precisera vad vi menar med marknadsorientering (avgränsat till sjukvården). Begreppet som det används täcker i praktiken in en hel räckvidd med åtgärder, allt från sådant som inte alls har något med marknadsorientering att göra till fungerande konkurrens mellan olika vårdgivare om uppdrag på en vårdmarknad. Om vi listar ett antal exempel efter marknadsorienteringens ”tyngd”, och börjar med det mest lättviktiga, skulle den listan se ut på följande sätt:

Marknadsorientering genom:

\*att landstingen har organiserat sig i en beställar- respektive utförandeorganisation (B/U-system);

\*att det har inrättats köpa-sälja-system i förvaltningarna. Det kan till exempel innebära att klinikerna på ett stort sjukhus köper tjänster av de medicinska stödfunktionerna (röntgen, op-avdelningar, laboratorier etc.) eller av sjukhusets kringsserviceenheter;

\*att prestationsersättning har börjat användas. En vårdcentral kan få betalt genom att ersättningen till vissa delar beror på hur många patienter som behandlas. Och i den specialiserade sjukvården finns ofta DRG-baserade ersättningssystem;

\*att det har införts fritt vårdval. Det betyder, kort sagt, att patienterna har frihet att välja mellan olika vårdgivare. Fritt vårdval skall inte förväxlas med vårdvalsmodeller (se kapitel 3) som är ett vidare begrepp, och som relativt nyligen introducerats i den svenska sjukvården;

\*att det har lagts ut verksamheter på entreprenad;

\*att vissa vårdlogiker uteslutande upphandlas från och sköts av privata vårdföretag.

De två första exemplen på listan handlar överhuvudtaget inte om marknadslösningar. De kan istället karaktäriseras som kvasimarknadsförsök eftersom det handlar om att *inom* en hierarki, den definitionsmissiga motsatsen till en marknad, försöka göra som man gör på marknaden.

Både teori och praktik visar att sådana experiment som regel inte blir särskilt effektiva, i synnerhet efter en tid när människorna i hierarkin, företaget eller förvaltningen, har lärt sig hur systemen fungerar. Det är inget att förvånas över att de olika kvasimarknadsförsöken inom vården framförallt under sent 1980-tal och tidigt 1990-tal (B/U-system, köpa-sälja-försök etc.) initialt av allt att döma gav mätbara effekter i form av förbättrad produktivitet – men att dessa positiva resultat efterhand försvann. Det mönstret visar till exempel en studie som Beställarkontoret vid Stockholms läns landsting gjort över produktivitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården i länet under perioden 1983-2003. Produktiviteten sjönk under 1980-talet, steg kraftigt under första hälften av 1990-talet för att därefter återigen närmast trendmässigt börja sjunka. Orsakssambanden är givetvis svåra att verifiera men det är en rimlig hypotes att den ökade produktiviteten under 1990-talets första år kan förklaras av de nya styr-

systemen.<sup>126</sup> Och också att återfallet till sjunkande produktivitet därefter hänger samman med att berörda organisationer och människor anpassar sig och immuniserar de nya systemen.<sup>127</sup>

Ett tillägg är viktigt. Det finns lyckade exempel på kvasimarknadslösningar. Jan Öhrming och Magnus Sverke skriver 2001 apropå förhållandena vid de stora Stockholmsjukhusen att främst de diagnostiska specialiteterna (röntgen, klinisk fysiologi, klinisk kemi etc.) uppvisar marknadsmässighet i sina köpa-sälja-relationer. ”Dessa delar av sjukvårdens nätverk hålls numera ihop av affärsmässigt grundade avtal mellan enheter som för regelbundet återkommande förhandlingar med varandra under ett givande och tagande vad gäller priser och grad av service på sina tjänster.”<sup>128</sup> Det är inte särskilt förvånande att det är just dessa delar av sjukvården där den här typen av kvasimarknadslösningar har fungerat. I köpa-sälja-relationen är det två professionella aktörer som förhandlar om en tydlig produkt.

De tre därpå följande exemplen på listan – prestationsersättningar, fritt vårdval och entreprenader – är i motsats till de tre första mer eller mindre genuint marknadsorienterade åtgärder. Alla tre kan dock förknippas med praktiska begränsningar.

Modeller för prestationsersättning är ofrånkomligen komplicerade och volymdrivande och för beställaren/finansiären finns risken att slutkostnaden blir hög. Det förklarar varför dessa betalningsmodeller nästan alltid kompletteras med ett tak för totalkostnaden. Sådana kostnadstak sätter, lika effektivt som vilken prisreglering som helst, marknadens styrande krafter ur spel. Om till exempel S:t Görans i sitt nuvarande avtal med landstinget har ett sådant kostnadstak (och det vet vi att de har) och om samma betalningsmodell med tak gäller för övriga akutsjukhus i Stockholm (och det vet vi gäller), då kan man utgå från att konkurrensen begränsas och att skillnaderna i produktivitet mellan sjukhusen tenderar att minska – och därmed att de positiva effekterna av privatiseringen minskar eller till och med försvinner. Andra mer djupgående problem med prestationsbaserade betalningsmodeller är att vårdproducenterna börjar agera dysfunktionellt, mot avtalets anda och avsikt, i syfte att maximera intäkter och privat vinning.<sup>129</sup> DRG-glidning, att vårdgivaren ”glider på” registreringen av det som diagnostiserats för att få bättre betalt, kan vara ett exempel. Om DRG-glidning förekommer vet jag inte, men det skulle inte vara förvånande om det gjorde det.

Fritt vårdval i meningen att patienten fritt kan välja mellan olika vårdgivare har haft begränsade ekonomiska effekter av helt andra skäl.<sup>130</sup> Rättsläget har varit oklart, landstingen har kunnat göra lite som de själva velat trots uttalade vårdvalsambitioner. Landstingen har ofta visat ljumt intresse för att de misstänkt att en utbredd ordning med vårdval skulle höja kostnaderna. Det har inneburit att det har satts upp hinder för patienter som velat välja, faktiskt även på ideologiska grunder.<sup>131</sup> Dessutom har patienterna själva, även när de haft en praktisk möjlighet till val mellan till exempel närliggande vårdcentraler, knappast alls utnyttjat möjligheten. Fritt vårdval inom ramen för avancerade former av vårdvalsmodeller (typ Vårdval Halland) kan förhoppningsvis komma att ändra den här bilden.

Frågan är om fritt vårdval har fungerat produktivitetshöjande på de andra delar av vården där det förekommer? Tandvården är det mest tydliga exemplet, man har som patient full frihet att välja tandläkare. Som vi tidigare har diskuterat har kostnaderna för tandvården ökat mycket snabbt under hela 2000-talet och det gör att det är troligt att produktiviteten inte har ökat under den perioden. De snabbt ökande kostnaderna kan förklaras av att priskontrollen för tandvårdstjänster har tagits bort och att det möjligen är en anpassningsprocess från tidigare lågt satta administrativa priser till högre marknadspriser som vi har sett efter 1999. Samtidigt tycks konkurrensen på tandvårdsmarknaden ha svårigheter att bli effektiv, framförallt till följd av ”captive market”-tendenser, patienterna låter sig helt enkelt, bildligt talat, låsas in hos den egna tandläkaren. Det återstår att se om dessa tendenser kommer att luckras upp. Om inte, borde inte heller på tandvårdsmarknaden fritt vårdval komma att leda till ökad produktivitet.

Entreprenader i vården kan visserligen ge betydande kostnadsbesparingar, det finns empiriska studier som visar det. Men erfarenhetsmässigt finns det en risk att dessa besparingar är kortsiktiga, att de gäller för första, och kanske andra, upphandlingsperioden men att relativkostnaderna därefter tenderar att återigen bli höga. Ett skäl kan vara att konkurrensen i upphandlingssituationen de facto begränsas genom att den privata aktör som har entreprenaden har formella eller informella fördelar i konkurrensen. Ett annat skäl, och det gäller särskilt stora, komplicerade upphandlingar, kan vara att kontrakts- och kontrollkostnaderna blir så höga att eventuella ekonomiska fördelar av marknadsorienteringen äts upp. Ett tredje skäl, som kopplar tillbaka till nödvändigheten av okomplicerade avtal för att stora entreprenader eller partnerskap skall bli långsiktigt effektiva, är att det ofrånkomligen görs misstag i förhandlingarna med kostnader som

upptäcks först i ett senare skede som följd. Det antyds exempelvis (i landstingsrevisorernas granskning) att Capio S:t Görans AB i det ursprungliga avtalet från 1999 hade lyckats få med ett besittningsskydd till sjukhuslokalerna. Det skulle helt enkelt inte ha varit möjligt att tvinga bort Capio från lokalerna även om de i en upphandling skulle ha förlorat vårdavtalet. Det skulle i sin tur kunna vara en förklaring till att när Stockholms läns landsting skulle omförhandla avtalet med S:t Görans år 2005 blev det en direktupphandling, alltså en upphandling utan konkurrens som gav S:t Görans ansvaret för entreprenaden för åttaårsperioden fram till 2012.<sup>132</sup> Ett indirekt belägg för att historien är sann är möjligen att i det nya avtalet ägnas denna fråga speciell uppmärksamhet.<sup>133</sup>

Den mest avancerade formen av marknadsorientering (den sista punkten på listan) – att vissa vårdlogiker uteslutande upphandlas och sköts av privata vårdföretag – är lätt att kommentera. Något sådant exempel finns inte i den svenska vården. Det borde det göra. Jag skall om ett ögonblick återkomma till den frågan.

Vi har därmed ringat in några viktiga skäl till att marknadsorienteringen av vården inte har givit de produktivitetseffekter som var tänkta – och det är troligtvis inte härvidlag någon större skillnad mellan olika länder, i varje fall inte mellan de europeiska länder som, liksom Sverige, har en sjukvårdsmodell av Beverage-typ. För att sammanfatta beror det dels på att det handlat om kvasimarknadsförsök med snabbt övergående effekter, dels på att den marknadsorientering som de facto skett antingen varit alltför halvhjärtad och räddhågsen genom att marknadskrafterna på olika sätt har låsts in (prestationsersättningar med kostnadstak), eller varit verkningslös eftersom konkurrensen inte fungerat och patienterna inte varit beredda att medverka (fritt vårdval). Till det kommer de stora entreprenadernas dolda kostnader.

Vilka blir slutsatserna?

*\*Respektera marknadens spelregler i meningen att aldrig försöka marknadsorientera sådant som inte lämpar sig. Om vi diskuterar kliniknivån är huvudbudskapet från analysen i kapitel 3 att vissa vårdlogiker (hela närvården, standardiserad elektiv kirurgi, övrig planerbar specialistsjukvård) är lämpade för konkurrensutsättning och privat vårdproduktion. Andra är direkt olämpliga (akut specialistsjukvård, icke-planeringsbar specialistsjukvård, högspecialiserad sjukvård). Om vi istället talar om sjukhusnivån (akutsjukhusen) gäller att bara under förutsättning att två grundvillkor är uppfyllda – att det finns konkurrens på marknaden i meningen*

att berörda patienter kan få sin specialistsjukvård på andra närliggande sjukhus i regionen respektive att de avtal som styr entreprenaden eller partnerskapet är okomplicerade och lämnar litet tolkningsutrymme för parterna – kan ett långsiktigt entreprenadavtal, eller ett partnerskap, förväntas ge högre relativeffektivitet och fungera utan allvarliga störningar. I princip samma två villkor gäller om privatiseringen skulle gälla ett helt sjukvårdsområde med både specialistsjukvård och närsjukvård.

*\*Välj vårdvalsmodellen när det är möjligt, undvik entreprenadavtal.* För att vårdvalsmodellen skall vara effektiv behöver ett antal villkor vara uppfyllda: (1) Att det finns flera vårdgivare som erbjuder tjänsten, (2) att vården ges till en stor mängd patienter med på det hela taget samma resurs- och/eller tidsåtgång per patient, alternativt att den medicinska tydligheten och planerbarheten är hög, (3) att betalningsmodellen kan göras enkel, till exempel som åldersjusterad kapitering eller betalning ”per behandlad patient” och är densamma för alla vårdgivare som deltar i konkurrensen på marknaden, (4) att patienterna har frihet att välja vilken vårdgivare de vill (bland dem som blivit godkända, modellen förutsätter ackreditering) samt (5) att patienterna har tillgång till jämförande information om bland annat medicinsk kvalitet, patientnöjdhet och tillgänglighet.

Det är lätt att inse att vårdvalsmodellens användningsområde därmed är begränsat. Den kan användas i primärvården, i vissa delar av den öppna specialistvården, i omsorgsvården, i hälsovården och möjligen i tandvården. (Det faktum att det råder fritt vårdval i tandvården är inte självklart liktydigt med att en vårdvalsmodell skulle fungera bra.) Därtill borde en vårdvalsmodell kunna tillämpas för standardiserad elektiv kirurgi och inom den planerbara specialiserade sjukvården med hög medicinsk tydlighet, till exempel dialys, strålning, gastroskopi, viss kranskärlskirurgi etc. Men där går gränsen.

Det som då återstår om man vill ”privatisera” är entreprenadavtal respektive partnerskap. Sådana avtal, och i synnerhet entreprenadavtal, är emellertid svåra att få effektiva. Bara under vissa förutsättningar kan man förvänta sig att entreprenader och partnerskap inom vården blir framgångsrika i meningen att de, allt annat lika, leder till effektivare vård än vid jämförbara landstingsägda verksamheter. Teoretiskt är kraven följande:

(1) Ersättningsmodellen måste vara enkel, så enkel att den är lätt att skriva avtal om, och att sedan kontrollera att det man kommit överens om hålls. Och så enkel att den ger minimalt utrymme för opportunistiskt agerande från vårdgivarens sida. Det får exempelvis inte finnas några incitament som kan leda till överkonsumtion av vård. (2) Det får inte heller

finnas några volym- eller kostnadstak som begränsar möjligheterna till expansion och effektivisering. (3) Det måste av samma skäl vara möjligt för vårdgivaren att ta emot privatbetalande patienter. (4) Det måste finnas ett mätsystem för medicinsk kvalitet, kostnader, patientnöjdhet och tillgänglighet som på klinisknivå möjliggör jämförelser med andra vårdgivare – och som också öppnar för patienterna att göra informerade vårdval. (5) Det får inte, utöver vad medicinsk professionalism och patientsäkerhet kräver, sättas upp några hinder för hur verksamheten organiseras och sköts.

Dessa teorins krav är enklare att uttala än att implementera. Det finns både praktiska ("man kan inte ge en utbudsstyrd verksamhet som vård fritt fram med volym och kostnader") och politiska ("vi vill inte ha några gräddfiler i vården") invändningar. Och de stora entreprenader som vi har exempel på i Sverige uppfyller regelmässigt inte dessa fem krav. Entreprenadavtalet för S:t Görans sjukhus med ett tungt inslag av prestationsersättning, med ett kostnadstak, med förbud för Capio att ta emot privatbetalande patienter och utan att det finns ett fungerande öppet kvalitetsmätsystem, borde långsiktigt som bäst, det har vi redan antytt, ge ungefär samma effektivitet som landstingets jämförbara sjukhus (eftersom vi förutsätter samma villkor för både privata och offentliga vårdgivare). Som sämst blir det högre kostnader, stor okompenserad överföring av värdefullt humankapital till den privata entreprenören och fler politiska bekymmer än vad som hade gällt om entreprenaden inte hade funnits.

Partnerskap inom vården har vi ännu inte sett något av i Sverige. Men om det skulle komma, bör det vara i ett tätbefolkat område med goda kommunikationer för att garantera att patienterna har en praktisk möjlighet att välja en annan vårdgivare (konkurrenskriteriet) och avtalet mellan landstinget och utföraren bör vara så enkelt att kontrollkostnaderna kan hållas låga. Det senare är sannolikt liktydigt med att samarbetet grundas på en enkel betalningsmodell, förmodligen någon form av kapitation, och att det råder stor frihet för vårdgivaren att utan inblandning bestämma över verksamhetens planering och organisation. Avtalet bör också löpa på lång tid.

Skulle vi sammanfatta den rangordning från bäst till sämst som den här diskussionen leder fram till skulle ordningen bli följande: vårdval, partnerskap, entreprenad.

*\*Undvik att blanda offentlig vårdproduktion med privat vårdproduktion.* Det finns inget som principiellt hindrar att privata företag och offentligägda företag, i bolagsform eller som förvaltning, arbetar i konkurrens på samma marknad. Men sådana blandade marknader riskerar av olika skäl att i



praktiken bli problemfyllda. Det tycks ofta uppstå en ömsesidig misstro. Den privata entreprenören kan uppleva att skattemedel, till exempel för investeringar, tillåts snedvrیدا konkurrensen. Och de som representerar den förvaltningsstyrda vården kan tycka att de, till exempel vid nödvändiga kostnadsneddragningar, ensammar får bära anpassningsbördan. Under löpande avtal är ju normalt den privata vårdgivaren skyddad från den typen av ingrepp i verksamheten. Även om det inte finns grund för någöndera sidans ”anklagelser” (vilket det nog för det mesta inte gör) är företeelsen som sådan ganska säkert kostsam.

Den centrala frågan blir vilka delar av vården som lämpar sig för en alltigenom privat vårdmarknad och vilka delar som inte gör det. Och när svaret finns framme borde det vara en renodlat politisk fråga om det finns anledning för det offentliga att ändå finnas med som producent, ungefär som med folktandvården som en slags offentlig kontrollant på en marknad med övervägande privata aktörer. Men den slutsats jag drar är således att den relativa effektiviteten, allt annat lika, sannolikt försämras med en sådan blandad modell.

*\*Ta ett systemgrepp.* Den mer preciserade slutsatsen blir att prioritet 1 i en reformering av den svenska vårdmodellen måste vara att höja systemeffektiviteten, alltså att ta ett övertänt systemgrepp där man i ett sammanhang enas om vissa grundläggande frågor av typen: (1) Vilka vårdspecifika spelregler bör lagfästas? (2) På vilka områden skall privat vårdproduktion ta ansvaret – och minst lika viktigt, vilka delar av vården skall skötas offentligt? (3) Skall landstingens dubbla ansvar för utförande och beställning finnas kvar? (4) Skall ordningen med, som någon uttryckte det, ”21 regionala hälsoskatter” vara kvar eller skall vården finansieras på något annat sätt, kanske som i Danmark ersätta ”amtskatten” med en statlig och kommunal hälsoskatt? (5) Skall vi återgå till att göra staten till ägare av universitetssjukhusen? (6) Skall offentlig produktion drivas i förvaltning eller i offentligt ägda aktiebolag? etc.

Det här leder naturligt över till tiopunktslistan.

## Tiopunktlistan

Det följande är en sammanfattning i tio punkter av vad som enligt min mening bör göras för att reformera det svenska vårdsystemet. Det finns i de tio punkterna ingen rangordning efter tyngd. Det är ett förslag till ett *paket* av politik för de politiker som vill göra förändringar till så låga kostnader som möjligt och med så gott resultat som möjligt. Inte så att alla punkterna måste genomföras samtidigt. Men skall de problem som beskrivits i inledningskapitlet lösas, och skall vården bli en vital sektor som ruskat av sig den gamla imagen av problemomsusad resursslukare, då behöver politikerna ta sig an systemet, helhetsperspektivet – och det är således ett förslag för den politiken som beskrivs i dessa tio punkter.

### ***1. Den svenska vården bör även fortsättningsvis vara skattefinansierad***

Den här punkten är en påminnelse om den grundläggande förutsättningen för diskussionen i skriften att vården, liksom hittills, till sin helt dominerande del skall vara skattefinansierad.

Det ställningstagandet leder över till frågan om hur skattemodellen skall utformas, här bara en kort anmärkning.

Ett grundläggande mål för skattemodellen borde vara bästa möjliga riskutjämning i försäkringsteknisk mening, vilket talar för en statlig hälsoskatt. Men målet bör också vara att skapa incitament att hushålla med de resurser vi som skattebetalare sätter av till vården. Det behöver med andra ord skapas en ordning som sätter press på den som beställer den skattefinansierade vården att få ut mesta möjliga vård för pengarna, och som skapar drivkrafter att arbeta preventivt med hälsofrämjande åtgärder. Det blir ett argument för ett decentraliserat skatteuttag, för att skatten tas ut på landstingsnivå. (Jag anser att landstingen bör vara kvar med ett beställansvar. Argumenten för det skall jag återkomma till om ett ögonblick.)

En tänkbar modell där dessa både syften vägs samman skulle kunna vara att varje landsting årligen förfogar över ett belopp i form av en nationellt fastställd riskjusterad per capita-ersättning för det antal medborgare som är mantalsskrivna i regionen, ett belopp som exempelvis till 80% är finansierat genom statlig skatt, till resterande 20% genom lands-

tingsskatt. Det skulle ge ett stort inslag av önskvärd riskutjämning mellan olika inkomster och vårdbehov (och därmed ett minskat behov av skatteutjämning), och det skulle skapa drivkrafter regionalt att handla upp så mycket vård som möjligt för de skattemedel som stod till förfogande och att se till att hälsoläget bland de egna medborgarna var gott.

Det faller utanför den här skriftens ramar att ytterligare fördjupa diskussionen om olika vårdskattemodeller.

## ***2. Ett antal basala spelregler för vården, däribland fritt vårdval, bör lagfästas***

Det finns tecken på att de spelregler som styr den svenska vården, och inte minst vad som gäller för patienten, är otydliga.<sup>134</sup> Statens styrning är i första hand ”mjuk” och indirekt och metoderna som används är flera – särskilda statliga bidrag till landstingen (som till exempel för att korta vårdköerna), överenskommelser mellan regeringen och SKL (som för vårdgarantin), nationella samordnare (som inom psykiatrin), handlingsplaner etc. Mera sällan förekommer normerande styrning. Denna mjuka styrmodell är, som Ansvarskommittén försiktigt uttrycker sig, ”inte oproblematiske”.<sup>135</sup> Den blir gärna kortsiktig, och oklar för huvudmännen – vad är bindande och vad är inte bindande? – och för patienterna.

Landstingen har därutöver en egen nationell samordning. Också här kan det råda oklarheter. De så kallade rekommendationer som SKL då och då beslutar om stannar ibland på pappret. Vissa landsting följer vad man kommit överens om, andra gör det inte, ytterligare andra gör det i ord men inte i praktiken.<sup>136</sup> Landstingens rekommendation om valfrihet från 1989, upprepad tio år senare, kan vara ett exempel. Den innebar bland annat att patienterna fick rätten att, om de hade remiss, välja specialiserad sjukvård var som helst i landet, alltså över den egna landstingsgränsen. Att denna förordade valfrihet aldrig fungerat särskilt bra är de flesta iakttagare ense om.

Det är oacceptabelt att en så grundläggande fråga som patientens fria vårdval skall kunna tolkas på ett sätt i en del av landet och på ett annat sätt i en annan del av landet. Det rimmar illa med vad de flesta människor menar med rättvis vård.

Konkurrensverket har nyligen föreslagit att en lagfast valfrihet för patienten bör införas vad gäller primärvård och viss hemtjänst.<sup>137</sup> Det är, bildligt talat, ett halvfullt glas. För att osäkerhet och otydlighet skall kunna

elimineras både för patienter och vårdgivare bör lagen om valfrihet vara generell. Konkurrensverket tycker att det är olämpligt att valfriheten skall avse också den specialiserade sjukvården eftersom ”denna typ av verksamhet omfattas av betydande stordrifts- och samproduktionsfördelar” och eftersom ”få aktörer tenderar att etablera sig på sådana marknader”.<sup>138</sup> Vilka grunder har verket för dessa påståenden? Vi har konstaterat att det finns flera vårdföretag som redan idag har etablerat sig inom specialiserad sjukvård och driver verksamheten ekonomiskt framgångsrikt i konkurrens med offentliga vårdgivare. Och antagligen finns det många fler privata företag som skulle vilja etablera sig inom specialiserad sjukvård om den friheten fanns.

Den samlade bilden blir att den nationella samordningen bör göras tydligare. Det bör ske genom lag eller förordning, i vart fall vad avser vissa grundläggande spelregler som patienters fria vårdval och sannolikt också i ett antal andra avseenden (vilket Ansvarskommittén har visat att det finns behov av<sup>139</sup>).

### ***3. Landstingen bör bli renodlade beställarorganisationer***

Landstingen har idag principiellt två roller vad gäller vården. Den första är att efter bästa förmåga försöka ta reda på vilken vård medborgarna vill ha och behöver och sedan beställa och betala för den vården. Den andra rollen är vårdproducentens, det handlar om att i praktiken leverera det mesta av den vård som beställts. Räknat som andel av sjukvårdens samlade kostnader producerar de svenska landstingen i dag i runda tal 85% av all vård.

Med den här ordningen följer ett antal problem. Ett problem väger tyngre än andra – det går inte att hålla isär de två rollerna. Det finns sammanblandningsrisker med bristande konkurrens och lägre effektivitet som följd. Oliver Williamson, känd TCE-ekonom, har visat på att det i praktiken är omöjligt att ”in house”, i en och samma organisation, åstadkomma samma drivkrafter som om det är två organisatoriskt skilda parter som förhandlar.<sup>140</sup> Anders Anell beskriver i en artikel, *Swedish healthcare under pressure*, förhållandena i de svenska landstingen. ”The personnel of both purchasers and providers were employed by the same organisation; and losses as well as gains across purchasers and providers were, in principle, the responsibility of the county council. In more than one county council, payments and other terms specified in the internal contracts were indeed altered with

reference to changing conditions. This happened, for example, in Stockholm county council, as the central county council reduced payment levels retrospectively following an increase in the volume and cost of services. This decision to reduce payment levels, and the unwillingness among Stockholm providers to adapt to the ensuing demand for cost-cutting, led to conflicts between purchasers and providers...<sup>141</sup>

Citatet är en konkretisering av Oliver Williamsons budskap som, förenklat sagt och överfört till svensk sjukvård, innebär att landstingen inte utan effektivitetsförluster kan vara både beställare och utförare. Eller uttryckt på annat sätt. Det är högst sannolikt att produktiviteten i den svenska vården skulle, allt annat lika, höjas väsentligt om beställaransvaret och utförandeansvaret utövades av två skilda organisationer.

Ett tillägg är viktigt. De båda rollerna väger för en *politiker* olika tungt. Politikens viktigaste roll är att företräda medborgarna i det som behöver göras gemensamt. Rollen som producent är sekundär sett i politikens perspektiv. Statlig eller kommunal produktion av varor och tjänster skall naturligtvis bara förekomma om det av något skäl inte går att skapa en fungerande marknad. Eller om vi som medborgare själva, eller tillsammans med andra individer i företag av olika slag, inte förmår producera det vi önskar skall finnas tillgängligt.

Det faktum att jag anser att landstingen bör finnas kvar betyder inte att jag har en uppfattning om hur många landsting som behövs, endast att det för vården finns övertygande argument för en ”regionkommunal” nivå. Och det har redan antytts att det också finns rationella skäl för att behålla ett system med tre beskattningsnivåer. Alla tycker inte så idag. Det finns politiska partier med partikongressbeslut på att avskaffa landstingen och ersätta landstingsskatten med en statlig hälsoskatt (moderaterna). Att jag har kommit till slutsatsen att landstingen som beställare och finansiär av vård har en väsentlig roll att spela i ett framtida vårdssystem har tre grunder. Först, det vi redan har antytt, att ett modernt vårdssystem bör ha en regional förankring bland annat för att den förebyggande vården skall bli så effektiv som möjligt och för att regionalt samordna sjukvårdens tre ben, primärvården, den öppna specialistsjukvården och den specialiserade slutna sjukvården. Parentetiskt blir det senare ett starkt argument mot den som vill ge kommunerna ansvaret för primärvården. Den moderna svenska närsjukvården med både primär sjukvård och öppen specialistsjukvård förutsätter en *regional* samordning som en normalstor primärkommun inte klarar av.

För det andra det självklara att det finns stor vårdsystemkompetens i landstingen som det skulle vara mycket kostsamt för samhället att splittra upp.

För det tredje, och helt avgörande, behövs enligt min mening landstingen för att ”många blommor skall blomma”. Det är lätt att vara kritisk mot en del av de verksamheter som landstingen rör över. Men å andra sidan är det ofrånkomligt att inte bli imponerad av den mångfald i initiativ och åtgärder som landstingen visar upp. Och eftersom det är rimligt att utgå från att ett framtida effektivt vårdsystem måste vara kreativt, flexibelt och entreprenöriellt är pluralism i vårdens beställarfunktion antagligen avgörande för att vi också skall kunna åstadkomma det.

#### ***4. Samtliga förvaltningsstyrda akutsjukhus bör sättas på bolag***

Förvaltning som organisation är i praktiken inte lämpad för modern produktion av kvalificerade tjänster. Förvaltningar har historiskt byggts just för att ”förvalta” i meningen administrera, motsatsen till vidareutveckla och nyskapa. Det är ingen tillfällighet att utrymmet för entreprenörskap och nytänkande är litet i en förvaltning. Det är med stor sannolikhet svårare att göra en förvaltning med sjukvårdsproduktion, till exempel ett stort akutsjukhus, till en dynamisk och vital arbetsplats än det är att göra det i ett lika stort bolagiserat akutsjukhus.

Det finns empiriska studier som visar att en övergång till bolag från förvaltning ger stora fördelar vad gäller ledarskap, tydlighet, snabbhet i kommunikation och inte minst organisatorisk identitet. En sammanfattande rapport över de studier som har gjorts av bolagiseringen av Helsingborgs och Ängelholms sjukhus i början av 2000-talet, de båda sjukhusen var landstingsägda aktiebolag under tre år, finns i boken *Sjukhus som bolag*.<sup>142</sup> Den helt överskuggande slutsatsen är att bolagiseringen av de båda sjukhusen var lyckad. Alla intressenter med undantag för läkarnas fackliga organisation i Helsingborg var positiva, eller mycket positiva, till de tre år som bolagiseringen varade (2000-2003).<sup>143</sup>

Det mest tankeväckande är att organisationsformen har så stor betydelse för att skapa identitet och därmed bland annat ökad personaltrivsel. Eller som författarna uttrycker sig när de sammanfattar sina resultat. ”Vi

har lärt från Helsingborgs Lasarett AB och speciellt Ängelholms Sjukhus AB att det går att skapa en personalpolitik som gör att många av medarbetarna trivs, har en känsla för det egna sjukhuset och upplever en stark organisationsidentitet. Vidare går det att organisera sjukhuset så att man med utgångspunkt i en gemensam vision/målbild får en ökad produktivitet.<sup>144</sup>

Andra studier bekräftar på det hela taget erfarenheterna från Helsingborg och Ängelholm. Så här formulerar sig författarna till en studie av bolagiseringen av S:t Görans sjukhus 1994, studien avser perioden 1994-2000, alltså tiden innan sjukhuset såldes till Bure. Det skapades som en följd av bolagiseringen ”en kollektiv ledning och en ökad tydlighet i befälsföringen över sjukvården. VD och ledningsgruppen skapade också ett resultatmedvetande bland personalen, ökad tydlighet i rapporteringen och en sammanhållen sjukhusidentitet som det var lätt för personalen att identifiera sig med i en svår tid. Vidare erbjöd bolagsformen en möjlighet för styrelsen, VD och ledningsgruppen att få arbetsro och att få ägna sig åt sakfrågor i stället för att bli indragna i alla möjliga och omöjliga frågor när det gäller politik och särintressen.”<sup>145</sup>

### ***5. Universitetssjukhusen bör förstatligas***

Det finns åtminstone tre skäl till varför universitetssjukhusen bör ägas av staten och inte som idag av landstingen. För det första finns det tecken på att universitetssjukhusens roll som bas för den kliniska forskningen och den medicinska utbildningen har försvagats under senare decennier. Det talas om att den kliniska forskningen ges för snävt utrymme för sitt arbete ute på avdelningar och kliniker av alltmer kostnadsmedvetna och vårdfokuserade landsting.<sup>146</sup> Det gäller också för läkemedelsindustrin och för andra biomedicinska företag med behov av ett nära samarbete med vården.<sup>147</sup> Svängrummet har helt enkelt minskat för anställda inom vården att medverka i kliniska prövningar och på andra sätt vara med i samarbeten över organisationsgränser med industri och preklinisk forskning. Företagen upplever ofta också svårigheter att veta vem det är som är motpart: den enskilde forskaren, landstinget eller universitetet.

För det andra kommer sjukvårdens specialisering, vi talar här om den mest specialiserade delen av sjukvården, att öka med tiden och i och med det kommer landstingens upptagningsområden att bli för små. Det krävs en nationell samordning, i nästa steg säkert en samordning på europeisk

nivå. Den fragmenterade landstingsstrukturen är naturligt nog inte särskilt lämpad för den uppgiften. Det finns en risk för suboptimeringar och effektivitetsförluster.

Det tredje skälet – att det sannolikt är en mer långsiktig och tillväxtbefrämjande ordning att staten äger universitetssjukhusen än att landstingen gör det – är det tyngsta. Universitetssjukhusen bedriver vård med landstingen som uppdragsgivare, samt forskning och utbildning med staten som uppdragsgivare. Därför kommer det oavsett vem som är ägare att finnas en gråzon där det finns risker för samarbetsgnissel och gränsdragningsproblem. Att jag i valet mellan de två tänkbara ägarna – staten respektive landstingen – väljer staten förklaras av att med den modellen höjs sannolikheten för långsiktigt positiva effekter på vårdens effektivitet och för, allt annat lika, högre samhällsekonomisk tillväxt. Att driva effektiv vård är definitionsmässigt en verksamhet med korta planeringsperioder, att bedriva forskning och utveckling (och utbildning) är definitionsmässigt en verksamhet med effekter först på lång sikt.

Ett förtydligande är viktigt. Att landstingen skall vara beställare och finansiär av vården betyder givetvis att också den vård som kommer att bedrivas vid universitetssjukhusen kommer att ha landstingen som beställare och betalare. Universitetssjukhusen skulle således i den här modellen få två finansiärer för den skattefinansierade verksamheten – landstingen för vården och staten för forskningen och utbildningen.

### ***6. Primärvården bör privatiseras liksom de andra delar av vården där konkurrens på marknaden kan garanteras. Övriga delar av sjukvården bör ägas av det offentliga.***

Den primära sjukvården bör utan undantag kunna privatiseras. Det är svårt att se några ekonomiska skäl eller rättviseskäl för att vårdcentraler och andra primärvårdsenheter skall ägas och drivas av det offentliga. Samma sak gäller för den standardiserade elektiva kirurgin ("fabrikskirurgin") liksom för de övriga delar av den specialiserade sjukvården som har hög medicinsk tydlighet och är möjliga att administrativt planera. Och de medicinska stödfunktionerna (röntgen, laboratorier, anestesi, ambulanstransporter, vårdavdelningar etc.) har samma kännetecken, i första hand tydlighet och i många fall hög planerbarhet, som gör att den privata marknaden kan ta hand om denna produktion.



Å andra sidan bör övriga delar av sjukvården *ägas* av det offentliga. Offentligägda vårdföretag bör ha ansvaret också för *driften* om inte två basala kriterier är uppfyllda, att det finns konkurrens på marknaden i meningen att patienterna har realistiska alternativ att få sin vård hos en annan vårdgivare respektive att avtalet mellan beställaren, landstinget, och det privata vårdföretaget kan göras så enkelt och entydigt att kontrakts- och kontrollkostnaderna kan hållas låga. Underförstått finns ytterligare två kriterier som också måste vara uppfyllda – att fritt vårdval otvetydigt gäller och att patienten, eventuellt tillsammans med sin doktor, har en möjlighet att bedöma olika vårdgivares relativa medicinska kvalitet och tillgänglighet och vad (de tidigare) patienterna tycker om den vård de har fått.

### ***7. Vårdgivare som bedriver skattefinansierad verksamhet bör som grundprincip inte få ta emot privatbetalande patienter***

Vi har i kapitlet *Rättvis vård* (kapitel 5) argumenterat för att alla medborgare måste ha rätten att kunna använda sina inkomster och sitt sparande för att investera i en privat vårdförsäkring och att, vid behov, få vård från en privat vårdgivare utan att en sådan ordning kan kallas orättvis. Orättvis riskerar den privatförsäkrade vården däremot att bli om den levereras av en privat vårdgivare som också bedriver skattefinansierad vård. Och eftersom så gott som alla vårdgivare i Sverige får merparten av sina inkomster av landstingen blir rättvisefrågan central. Rättviseskäl talar för att inte tillåta skattefinansierade vårdgivare att ta emot privatbetalande patienter. Samtidigt finns effektivitets- och personalutvecklingsskäl som leder till den motsatta slutsatsen – att vårdgivare skall kunna ta emot försäkringsfinansierade patienter. Det handlar då om både defensiva strategier som bättre kapacitetsutnyttjande och minskade köer, och mer offensiva strategier som att sälja en unik specialistkompetens på den nationella eller internationella marknaden och på så sätt skapa tillväxt och en utvecklande arbetsmiljö för personalen.

Grundprincipen bör vara, det är slutsatsen från diskussionen i kapitel 5, att offentligt finansierade vårdinstitutioner *inte* bör få ta emot privatbetalande patienter, dock med en möjlighet för berört landsting att få göra undantag från huvudregeln. Om det inte sker någon utträngning av ”normala” patienter, om människovärdes- och behovsprincipen inte kränks och om samtliga kostnader för de externa patienterna betalas, är det svårt att

se något tungt skäl för att inte ett avsteg från grundprincipen skulle kunna vara tillåtet. Rättviseargumentet är tillgodosett genom att det är politikerna ensamman som har rätten att fatta ett sådant avstegsbeslut.

### ***8. Den svenska sjukvården bör årligen kvalitetsmätas i ett öppet, nationellt samordnat system***

En av grundstenarna i ett nytt vårdssystem bör vara att vårdens kvalitet för olika diagnoser/sjukdomar regelbundet mäts på klinisknivå eller lägre i ett nationellt system som är öppet och tillgängligt för alla. Det arbetet har kommit en bit på väg och drivs idag gemensamt av socialstyrelsen och SKL. Det är väsentligt att detta arbete fullföljs och breddas till nya diagnosgrupper och att mätning av medicinsk kvalitet blir etablerat som en självklar del av det svenska vårdssystemet.

Kvalitetsmätsystemet är så grundläggande för sjukvårdens långsiktiga utveckling och legitimitet, inte minst från rättvisesynpunkt, att det bör vara författningsstyrt.<sup>148</sup> Det bör framgå av författningen, sannolikt i form av lag, att kvalitetsmätningen skall avse *hela* sjukvården, både den somatiska sjukvården och psykiatri, och både offentligt och privat producerad vård. Det bör också framgå att det inte skall vara möjligt för en vårdgivare att vägra delta i dataregistreringen. En statlig myndighet, förslagsvis socialstyrelsen eller en särskild myndighet (jfr den modell som finns i England, The Healthcare Commission), bör ha det övergripande ansvaret för mätsystemet.

Att mäta medicinsk kvalitet är komplicerat och sådana mätsystem för en viss diagnos kan bara tas fram i nära samarbete med professionen. De tre övriga element som bör ingå i ett kvalitetsmätsystem – kostnader, tillgänglighet och patientnöjdhet mätta på samma nivå – är jämförelsevis lättare att ta fram och borde kunna implementeras till måttliga kostnader i hela vårdssystemet utan att system för att mäta den medicinska kvaliteten finns framme.

### ***9. Vårdsektorn bör fram till 2020 tillföras extra resurser för FoU och tillväxtbefrämjande åtgärder***

Att ge en sektor ökat FoU-stöd och stöd för att främja tillväxten är sannolikt idag den mest ortodoxa och konventionella näringspolitiska åtgärden av alla. Sådana politiska insatser är motiverade även i fallet vårdsektorn. Ett övertänt paket av åtgärder för att förbättra arbetsförutsättningarna för den prekliniska och kliniska forskningen, och för den svenska biomedicinska industrin skulle av allt att döma för samhällsekonomin vara en mycket lönsam investering. Argumenten finns lätt tillgängliga och väl underbyggda i boken *Medicin för Sverige*.<sup>149</sup>

### ***10. Allvarligt sjuka patienter bör särbehandlas i vården genom att ges tillgång till anpassad organisation, egen doktor, personligt ombud mm***

En antalsmässigt liten grupp allvarligt sjuka patienter svarar för den helt dominerande delen av all sjukvård. Jag har kallat gruppen sjuka-sjuka. Gruppen bör i ett nationellt utvecklingsprojekt definieras och i ett andra steg särbehandlas i sjukvården genom en anpassad organisation med extra administrativa resurser i mycket påminnande om det som gäller inom vissa delar av den psykiatriska sjukvården. Psykiskt sjuka tas om hand av en särskild organisation (skild från den somatiska vården), och vissa psykiskt funktionshindrade patienter har fått så kallade personliga ombud, en administrativ resurs med omvitnat stora positiva effekter för patienten och för inriktningen av den vård som patienten får.<sup>150</sup> Den modellen kan i princip vara en riktpunkt även för hur övriga patienter i kategorin sjuka-sjuka bör behandlas. Centrumbildningar för till exempel cancer, diabetes, stroke etc. är viktiga steg i den riktningen.

### ***Till sist***

Mycket förenklat finns det två ytterlighetstyper av vårdsystem. Den ena ytterligheten är en marknadsorienterad lösning där både vårdens finansiering och produktion tas om hand av marknaden. Den modellen fungerar inte i den verkliga världen eftersom marknaden inte klarar att leverera all

den vård som medborgarna i ett modernt samhälle kräver. Det amerikanska vårdssystemet är det som kommer närmast, det är det mest, praktiskt fungerande, marknadsorienterade vårdssystem som finns bland OECD-länderna. Det är ett system som skapar god medicinsk vård med korta köer och de absolut bästa förutsättningarna för hög sysselsättning och BNP-tillväxt kopplad till vården. Med det följer också en attraktiv forskningsmiljö. Enligt *Economist* kommer 8 av 10 av de senaste 30 årens mest betydelsefulla medicinska genombrott från USA. Men det finns också nackdelar med det amerikanska vårdssystemet, mest uppmärksammat orättvisor vad gäller tillgången till vård. Mer än var sjätte amerikan har ingen sjukvårdsförsäkring. Till det kan läggas de mycket höga relativkostnaderna för USAs sjukvård, runt 15% av BNP går till vården. Det kan jämföras med ca 10% av BNP i Sverige. Och denna stora resurssatsning på vård görs utan att det syns i högre relativ effektivitet och bättre hälsoeffekter än i jämförbara länder med andra vårdssystem.

Den andra ytterligheten är den vårdmodell som vi har i Sverige och en del andra, väsentligen nordeuropeiska länder. Den kännetecknas i sin renaste form av att sjukvården till sin helt dominerande del finansieras och utförs i en och samma organisation, i ett vertikalt integrerat system. Från en mängd studier vet vi att den här modellen ger, relativt en marknadsorienterad modell typ USA, god vård och folkhälsa för lite pengar, det vill säga har hög effektivitet. Och den kännetecknas av rättvisa i meningen att alla medborgare har lika rätt till sjukvård. Nackdelen med ett integrerat system är att det tenderar att bli kostnadsfokuserat med dålig tillgänglighet som följd, att det skapar tillväxt bara om sysselsättningen ökar (vilket den numera tenderar att inte göra) och att det definitionsmässigt ger litet utrymme för entreprenöriell aktivitet och allmänt nytänkande i organisationen. Det senare gäller i synnerhet om vården produceras i förvaltningar.

Det jag har försökt göra med tiopunktlistan är att skapa en tredje vägens vårdmodell grundad i en analys som visar att vården kan delas upp i en del som marknaden kan ta hand om, och en del där en marknadslösning inte fungerar bra, eller inte alls. Och på den grunden har jag i dessa tio punkter försökt bygga en modell för ett nytt svenskt vårdssystem med förutsättningar att bli just ”effektivare, rättvisare och vitalare”.

Hur det nya vårdssystemet skulle se ut om det kom att förverkligas? Ja, det var just detta jag försökte beskriva i bokens del 1, *Världens bästa vårdssystem*.

## Efterord

Beslutet att skriva den här boken fattades framför en brasa på Saltoluoktas fjällstation i augusti 2006. Min son Andreas, då så gott som färdig läkare, tyckte att vi tillsammans borde skriva något om den svenska vårdens organisation som vi båda hade synpunkter på.

Jag hade kommit i kontakt med det svenska vårdssystemet mest av en tillfällighet. För Forum för småföretagsforskning (FSF) hade jag skrivit en rapport om gränserna för den privata vårdmarknaden. Jag hade tvingats sätta mig in i hur det svenska vårdssystemet var uppbyggt och fungerade och jag fäste mig vid att så många talade om problem och kris. Och, kanske mest av allt, att det fanns så stora politiska motsättningar kring hur det svenska vårdssystemet borde se ut. Den politiska vårddebatten påminde mig om den ideologiserade näringspolitiska diskussionen under 1970-talet.

Andreas hade konfronterats med vårdens problem på ett mera direkt sätt. Under utbildningen till läkare hade han träffat många, så många att han var förvånad, som var kritiska mot hur vården var organiserad och fungerade i vardagen. Det talades om ineffektivitet, oförmåga till förändring, överbelastning, och naturligtvis om bristande resurser. Och han kunde se en del av problemen med egna ögon.

Det var alltså från de här två helt skilda utgångspunkterna som vi då och då när vi träffades diskuterade den svenska vårdorganisationens problem – och vad som skulle kunna göras. Och i Saltoluokta kom vi överens om att ta ett steg till, inte bara prata utan också försöka sätta det vi pratat om på pränt.

Vi hade då, uttalat, tanken att vi båda skulle skriva. Men i praktiken fungerade det inte. Andreas hade ett heltidsarbete, det var jag som hade tiden att sitta vid. Jag kan bara konstatera att utan våra långa och många diskussioner, vi har under fjolåret suttit veckovis tillsammans på Groveda och arbetat med idéer och textutkast, hade det blivit en mindre genomarbetad och genomtänkt bok. Andreas är en utmärkt samtalspartner och den som jag i första hand har att tacka för att boken kom till och fick det innehåll den fick.

Men det finns också många andra att tacka.

Under den tid som den här processen pågått har ett antal personer helt eller delvis läst manuskriptet i dess olika versioner – och det har i de allra flesta fall lett till långa samtal och alltid givande synpunkter (en del av dessa samtal har Andreas tagit ensam). Den gruppen, alfabetiskt ordnad, består av Olof Akre, Göran Arvidsson, Hans Deuschl, Bror Edman, Dan Hjalmarsson, Paul Håkansson, Kåre H Jansson, David Jaraj, Magnus Kaijser, Lennart Ling, Anders Lundström, Roger Molin, Elisabeth Sundin och Maria Wallhager. Flera av dessa är kända personer i vårdsammanhang. Ungefär hälften är läkare, några kliniker med lång erfarenhet, andra forskare med koppling till Karolinska Institutet. Den andra hälften är personer med djup kunskap om det svenska vårdsystemet, eller om samhällsfrågor mera allmänt. Det är två sjukvårdspolitiker, tre ekonomer, en fd sjukhusdirektör, utredningschefen vid Sveriges Läkarförbund, en person med ansvar för sjukvårdsfrågor vid Sveriges Kommuner och Landsting och en senior konsult som arbetat mycket med offentlig verksamhet.

Jag är djupt tacksam för den hjälp jag har fått. Dessa samtal fungerar dels som en slags allmän kvalitets- och rimlighetskontroll av bokens problembeskrivning, resonemang och förslag. Dels avslöjas ganska obarmhärtigt om det är något viktigt som har missförståtts, utelämnats eller getts fel proportioner. Jag har efter bästa förmåga försökt ta hänsyn till de synpunkter vi har fått. Men jag står självklart ensam för alla eventuella felaktigheter i texten, antingen det är förhastade resonemang och slutsatser eller faktafel.

Professorerna Anders Lundström och Elisabeth Sundin måste också tackas för att boken kan publiceras inom ramen för det forskningsprogram kring entreprenörskap i offentlig sektor som FSF bedriver.

Slutligen tack också till Anita och Nina som lagt ner många timmar på granskande läsning och på att göra texten bättre – och tack för våra resonemang kring framtidens vård.

Groveda i januari 2008

Karl-Henrik Pettersson

## Litteratur

- ”Assessing the Appropriateness of Care”, 1998, *RAND Health*, RB-4522;
- ”Cancerfondsrapporten 2006”, *Cancerfonden*, Stockholm;
- ”Cancerfondsrapporten 2007”, *Cancerfonden*, Stockholm;
- ”Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personligt ombud”, 2006, *Socialstyrelsen och Länsstyrelsen i Skåne län*;
- ”Drivkrafter för produktivitet och välbefinnande”, 1991, *Produktivitetsdelegationen*, SOU 1991:82, Stockholm;
- ”Euro Health Consumer Index 2007”, 2007, *Health Consumer Powerhouse*;
- ”Företagens framväxt i vård- och omsorgssektorn”, 2007, *NUTEK*;
- ”Framtidens närsjukvård”, 2006, *Sveriges Läkarförbund*, Stockholm;
- ”Framtidens sjukvård – finansiering, styrning och struktur”, 2004, *Sveriges Läkarförbund*, Stockholm;
- ”Friskare tändar – till rimliga kostnader”, 2007, *Utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna*, slutbetänkande, SOU 2007:19;
- ”God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården”, 1999, *Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation*, slutbetänkande, SOU 1999:66;
- ”HSF-modellen”, 1994, *Medborgarnas Offentliga Utredningar*, MOU 1994:1;
- ”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft”, 2007, *Ansvarskommittén*, slutbetänkande, SOU 2007:10;
- ”Hälso- och sjukvården”, 2007, *Ansvarskommittén*, sekretariatsrapport, SOU 2007:12;
- ”Health Care Costs”, 2007, *Kaiser Family Foundation*;
- ”Kommer vi att ha råd med sjukvården?”, 2005, *Sveriges Kommuner och Landsting*, Stockholm;
- ”Konkurrens i balans”, 1995, *Underprissättningsutredningen*, slutbetänkande, SOU 1995:105;
- ”Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården”, 2006, *Sveriges Kommuner och Landsting*;
- ”Kvalitetsredovisning på liv och död”, *Sjukhusläkaren*, nr 1, 2006;
- ”Nationellt forskningsprogram om sjukvårdens förändringar”, 2006, *Sveriges Kommuner och Landsting*;

- ”Offentligt-privat partnerskap”, 2005, *Sveriges Kommuner och Landsting*;
- ”(O)jämslällldhet i vården – en genusmedicinsk kunskapsöversikt”, 2007, *Sveriges Kommuner och Landsting*, Stockholm;
- ”Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskaps-sammanställning”, 2000, *Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)*, rapport 145/1;
- ”Patienternas väg genom vårdsystemet 2004”, 2006, *Region Skåne* (Rapport 3, mars 2006);
- ”Peering into 2010 – A survey of the future of medicine”, *Economist*, March 19th, 1994;
- ”Sjukvården – en tjänstebransch med effektivitetspotential”, 2007, R 2007:13, *NUTEK*;
- ”Solidaritet och valfrihet i välfärden”, 2002, *Svenska Kommunal-arbetarförbundet*;
- ”Stopplagens konsekvenser för landstingen”, 2004, *Svenskt Näringsliv*, Stockholm;
- ”Svensk sjukvård i internationell belysning”, 2005, *Sveriges Kommuner och Landsting*, Stockholm;
- ”Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace”, 2006, *Kaiser Family Foundation*;
- ”Tänk nytt – gör nytt”, 2006, *Sveriges Kommuner och Landsting*;
- ”Vad är det för vinst med privat driven äldreomsorg?”, 2006, *Svenskt Näringsliv*;
- ”Vinst för vården”, 2002, *Vårdens ägarformer*, betänkande, SOU 2002: 31;
- ”Vård med omsorg”, 2007, *Delegationen för mångfald inom vården*, betänkande, SOU 2007:37;
- ”Vård och omsorg – en framtidsbransch”, 2007, *NUTEK och Almega*;
- ”Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa”, 2003, *Vårdens ägarformer*, slutbetänkande, SOU 2003: 23;
- ”Vårdcentralanalys 2005, *Hälso- och sjukvårdskansliet Göteborg*, september 2006;
- ”Vårdtunga grupper”, 2000, *Region Skåne*, (Rapport 1, augusti 2000);
- ”Vårdval Halland”, 2007, *Landstinget Halland*;
- ”Välfärdstjänster i omvandling”, 2001, *Välfärdsbokslut*, SOU 2001:52;
- ”Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg”, 2007, *Konkurrens-verket*, Rapportserie 2007:3;
- ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet”, 2006, *Socialstyrelsen/Sveriges Kommuner och Landsting*;



- Adrell, P. & Cohen, J., 2004, "Konkurrensstrategier inom primärvården", ingår i: Arvidsson, (red.), 2004;
- Ahrén, B. et al, 2007, "Kvalitetssäkra forskningen vid universitetssjukhusen", *Dagens Medicin*, 7 juni 2007;
- Aidemark, L-G. et al, 2003, "Mångfald i vården – att skapa alternativa vårdformer", *Landstingsförbundet*, Stockholm;
- Aidemark, L-G., 2004, *Sjukvård i bolagsform*, Växjö University Press, Växjö;
- Anell, A., 1994, *Sjukhusens kontrakt – från anslag till intäkter*, SNS Förlag, Stockholm;
- Anell, A., 2005, "Swedish healthcare under pressure", *Health Economics*, 14, Special issue;
- Anell, A., 2007, "Varför är det så svårt att styra sjukvården? Medicinsk specialisering och professionens intressen", ingår i: Blomqvist (red.), 2007;
- Arvidsson, G. & Jönsson, B., 1995, *Politik och marknad i framtidens sjukvård*, SNS Förlag, Stockholm;
- Arvidsson, G. (red.), 2004, "Självstyrande enheter i primärvården", Institutet för kommunal ekonomi, IKE 2004:122, Stockholms universitet, Stockholm;
- Arvidsson, G. et al, 2007, *Medicin för Sverige*, SNS Förlag, Stockholm;
- Asch, S. M. et al, 2006, "Who Is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care?", *The New England Journal of Medicine*, Volume 354, No. 11, March 2006;
- Aspelin, P., 2002, "Hur påverkas klinisk forskning och utbildning av olika ägarformer i sjukvården?", ingår i: *Vinst för vården*, SOU 2002:31;
- Aspelin, P., 2005, "Hur kan dagens forskning påverka framtidens sjukvård?", *Ansvarskommittén*, SOU 2003:123, skriftserie, november 2005;
- Audet, A-M. J. et al, 2005, "Measure, Learn, And Improve: Physicians' Involvement In Quality Improvement", *Health Affairs*, Volume 24, No 3, May/June 2005;
- Berggren, I., 2002, "Privatisering vanligast i Stockholm", *Välfärdsbulletinen* 2002:2, *SCB*, Stockholm;
- Bertholds, E., 2006, "Vinstdriven vård löser inte sjukvårdens problem", *Läkartidningen*, nr 38, volym 103, september 2006;
- Bischofberger, E., 2002, "Etiska synpunkter på vårdens ägarformer", Bilaga 3, ingår i: "Vinst för vården", SOU 2002:31;

- Björn-Rasmussen, E. & Erixon, D., 2003, "Ingen söker vård i onödan", *Läkartidningen*, nr 45, november 2003;
- Björn-Rasmussen, E. & Erixon, D., 2003, "Patientens efterfrågan feltolkas", *Läkartidningen*, nr 46, november 2003;
- Blomqvist, P. (red.), 2007, *Vem styr vården?*, SNS Förlag, Stockholm;
- Burns, N. & Grove, S. K., 2007, *Understanding Nursing Research*, 4th ed., W. B. Saunders Co.;
- Callorp, J., 2003. "Högspecialiserad vård – utmaningar för regioner och större sjukvårdsområden", ingår i: *Högspecialiserad sjukvård*, Ds 2003:56;
- Coase, R. H., 1937, "The Nature of the Firm", ingår i: Williamson, O. E. & Winter, S. G. (ed.), 1993, *The Nature of the Firm*, Oxford University Press, New York;
- Coulter, A. & Jenkinson, C., 2005, "European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers", *European Journal of Public Health*, Vol. 15, No. 4;
- Culyer, A. J. et al, 1992, *Svensk sjukvård – bäst i världen?*, SNS Förlag, Stockholm;
- Davis, K., 2007, "Paying for care episodes and care coordination", *The New England Journal of Medicine*, Volume 356, No. 11, March 2007;
- Enthoven, A. C. & Tollen, L. A., 2005, "Competition In Health Care: It Takes Systems to Pursue Quality And Efficiency", *Health Affairs*, W5, September 2005;
- Erixon, O., 2006, *Konkurrensutsätt den offentliga sektorn*, Svenskt Näringsliv;
- Falkenhall, B. & Zackrisson, M., 2007, "Sjukvårdssektorns tillväxtmöjligheter", *Institutet för tillväxtpolitiska studier*, Östersund;
- Fisher, E. S., 2003, "Medical Care – Is More Always Better?", *The New England Journal of Medicine*, Volume 349, No. 17, October 2003;
- Fölster, S. & Morin, A., 2005. "Varför vänta på framtidens vård?", *Svenskt Näringsliv*, Stockholm;
- Fölster, S. et al, 2003, *Den sjuka vården*, Ekerlids Förlag, Stockholm;
- Gunnarsson, M., 2003, "Privatisering av sjukvård", *Meddelanden från FoU-Kronoberg*, 2003:1, Växjö;
- Hallin, B. & Siverbo, S., 2002, "Jakten på den goda styrningen", *Centrum för hälsa och sjukvårdsanalys*, rapport nr 3, Göteborg;
- Hansson, S. O. et al (red.), 1993, *Idéer om rättvisa*, Tidens idéserie 1, Tidens förlag, Stockholm;

- Harrison, M. I. & Calltorp, J., 2000, "The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care", *Health Policy*, Volume 50, Issue 3, January 2000;
- Hayward, R. A., 2007, "Performance Measurement in Search of a Path", *The New England Journal of Medicine*, Volume 356, No. 9, March 2007;
- Holmberg, L., 1997, *Health-care Processes*, Lund Studies in Economics and Management 29, Lund University Press, Lund;
- Jacobsson, B. (red.), 1994, *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*, Nerenius & Santéus förlag, Stockholm;
- Jersild, P.C., 2007, "Sjukhus bortslumpas", *Dagens Nyheter*, 5 maj 2007;
- Johansson, A., 2003, "Utmaningar för styrning av den högspecialiserade vården", ingår i: *Högspecialiserad sjukvård*, Ds 2003:56;
- Jönsson, B. et al, 2004, *Hälsa, vård och tillväxt*, SNS Förlag, Stockholm;
- Jönsson, B., 2002, "Marknader, ägandeformer och styrning inom vården", ingår i: *Vinst för vården*, SOU 2002:31, bilaga 4, Stockholm;
- Jonsson, P. M. et al, 2006, "Hälso- och sjukvårdens strukturreformer", *Ansvarskommittén*, SOU 2003:123, underlagspromemoria, mars 2006;
- Jordahl, H., 2004, "Ekonomiskt-teoretiskt perspektiv", ingår i: Berger, C., 2004, *Myndigheter och marknader – tydligare gräns mellan offentligt och privat*, Konkurrensverkets rapportserie 2000:4, Stockholm;
- Kapiteijn, E. et al, 2001, "Preoperative Radiotherapy Combined with Total Mesorectal Excision for Resectable Rectal Cancer", 2001, *The New England Journal of Medicine*, Volume 345, No. 9, August 30, 2001;
- Landelius, A-C., 2006, *Vård och omsorg i offentlig eller privat regi – en rättsvetenskaplig studie*, Jure Förlag AB, Stockholm;
- Levin, B. & Normann, R., 2000, *Vårdens chans*, Ekerlids förlag, Stockholm;
- Lindgren, A. & Söderqvist, M., 2004, "Behövs ranking av de svenska sjukhusen?", *Svenskt Näringsliv*;
- Lindkvist, L. & Aidemark, L-G., 2005, *Sjukhus som bolag*, SNS Förlag, Stockholm;
- Madell, T., 2007, "Är kundvalssystem med auktorisation inom vård och omsorg förenliga med upphandlingsreglerna?", *Konkurrensverket*, Rapportserie: 2007:3, Bilaga 1;

- McLynn, E. A. et al, 2003, "The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States", *The New England Journal of Medicine*, Volume 348, No. 26, June 2003;
- Morin, A. & Widell, H., 2002, "Öppen sjukvård – mätning av patientupplevd kvalitet på landstingsnivå m.m.", *Svenskt Näringsliv*, Stockholm;
- Nichols, L. M. et al, 2005, "Are Markets Forces Strong Enough To Deliver Efficient Health Care Systems? Confidence is Waning", *Health Affairs*, Volume 23, No. 2, March/April 2004;
- Oliver, A., 2007, "Inconsistent objectives – reflections on some selective health care policy developments in Europe", *Health Economics, Policy and Law*, (2007), No. 2;
- Olsson, J., 2003, "Hälso- och sjukvården och dess utmaningar", underlagspromemoria, *Ansvarskommittén*, SOU 2003:123;
- Persson, M., 2002, "Förebyggande insatser i ett system med både privata och offentliga aktörer", ingår i: *Vinst för vården*, SOU 2002:31;
- Pettersson, K-H., 2004, *Det exploderande storföretaget*, SNS Förlag, Stockholm;
- Pettersson, K-H., 2006, "Hur långt kan vi låta marknaden ta hand om vården?", *Forum för småföretagsforskning*, FSF 2006:2, Örebro;
- Porter, M. E. & Olmsted Teisberg, E., 2004, "Redefining Competition in Health Care", *Harvard Business Review*, June 2004;
- Porter, M. E. & Olmsted Teisberg, E., 2006, *Redefining Health Care*, Harvard Business School Press, Boston;
- Rehnman, E., 1970, *Centrallasarettet*, Studentlitteratur, Kristianstad;
- Påhlman L. et al, 1997, "Improved Survival with Preoperative Radiotherapy in Resectable Rectal Cancer, Swedish Rectal Cancer Trial", 1997, *The New England Journal of Medicine*, Volume 336, No. 14, April 3, 1997;
- Sahlin, M. & Johansson, Y., 2006, "Fredrik Reinfeldt bryter löfte om sjukvården", *Dagens Nyheter*, 19 december 2006;
- Saltman, R. B. & Ferroussier-Davis, O., 2000, "The concept of stewardship in health policy", *World Health Organization*, Bulletin, Vol. 78, No. 6, June 2000;
- Shelanski, H. A. & Klein, P. G., 1995, "Empirical Research in Transaction Cost Economics: A Review and Assessment", *Journal of Law, Economics & Organization*, October 1995, Volume 11/2;

- Skinner, J. & Wennberg, J. E., 1998, "How Much is Enough? Efficiency and Medicare Spending in the Last Six Months of Life", *NBER Working Paper*, No. 6513, April 1998;
- Tillmar, M., 2004, "Är det möjligt? – om villkor för småföretagande inom vård- och omsorgssektorn", *NUTEK*, R 2004:4, Stockholm;
- Trydegård, G-B., 2001, "Välfärdstjänster till salu", ingår i: "Välfärdstjänster i omvandling", 2001, *Välfärdsbokslut*, SOU 2001:52;
- Trydegård, G-B., 2002, "Alternativa driftformer i den slutna sjukvården – utvecklingen 1993-2000", ingår i: *Vinst för vården*, SOU 2002:31, Bilaga 6, Stockholm;
- Wallenberg, J., 2001, "Konkurrens i sjukvården", *Institutet för kommunal ekonomi*, IKE 2001:112, Stockholms universitet, Stockholm;
- Wallenberg, J., 2003, "Marknadsorientering i sjukvården", *Institutet för kommunal ekonomi*, IKE 2003:121, Stockholms universitet, Stockholm;
- Wennberg, J. E. et al, 2002, "Geography And The Debate Over Medicare Reform", *Health Affairs*, Webb Exclusive, February 2002;
- Williamson, O. E., 1998, "Hierarchies, markets and power in the economy: an economic perspective", ingår i: Menard, C. (ed.), 1998, *Transaction Cost Economics*, Edward Elgar, Cheltenham;
- Winblad, U., 2007, "Valfriheten: en misslyckad sjukvårdsreform?", ingår i: Blomqvist (red.), 2007;
- Woolhandler, S. et al, 2003, "Costs of Health Care Administration in the United States and Canada", *The New England Journal of Medicine*, Volume 349, No. 8, August 21, 2003;
- Öhrming, J. & Sverke, M., 2001, *Bolagiseringen av S:t Görans Sjukhus*, Studentlitteratur, Lund;
- Öhrming, J., 1990, *Kvartersakuten*, Arbetslivscentrum, Stockholm;
- Öhrming, J., 1997, *Återbesök på centrallasarettet*, Nerenius & Santéus, Stockholm;

## Bilaga

### Om varför marknaden för vård inte fungerar särskilt väl

Om vi tänker oss en marknadsplats där en enda produkt, låt oss säga färska blommor, handlas gäller i korthet följande för att marknaden skall vara nära-perfekt:

- att det finns spelregler för agerandet på marknaden som alla parter känner till och accepterar (sådan som vi med ett modernt språkbruk skulle kalla äganderätt, avtalsrätt, handelsrätt, arbetsmarknadslagstiftning och liknande);
- att säljarna får etablera sig på marknadsplatsen utan hinder – och sluta med sin verksamhet när de önskar. Den här punkten brukar kort och gott kallas fri etableringsrätt eller, mera korrekt, ”free entry & exit”;
- att köparen kan välja fritt mellan olika producenter och produkter;
- att det råder konkurrens, det vill säga att det finns många aktörer på marknadsplatsen, både köpare och säljare som konkurrerar sinsemellan om utbudet och efterfrågan. Det betyder med andra ord att det inte får finnas en dominerande aktör, varken på utbudssidan (monopol) eller efterfrågesidan (det som brukar kallas monopsoni). Ingen aktör skall således själv kunna bestämma, eller ens påverka, prisnivån;
- att köpare och säljare har samma information (och samma syn på risk) i allt som är relevant för att göra affär och har informationen samtidigt – och att alla beslut som köpare och säljare fattar grundade på den informationen sker av egen, fri vilja.

Det finns *verkliga* marknader som är nära-perfekta i den här meningen. Faktum är att just marknader för färska blommor på en del torg i Sydeuropa brukar nämnas i litteraturen som ett exempel på en nära-perfekt marknad. Och dagens värdepappersmarknader i OECD-länderna, till exempel aktiemarknaderna, är också nära-perfekta.

### *Vårdmarknaden*

Det är lätt att inse att marknaden för vård däremot är långt från nära-perfekt. Det finns produkter och tjänster i vårdens periferi (receptfria läkemedel, naturläkemedel, kiropraktorer etc.) där vi förstår att marknaden har förutsättningar att fungera väl. Men om vi med vård menar de sed-

vanliga tjänster som närvården erbjuder, och i än högre grad om vi talar om specialistsjukvården, finns ingen väl fungerande marknadslösning.

Det kan verka som om marknadslösningar och vården inte passar ihop. Det är en förhastad slutsats. För det första finns det gott om utrymme för politikerna att underlätta en marknadslösning. För det andra finns det stora variationer i vårdproduktens tydlighet och planerbarhet där vissa delar av vården lämpar sig väl för en marknadslösning medan andra lämpar sig mindre väl, eller inte alls. Den frågan diskuteras utförligt i huvudtextens kapitel 3.

Låt oss istället här systematiskt, punkt för punkt i ovanstående lista, granska vad som är möjligt att *politiskt* påverka och vad som inte är det. Jag begränsar diskussionen till sjukvården.

Den första punkten – att det måste finnas ett regelsystem för hur man betar sig på marknaden – är inget problem. De basala spelreglerna är sedan länge etablerade i det moderna, västerländska samhället. Dessa etablerade regelsystem gäller givetvis också för en vårdmarknad.

Den andra punkten på listan – ”free entry & exit” – skall läsas så att alla vårdgivare skall ha rättighet att starta upp och driva den verksamhet de bestämmer sig för, allt givetvis under förutsättning att de lever upp till de lagar och andra spelregler som gäller för en marknadsaktör. Rätten skall också gälla i andra riktningen. Om vårdgivaren, helt eller delvis, vill sluta med verksamheten skall det inte finnas något hinder för det när alla åtaganden är uppfyllda.

Den här punkten är komplicerad för alla vårdssystem och det hänger samman med den ofrånkomliga tredjepartsinblandningen från en försäkringsgivare, i Sverige genom att vården till sin helt dominerande del är skattefinansierad. Finansiären, landstingen, kan inte utan viss kontroll tillåta att en vårdgivare får tillgång till skattefinansiering för sin vårdproduktion. Det får till följd att fri etableringsrätt för en privat vårdgivare finns formellt men inte i praktiken. En vårdgivare som vill kunna ta emot skattefinansierade patienter måste ha respektive landstings godkännande i någon form (vårdavtal eller etableringsrätt).

För vissa vårdlogiker, i korthet de som marknaden kan klara av att producera effektivt (primärvård, standardiserad elektiv kirurgi, planeringsbar specialiserad sjukvård), bör landstingen kunna tillämpa ”fri etableringsrätt” men inte villkorslöst (se diskussionen i kapitel 5, fråga 7). Det förefaller självklart att landstingen med sitt ansvar för vården inom en viss region måste ha kontroll över *var* vårdproduktionen skall bedrivas. Det gäller i synnerhet om vi talar om mer omfattande vårdverksamhet.

Och det finns andra rimliga krav. Det är befogat av patientsäkerhetsskäl att försäkra sig om att vårdgivarna uppfyller gällande medicinska krav (till exempel att socialstyrelsens författning om "ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården" följs) och andra grundkrav, till exempel vad gäller journalföring. Det är också befogat att ett landsting som ansvarigt för de skattemedel som finansierar vården ställer vissa andra krav på den privata vårdgivaren (om företagets ekonomiska ställning och öppenhet om ekonomin, om IT-systemen etc.).

Väl fungerande vårdvalssystem kommer nära "free entry & exit". Vårdgivarna som ackrediteras får etablera sig fritt och får tillgång till offentlig finansiering på samma villkor som alla andra aktörer på den aktuella marknaden. Och vårdgivaren är fri att när som helst upphöra med sin verksamhet.

Vårdvalssystemen uppfyller också den tredje punkten på listan, fritt vårdval. Men vårdvalsmodellernas tillämpningsområde är begränsat. Dels genom att de endast kan tillämpas på de vårdlogiker som marknaden kan ta hand om. Dels geografiskt genom att varje landsting har sin egen vårdvalsmodell som inte ger patienten någon frihet att välja vårdgivare i ett annat landsting.

Fritt vårdval i den generella meningen att patienten är fri att välja mellan olika vårdgivare finns inte i dagens svenska vård. Den så kallade nationella vårdgarantin från 2005 innebär visserligen att om ett landsting inte kan erbjuda behandling inom den tidsgräns som vårdgarantin stipulerar, alltså inom 90 dagar från diagnos, "åligger det landstinget att hjälpa patienten att få vård i annat landsting inom garanterad tid". Eller som det, något mera diffust, uttrycks i Stockholm läns landstings information: "...kan det innebära att du blir erbjuden att byta till en ny vårdgivare"(Vårdguiden). Men att kalla en sådan ordning för fritt vårdval är fel. Fritt vårdval skulle, om det vore en lag utan inskränkningar, betyda att en patient med remiss skulle vara fri att gå till vilken specialist som helst, och att välja klinik för en eventuell behandling var som helst i landet, och ändå få sin vård betald av det allmänna.

Det fjärde punkten på listan, att det måste råda konkurrens, är inte uppfyllt när vi talar om dagens svenska vårdssystem. Det gäller för både produktionen och finansieringen.

Det offentliga dominerar så gott som helt *produktionen* av specialiserad sjukvård genom de stora förvaltningssjukhusen. Det är så nära offentligt monopol i vården man kan komma. För närsjukvården ser det något annorlunda ut. Primärvården sköts idag till viss del av privata vårdföretag, för landet som helhet är en av fyra vårdcentraler privata. Om målet är att hantera vårdproduktionen så effektivt som möjligt borde politikerna



välkomna konkurrens och privat vårdproduktion på alla områden som lämpar sig för konkurrens. Den analys som görs i kapitel 3 visar att vissa delar av den specialiserade sjukvården med fördel kan konkurrensutsättas och, helt eller delvis, tas om hand av privata vårdföretag. Detsamma gäller för hela närvården.

Att vi har offentligt monopol på *finansieringen* av vården är ingen kontroversiell fråga för den som accepterar att vi skall ha en skattefinansierad sjukvårdsförsäkring – och på den punkten gäller, som vi har konstaterat, samsyn över hela det politiska fältet. Ingenting säger emellertid att landstingen skall vara ensam beställare av skattefinansierad vård. Det går att skapa viss konkurrens också i beställarledet och på så sätt vinna effektivitetsfördelar i vårdsystemet. Det har exempelvis gjorts försök att låta Försäkringskassan upphandla standardiserad elektiv kirurgi, främst ryggekirurgi, för de sjukskrivna patienter som stått länge i kö för sina ingrepp. Man kan också tänka sig utländska beställare av vård, privata eller offentliga.

Den femte punkten på listan – att båda parter i en marknadsrelation måste ha tillgång till all information som är relevant för att kunna fatta ett beslut – kan en vårdmarknad praktiskt taget aldrig leva upp till. Patienten sitter regelmässigt i kunskapsmässigt underläge visavi vårdgivaren (asymmetrisk information). Det sätter fokus på vårdens kvalitetsmätssystem. Det går inte att få till stånd en väl fungerande vårdmarknad om inte vårdens kvalitet mäts på kliniknivå eller lägre i olika dimensioner (medicinsk kvalitet, kostnader, patientnöjdhet och tillgänglighet) och mätresultaten presenteras öppet, regelbundet och i sådana former att det finns förutsättningar för patienten att i samråd med sin doktor göra informerade vårdval. Jag diskuterar denna fråga mer utförligt i huvudtextens kapitel 4.

Sammantaget uppfyller således sjukvården i den svenska modellen utan anmärkning bara det första (att det måste finnas klara och accepterade basala regelsystem) av dessa fem grundläggande villkor för en väl fungerande marknad. De fyra andra villkoren är infriade endast med tvekan. Samtidigt gäller att det politiskt finns mycket att göra för att bredda vårdmarknaden och för att göra den mer effektiv. Vårdvalsmodeller bör kunna införas för andra vårdlogiker än närsjukvård. Fritt vårdval för patienten bör vara fullt möjligt, och önskvärt, att lagfästa. Det gäller också för andra patienträttigheter. Konkurrens bör kunna öppnas i fler delar av vårdproduktionen, inte minst inom de medicinska stödfunktionerna (röntgen, laboratorier, anestesi etc.). Och ytterligare resurser bör kunna sättas av för att etablera ett nationellt kvalitetsmätssystem som ger alla

parter, inte minst patienten, bättre information än vad som erbjuds idag. Tillsammans skulle sådana politiska beslut med stor säkerhet, allt annat lika, betyda flera och bättre fungerande vårdmarknader med – att döma av de empiriska indikationer som finns – bättre produktivitet, högre patientnöjdhet och ökad personaltrivsel.

Man kan förenklat säga att i vilken grad marknaden och vården fungerar ihop bestäms av två sakförhållanden. Dels av att politikerna förstår och accepterar att, om rationella överväganden får bestämma, marknaden bara kan ta hand om vissa delar av vården – och att det finns mycket att vinna för alla parter på att låta marknaden då också få ta det ansvaret. Dels, när den gränsdragningen är klar, av att politikerna är beredda att genom anpassad lagstiftning och på andra sätt underlätta för privata vårdgivare och konkurrens.

## Noter

<sup>1</sup> Efter William Beveridge (1879-1963) som 1942 publicerade den rapport som man brukar säga drog upp riktlinjerna för den engelska välfärdsstaten, särskilt vårdssystemet.

<sup>2</sup> Porter, M. E. & Teisberg, E. O., 2006, *Redefining Health Care*, Harvard Business School Press, Boston, Mass.

<sup>3</sup> ”Jämförelserna visar att svensk sjukvård presterar mycket väl jämfört med vården i andra länder. Det gäller såväl tillgång till vård som kvalitet, resultat och effekter. Att de goda resultaten åstadkommes med endast genomsnittliga kostnader betyder att den samlade effektiviteten i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är god – jämförd med andra länder.” Se ”Svensk sjukvård i internationell belysning”, 2005, *Sveriges Kommuner och Landsting*, Stockholm, s 3. I en europeisk ranking från hösten 2007 placeras Sverige på sjätte plats, en försämring med två platser sedan föregående mätning, se ”Euro Health Consumer Index 2007”, 2007, *Health Consumer Powerhouse*.

<sup>4</sup> Levin, B. & Normann, R., 2000, *Vårdens chans*, Ekerlids förlag, Stockholm, s 19.

<sup>5</sup> Ibid, s 104.

<sup>6</sup> I en proposition (1994/95:195) definieras *primärvård* som ”Basal medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper”. *Närsjukvård* är ett bredare begrepp som jag kommer att använda, det innefattar utöver primärvården också (delar av) den öppna specialistvården.

<sup>7</sup> Ett landsting har hand om den kommunala självstyrelsen i ett län och ansvarar som huvudman för vissa tunga samhällsuppgifter, i första hand för hälso- och sjukvården men oftast också för lokaltrafik, länskultur, regional planering mm. Landsting finns i samtliga län utom Gotland där Gotlands kommun har motsvarande ansvar, tillsammans 21 landsting. I två län, Västra Götaland och Skåne, har flera tidigare landsting slagits samman till regioner. Västra Götalandsregionen bildades exempelvis 1999 av Bohuslandstinget, Landstinget i Älvsborg och Skaraborgs läns landsting. Region och landsting som begrepp kan således användas synonymt. Ett landsting/en region har beskattningsrätt.

Landstingen/regionerna som huvudman för vården har två roller. Den första rollen är som finansiär av vården oavsett om den bedrivs av offentliga eller privata vårdgivare. Finansiären har också beställaransvaret. Den andra

rollen är som ägare av vårdresurser i form av offentliga vårdgivare, alltså med ett ansvar för den offentliga produktionen av vård. Ägaren är kontraktsslutande part i alla de överenskommelser mellan aktörerna (anställda, patienter, leverantörer etc.) som är grunden för verksamheten. Ägaren har ensam rätten att inom givna ramar (1) leda verksamheten samt (2) disponera eventuellt ekonomiskt överskott.

<sup>8</sup> Jacobsson, B., 1994, ”Idéer, praktik och förnyelse”, ingår i: Jacobsson, 1994, s 234.

<sup>9</sup> I en sammanfattande studie av erfarenheterna från bolagiseringen av Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus skriver författarna: ”Vi har lärt från Helsingborgs Lasarett AB och speciellt Ängelholms Sjukhus AB att det går att skapa en personalpolitik som gör att många av medarbetarna trivs, har en känsla för det egna sjukhuset och upplever en stark organisationsidentitet. Vidare går det att organisera sjukhuset så att man med utgångspunkt i en gemensam vision/målbild får en ökad produktivitet.” Se Lindkvist, L. & Aidemark, L-G., 2005, *Sjukhus som bolag*, SNS Förlag, Stockholm, s 217.

Bolagiseringen av S:t Görans sjukhus i Stockholm 1994 medförde att personalens trivsel (liksom den relativa produktiviteten mm) ökade efter ett initialt skede av osäkerhet. Samtidigt menar Öhrming och Sverke i sin beskrivning och analys av bolagiseringen att orsakerna till förbättringarna är mycket komplexa. Se Öhrming, J. & Sverke, M., 2001, *Bolagiseringen av S:t Görans Sjukhus*, Studentlitteratur, Lund.

<sup>10</sup> Det finns i litteraturen gott om anekdotiska bevis för att den professionella kulturen inom sjukvården är mycket stark. ”En sjukvårdspolitiker med flera års erfarenhet, han vill vara anonym, berättar så här: ’Det är inte vi politiker som styr sjukvården, jag trodde naivt nog det i början av min karriär. Vi har ingen chans mot läkarna, de gör som de själva vill. Vill de ägna sig åt spektakulära forskningsförsök som till exempel byten av hjärtan på foster som fortfarande ligger i mammas mage så gör de det. Det kostar mycket pengar och tar mycket personalresurser i anspråk som de tar från den löpande budgeten. Det behöver inte vara fel att göra sådana experiment – men frågan vad som är rimligt eller inte diskuteras sällan med oss politiker. Risken är ju att en äldre persons vårdbehov får stå tillbaka. Det är egentligen vi politiker som ska avgöra – men det är väldigt svårt att styra.’” Se Fölster, S. et al, 2003, *Den sjuka vården*, Ekerlids Förlag, Stockholm, s 107.

<sup>11</sup> Se Jacobsson, B., 1994, ”Reformer och organisatorisk identitet”, ingår i: Jacobsson, 1994.

<sup>12</sup> Men inte ens då är det säkert att sjukhusets styrelse och den verkställande ledningen har kraft nog att genomdriva sina intentioner. Läkarnas fackliga organisation vid sjukhuset i Helsingborg blev efterhand negativ till att sjukhuset hade bolagiserats (med landstinget som ägare) och det bidrog sannolikt till att bolagiseringsförsöket avvecklades. Det skall samtidigt rätteligen sägas att det i sista hand var en ny politisk majoritet som avvecklade bolagiseringen. Se Aidemark, L-G., 2004, *Sjukvård i bolagsform*, Växjö University Press, Växjö, s 71 ff.

<sup>13</sup> Se *Telegraph*, January 9, 2007.

<sup>14</sup> Denna fråga behandlas utförligt i Ansvarskommitténs slutbetänkande, se: ”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft”, 2007, *Ansvarskommittén*, slutbetänkande, SOU 2007:10, s 124 ff.

<sup>15</sup> För en mer utvecklad diskussion om den övergripande styrningen av den svenska vården – och om den överhuvudtaget är möjlig se: Blomqvist, P. (red.), 2007, *Vem styr vården?*, SNS Förlag, Stockholm.

<sup>16</sup> Den entreprenöriella aktiviteten sammanfattas i en studie på följande sätt: ”1996 såldes klinikerna för klinisk kemi respektive patologi/cytologi till ett privat företag... Hösten 1997 skapades en särskild utbildningsenhet med syfte att bl.a. öka bolagets intäkter genom kursverksamhet och utbildning för externa kunder och våren 1998 presenterade styrelsen en helt ny verksamhetsidé, S:t Görans som nätverkssjukhus... I början av 1999, ett halvt år innan försäljningen av bolaget till investmentbolaget Bure, bildade S:t Görans Sjukhus AB sitt första dotterbolag, Artro Clinic AB, som var en avknoppning av den artroskopiska verksamheten från ortopedkliniken. I början av 2000 bildades det andra dotterbolaget, S:t Görans Röntgen AB.” Se Öhrming & Sverke, 2001, s 61.

<sup>17</sup> Se Lindkvist & Aidemark, 2005.

<sup>18</sup> ”Cancerfondsrapporten 2007”, *Cancerfonden*, Stockholm, s 78.

<sup>19</sup> ”Kommer vi att ha råd med sjukvården?”, 2005, *Sveriges Kommuner och Landsting*, Stockholm, s 40.

<sup>20</sup> Sammanfattningen görs av Elliot Fisher i en artikel med titeln ”Medical Care – Is More Always Better?” Se Fisher, E. S., 2003, ”Medical Care – Is More Always Better?”, *The New England Journal of Medicine*, Volume 349, No. 17, October 2003, s 1665.

<sup>21</sup> Att specialister har högre status än generalister bland läkare är således empiriskt omvitnat. Men det finns också en tankeväckande differentiering inom grupperna. Anders Anell refererar en studie av norska läkares uppfattningar och skriver: ”Sett till sjukdomar återfanns i denna studie hjärtinfarkt, leukemi och hjärntumör i topp, medan fibromyalgi,

skrumplever, depression, ångest och schizofreni återfanns i botten på skalan. Bland medicinska specialiteter rankades neurokirurgi, kardiologi och thoraxkirurgi högst medan geriatrik rankades lägst följt av hud, psykiatri och allmänmedicin.” Se Anell, A., 2007, ”Varför är det så svårt att styra sjukvården? Medicinsk specialisering och professionens intressen”, ingår i: Blomqvist (red.), 2007, s 89.

<sup>22</sup> ”Nationellt forskningsprogram om sjukvårdens förändringar”, 2006, *Sveriges Kommuner och Landsting*, s 35.

<sup>23</sup> Coulter, A. & Jenkinson, C., 2005, ”European patients’ views on the responsiveness of health systems and healthcare providers”, *European Journal of Public Health*, Vol. 15, No. 4, s 355 ff.

<sup>24</sup> Se till exempel: McLynn, E. A. et al, 2003, ”The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States”, *The New England Journal of Medicine*, Volume 348, No. 26, June 2003, s 2635 ff. Se också: Asch, S. M. et al, 2006, ”Who Is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care?”, *The New England Journal of Medicine*, Volume 354, No. 11, March 2006, s 1147 ff.

<sup>25</sup> En av de studier som ligger till grund för rekommendationen omfattade 1 200 patienter och publicerades 1997 i *The New England Journal of Medicine*. Studien visar att bland dem som enbart opererades fick 28% lokala återfall men bara 12 % av dem som också strålades. Även överlevnaden efter fem år förbättrades något för patienter som hade fått strålning före ingreppet. Se Påhlman, L. et al, 1997, ”Improved Survival with Preoperative Radiotherapy in Resectable Rectal Cancer, Swedish Rectal Cancer Trial”, 1997, *The New England Journal of Medicine*, Volume 336, No. 14, April 3, 1997, s 980 ff. Samma positiva resultat med färre återfall vid preoperativ strålning framgår av en senare studie med resultat från flera länder. Se Kapiteijn, E. et al, 2001, ”Preoperative Radiotherapy Combined with Total Mesorectal Excision for Resectable Rectal Cancer, 2001, *The New England Journal of Medicine*, Volume 345, No. 9, August 30, 2001, s 638 ff.

<sup>26</sup> Bland landets minsta sjukhus finns det enligt samma rapport många som inte strålbehandlar alls, sannolikt förklarar av att strålningsutrustningen saknas.

<sup>27</sup> ”Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskaps sammanställning”, 2000, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), rapport 145/1. Se också: Hallin, B. & Siverbo, S., 2002, ”Jakten på den goda styrningen”, *Centrum för hälsa och sjukvårdsanalys*, rapport nr 3, Göteborg, s 22.

<sup>28</sup> "Assessing the Appropriateness of Care", 1998, *RAND Health*, RB-4522.

<sup>29</sup> Skinner, J. & Wennberg, J. E., 1998, "How Much is Enough? Efficiency and Medicare Spending in the Last Six Months of Life", *NBER Working Paper*, No. 6513, April 1998.

<sup>30</sup> Uppgifterna är hämtade från den så kallade Cancerfondsrapporten från 2006, se "Cancerfondsrapporten 2006", *Cancerfonden*, Stockholm, s 69. Se också "Bostadsorten avgörande för cancersjuks chans att överleva", *Dagens Nyheter*, DN Debatt, 16 maj 2006.

<sup>31</sup> Cancerfondsrapporten 2006, s 68.

<sup>32</sup> Studien finns refererad i: Fisher, 2003, s 1665. Se också Wennberg, J. E. et al, 2002, "Geography And The Debate Over Medicare Reform", *Health Affairs*, Webb Exclusive, February 2002.

<sup>33</sup> Uttalandet gjordes av Kjell-Olof Feldt i en debatt om öppen kvalitetsredovisning och ranking av sjukvården. Han sa också apropå att sjukvårdslagen ger patienter rätt att vara delaktiga i beslutet om behandling: "Den friheten är en frihet bara för en viss kategori av människor. De som har resurser kan ta reda på bästa behandlingsmetod och vilket sjukhus eller läkare som är bäst på att behandla en viss sjukdom. De känner läkare och kan hitta information på egen hand... En del sjukhus är kanske rädda för att de har resultat som inte uppfyller de förväntade kvalitetsresultaten. Men verkligheten i dag är att vi rankar skolor och universitet. Alla vet att det är svårt men varför skulle det inte gå inom vården?" Refererat i: Lindgren, A. & Söderqvist, M., 2004, "Behövs ranking av de svenska sjukhusen?", *Svenskt Näringsliv*, s 30 ff.

<sup>34</sup> "(O)jämsställdhet i vården – en genusmedicinsk kunskapsöversikt", 2007, *Sveriges Kommuner och Landsting*, Stockholm. Citatet är hämtat från sammanfattningen.

<sup>35</sup> Lindkvist & Aidemark, 2005.

<sup>36</sup> Hallin & Siverbo, 2002, s 9. Se också Harrison, M. I. & Calltorp, J., 2000, "The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care", *Health Policy*, Volume 50, Issue 3, January 2000, s 219 ff.

<sup>37</sup> Oliver, A., 2007, "Inconsistent objectives – reflections on some selective health care policy developments in Europe", *Health Economics, Policy and Law*, No. 2, s 93 ff.

<sup>38</sup> "The obvious difficulty of instituting a reform that takes account of all relevant healthcare objectives simultaneously may be linked to this pattern of political decision-making. New policies in Swedish healthcare have tended to focus on one objective at a time, reflecting the most urgent problem. Every new reform hence carries the seed of new problems, generating demand

for additional change. By the time reforms are implemented, new problems emerge relating to objectives that were not considered, which require additional change. In the 1970s and 1980s, distributive justice was at the centre of the debate and efficiency largely ignored. Consequently, efficiency became the most urgent problem by the early 1990s. The incentives that were introduced helped to improve efficiency, but ignored the need for cost-containment that emerged in the mid 1990s. The past two decades have seen shifting minority governments at both central and local government levels, which means that support for specific reforms has been unstable. Fatigue among healthcare staff has grown, and empirical evidence is increasingly called for when organisational change is suggested.” Se Anell, A., 2005, ”Swedish healthcare under pressure”, *Health Economics*, 14, Special issue, s 251.

<sup>39</sup> Se till exempel Ahrén, B. et al, 2007, ”Kvalitetssäkra forskningen vid universitetssjukhusen”, *Dagens Medicin*, 7 juni 2007.

<sup>40</sup> Arvidsson, G. et al, 2007, *Medicin för Sverige*, SNS Förlag, Stockholm.

<sup>41</sup> För en intressant diskussion kring denna fråga, se Jönsson, B. et al, 2004, *Hälsa, vård och tillväxt*, SNS Förlag, Stockholm, kapitel 1. Författarna refererar vissa tankeväckande siffror. ”Nordhaus (2003) beräkningar för USA indikerar t.ex. att mellan 1950 och 1995 var värdet av ökningen av förväntad livslängd lika stor som alla andra källor till ekonomisk tillväxt sammantagna. I en liknande beräkning av Murphy och Topel (2003) uppgick ökningen i förväntad livslängd mellan 1970 och 1998 till ett värde av \$ 2,6 biljoner per år. Detta kan jämföras med motsvarande BNP-ökning som uppgick till \$ 5,6 biljoner. Det oräknade värdet av ökad livslängd uppgick således till nästan hälften av den registrerade ökningen av BNP. Våra preliminära beräkningar för Sverige visar på likartade siffror.”, s 20.

<sup>42</sup> Förädlingsvärdet i vårdsektorns offentliga del är, förenklat sagt, lika med lönesumman inklusive kollektiva avgifter. Med andra ord ökar bara förädlingsvärdet om lönesumman ökar. Vi kan helt enkelt inte få in vårdens välfärdsbidrag, att vi får god vård när vi blir sjuka, omsorg när vi blir gamla osv., i BNP-siffrorna. Det är i sig inte ett problem, det säger bara att med den mätmodell som används kan vårdens värde inte mätas i pengar.

<sup>43</sup> Det som här kallas allokeringseffektivitet brukar i litteraturen ibland kallas kostnadseffektivitetsprincipen.

<sup>44</sup> Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) erbjuder ett alternativt sätt att definiera hälso- och sjukvård. Legitimationsreglerna omfattar i dag 21 yrkesgrupper: apotekare, arbetsterapeut, audio-



nom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, dietist, kiropraktor, logoped, läkare, naprapat, optiker, ortopedingenjör, psykolog, psykoterapeut, receptarie, röntgensjuksköterska, sjukgymnast, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare. ”Utöver den legitimerade personalen avses med hälso- och sjukvårdspersonal också personal som är verksam vid exempelvis sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter samt den person som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.” Källa: Kommittédirektiv 2006:64.

<sup>45</sup> Det innebär bland annat att hälso- och sjukvården inom kriminalvården och försvaret faller utanför. Definitionen innefattar inte heller ambulans-transporter och transporter av avlidna som finns med i den makroekonomiska definitionen.

<sup>46</sup> Den exakta formuleringen i §2 HSL är: ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.”

<sup>47</sup> Det kan diskuteras om den typ av modell där personer över en viss inkomstnivå har tillåtelse att lämna det offentliga finansieringssystemet för sjukvården och försäkra sig privat (som i till exempel Holland och Tyskland) skulle vara i linje med HSL.

<sup>48</sup> Dessutom är den boken redan skriven. Jag syftar på den läsvärda SKL-rapporten ”Kommer vi att ha råd med sjukvården?” från 2005.

<sup>49</sup> ”Runt år 2020 och därefter kommer den offentliga sektorn av allt att döma att ställas inför stora utmaningar. För hälso- och sjukvårdens del talar mycket, inte minst den medicinska utvecklingen, för att resursbehoven på sikt växer snabbare än vad som kommer att rymmas inom ramen för oförändrade skatter.” Ibid, s 68.

<sup>50</sup> Ansvarskommittén, 2007, slutbetänkande, s 141.

<sup>51</sup> Landelius, A-C., 2006, *Vård och omsorg i offentlig eller privat regi – en rättsvetenskaplig studie*, Jure Förlag AB, Stockholm, s 145.

<sup>52</sup> ”Vårdtunga grupper”, 2000, *Region Skåne*, (Rapport 1, augusti 2000).

<sup>53</sup> ”Patienternas väg genom vårdsystemet 2004”, 2006, *Region Skåne*, (Rapport 3, mars 2006).

<sup>54</sup> På det hela taget är sannolikt bilden densamma i alla västländer. Vi vet till exempel att i USA svarar ”top 5%” för 49% av de totala vårdkostnaderna. Källa: ”Health Care Costs”, 2007, *Kaiser Family Foundation*.

<sup>55</sup> Någon aktuell beräkning av primärvårdens samlade kostnader som andel av den totala sjukvårdskostnaden i landet känner jag inte till. Men det

finns indikationer på att ”strax under 20%” är en riktig uppskattning. Enligt årsredovisningen för Stockholm läns landsting för år 2005 uppgick primärvårdens kostnader till 17% av samtliga vårdkostnader (Årsredovisning 2006, s 28). För Landstinget i Östergötland har nettokostnaden för primärvården (samtliga kostnader minus intäkter och exklusive statsbidrag) som andel av landstingets samtliga nettokostnader för hälso- och sjukvård under åren 2002-2005 varit 19%, 19%, 19% respektive 18% (se Årsredovisning 2006, s 61). Uppgifter avseende Region Skåne för år 2000 visar att primärvården det året kostade 1 763 mkr av en total sjukvårdskostnad på 10 218 mkr eller 17,3% (se Tabell 17 i Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002, Socialstyrelsen).

<sup>56</sup> Coase, R. H., 1937, ”The Nature of the Firm”, ingår i: Williamson, O. E. & Winter, S. G. (ed.), 1993, *The Nature of the Firm*, Oxford University Press, New York.

<sup>57</sup> Allmänt konstateras i en nyligen publicerad NUTEK-rapport om vårdbranschen att de mätningar som gjorts indikerar att vården är en av de tjänstebanscher som har haft lägst produktivitetsutveckling. Se ”Sjukvården – en tjänstebanscher med effektivitetspotential”, 2007, R 2007:13, *NUTEK*, s 7 ff.

<sup>58</sup> Se bland annat Aidemark, L-G. et al, 2003, ”Mångfald i vården – att skapa alternativa vårdformer”, *Landstingsförbundet*, Stockholm, s 42.

<sup>59</sup> Folk tandvården i Kronoberg delades 1992 upp i dels landstingsägda tandvårdskliniker, dels privata kliniker genom att en majoritet av personalen på vilken som helst av folk tandvårdens enheter kunde bilda en ekonomisk förening och ta över verksamheten. ”Under hela denna tid har föreningarna följts av Ekonomihögskolan vid Växjö universitet. Av Ekonomihögskolans undersökningar framgår att vid den senaste undersökningen kände sig 69% av de anställda mer motiverade att gå till jobbet idag jämfört med situationen före förändringen.” Ibid, s 43.

”I en enkätundersökning genomförd av Stockholms läns landstings mångfaldskansli – med syftet att undersöka hur anställda vid privat- respektive landstingsdrivna enheter ser på sin arbetssituation samt hur de numera privatanställda upplevde förändringar – konstaterades att de privatanställda överlag är mer positiva. Intressant att se är även att de privatanställda anser sig ha bättre förutsättningar att ge patienterna bra vård medan landstingsanställda ofta känner sig mer stressade och att 70% av de privatanställda anser att privatiseringen varit bra för arbetsplatsen, vilket tar sig uttryck i att alltmedan sjukskrivningarna inom den landstingsdrivna sjukvården stadigt stiger, går S:t Görans sjukhus mot trenden med en fallande sjukfrånvaro.” Citatet är hämtat ur ”Stopp-

lagens konsekvenser för landstingen”, 2004, *Svenskt Näringsliv*, Stockholm, s 7.

Även en attitydundersökning bland undersköterskor och vårdbiträden gjord på uppdrag av Kommunalarbetareförbundet (Kommunal) visar att privata omsorgsföretag har nöjdare medarbetare än de som arbetar i kommunal omsorgsverksamhet. Sammanfattningsvis beskriver Kommunal undersökningen på följande sätt: ”De anställda i den privata äldrevården har genomgående en mera positiv syn på sina arbetsvillkor än de kommunalt anställda... Tendensen är densamma när det gäller inställningen till ledarskapet och till verksamhet och vårdkvalitet... Likaså har de privatanställda en mera positiv syn på sin arbetsplats när det gäller förmågan till nytänkande och öppenhet inför nya vård- och omsorgsmetoder samt den erbjudna vårdkvaliteten totalt sett.” Se ”Solidaritet och valfrihet i välfärden”, 2002, *Svenska Kommunalarbetareförbundet*, bilaga, s 63.

Det finns å andra sidan också studier som visar att en marknadsorientering av sjukvården ger mycket små följder för arbetslivet på sjukhuset eller vårdcentralen. ”Marknadsorienteringen medför vissa positiva konsekvenser för arbetslivet, om än små och svaga” skriver Jan Wallenberg sammanfattningsvis i en studie där bland annat ett bolagiserat, landstingsägt sjukhus (Danderyd) jämförs med ett landstingsägt sjukhus (Gävle). Se Wallenberg, J., 2003, ”Marknadsorientering i sjukvården”, *Institutet för kommunal ekonomi*, IKE 2003:121, Stockholms universitet, Stockholm.<sup>60</sup> Fölster et al, 2003, s 76-78. Författarna gör också ett försök att hitta en förklaring till de lägre sjuktalen i privat vård: ”En orsak kan vara att arbetsplatserna ofta är mindre för privatanställda – hälften av dessa arbetsplatser har färre än 50 anställda. Det har bara 30% av landstingsägda arbetsplatser.”, s 77.

<sup>61</sup> Morin, A. & Widell, H., 2002, ”Öppen sjukvård – mätning av patientupplevd kvalitet på landstingsnivå m.m.”, *Svenskt Näringsliv*, Stockholm.

<sup>62</sup> ”Vårdval Halland”, 2007, *Landstinget Halland*.

<sup>63</sup> År 2003 antog landstingen en rekommendation från dåvarande Landstingsförbundet om det så kallade fria vårdvalet. Den patient som så önskar har rätt att söka vård utanför sitt hemlandsting. Hemlandstinget betalar i princip vårdkostnaden medan patienten erlägger patientavgift, resekostnader och eventuella kringkostnader i samband med behandlingen. Ansvarskommittén (SOU 2007:10) konstaterar emellertid att det ofta är oklart för den vårdbehövande hur långt detta löfte sträcker sig i praktiken, i synnerhet eftersom det fria vårdvalet, liksom för övrigt vårdgarantin, bygger på en frivillig överenskommelse. Exempelvis har man i Västra Götalandsregionen infört

en regel om att operationer och behandlingar, utanför regionen, som kostar mer än 20 000 kronor måste godkännas i förväg av regionen. Källa: ”Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg”, 2007, *Konkurrensverket*, Rapportserie 2007:3, s 63.

<sup>64</sup> I engelskspråkig litteratur talas ofta om Public-Private-Partnership (PPP) och företeelsen är vanlig i många länder (men har hittills i Sverige använts endast marginellt). Oftast handlar det om att det allmänna låter ett privat företag eller konsortium svara för en stor välfärdsinvestering, till exempel en motorväg eller något annat infrastrukturprojekt, mot en löpande ersättning över en längre period. Det kan i mer utvecklade fall vara en kombination av en investering och ett driftsansvar, till exempel ansvaret att bygga och driva ett fängelse eller ett sjukhus. Skattebetalarnas vinst ligger i att ett angeläget projekt kan tidigareläggas, och möjligen i vissa fall i att en verksamhet kan skötas mera effektivt av en privat aktör än av offentliganställda. För en mer utförlig genomgång se: ”Offentligt-privat partnerskap”, 2005, *Sveriges Kommuner och Landsting*, Stockholm.

<sup>65</sup> Den här uppdelningen är i första hand resultatet av en diskussion med ett antal erfarna läkare. Det går också att säga att uppdelningen åtminstone i delar är hämtad från hur det i praktiken ser ut i många landsting. Den har också påverkats av den omfattande litteratur kring den svenska vårdens organisation som finns att tillgå.

<sup>66</sup> Det är en intressant fråga om en sådan utveckling förutsätter en förändring av den paragraf i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som säger att: ”Patienten har inte rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om detta kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.” (HSL § 3 a). Man skulle kunna hävda att den dag specialiseringen nått dithän att det egna landstinget inte längre på ett visst område kan ge vård i linje med ”vetenskap och beprövad erfarenhet” så har jag som patient rätten att välja var någonstans i landet vården skall ske.

<sup>67</sup> Det finns en växande skara företag som är specialiserade på tekniskt avancerad hemsjukvård, ett exempel är Shahal Medical Services Ltd i Israel. Företaget har ett stort antal ”kunder” anslutna, för det mesta med diagnoser som hjärtsjukdom, högt blodtryck och andningssjukdomar men också äldre människor och friska personer med högt hälsomedvetande. Företaget kommunicerar med kunden i realtid. Med hjälp av sensorer kan man mäta kroppens tillstånd och skicka information till ett ”Monitoring Center” öppet 24 timmar om dygnet. Denna funktion är i sin tur direkt länkad till omedelbar konsultation och rådgivning, baserad på symptom,

medicinsk historia, och realtidsmätning. Vid behov hämtas patienten med ambulans för akut sjukhusvård. Se Levin & Normann, 2000, s 28 ff.

<sup>68</sup> Varför thoraxkirurgi kan exemplifiera ”Övrig planerbar specialistsjukvård”, se Lindkvist, L. & Cederholm, L., 1994, ”Styrförutsättningar och kontraktsmöjligheter”, ingår i: Jacobsson (red.), 1994, s 156-160.

<sup>69</sup> En mer preciserad definition av högspecialiserad sjukvård är att den består av dels rikssjukvården enligt socialstyrelsens vårdkatalog dels regionsjukvården (som är den specialiserade sjukvård som regleras genom samarbete mellan landsting/regioner). I praktiken domineras den högspecialiserade sjukvården av neurokirurgi, thoraxkirurgi, hand- och plastikkirurgi, transplantationskirurgi, barnkirurgi samt behandling av vissa tumörsjukdomar. För universitetssjukhusen svarar den högspecialiserade sjukvården för mellan 10 och 30% av verksamheten. Källa: Johansson, A., 2003, ”Utmaningar för styrning av den högspecialiserade vården”, ingår i: Högspecialiserad sjukvård, Ds 2003:56, s 274.

<sup>70</sup> Det finns tandläkare som till och med överväger att lämna det statliga tandvårdsförsäkringssystemet vilket således skulle innebära att patienten skulle betala 100% av kostnaden. Är det en önskvärd utveckling? Ja, det kan diskuteras. Det är hur som helst viktigt att inse att det finns en principiell skillnad på den här punkten mellan den specialiserade sjukvården där försäkring är ett ”måste” och till exempel tandvården.

<sup>71</sup> Trydegård, G-B., 2001, ”Välfärdstjänster till salu”, ingår i: ”Välfärdstjänster i omvandling”, 2001, *Välfärdsbokslut*, SOU 2001:52.

<sup>72</sup> Fölster et al, 2003, s 98.

<sup>73</sup> Ibland kallas denna ”skola” också The New Institutional Economics. Det finns ett antal ekonomer som särskilt ofta nämns när TCE-modellen diskuteras. Nobelpristagaren Ronald Coase är genom sin klassiska artikel *The Nature of the Firm* TCEs idémässige anfader. Hans främste lärjunge, och den som mer än någon annan utvecklat TCE till den breda akademiska skola den är idag, är Oliver Williamson. För en översiktlig beskrivning på svenska av TCE-modellen, se Pettersson, K-H., 2004, *Det exploderande storföretaget*, SNS Förlag, Stockholm, s 85 ff.

<sup>74</sup> Eller som det uttrycks i en översiktsartikel: “The empirical literature, on the whole, is remarkably consistent with the predictions of TCE, more so than is typically the case in economics.” Se Shelanski, H. A. & Klein, P. G., 1995, ”Empirical Research in Transaction Cost Economics: A Review and Assessment”, *Journal of Law, Economics & Organization*, October 1995, Volume 11/2, s 335 ff.

<sup>75</sup> Eller som det sammanfattningsvis uttrycks i en nyligen publicerad artikel i *The New England Journal of Medicine*: “The fee-for-service system of

provider payment is increasingly viewed as an obstacle to achieving effective, coordinated, and efficient care. It rewards the overuse of services, duplication of services, use of costly specialized services, and involvement of multiple physicians in the treatment of individual patients. It does not reward the prevention of hospitalization or rehospitalization, effective control of chronic conditions, or care coordination.” Davis, K., 2007, ”Paying for care episodes and care coordination”, *The New England Journal of Medicine*, Volume 356, No. 11, March 15 2007, s 1166 ff.

<sup>76</sup> Det beskrivs på följande sätt i en artikel i *Läkartidningen*: ”Det är inte enbart onödiga undersökningar, läkemedelsbehandlingar och återbesök som vinstdriven prestationsersättning leder till. Även onödiga operationer utförs av lönsamhetsskäl. Detta har lett till så stora kostnader i till exempel Schweiz – ett land med privat sjukvård – att flera försäkringsbolag, se t ex <<http://fr.comparis.ch/krankenkassen>>, erbjuder premierabatt om patienten accepterar en kostnadsfri second opinion för att bedöma om en operation som den ordinarie läkaren rekommenderat verkligen är nödvändig av medicinska skäl. Bland de ingrepp som denna klausul innefattar kan nämnas hysterektomi, elektivt kejsarsnitt, höft- och knäproteser, artroskopi, diskbråcksoperation och kolecystektomi.” Se Bertholds, E., 2006, ”Vinstdriven vård löser inte sjukvårdens problem”, *Läkartidningen*, nr 38, volym 103, s 2713.

<sup>77</sup> Beskrivs i en artikel i *Dagens Medicin*, ”Landsting vill granska privatläkares journaler”, *Dagens Medicin*, 20/2007, s 6.

<sup>78</sup> Tre exempel på påstådd underkonsumtion av vård till följd av att en vårdvalsmodell ger incitament till doktorn att ”snåla” med behandlingar och undersökningar redovisades av TV-programmet ”Kalla fakta” den 4 oktober 2007.

<sup>79</sup> Oliver Williamson, TCE-skolans mest kände företrädare, har myntat just begreppet ”hold up” som den yttersta formen av påtryckning som en köpare kan hamna i visavi en ”underleverantör”.

<sup>80</sup> Uppgifterna om Valdemoro-överenskommelsen är hämtade från det pressmeddelande som Capio skickade ut efter det att avtalet blev klart. Pressmeddelandet är daterat den 1 december 2005.

<sup>81</sup> Jersild, PC., 2007, ”Sjukhus bortslumpas”, *Dagens Nyheter*, 5 maj 2007.

<sup>82</sup> ”All sjukvård kan privatiseras”, *Svenska Dagbladet*, 11 november 2007.

<sup>83</sup> Hur avtalsregleringen av vården vid konkurrensutsättning skulle kunna se ut beskrivs på följande sätt: ”I beställarnas anbudsunderlag skall det redovisas väl definierade krav på verksamheten (omfattning, kvalitetskrav, samverkanskrav, miljökrav etc.), modellkalkyler för drift i egen regi av

verksamhet som hade öppnats för anbudsgivning. Där skall också finnas krav på säkerhet, sekretess, kontroll, redovisning mm som landstinget avser att avtalsbinda för att leva upp till sitt huvudmannaansvar, samt eventuella villkor för övertagande i enskild regi av landstingsägda i resurser och landstingsanställd personal. Stora insatser kommer att krävas för att hantera transaktioner i samband med kontraktsskrivande och kontraktsuppföljande." Citat från: Jacobsson (red.), 1994, s 57.

<sup>84</sup> I en studie av privatiseringen av delar av vården inom Kronobergs län konstateras att det för beställaren finns problem med att få tydliga avtal, att avtalsprocessen är tidskrävande och att avtalen är svåra att kontrollera. Se Gunnarsson, M., 2003, "Privatisering av sjukvård", *Meddelanden från FoU-Kronoberg*, 2003:1, Växjö.

<sup>85</sup> Man kan för övrigt konstatera att det finns forskare som menar att avtalen mellan ett landsting och en privat vårdgivare blir mera formella och detaljerade än vad motsvarande avtal skulle vara om båda parter var privata företag. Ibid, s 58.

<sup>86</sup> Se bland annat Tillmar, M., 2004, "Är det möjligt? – om villkor för småföretagande inom vård- och omsorgssektorn", *NUTEK*, R 2004:4, Stockholm, s 73.

<sup>87</sup> Woolhandler, S. et al, 2003, "Costs of Health Care Administration in the United States and Canada", *The New England Journal of Medicine*, Volume 349, No. 8, August 21, 2003, s 768 ff.

<sup>88</sup> Det vi däremot inte vet med säkerhet är hur stor del av de höga relativa administrationskostnaderna i det amerikanska vårdssystemet som är hänförliga till de privata försäkringsbolagens relationer med försäkringsstagarna och hur stor del som kan förklaras av höga transaktionskostnader mellan beställare och utförare.

<sup>89</sup> Faktaunderlaget om de fem vårdföretagen är huvudsakligen hämtat från årsredovisningar, hemsidor och pressmeddelanden, i några fall också från tidningsartiklar och presentationer. Tre av företagen (Capio Läkargruppen i Örebro, Praktikertjänst respektive Sophiahemmet) har faktagranskat texten.

<sup>90</sup> Enligt Attendos årsredovisning för år 2006 (s 7) uppskattades den privata marknaden för äldreomsorg i Sverige år 2005 till 8,6 miljarder kronor motsvarande 10,7% av de totala kostnaderna för äldreomsorg.

<sup>91</sup> Man kan spekulera i vad som håller på att ske. Det tycks som om Capio positionerar sig på marknaden för sjukvårdstjänster, i första hand inom den specialiserade sjukvården, samt på marknaden för diagnostik. Praktikertjänst har alltmer kommit att inrikta sig på närvården (exklusive omsorg). Attendo, liksom Carema, har däremot allt tydligare sin tyngdpunkt



på omsorgsvård. Också inom Aleris arbetar, som vi sett, flertalet anställda med äldreomsorg och annan omsorg men Aleris har också en bred verksamhet inom diagnostik.

<sup>92</sup> Den nyligen presenterade tandvårdsutredningen föreslår en åldersjusterad kapitationsersättning på som högst 600 kronor vartannat år, rimligen tänkt som betalning för undersökning och viss bastandvård, kompletterad med ett högkostnadsskydd och med fri prissättning för tandvårdstjänster. Se ”Friskare tänder – till rimliga kostnader”, 2007, *Utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna*, slutbetänkande, SOU 2007:1.

<sup>93</sup> Ibid, s 158.

<sup>94</sup> Ibid, s 119.

<sup>95</sup> Tandvårdsutredningens nyligen presenterade förslag (SOU 2007:19), som av allt att döma kommer att bli proposition, innebär i korthet att alla vuxna vartannat år får en åldersjusterad kapitationsersättning på som högst 600 kronor kompletterad med ett högkostnadsskydd. Den fria prissättningen för tandvårdstjänster blir kvar. Man kan fråga sig om en sådan modell skulle komma att förbättra situationen om vi med det menar att tandvårdens totala kostnader efter införandet skulle komma att grovt sett följa den allmänna kostnadsutvecklingen för tjänster. Det är knappast troligt eftersom kombinationen av fri prissättning och svag konkurrens på tandvårdsmarknaden kommer att finnas kvar, sannolikheten är med andra ord hög att totala kostnaderna för den svenska tandvården kommer att fortsätta att stiga snabbare än andra tjänster. Däremot kommer den del av totala kostnaden som betalas via skattsedeln att bli högre.

<sup>96</sup> Vissa av modellerna glider också in i varandra. En ersättning efter prestation kombinerad med ett totala kostnadstak för en viss verksamhet skiljer sig i praktiken inte nämnvärt från en rambudget för samma verksamhet.

<sup>97</sup> I ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet”, en gemensam rapport från Socialstyrelsen och SKL första gången publicerad 2006, presenteras ett system för löpande och öppen kvalitetsutvärdering av den svenska sjukvården. I 2007 års utgåva mäts och jämförs på landstings-/regionnivå allt som allt 75 så kallade indikatorer. Dessa är indelade i fyra kategorier (1) medicinska resultat, (2) kostnader, (3) patienterfarenheter respektive (4) tillgänglighet. I kategorin medicinska resultat, underkategorin cancersjukdomar, mäts och jämförs landstingen vad gäller till exempel ”överlevnad ändtarmscancer”, i underkategorin hjärtsjukvård mäts ”överlevnad efter hjärtinfarkt” etc.

Avsikten är att dessa öppna jämförelser skall publiceras årligen och omfatta fler diagnoser/indikatorer.

<sup>98</sup> Åsa Moberg skriver: ”Själv drömmer jag om en sjukvård där jag får vara kund. Den som har kunder måste nämligen lyssna på deras önskemål.”



Se Bäckström, U. et al, 2006, *Sanningen om Sverige: en antologi om jobben som försvann*, Bokförlaget DN.

<sup>99</sup> Aidemark, 2004, s 173.

<sup>100</sup> Hayward, R. A., 2007, "Performance Measurement in Search of a Path", *The New England Journal of Medicine*, Volume 356, No. 9, March 2007, s 952.

<sup>101</sup> Burns, N. & Grove, S. K., 2007, *Understanding Nursing Research*, 4th ed., Saunders, Philadelphia, s 273.

<sup>102</sup> Burns & Grove, s 274.

<sup>103</sup> Porter & Olmsted Teisberg, 2006.

<sup>104</sup> Eller som Porter uttrycker det (i kursiverad stil för att understryka hur viktigt ett välfungerande mätsystem på diagnosnivå är): "Mandatory measurement and reporting of results is perhaps the single most important step in reforming the health care system.", *ibid*, s 7.

<sup>105</sup> *Ibid*, s 123.

<sup>106</sup> "Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet", 2006, *Socialstyrelsen/Sveriges Kommuner och Landsting*, Stockholm.

<sup>107</sup> Pahlman har emellertid en reservation. "Innan man publicerar enskilda kirurgers resultat måste landstingen ta sitt ansvar och bestämma vilka sjukhus som ska göra vad och se till att rectalcancer inte opereras på de ställen där det görs för få operationer. Våra resultat visar att den som opererar mycket får bättre resultat än den som opererar lite." Se "Kvalitetsredovisning på liv och död", *Sjukhusläkaren*, nr 1, 2006.

<sup>108</sup> Det mått som på den här punkten ingår i Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet (Socialstyrelsen/SKL, 2006) är: "Relativ femårsöverlevnad för kvinnor som diagnostiserats med bröstcancer under perioden 1998-2004".

<sup>109</sup> Inom Region Skåne finns en sådan databas. Det är alltså möjligt att för ett antal stora diagnosgrupper (cancer, stroke, hjärta, höftfraktur etc.) identifiera samtliga kostnader för hela vårdkedjan för ett visst år och nedbrutet på vårdgivarnivå.

<sup>110</sup> I ordboken, till exempel Webster, finns två huvudtolkningar. Dels kvalitet i meningen beskaffenhet, tillstånd, struktur, sort etc., alltså ett uttalande om hur något faktiskt ser ut efter en skala eller jämfört med något. Dels kvalitet i betydelsen "hög kvalitet", något som är bra, håller hög klass, uppfyller satta mål eller krav. Det är den senare tolkningen som vi använder här.

<sup>111</sup> En läkare säger: "Om du har en bra relation [till patienten], har bjudit på mycket annat, så kan det hålla för att jag missade ett prov eller någonting. Det där kan patienter och anhöriga ha mycket stor tolerans med. Men det

får inte brista i den omvårdande biten. Det tror jag är kärnan.” Se Öhrming & Sverke, 2001, s 182.

<sup>112</sup> Uppgifterna är hämtade från: ”Vinst för vården”, SOU 2002:31, s 138.

<sup>113</sup> ”Kvalitetsredovisning på liv och död”, *Sjukhusläkaren*, nr 1, 2006.

<sup>114</sup> ”Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace”, 2007, *Kaiser Family Foundation*, Section 7, Exhibit 7.1.

<sup>115</sup> Michael Porter skriver till exempel: ”A single payer system would have greater incentive to reduce costs by restricting or rationing services and by slowing the diffusion of innovation. The only real solution is to change these incentives and open up competition, not to make health insurance a government monopoly.” Se Porter & Olmsted Teisberg, 2004, s 7.

<sup>116</sup> John Rawls ställer frågan ungefär så här. Om jag skulle försöka forma reglerna för hur ett rättvist samhälle skulle se ut, vore det då inte en tänkbar metod att låta var och en av medborgarna svara på frågan vilket samhälle han eller hon skulle vilja ha givet att det inte var känt på vilken plats vederbörande skulle komma att hamna. Att stå bakom okunnighetens slöja skall således tolkas som att jag när jag formulerar villkoren är genuint okunnig om jag blir rik eller fattig, sjuk eller frisk, drivande eller letargisk etc. när jag kommer ut i verkligheten. Rawls tanke är således att vi på så sätt skulle kunna ena oss om vad som menas med rättvisa, ett rättvist samhälle. För en lättillgänglig beskrivning se: Hansson, S. O. et al (red.), 1993, *Idéer om rättvisa*, Tidens idéserie 1, Tidens förlag, Stockholm.

<sup>117</sup> Refererat av Michael Walzer i hans uppsats ”Trygghet och välfärd”, ingår i Hansson et al, 1993, fotnot s 221.

<sup>118</sup> Merparten, kring 70%, av alla sjukhusbäddar i USA finns vid icke-vinstdrivande (not-for-profit) sjukhus, ca 15% vid privatägda vinstdrivande sjukhus (for-profit), och således resterande ca 15% drivs av det offentliga (State and Local Government). Bilden har grovt sett varit densamma under de senaste 25 åren. Källa: ”Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace”, 2007, *Kaiser Family Foundation*, Section 5, Exhibit 5.4.

<sup>119</sup> Se Öhrming & Sverke, 2001, s 61. Se också fotnot 16.

<sup>120</sup> Ett exempel kan vara: ”Lönsamhetstänkande hör inte hemma i svensk sjukvård”. Se Sahlin, M. & Johansson, Y., 2006, ”Fredrik Reinfeldt bryter löfte om sjukvården”, *Dagens Nyheter*, 19 december 2006.

<sup>121</sup> Jönsson et al, 2004, s 113.

<sup>122</sup> Det här beskrivs av Jan Öhrming på följande: ”Genom försäljningen av akutsjukhuset S:t Göran privatiserades några av de komplexa och inves-

teringsmässigt mest kostsamma delverksamheterna i den offentligt drivna vården (bl.a. specialiserad ortopedi, kirurgi och medicin) och därigenom fick investmentföretaget Bure (sedermera Capio AB) tillgång till sammanstatta produktionsprocesser och kvalificerade kunskapsbärare i den offentliga hälso- och sjukvården. Denna överföring av specialiserad kunskap och erfarenhet från den offentliga till den privata sektorn utgör vården som på många sätt är mer betydande än överföringen av kunskap i den andra riktningen, det som ibland kallas företagiseringen av sjukvården och som huvudsakligen omfattar administrativ kunskap. För det privata sjukvårdsföretaget innebar förvärvet av S:t Görans en stor framgång. Dels fick man tillgång till kunskaper och färdigheter inom en medicinskt långt mer avancerad sjukvård än man tidigare hade disponerat och tillgång till nya och betydligt större marknader. Dels fick Bure och Capio en legitimitet i sjukvårdssverige som har varit den kanske viktigaste förutsättningen för företagets expansion såväl nationellt som internationellt.”

Citatet finns i en kommande antologi om entreprenörskap i offentlig sektor från Forum för småföretagsforskning. Beräknad utgivning våren 2008.

<sup>123</sup> Ibid.

<sup>124</sup> Madell, T., 2007, ”Är kundvalssystem med auktorisation inom vård och omsorg förenliga med upphandlingsreglerna?”, *Konkurrensverket, Rapportserie: 2007:3, Bilaga 1.*

<sup>125</sup> Oliver, 2007, p 93 ff.

<sup>126</sup> Jönsson et al, 2004, s 37 ff.

<sup>127</sup> En annan förklaring till att produktiviteten visade det här tidsmönstret, i varje fall efter 1990, skulle kunna vara att resurserna till sjukvården till följd av svåra samhällsekonomiska tider i början av 1990-talet stramades åt med stigande produktivitet som följd, för att några år senare gå i andra riktningen med åtföljande sjunkande produktivitet.

<sup>128</sup> Öhrming & Sverke, 2001, s 41.

<sup>129</sup> Hallin & Siverbo, 2002, s 8.

<sup>130</sup> Winblad, U., 2007, ”Valfriheten: en misslyckad sjukvårdsreform?”, ingår i: Blomqvist (red.), 2007, s 132 ff.

<sup>131</sup> ”De fyra nordliga landstingen, alla styrda av vänstermajoriteter, motsatte sig 2000 års valfrihetsrekommendation av ideologiska skäl. Man befarade att valfriheten skulle öka klyftorna i samhället och åsidosätta kösystemet i vården (Västerbottens-Kuriren 2001).” Ibid, s 146.

<sup>132</sup> ”Vård för miljarder upphandlas olagligt”, *Göteborgs Fria Tidning*, 12 januari 2007.

<sup>133</sup> Se §11 i avtalet mellan Stockholms läns landsting och Capio S:t Görans Sjukhus AB daterat 19 mars 2005.

<sup>134</sup> Se bland annat Ansvarskommitténs slutbetänkande, ”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft”, 2007, *Ansvarskommittén*, slutbetänkande, SOU 2007:10. Se också: ”Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg”, 2007, *Konkurrensverket*, Rapportserie: 2007:3.

<sup>135</sup> Ansvarskommittén, slutbetänkande, s 125.

<sup>136</sup> Argumentationen för varför man inte ville ställa upp på det fria vårdvalet varierade. Särskilt Norrlandslandstingen har varit tveksamma. Så här beskrivs det i boken *Vem styr vården*: ”En farhåga var att oprioriterade patienter skulle resa söderut och nyttja dyr vård... Politikerna uttryckte också oro för att vårdutbudet i de egna landstingen skulle utarmas till följd av ökat resande till andra landsting... De fyra nordliga landstingen, alla styrda av vänstermajoriteter, motsatte sig också 2000 års valfrihetsrekommendation av ideologiska skäl. Man beförde att valfriheten skulle öka klyftorna i samhället och åsidosätta kösystemet i vården.” Författaren, Ulrika Winblad, skriver sammanfattningsvis: ”För att idealen om valfrihet inom svensk sjukvård skall realiseras krävs av allt att döma någon form av bindande nationellt regelverk. Om patienternas makt skall bli reell måste också detta innebära att fördelningen av resurser kopplas till patienternas val av vårdgivare. Det bör vara ekonomiskt kännbart för vårdgivare om patienter väljer att gå någon annanstans.” Se Blomqvist (red.), 2007, s 132 ff.

<sup>137</sup> Konkurrensverket, 2007, s 104.

<sup>138</sup> Ibid, s 107.

<sup>139</sup> Ansvarskommittén, slutbetänkande, s 124 ff.

<sup>140</sup> Williamson, O. E., 1998, ”Hierarchies, markets and power in the economy: an economic perspective”, ingår i: Menard, C. (ed.), 1998, *Transaction Cost Economics*, Edward Elgar, Cheltenham.

<sup>141</sup> Se Anell, 2005, s 246. TCE hjälper oss också att förstå bakgrunden till Anells citat. TCE säger att kvasimarknadslösningar, att inom en hierarki (ett företag eller en förvaltning) ”leka marknad”, sällan ger några bestående effektivitetsvinster. Det beror, förenklat sagt, på att det på en kvasimarknad aldrig är två likvärdiga parter som ”förhandlar”. Inom ramen för till exempel ett internt köpa-sälj-system eller ett beställar-utförande-system finns det alltid en överdomare, verkställande direktören eller förvaltnings-

chefen, i sista hand styrelsen respektive politikerna, och det betyder ofta i praktiken ekonomiska efterkonstruktioner och anpassningar som inte skulle ha kommit ifråga om det handlat om en överenskommelse på marknadsvillkor. Det i sin tur dämpar, eller i värsta fall helt eliminerar, systemens styreffekter.

<sup>142</sup> Se till exempel *Sjukhus som bolag* (Lindkvist & Aidemark, 2005) som sammanfattar ett flerårigt forskningsprojekt kring bolagiseringen av Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus. Se även Öhrming & Sverke, 2001.

<sup>143</sup> Så här beskrivs Helsingborgsläkarnas syn på bolagiseringen i en tidigare studie: ”Läkarna vid Helsingborgs Lasarett har delade åsikter om bolagsåren. En grupp är synnerligen positiv, den andra är minst lika negativ.” Se Aidemark, 2004, s 68.

<sup>144</sup> Lindkvist & Aidemark, 2005, s 217.

<sup>145</sup> Öhrming & Sverke, 2001, s 199. Det skall samtidigt sägas att författarna menar att man skall vara försiktig med att generalisera. De säger att man skall ”inte ha en övertro på att bolagisering av sjukhus är en kungsväg för att lösa hälso- och sjukvårdens problem.” Och också att ”S:t Görans relativa framgångar endast i viss omfattning kan förklaras av bolagsformen och bolagsmiljön”. Å andra sidan blir den som läser hela deras rapport helt övertygad att fördelarna med bolagiseringen för S:t Görans med råge överväger de eventuella nackdelarna.

<sup>146</sup> Per Aspelin uttrycker det på följande sätt: ”Idag råder konsensus om att utrymmet för forskning och utbildning på universitetssjukhusen har minskat till förmån för en växande vårdproduktion.” Aspelin, P., 2002, ”Hur påverkas klinisk forskning och utbildning av olika ägarformer i sjukvården?”, ingår i: ”Vinst för vården”, SOU 2002:31, s 220.

<sup>147</sup> En tankeväckande analys av den svenska biomedicinska industrins ställning och problem finns i den nyutkomna *Medicin för Sverige*, se Arvidsson et al, 2007.

<sup>148</sup> Jag tolkar Ansvarskommittén så att de också anser att staten bör ha ett samordnande, författningsstyrt ansvar för kvalitetsmätningen. Kommittén föreslår att frågan utreds närmare. Se Ansvarskommittén, slutbetänkande, s 134-136.

<sup>149</sup> Arvidsson et al, 2007.

<sup>150</sup> ”Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personligt ombud”, 2006, Socialstyrelsen och Länsstyrelsen i Skåne län. Det framhålls sammanfattningsvis i studien att kostnaderna för en insats med personligt

ombud ”uppgår till cirka 40 000 kronor per klient. Under de fem år som följer efter det att en klient fått ett ombud minskar samhällskostnaderna med cirka 700 000 kronor, vilket i pay off-termer motsvarar cirka 17 gånger pengarna.” I studien relateras ett konkret fall:

”Hugo [en 35 år gammal psykiskt funktionshindrad man] fick under 1999 veta att man skulle inleda en verksamhet med personligt ombud. Med stöd av sin mamma sökte han och fick ett ombud under 1999. Ombudet inledde ett intensivt arbete tillsammans med Hugo under en tvåårsperiod och tillsammans lyckades man skapa en samordnad handlingsplan för honom. Hans försörjning klarnade först i form av sjukpenning och därefter förtidspension. Ett antal insatser sattes in från kommunens sida och han fick hemtjänst, ledsagare och färdtjänst.

Idag har han en egen lägenhet, har fått en annorlunda medicinering, och har gått ned i vikt. Han har flickvän, två katter och undulater. Han sjunger i kör och har nyligen tagit körkort. Hans slutenvårdskonsumtion inom psykiatri har sjunkit till praktiskt taget noll och övriga insatser har gradvis kunnat reduceras. Han har idag en avsevärt högre livskvalitet..., lever – med det stöd han får – ett i hög grad självständigt liv. Det personliga ombudet har sedan något år en nedtonad roll. Man skulle kunna säga att det har varit livsavgörande för Hugo att ha fått stöd från sitt ombud.”