



FRAMTIDENS NÄRINGS LIV:

**VÅRD OCH OMSORG**  
**– EN FRAMTIDSBRANSCH**

## Styrgruppen för projektet

Anita Eriksson-Pallinder	Carelink AB
Anna-Karin Eklund	Vårdförbundet
Barbro Johansson	Västerås kommun
Bengt Franzon	Sveriges privattandläkare
Bengt Westerberg	
Björn Rosén	Praktikertjänst AB
Carola Lemne	Danderyds sjukhus
Eva Nilsson Bågenholm	Läkarförbundet
Göran Fredriksson	Frösunda LSS AB
Henrik Borelius	Attendo
Håkan Bystedt	Kooperativa Institutet
Håkan Sörman	Sveriges Kommuner och Landsting
Kajsa Hjelte Terve	Gästhemmet Edsby slott
Kerstin Alberius	Röda korsets sjukhus
Lars Bohlin	Föreningen Svensk företagshälsovård
Lars Gatenbeck	GZ group
Lars-Åke Almqvist	Kommunal
Louise Molin	e-Quality Personalkraft
Maria Lindqvist	Nutek
Marie Silfverstolpe	Almega
Per Bätelson	Global Health Partner
Richard Murray	Statskontoret
Shori Zand	Avensia AB
Staffan Larsson	Nutek
Sune Halvarsson	Nutek
Ulf Lindberg	Almega
Åke Strandberg	Capio AB
Åke Johansson	HSB

FRAMTIDENS NÄRINGSLIV:

# VÅRD OCH OMSORG — EN FRAMTIDSBRANSCH

Utgivare: Nutek  
Projektledare: Jörgen Lindell, Nutek / Marie Silfverstolpe, Almega  
Layout: IK Stockholm  
Tryck: Danagårds Grafiska  
Tryckt i 500 exemplar oktober 2007. Därefter tryckt vid behov.

INFO NR 059-2007  
ISBN 978-91-7318-391-8

# FÖRORD

Under senare år har Sverige utvecklats från ett industrisamhälle till ett tjänstesamhälle. Detta bekräftas i flera rapporter, till exempel i Nuteks och IVA:s rapport Framtidens Näringsliv (2006) och Svenskt Näringslivs långtidsutredning (2007).

Vård och omsorg är i dag den största branschen inom tjänstesektorn. Den är dessutom betydelsefull för utvecklingen av en rad närliggande branscher, exempelvis friskvård, läkemedel och medicinsk teknik. Till följd av politiska beslut har vård- och omsorgsbranschen under senare år genom konkurrensutsättning öppnats upp för privat verksamhet. Men trots att antalet företag har ökat, och sysselsätter cirka 100 000 av 665 000 sysselsatta inom branschen, så är det bara ungefär tio procent av all offentligt finansierad vård och omsorg som utförs av privata företag, kooperativ eller stiftelser.

Vård- och omsorgsbranschen står inför en rad utmaningar i form av internationell konkurrens, demografiska förändringar och finansieringsproblem. För att möta dessa utmaningar måste branschen öka sin konkurrenskraft och tillvarata de tillväxtförutsättningar som finns. Men hur ska det gå till? Kan man öka produktiviteten och effektiviteten? Vilken betydelse kan ökad konkurrensutsättning ha för detta? Hur ska finansieringsutrymmet kunna öka för att möta växande behov och efterfrågan? Hur ska den kunskap och kvalitet som finns i svensk vård och omsorg kunna tillvaratas på en internationell marknad? Hur kan svenska företag i branschen medverka till att möta dessa utmaningar?

Nutek och Almega har tagit initiativ till projektet Vård och omsorg – en framtidsbransch, för att studera hur konkurrenskraftig den svenska vård- och omsorgsbranschen är och hur konkurrenskraften kan förbättras. Syftet har varit att i samverkan med företrädare för företag och andra viktiga aktörer utarbeta förslag för att stärka konkurrenskraften.

Denna rapport utgör styrgruppens gemensamma slutrapport och bygger på faktaunderlag, intervjuer och diskussioner med representanter för olika delar av branschen. Detta innebär inte att varje enskild medlem i gruppen till fullo håller med om varje formulering eller förslag. Arbetet med att ta fram rapporten har varit en process som involverat många personer och vi vill passa på att tacka alla dem som bidragit med erfarenheter och kloka synpunkter.

BENGT WESTERBERG  
Ordförande i  
styrgruppen

SUNE HALVARSSON  
Tf generaldirektör  
Nutek

ULF LINDBERG  
Näringspolitisk chef  
Almega



# SAMMANFATTNING

I Nuteks och IVA:s rapport Framtidens näringsliv diskuteras vård- och omsorgssektorns utvecklingsmöjligheter. Utifrån en analys av de växande behoven på grund av bland annat den demografiska utvecklingen, en förutsedd ökad internationalisering, antalet sysselsatta, de anställas kompetens och möjligheten till produktivitet utveckling identifieras sektorn som en av de mest intressanta framtidsbranscherna i Sverige.

Avsikten med denna rapport är att fördjupa diskussion och analys kring vård- och omsorgssektorns utvecklingsmöjligheter. Initiativtagare till projektet "Vård och omsorg – en framtidsbransch" är Nutek och Almega. Rapporten bygger på ett omfattande faktaunderlag och på intervjuer och diskussioner med representanter för olika delar av branschen.

Vård och omsorg är i dag den största branschen inom tjänstesektorn med cirka 665 000 anställda. Den är dessutom betydelsefull för en rad närliggande branscher, exempelvis friskvård, läkemedel och medicinsk teknik. Enligt SCB:s Nationalräkenskaper uppgick de preliminära totala kostnaderna för hälso- och sjukvård år 2005 till drygt 220 miljarder kronor varav 185 miljarder kronor finansieras med skatter. Kostnaderna för kommunernas insatser för äldre, funktionshindrade och familjer uppgick till cirka 150 miljarder kronor. Sverige har den största andelen personer över 80 år i världen och kostnaderna för äldreomsorgen är också högre än i andra länder. Om vi jämför den svenska hälso- och sjukvårdens kostnader med andra OECD-länder hamnar Sverige med cirka nio procent av BNP på en mittplacering. Många länder har ökat sina sjukvårdskostnader som andel av BNP sedan 1980, medan Sveriges i dag är i princip desamma. Trots detta rankas Sverige internationellt sett högt avseende hälsoresultat.

Behovet av och efterfrågan på vård och omsorg kommer av allt att döma att växa i framtiden. För det talar såväl den demografiska och medicintekniska utvecklingen som hushållens ökade inkomster. För att kunna möta särskilt de ökande behoven inom den skattefinansierade vården och omsorgen ställs stora krav på ökad produk-

tivitet och effektivitet. Men det är mycket sannolikt att det dessutom kommer att krävas ett tillskott av ekonomiska och personella resurser. Därtill kan man förutse en tillväxt av den del av vården och omsorgen som finns på rent marknadsmässiga villkor, genom en ökad efterfrågan både nationellt från hushållen i takt med stigande inkomster och internationellt när gränshindren inom området successivt rivs.

Villkoren för vård- och omsorgsbranschen skiljer sig i viktiga avseenden från flertalet andra branscher. Ett särdrag är den starka offentliga dominansen. Vård och omsorg i Sverige är till 90 procent skattefinansierad. Brukar-avgifterna står endast för några få procent av kostnaderna. Motivet för skattefinansieringen är att tjänsterna ska fördelas efter behov, oberoende av individens ekonomiska förutsättningar. Konsumtionen av vård och omsorg är dessutom till stor del koncentrerad till en relativt liten andel av befolkningen, främst äldre personer. Ett exempel är att 50 procent av hälso- och sjukvårdens resurser används av endast 3,5 procent av befolkningen.

Produktionen av vård och omsorg sker i huvudsak i offentlig regi. Under senare år har vård och omsorg i ökad utsträckning konkurrerats ut, vilket bidragit till en stor ökning av antalet privata utförare, framförallt i storstäderna. Trots detta utför de privata vårdgivarna i dag bara cirka tio procent av den offentligt finansierade vården och omsorgen.

Till branschens övriga särdrag hör den rumsliga dimensionen, det vill säga att konsument och producent normalt sett måste mötas och den så kallade informationsasymmetrin, som innebär att konsument och producent inte har samma tillgång till information. Allt detta innebär att det ställs speciella krav på system för bedömning av behov, information till brukarna och kontroll och uppföljning.

Särdragen har gjort att vård- och omsorgsbranschen länge har setts som väsensskild från andra näringsverksamheter. Med ökade produktivets- och effektivitetskrav har man emellertid börjat fråga sig om det inte kan finnas lärdomar från andra branscher som kan vara värdefulla för att utveckla även vård- och omsorgsbranschen.

Att kostnaderna inom vård och omsorg varierar kraftigt mellan olika produktionsenheter och mellan olika kommuner och landsting i Sverige tyder på att det finns en potential för ökad produktivitet och effektivitet. För att tillvarata denna potential är det viktigt med öppna jämförelser och med konkurrens mellan olika utförare. Viktiga faktorer som påverkar hur arbetet organiseras är bland annat ledarskap, logistik, kvalitetsarbete och metoder för mätning och utvärdering. Här kan det finnas inspiration att hämta också i andra branscher.

De senaste åren har ett antal insatser genomförts för att främja produktivitet och effektivitet inom vård och omsorg. Ett exempel är den ökade konkurrensutsättning som har skett genom till exempel offentlig upphandling och olika former av kundvalssystem. Dessutom har olika modeller för ökad standardisering och involvering av patienter utvecklats och testats, exempelvis patientfokuserade vårdkedjor, samverkande vårdnätverk och patientcenter.

För att fortsätta på denna väg är det viktigt att sprida kunskap om de goda exemplen, utveckla ersättningssystem som uppmuntrar gott ledarskap, nytänkande, effektivisering och samverkan. Det är också viktigt att ta fram IT-system och mätmetoder för att följa upp och utvärdera resultat, samt att påverka attityder inom branschen, där det fortfarande händer att man ser effektivisering som

ett hot mot kvaliteten. Målet med allt förändringsarbete måste vara att öka effektiviteten med avseende på slutresultatet, det vill säga brukarens välfärd. För att uppnå en sådan systemeffektivitet är det angeläget att det finns incitament till samverkan mellan produktionsenheter.

Andra utmaningar för branschen är att skapa förutsättningar för framtida kompetensförsörjning, utveckla samarbeten mellan privata och offentliga aktörer på lokal, regional eller nationell nivå för att utveckla produkter, tjänster och koncept som även kan erbjudas på en internationell marknad. I utmaningarna ligger också att uppmuntra privata utförare genom ökad konkurrensutsättning, samt att finna sätt att finansiera de insatser som riktar sig till grupper med stora behov och svag betalningsförmåga, inte minst äldre personer.

Avslutningsvis riktar rapporten sju uppmaningar till beslutsfattarna:

- 1. Öka produktiviteten och effektiviteten**
- 2. Skapa förutsättningar för kundvalssystem**
- 3. Konkurrensutsätt vård och omsorg**
- 4. Skapa ekonomiskt utrymme för expansion**
- 5. Likställ konkurrensvillkoren mellan offentliga och privata alternativ**
- 6. Stötta entreprenörskap**
- 7. Underlätta internationalisering**





# INNEHÅLL

<b>VÅRD, OMSORG OCH TILLVÄXT</b>	10	<b>UTMANINGAR FÖR VÅRD- OCH OMSORGSBRANSCHEN</b>	32
Varför studera vård och omsorg?	10	Ökad produktivitet i näringslivet	32
Rapporten Framtidens näringsliv	10	...men tjänstesektorn utvecklas svagare	32
Den svenska vård- och omsorgsbranschen	10	Svensk vård är effektiv men har förbättringspotential	32
Vård- och omsorgstjänsternas karaktär	11	Nya produktionslogiker utvecklas	33
Kan tillväxt skapas inom branschen?	11	Men kunskap måste omsättas i handling	34
BNP och välfärd	11	Vad driver produktivitet och effektivitet?	35
Två tillväxtmodeller för vård och omsorg	11	Öka konkurrensutsättningen	35
Olika perspektiv på tillväxt	12	Behovet av vinst och incitament i vården	36
Ekonomisk tillväxt och finansiering	13	IT i vård och omsorg	38
<b>KAN VÅRD OCH OMSORG LÄRA AV ANDRA BRANSCHER?</b>	16	Internationaliseringens betydelse	39
Det finns särdrag inom vård och omsorg...	16	Effekter på relaterade branscher	40
Stark offentlig dominans	16	Vikten av systemsyn	40
Tredjepartsfinansiering	16	Utveckling genom samverkan	41
Rumslig bundenhet	17	Exempel på klusterinitiativ inom vård och omsorg	41
Informationsasymmetri	17	Det regionala ledarskapet är viktigt	42
...men branschen kan lära av andra	17	Kompetens – en framtida bristvara?	42
<b>STRUKTURFÖRÄNDRING INOM VÅRD OCH OMSORG</b>	20	Hur kan vård och omsorg finansieras?	43
En bransch i omvandling	20	Fortsatt offentlig finansiering	43
Köp- och säljsystem	20	Sjukvårds- och äldreomsorgsförsäkringar	45
Kundval öppnar för marknadsmekanismer...	20	Annan privat finansiering	46
...men få utnyttjar valmöjligheten	21	<b>POLICYFÖRSLAG</b>	48
Utveckling av privat vård och omsorg	21	1. Öka produktiviteten och effektiviteten	48
Ökat antal privata företag	21	2. Skapa förutsättningar för kundvalssystem	48
Sysselsättning och omsättning ökar mest inom omsorg	22	3. Konkurrensutsätt vård och omsorg	49
Företagsstrukturen i branschen	23	4. Skapa ekonomiskt utrymme för expansion	50
Många små företag med god lönsamhet...	23	5. Likställ konkurrensvillkoren mellan offentliga och privata alternativ	50
...men de stora företagen växer mest	23	6. Stötta entreprenörskap	51
Stora variationer mellan delbranscher	24	7. Underlätta internationalisering	52
Kvinnors företagande högre än genomsnittet	24	<b>REFERENSER</b>	54
Tillväxthinder	24		
<b>BEHOV OCH EFTERFRÅGAN</b>	26		
Vad är behov och efterfrågan?	26		
Priskänslighet och betalningsvilja	26		
Behoven är ojämnt fördelade	27		
Hur utvecklas behov och efterfrågan?	27		
Folkhälsan förbättras	27		
Fler äldre ger större vård- och omsorgsbehov	27		
Medicinteknisk utveckling skapar nya möjligheter	28		
Finansieringsmöjligheterna påverkar utvecklingen	28		
Begränsat offentligt finansieringsutrymme	28		
Inkomstökningar ger ökad efterfrågan	29		
Sammanfattande kommentar	30		

# VÅRD, OMSORG OCH TILLVÄXT

---

## VARFÖR STUDERA VÅRD OCH OMSORG?

### Rapporten Framtidens näringsliv

I Nuteks och IVA:s rapport Framtidens näringsliv diskuteras vård- och omsorgssektorns utvecklingsmöjligheter. Utifrån en analys av de växande behoven på grund av bland annat den demografiska utvecklingen, antalet sysselsatta, de anställdas kompetens, graden av internationalisering och möjligheten till produktivitetsutveckling identifieras sektorn som en av de mest intressanta framtidsbranscherna i Sverige.

I rapporten framhålls att hälso- och sjukvård – och detsamma kan naturligtvis sägas om omsorg – först och främst handlar om att leverera välfärd till medborgarna. För att kunna möta ökande behov är det viktigt att kunna öka produktiviteten och effektiviteten. I rapporten bedöms det att flera utförare och ökad konkurrens kan bidra till det. Samtidigt betonas att hälso- och sjukvården även i framtiden huvudsakligen kommer att vara offentligt finansierad och att det därför är missvisande att tala om en privatisering. Ett ändrat genomförandansvar sägs vara en mer korrekt benämning.

I rapporten diskuteras olika tillväxtpotentialer för vård- och omsorgsbranschen. Av en enkät till företagare och näringslivsexperten framgår att dessa tror att det framförallt är inom vård och omsorg som sysselsättningen i Sverige i framtiden kommer att kunna öka. Samtidigt menar man i rapporten att det kommer att krävas organisatorisk innovationsförmåga för att kunna möta behoven hos en åldrande befolkning och höja kvaliteten på tjänsterna. Fler utövare inom branschen, som föreslås i rapporten, skulle innebära en tillväxt av antalet privata företag där då såväl aktieföretag som handelsbolag, kommanditbolag, enskilda firmor, kooperativ och föreningsdrivna företag ingår. I rapporten bedöms också vård- och omsorgsföretag, baserat på en världsledande kompetens inom vissa områden, ha möjligheter att hävda sig på en växande internationell marknad. Samtidigt konstateras att villkoren för tjänsteexport ofta är annorlunda än för varuexport eftersom servicetjänster i regel måste utföras där de konsumeras. (Nutek och IVA 2006)

Denna rapport är en fortsättning på det arbete som Nutek och IVA genomförde inom projektet Framtidens näringsliv. Avsikten har varit att fördjupa diskussion och analys kring vård- och omsorgsbranschens utvecklingsmöjligheter. Initiativtagare till projektet ”Vård och omsorg – en framtidsbransch” är Nutek och Almega.

### Den svenska vård- och omsorgsbranschen

Vård och omsorg är i dag Sveriges största delbransch inom tjänstesektorn med cirka 665 000 sysselsatta. Av dessa finns 85 procent i kommuner och landsting/regioner och resterande cirka 100 000 i privata företag av olika slag. Trots ökad konkurrensutsättning under senare år utgör privata vårdgivare bara cirka tio procent av den offentligt finansierade vården och omsorgen.

Vården och omsorgen i Sverige är dessutom till 90 procent skattefinansierad. Brukaravgifterna står endast för några få procent av kostnaderna inom den i huvudsak skattefinansierade vården och omsorgen.

Enligt SCBs Nationalräkenskaper uppgick de preliminära totala kostnaderna för hälso- och sjukvård år 2005 till drygt 220 miljarder kronor. Av detta betalade hushållet direkt cirka 34 miljarder kronor där de två största posterna var tandvård med 11 miljarder kronor och läkemedel med 9 miljarder. De offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård uppgick således till närmare 190 miljarder kronor. Kostnaderna för kommunernas äldreomsorg, omsorg och sociala insatser för funktionshindrade samt individ- och familjeomsorg uppgick samma år till 150 miljarder kronor. (Nutek 2007b)

Enligt många bedömare är den svenska sjukvården i internationell jämförelse billig i förhållande till de medicinska resultat som levereras. Om vi jämför den svenska sjukvårdens kostnader med andra OECD-länder hamnar Sverige med cirka nio procent av BNP på en mittplacering. Många länder har ökat sina sjukvårdskostnader som andel av BNP sedan år 1980, medan Sveriges i dag är i princip desamma. Trots detta rankas Sverige högt avseende hälsoreultat.

Sverige är ett av de länder som har högst medellivs-

längd, lägst antal döda i cancerformer och lägst spädbarnsdödlighet. Detta är också parametrar som visar betydande förbättringar sedan 1960-talet (SKL 2005a). Samtidigt är vi det land som har den äldsta befolkningen, i varje fall om man ser till andelen av befolkningen som är 80 år och äldre. Vi tillhör också de länder som har de högsta kostnaderna för äldreomsorg.

### Vård- och omsorgstjänsternas karaktär

Innan vi diskuterar vård- och omsorgssektorns tillväxtpotentialer är det viktigt att förstå dessa tjänsters karaktär.

Vård och omsorg är tjänster som syftar till att möta människors behov. Merparten av vård- och omsorgstjänsterna syftar till att kompensera för händelser som påverkar den enskildes välfärd negativt, exempelvis sjukdom eller funktionsnedsättning. Det är ett självklart mål att så långt som möjligt minimera sådana händelser. Tjänsterna kan också vara inriktade på att främja hälsa och förebygga sjukdom, till exempel vaccination mot smittsamma sjukdomar, allmänna hälsokontroller, kostrådgivning och trafiksäkerhetsarbete. Dessa insatser kan bidra till en minskad efterfrågan på vård och omsorg.

Erfarenheten visar att rikare länder lägger en större andel av resurserna på vård och omsorg. Med ökande ekonomisk standard i ett land ökar konsumtionen av vård och omsorg. Det finns till exempel ett starkt samband mellan sjukvårdskostnadernas andel av BNP och storleken på bruttonationalprodukten per invånare i olika länder. Sambandet enligt en klassisk studie var så starkt att det inte fanns något större utrymme för andra förklaringar till variationerna i kostnader mellan länder (Jönsson 2004).

### KAN TILLVÄXT SKAPAS INOM BRANSCHEN?

#### BNP och välfärd

Välståndet i ett land mäts ofta med hjälp av BNP per capita. Det har emellertid i olika sammanhang uppmärksamats att detta visserligen är en indikator på välfärden i ett land men inte ett mått på den. Att maximera välfärden är alltså inte nödvändigtvis detsamma som att maximera produktionen. Ett exempel på det är den avvägning mellan arbete och fritid som sker i alla samhällen och hos alla individer.

SNS:s välfärdspolitiska råd (2004) konstaterar att det hälso- och sjukvården åstadkommer i form av ökad livslängd och fler kvalitetsjusterade levnadsår har ett positivt värde som inte återspeglas i bruttonationalprodukten (BNP). För att kunna jämföra vunna levnadsår med ökning av BNP har SNS värderat ett vunnet levnadsår till

700 000 kronor. Det är det värde som bland annat används i samhällsekonomiska analyser av väginvesteringar. Värdet av den ökade levnadsåldern under förra seklet, beräknat på detta sätt, uppgår till cirka 75 procent av BNP-ökningen under samma tid. Nu beror emellertid inte hela ökningen av förväntad levnadsålder på hälso- och sjukvårdens bidrag. Enligt en studie kan 20-25 procent av den minskade dödligheten under 1900-talets två sista decennier tillskrivas insatser inom sjukvården (Jönsson 2004). Men det visar hur svårt det kan vara att rätt värdera det som uppnås genom vårdens och omsorgens tjänster.

Vård och omsorg, och speciellt sjukvårdskonsumtionen, har också en produktiv sida. I den mån den bidrar till att minska ohälsa och sociala problem hos människor kan den skapa förutsättningar för ökad produktion. Friska människor kan arbeta hårdare och längre, friska studenter kan lära effektivare. (Weil 2005) I ett samhälle som det svenska är det en mindre andel av kostnaderna för vård och omsorg som kan väntas ge en sådan produktiv effekt. Det beror på att en mycket stor, och snarast växande, del av konsumtionen avser äldre personer. Under perioden 1976-85 ökade sjukvårdskostnaderna för åldersgruppen 75 år och äldre med över 50 procent samtidigt som den var i stort sett konstant i åldersgruppen 15-64 år (Jönsson 2004).

En ökad efterfrågan inom vård och omsorg kan även ha en positiv påverkan på den ekonomiska utvecklingen inom relaterade branscher, exempelvis läkemedel och medicinsk teknik.

### Två tillväxtmodeller för vård och omsorg

Institutet för tillväxtpolitiska studier, ITPS (2007), har nyligen i en studie om sjukvårdssektorns tillväxtpotentialer redovisat ett par olika synsätt som återfinns i den internationella debatten.

I det ena, som man kallar lågkostnadsmodellen, är syftet att till så låga kostnader som möjligt ge alla medborgare vård av god kvalitet. Ur ett strikt ekonomiskt perspektiv ska sjukvården se till att den arbetsföra befolkningen vid sjukdom eller skada så snabbt som möjligt kan komma tillbaka till arbetskraften. Vård av individer som inte ingår i arbetskraften, exempelvis äldre, motiveras inte utifrån ett ekonomiskt perspektiv utan snarare av ett mänskligt. En lågkostnadsmodell kan, förutsatt att den har hög produktivitet, ge medborgarna högre disponibla inkomster eller landets näringsliv en konkurrensfördel.

I det andra synsättet, som man kallar en marknadsbaserad modell, anses sjukvården kunna spela rollen av att

vara en sektor som växer och som bidrar till ökning av BNP. Det kräver att den växer relativt snabbare än andra sektorer och att den gör det på marknadsmässiga villkor. En sådan tillväxt är alltså beroende av att konsumenterna frivilligt disponerar en växande andel av sina inkomster på hälso- och sjukvård. En marknadsbaserad modell kan ge mer effektiva producenter.

De synsätt som ITPS redovisar kan vara ett sätt att spegla hur man diskuterar kring hälso- och sjukvård i olika länder. Vi nöjer oss i detta sammanhang med att konstatera att allt pekar mot att behov av och efterfrågan på vård och omsorg av allt att döma kommer att växa. Inte minst den demografiska och medicintekniska utvecklingen, i kombinationen med en ökad efterfrågan från hushållen i takt med stigande inkomster, talar för växande behov och efterfrågan inom området. Det är angeläget att kunna möta denna utveckling. Om det kräver ökade resurser är det önskvärt att sektorn växer. Men vi vill också att vården och omsorgen ska vara så effektiv som möjligt, det vill säga att goda resultat ska uppnås med så små resursinsatser som möjligt.

#### Olika perspektiv på tillväxt

Att använda begreppet tillväxt i diskussioner om vård- och omsorgssektorn är inte okontroversiellt. När begreppet används i olika sammanhang, till exempel i Nuteks och IVA:s rapport (Nutek och IVA 2006), syftar det på olika former av tillväxt. Beroende på vilket perspektiv som anläggs kan tolkningen av sektorns tillväxtpotentialer variera.

Om man inom ramen för nuvarande system med huvudsakligen skattefinansiering ska möta de växande behoven till följd av den demografiska och medintekniska utvecklingen kommer det med största sannolikhet att kräva ett tillskott av ekonomiska och personella resurser till den offentliga sektorn. Hur en sådan tillväxt skulle påverka ekonomin i BNP-termer är osäkert. Det beror bland annat på vilken alternativ användning de offentligt finansierade resurserna har och hur effektivt resurserna utnyttjas. Mycket talar för att särskilt resurser som används för att möta behov hos en äldre befolkning i alternativ användning skulle leda till högre tillväxt av BNP, men inte nödvändigtvis högre välfärd.

Det är angeläget att öka produktivitet och effektivitet inom vård och omsorg, eftersom en kostnadseffektiv resursanvändning innebär att behovet av resurstillskott begränsas. Den andel av BNP som används till hälso- och sjukvård har i Sverige legat på 8-9 procent sedan 1980 (se

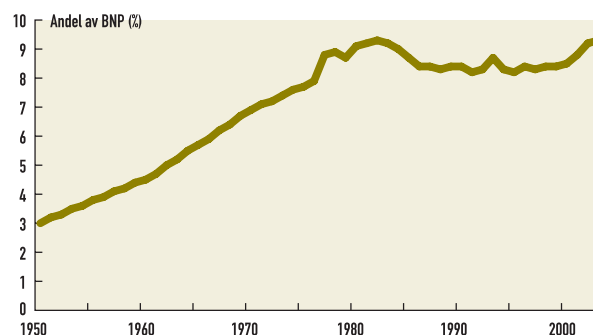
figur 1 nedan), vilket kan tolkas så att man i hög grad har lyckats möta ökade behov genom ökad produktivitet och effektivitet. Eftersom man i Nationalräkenskaperna schablonmässigt antar att produktivitetsökningen i offentlig sektor är noll avspeglas inte en reell produktivitetsökning, om en sådan har skett, direkt i BNP-utvecklingen. Däremot kan den ha frigjort resurser som i andra delar av ekonomin har bidragit till ökad tillväxt av BNP.

Ett sätt att öka produktiviteten och effektiviteten kan vara ökad konkurrens där privata utförare får möjlighet att tävla med offentliga. Detta kan åstadkommas även på en stagnerande marknad. Det finns alltså utrymme för tillväxt av den privata produktionen även om inte sektorn som helhet växer. Särskilt under 1990-talet hade vi en sådan utveckling i Sverige där sektorn som helhet krympte samtidigt som de privata företagen ökade i antal, produktion och sysselsättning.

Det är troligt att tjänster inom vård och omsorg har en hög inkomstelasticitet, det vill säga att människor med stigande inkomster vill lägga mer resurser på sådan konsumtion. På samma sätt kan en ökad internationell handel med till exempel sjukvårdstjänster, som innebär att utländska patienter på marknadsmässiga villkor söker sig till Sverige för behandlingar, få en positiv effekt. En sådan marknadsmässig efterfrågan kan leda till en ökad produktion som också återspeglas i ökad BNP.

Man kan också tänka sig en tillväxt av svenska företags verksamheter utanför Sverige. Detta kan ha stora fördelar för dessa företag, medan effekterna i Sverige är mer osäkra, vilket också påpekas i Nuteks och IVA:s rapport.

Figur 1. Hälso- och sjukvårdens kostnader som andel av BNP år 1950–2003



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting. Nuteks bearbetning.

## Ekonomisk tillväxt och finansieringen

Den största osäkerheten när det gäller olika tillväxtperspektiv råder beträffande möjligheten att tillföra den skattefinansierade vård- och omsorgssektorn ytterligare resurser. I den senaste statliga Långtidsutredningen 2003/04 (SOU 2004:19) ägnas stor uppmärksamhet åt denna utmaning. Utredningen tecknar scenarier för den ekonomiska utvecklingen fram till år 2020. Man räknar i sitt basscenario med en BNP-tillväxt på 1,8 procent per år. Därtill antar man oförändrade skatter och oförändrad produktivitet i den offentliga sektorn, bland annat inom vård och omsorg. Med de förutsättningarna bedömer man det som möjligt att kunna klara ökade behov inom vård och omsorg till följd av de demografiska förändringarna under förutsättning att hälsotillståndet förbättras något för äldre och att man nöjer sig med oförändrad standard.

Antagandet om oförändrad standard är knappast realistiskt. Allmänt sett kan man anta att en standardökning i samhället i stort kommer att innebära att krav ställs på standardförbättringar också inom vård och omsorg. Inom hälso- och sjukvården måste man räkna med fortsatt medicinteknisk utveckling som ger möjligheter att lindra och bota nya sjukdomstillstånd. Det är inte sannolikt att man skulle avstå från att utnyttja dessa möjligheter även om de kräver ett resurstillskott. Till det kommer att den demografiska utvecklingen blir mer dramatisk efter år 2020. Fram till dess ökar antalet personer 80 år och äldre blott med cirka 40 000, från dagens cirka 480 000 till 520 000. Under 2020-talet när de stora 40-talskullarna når 80-årsåldern ökar antalet från 520 000 till över 750 000.

Hur skulle en snabbare ekonomisk tillväxt påverka förutsättningarna att möta de ökade behoven inom vård och omsorg? Det beror på vad som orsakar tillväxten.

Om tillväxten beror på fler arbetade timmar i ekonomin så skapar det visst utrymme för expansion av vård och omsorg. Vid fler arbetade timmar ökar skatteintäkterna utan att det uppstår något tryck uppåt på lönerna i offentlig sektor. Om de dessutom utförs av personer som tidigare uppburit offentligt understöd i någon form minskar också de offentliga utgifterna. Detta är ett viktigt motiv för att eftersträva ökad sysselsättning i timmar räknat.

Långtidsutredningen räknar dock i sitt basscenario med att antalet arbetade timmar kommer att vara i stort sett oförändrat fram till år 2020. Dess kalkyl bygger på en viss minskning av den genomsnittliga arbetstiden men samtidigt en minskad sjukfrånvaro samt ökad sysselsätt-

ning bland invandrare. Andra har redovisat mer optimistiska antaganden om möjligheterna att öka antalet arbetade timmar (LO 2004, Svenskt Näringsliv 2007).

Om tillväxten å andra sidan beror på ökad produktivitet i ekonomin i stort, vilket är den viktigaste förklaringen till den tillväxt vi har upplevt under de gångna hundra åren, så skapar det i princip inte något ökat utrymme för offentligfinansierad vård och omsorg. Produktivitetsokningarna leder visserligen till löneökningar och därmed till ökade skatteintäkter. Men dessa ökade skatteintäkter går i allt väsentligt åt till att betala ökade löner i den offentliga sektorn. Långtidsutredningen räknar dessutom med att det för att klara rekryteringen av personal kan bli nödvändigt med något större löneökningar inom vård- och omsorgssektorn än inom ekonomin i stort. Det bidrar i så fall till att begränsa den volym av vård och omsorg som kan produceras inom en given resursram.

Långtidsutredningen antar oförändrad produktivitet inom bland annat vård och omsorg. Som vi ska återkomma till är produktivitetmätningar inom skattefinansierade verksamheter svåra att göra. Flera studier, både i Sverige och internationellt, pekar på att produktivitet utvecklingen historiskt har legat kring noll. Om denna trend kan brytas och man kan lyckas öka produktiviteten innebär det ett minskat behov av resurstillskott för att möta de växande behoven.

Forskning och utveckling inom ett brett fält av medicin, bioteknik, omvårdnad, medicinsk vetenskap med mera bör, liksom hittills, kunna bidra till ökad produktivitet och effektivitet. Därtill tror vi att ett ökat inslag av konkurrens med större utrymme för privata utförare positivt kan bidra till det. Men det är osäkert om den produktivitetsokning som kan uppnås på detta sätt är tillräcklig för att möta de behov som kan förutses. Därför behöver sannolikt dessutom nya resurser tillföras. En viktig fråga är hur detta kan tänkas ske om man, som Långtidsutredningen, bedömer att skatterna inte kan höjas.

Det tillväxtperspektiv som framstår som minst problematiskt är den möjliga marknadsmässiga tillväxten. Den uppkommer spontant, till följd av hushållens önskan att lägga mer av sina stigande inkomster på vård och omsorg. Men det finns skäl att diskutera förutsättningarna för att möta denna efterfrågan inom en bransch som domineras av offentlig finansiering.

Mot bakgrund av dessa analyser sammanfattas våra slutsatser i rutan nedan.

Vi kommer i de följande kapitlen att gå närmare in på dessa förutsättningar och de utmaningar som vård- och omsorgsbranschen står inför.



#### TILLVÄXTMÖJLIGHETER INOM VÅRD OCH OMSORG

- Allt talar för en tillväxt av behov och efterfrågan inom branschen i takt med att befolkningen åldras, medicintekniken utvecklas och hushållsinkomsterna stiger.
- För att möta ökade behov och ökad efterfrågan krävs en tillväxt i olika avseenden av vård- och omsorgssektorn.
- En tillväxt av konsumtionsvolymen/kvaliteten kan inom ramen för oförändrade (eller minskade) ekonomiska resurser åstadkommas genom ökad produktivitet och effektivitet.
- En tillväxt av privata företag inom sektorn kan bli resultatet av ökad konkurrensutsättning, exempelvis genom ökad upphandling i konkurrens
- En tillväxt av ekonomiska resurser till den skattefinansierade vården och omsorgen blir även med ökad produktivitet och effektivitet sannolikt nödvändig för att kunna möta de ökade behoven.
- En tillväxt av BNP genom ökat antal arbetade timmar är angelägen bland annat därför att den ökar finansieringsutrymmet för offentlig vård och omsorg utan att skatterna höjs.
- En tillväxt av den marknadsmässiga efterfrågan på vård och omsorg kan förutses som en följd av stigande hushållsinkomster.
- Även en tillväxt av internationell handel särskilt med sjukvårdstjänster och av utlandsinvesteringar av svenska företag inom vård- och omsorgsbranschen kan förutses i takt med att tjänstesektorn öppnas upp för internationell handel.
- Förutsättningarna för tillväxt i andra branscher i närhet av vård- och omsorgsbranschen bör öka med en tillväxt av vården och omsorgen.



# KAN VÅRD OCH OMSORG LÄRA AV ANDRA BRANSCHER?

---

## DET FINNS SÄRDRAG INOM VÅRD OCH OMSORG...

När man jämför vård och omsorg med andra branscher så finns det ett antal särdrag som är viktiga att framhålla.

### Stark offentlig dominans

Ett sådant särdrag är den offentliga dominansen inom både finansiering och produktion. Cirka 90 procent av finansieringen sker genom skatter och fem sjättedelar av sysselsättningen finns i kommuner och landsting.

Av hälso- och sjukvårdens totala kostnader på drygt 220 miljarder kronor år 2005 stod den offentliga andelen av finansieringen för cirka 85 procent, alltså något mindre än för hela sektorn. Detta är högre än genomsnittet för OECD-länderna, som är 72 procent. Hushållen svarade för resterande 15 procent eller drygt 34 miljarder kronor, varav 6 miljarder var avgifter till offentlig hälso- och sjukvård och 28 miljarder privata inköp. Bland de senare dominerade tandvård med 11 miljarder kronor och läkemedel med 9 miljarder kronor. Därtill finns viss vård som betalas som andra varor och tjänster på marknaden. Den uppgick till endast cirka 2,5 miljarder kronor, vilket således bara utgjorde en dryg procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. (Socialstyrelsen 2006b)

Som andel av BNP utgör kostnaderna för hälso- och sjukvården i Sverige cirka 9 procent, vilket ligger strax över genomsnittet för OECD. Om man däremot jämför de offentliga utgifterna för hela det sociala skyddet, som innefattar utgifter för sjukdom, funktionshinder, ålderdom, efterlevande, familj och barn, arbetslöshet, boende och övrig social utsatthet, så ligger Sverige med 33 procent av BNP högst i OECD. I detta sociala skydd inräknas såväl tjänster som inkomstöverföringar, exempelvis pensioner och sjukpenning. (Socialstyrelsen 2007) En bidragande faktor är att Sverige har en hög andel av befolkningen som är 80 år eller äldre och att de svenska kostnaderna för äldreomsorg därför ligger högt i internationell jämförelse.

Motivet för skattefinansieringen är att tjänsterna ska fördelas efter behov, oberoende av individens ekonomiska förutsättningar. Tillgången till god och jämlik vård och

omsorg ses som en demokratisk rättighet. Målen för den offentligfinansierade vården och omsorgen anges i hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen.

I dag är konsumtionen av vård och omsorg till stor del koncentrerad till en relativt liten andel av befolkningen. Hälften av hälso- och sjukvårdens resurser används av endast 3 procent av befolkningen. Trots att de som kommer att dö under de närmast tre åren utgör mindre än en fyrtiondedel av befolkningen svarar de för nästan en fjärdedel av slutenvårdskostnaderna och uppskattningsvis en åttiondedel av kostnaderna i den öppna sjukvården (Batljan och Lagergren 2000). Endast drygt var sjunde pensionär får del av kommunernas äldreomsorg (SKL 2006b).

Huvuddelen av produktionen inom vård och omsorg sker i dag i offentlig regi. Däremot är produktionen inom den offentliga sektorn starkt decentraliserad till kommuner och landsting/regioner. Detta gör att man på nationell nivå inte kan tala om något monopol, men på lokal nivå råder ofta en monopolliknande situation. De privata utförarnas marknadsandel av den offentligfinansierade vården och omsorgen uppgår för närvarande endast till cirka tio procent och är huvudsakligen koncentrerad till storstadsregionerna.

### Tredjepartsfinansiering

Den offentliga finansieringen gör att andra branschers mer självklara förhållande mellan konsument och producent ersätts av ett komplicerat trepartssystem, där inte bara konsumenten (patienten, brukaren, kunden) och producenten (den offentliga eller privata vård- och omsorgsgivaren) utan också finansiären (kommunen, landstinget, försäkringskassan) är viktiga aktörer. Även då kommuner och landsting är både finansiärer och producenter tvingas de spela två olika roller, vilket blir särskilt tydligt när man tillämpar en organisation med köp-sälj-system. Detta trepartssystem får en rad konsekvenser.

Att priset för brukaren ofta är mycket lågt och det förhållandet att "någon annan" betalar kan leda till att efterfrågan och konsumtionen blir större än vad som är motiverat. Samtidigt kan budgeten sätta gränser för vad

som bjuds ut, vilket kan resultera i att en välgrundad efterfrågan inte blir tillgodosedd. Effekten kan bli såväl över- som underkonsumtion, varför tredjepartsfinansiering ställer särskilda krav på övervakning och kontroll.

Vid tredjepartsfinansiering måste en bedömning göras av hur mycket vård eller omsorg den enskilde ska ha rätt till. Inom äldreomsorgen görs en sådan bedömning av en kommunal biståndsbedömare, inom sjukvården i regel av en läkare som dessutom ofta är den som utför tjänsten. Målet att fördela tjänsterna efter objektiva behovsgrunder kan bidra till att brukarens ställning i viss mån försvagas. Det behov som biståndsbedömare eller andra anser föreligga kan skilja sig från brukarens självupplevda behov. Det är alltså inte självklart att dessa senare tillgodoses ens i ett system som fungerar helt enligt lagstiftarens intentioner. En liknande situation finns inom hela försäkringsbranschen, där en skadereglerare bedömer hur stor ersättning en drabbad försäkringstagare ska få. Det gäller till exempel det amerikanska sjukvårdssystemet, som i högre grad än det svenska är försäkringsfinansierat.

### **Rumslig bundenhet**

Ett ytterligare särdrag hos vård- och omsorgsbranschen, som den har gemensamt med andra personalintensiva branscher, är att konsumtionen i regel förutsätter att konsument och producent möts. Detta ger den en viktig rumslig dimension. Kostnader för transporter i form av tid och pengar begränsar ofta brukarens tillgång till alternativ. Marknaderna för vård och omsorg är därför i allt väsentligt lokala. Konsumtion och produktion sker dessutom ofta samtidigt, vilket innebär att tjänsterna inte kan lagras utan är "färsksvaror". (Jansson 2006)

Men bilden är inte helt entydig. Ibland kan tjänster inom sjukvården ersättas av läkemedel som i allt väsentligt har samma karaktär som andra varor. Andra gånger handlar det om tjänster av informationskaraktär, till exempel rådgivning via telefon eller Internet. Informations-tjänster kan både överföras på stora avstånd och ibland också lagras. Det finns i dag exempel på att behandlingar med kognitiv beteendeterapi ges över Internet. Det finns även planer på att starta en virtuell ungdomsmottagning på nätet.

Liksom när det gäller varor kan man också tala om "dagligtjänster" och "sällanköpstjänster". Till den förstnämnda kategorin hör flertalet vård- och omsorgstjänster, såsom social hemtjänst och närvård, till den senare bland annat olika planerade ingrepp inom sjukvården. För den senare kategorin kan man i vissa situationer se att värdet

av ett lyckat resultat är så stort att det kan överskugga även relativt höga transportkostnader. Det är skälet till att patienter ibland är beredda att förflytta sig över långa avstånd för att få operationer eller andra behandlingar utförda. Detta förhållande skulle kunna skapa förutsättningar till exempel för svensk sjukvård att i ökande omfattning exportera tjänster genom att locka utländska patienter till Sverige.

### **Informationsasymmetri**

På en normal marknad förutsätts att producent och konsument i princip har samma information om produktens eller tjänstens kvalitet. Inom hälso- och sjukvården kan det vara svårt för patienten att värdera de medicinska alternativ som står till buds. Det är oftast läkaren som bäst kan bedöma dessa. Detta är ett exempel på så kallad asymmetrisk information som är ännu ett särdrag inom vård- och omsorgssektorn. Det ställer särskilda krav på åtgärder för att stödja konsumenten och för att övervaka producenten.

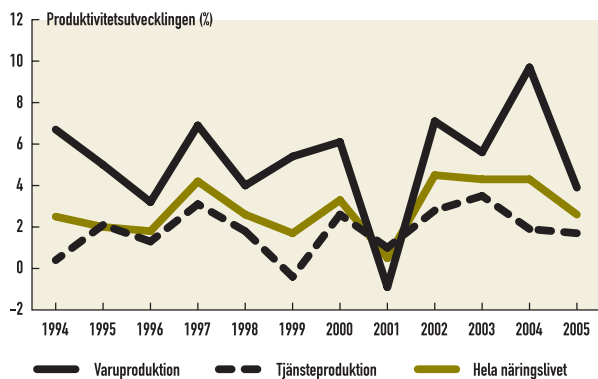
Inom tandvården, där vi sedan länge har stor valfrihet, har en statlig utredning nyligen föreslagit en rad åtgärder för att stärka brukarnas ställning (SOU 2007:19). Nya tekniker, som Internet, ger också patienter bättre förutsättningar att få tillgång till viktig information om de alternativ som står till buds. Även om förbättrad information kan öka brukarnas möjligheter att ställa krav och göra rationella val så är det viktigt att understryka att behoven inom vård och omsorg ofta uppstår i situationer där brukaren befinner sig i en stark beroendesituation, då möjligheterna att göra ett val är begränsade.

Det bör noteras att inte heller informationsasymmetri är unikt för vård- och omsorgssektorn. Det finns till exempel på marknaden för finansiella tjänster, där den motiverar ett omfattande regelsystem för information och dokumentation från leverantörernas sida.

### **...MEN BRANSCHEN KAN LÄRA AV ANDRA**

Särdragen inom vård och omsorg har inneburit att branschen länge har setts som väsensskild från andra näringsverksamheter. I ökande omfattning har man emellertid börjat fråga sig om det inte kan finnas lärdomar från andra branscher som kan vara värdefulla för att utveckla vård- och omsorgsbranschen. Inte minst har ökade krav på produktivitet och effektivitet lett till ett ökat intresse för detta.

Figur 2. Årlig förändring av arbetsproduktiviteten i näringslivet 1994–2005



Källa: Nutek (2007c), data baserad på Ekonomifakta 2007.

De senaste åren har man kunnat se en trend mot ökad produktivitet i flera av näringslivets tjänstebranscher. Denna trend har delvis berott på organisatoriska innovationer och förbättrade arbetsprocesser. Ökat kundfokus och standardisering är två faktorer som har bidragit till ökad produktivitet. Genom att fokusera på vad tjänsten ska uppnå, alltså vilka värden som är viktiga för kunden, istället för hur den ska utföras, har man utvecklat nya sätt att producera. Ofta har det skett genom att involvera kunden själv i produktionen. Ett exempel på detta är fastighetsmäklarnas Internettjänster.

Eftersom vård och omsorg är en komplex bransch bör kunskapsspridning och standardisering av vissa processer kunna ge effektivitetsvinster. En sådan utveckling är också på gång, vilket vi återkommer till.

Historiskt har brukare inom vård och omsorg setts som förmånstagare snarare än ”kunder”. På senare tid har dock ökad vikt lagts vid brukarnas perspektiv och inflytande. I vissa sammanhang finns det dessutom skäl

att involvera brukarna mer för att behandlingar ska få full effekt. Ett exempel är behandling av diabetes, som kan effektiviseras genom att patienten tar ett visst eget ansvar för att lägga om kosten och löpande följa upp sitt blodsockervärde.

I en aktuell rapport (Nutek 2007c) visas hur synen på produktivitet i sjukvården håller på att förändras, bort från ett snävt verksamhetsperspektiv till ett mer värdefokuserat och patientinriktat perspektiv. Vårdkedjor som är rationella ur såväl patient- som producentperspektiv är centralt. Det är också nödvändigt att produktivitetskraven på verksamhetsnivå anpassas till de viktigare effektivitetskraven på systemnivå för att undvika suboptimering.

Figur 3. Samspelet mellan produktivitet och effektivitet



Källa: HCM Health Care Management, Nutek (2007c)

En av nyckelfaktorerna för att kunna utnyttja möjligheterna till en mer effektivitetsorienterad hälso- och sjukvård är att ändra perspektiv från kostnadskontroll till värdeskapande och tydligare ange vilka värden man vill uppnå med tjänsten. Detsamma gäller inom omsorgen. Det finns en rad exempel i svensk vård och omsorg som tagit fasta på dessa utgångspunkter och därvid i sitt arbete hämtat lärdomar från andra branscher.



### **LANDSTINGET I JÖNKÖPINGS LÄN LÄR AV INDUSTRI OCH ANDRA BRANSCHER**

Under slutet av 1990-talet stod det klart för ledningen av landstinget i Jönköpings län att utvecklingen tvingade dem att söka förebilder och kunskap utanför sitt eget system. Arbetet under 90-talet med processer och kvalitetsutveckling hade givit landstinget ökad förståelse för vikten av att fokusera på resultat och för betydelsen att se till hela sjukvårdssystemet.

Jönköping fick chansen att delta i ett internationellt hälso- och sjukvårdsprojekt med målet att utveckla "vårdens Toyota". Sju amerikanska, fyra engelska, ett holländskt system samt Landstinget i Jönköpings län valdes ut bland 220 sökande för att under ledning av Institute for Healthcare Improvement, IHI, utveckla strategier, modeller och verktyg för denna resa. 25 procent av landstingets läkare och flera hundra medarbetare har i projektet samverkat med de involverade internationella organisationerna.

Erfarenheter från den amerikanska rymdindustrins misstag under mitten av 90-talet samt boken Maskinen som förändrade världen, som handlar om automobilen, gav dem inspiration att söka förebilder även i Sverige. I det syftet kontaktades Scania, Electrolux och Fresch, som alla på sina områden uppvisat enastående prestationer, värdeutveckling och resultat. De har också mot bakgrund av sina erfarenheter kunnat se hur landstingets management kan förbättras och inspirerat detta till "lean-tänkande" och "re-engineering". Arbetsplatsnära utvecklingsarbete, arbetslagets möjligheter att stoppa produktionen och värdeutveckling nära kunden/patienten har visat sig vara gemensamma nämnare.

# STRUKTURFÖRÄNDRING INOM VÅRD OCH OMSORG

---

## EN BRANSCH I OMVANDLING

I början av 1990-talet minskade personalstyrkan inom vård och omsorg, främst som ett svar på den ekonomiska krisen och kraven på kostnadsbesparingar i hela den offentliga sektorn. Sedan mitten av 1990-talet har antalet anställda ökat igen. Inom sjukvården är det främst antalet läkare, sjuksköterskor och barnmorskor som ökat (Socialstyrelsen 2006c) och inom omsorgerna övrig vårdpersonal, inklusive personliga assistenter till funktionshindrade (SKL 2006b).

Under 1990-talet skedde också vissa överflyttningar av ansvar mellan särskilt landsting och kommuner. Den så kallade Ädelreformen innebar att ansvaret för bland annat viss sjukvård inom äldreboendena överfördes till primärkommunerna. Senare har dessa också fått möjlighet att ta över hemsjukvården och ett stort antal kommuner har gjort det. Även delar av handikappomsorgen överfördes i mitten av 1990-talet till primärkommunerna.

## Köp- och säljssystem

Landsting och kommuner började under 1990-talet att se sig om efter metoder för att öka produktivitet och effektivitet. Ett sätt var att försöka skapa mer marknadsmissiga förhållanden även inom den offentliga sektorn. Bland annat organiserades i många kommuner och landsting så kallade köp-sälj-system. Ofta fanns både köparna och säljarna inom den offentliga sektorn, men på en del håll öppnade man för privata företag att vara med och lägga anbud på produktionen och uppmuntrade anställda att starta eget. Syftet med att införa konkurrens var att öka produktivitet och effektivitet, och därmed att sänka kostnaderna (eller höja kvaliteten) genom att uppmuntra nya idéer. Ibland ville man också skapa förutsättningar för ökad valfrihet för brukarna.

Olika modeller har prövats och finns i dag sida vid sida. En modell – den vanligaste hittills – är att kommunerna upphandlar produktionen i konkurrens men behåller rätten att besluta om vilket alternativ som ska erbjudas brukarna. En annan är att kommunerna upphandlar produktionen i konkurrens och sedan låter brukarna

välja mellan de tillgängliga alternativen. En tredje är att kommunerna på ett eller annat sätt certifierar utförare och sedan låter brukarna fritt välja mellan dessa.

I de två senare alternativen är ofta priset givet för brukaren. Det utförarna kan konkurrera med är därmed kvaliteten och man brukar därför tala om kvalitetskonkurrens (Svensson och Edebalk 2006).

## Kundval öppnar för marknadsmekanismer...

De former av konkurrensutsättning som innebär att brukaren själv får välja utförare har på senare tid mött ökat intresse. I en enkät som genomfördes av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) våren 2006 uppgav 24 kommuner att de hade infört kundval inom hemtjänsten och 8 för särskilda boenden. Hälften av de kommunerna finns i Stockholms län. 29 kommuner svarade att de planerar att införa kundval i hemtjänsten och 8 att de planerar att göra det för särskilda boenden. (SKL 2006) Inom hälso- och sjukvården finns en central principöverenskommelse om valfrihet för patienterna, men i praktiken har valfriheten varit begränsad (Blomqvist 2007).

För funktionshindrade finns ett exempel på ett centralt beslutat valfrihetssystem när det gäller personlig assistans. Personer med svåra funktionshinder, som beviljas sådan, har enligt lag rätt att själva välja de personliga assistenter de vill ha och till och med, om de så önskar, att bli dessas arbetsgivare. (Prop 1992/93:159, Sundin och Thörnquist 2006)

När ökad valfrihet för de enskilda brukarna eftersträvas bygger det på insikten att alla alternativ inte är likadana. Genom en ökad mångfald av olika koncept ges brukarna möjlighet att välja det alternativ som passar dem bäst, vilket ger en högre kundupplevd kvalitet. För att ett val ska kunna ske förutsätts att det finns några, i varje fall minst två, alternativ att välja mellan. Men brukarna måste också ha tillgång till relevant information om alternativen, exempelvis genom kvalitetsmätningar, för att kunna göra mer rationella val. Det är naturligtvis också önskvärt att det finns en viss variation i alternativen så att olika brukares önskemål kan tillgodoses.

Valet kan försvåras av den tidigare påtalade informationsasymmetrin som ibland föreligger. Det kan vara svårt även för en mycket medveten patient inom tandvård eller sjukvård att mäta sig med tandläkaren eller läkaren när det gäller att bedöma vad som kan och bör göras. I andra fall kan brukaren på grund av sin personliga situation ha svårt att välja. Det kan gälla en person som behöver akut sjukvård, en äldre dement person som ska flytta in i ett äldreboende eller en person med mycket svåra funktionshinder. Det är naturligt att närstående, gode män eller handläggande personal biträder i sådana situationer.

Den enskilde brukarens möjligheter att påverka tjänsternas utformning i ett administrativt styrt system är endast indirekt. Det kan ske genom politiska val, opinionsbildning, uppvaktingar eller liknande. Men för den enskilde innebär dessa alternativ ("voice") ett begränsat inflytande. Med individuell valfrihet får den enskilde brukaren ett större och mer direkt inflytande över tjänsternas utformning. Man kan överge alternativ som man inte uppskattar och pröva andra ("exit").

Kundval i ett i huvudsak skattefinansierat system kan uppnås genom att brukaren får någon form av checkar uttryckt i pengar, timmar eller sysslor. Personlig assistans beviljas normalt i ett visst antal timmar och hemtjänsten i regel i vissa sysslor. En fördel med att bevilja timmar snarare än sysslor är att brukaren får större möjligheter att påverka innehållet, vilket förstärker brukarens inflytande över tjänsten. Valet kan för den enskilde brukaren vara obligatoriskt eller frivilligt. Om det är frivilligt och någon avstår från att aktivt välja finns olika alternativ att fördela uppdraget till olika utförare. Ett är att en biståndshandläggare väljer åt den berörde, ett annat att lotta ut uppdraget.

Valfrihet kan gälla mellan olika alternativ i offentlig eller privat regi. Med flera privata utförare skapas ofta förutsättningar för en större variation i utbudet av tjänster och därmed större valfrihet för brukarna. Med kundval strävar man efter att förena offentlig finansiering med marknadsmekanismer för att skapa ökad dynamik.

### **...men få utnyttjar valmöjligheten**

Erfarenheten hittills är att antalet brukare som byter utförare är relativt lågt. En förklaring kan givetvis vara att brukarna i regel är nöjda med sin utförare, en annan att de har begränsad kunskap om möjligheten att byta. Mycket talar för att utförarna i sitt bemötande och sin service påverkas redan av vetskapen att brukaren har möjlighet att byta, oavsett om hon utnyttjar sin rätt eller ej. Även

få bytare kan för en utförare vara en tydlig signal om att han/hon behöver skärpa sig. (SOU 2007:19)

Tandvården är ett belysande exempel. I en patientenkät som redovisas av "Utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna" uppges att 80 procent av patienterna brukar gå till samma tandläkare. Det viktigaste skälet är det förtroende de känner för sin tandläkare. Bara hälften av patienterna skulle byta tandläkare även om det fanns en annan inom rimligt avstånd som tog ett lägre pris. (SOU 2007:19)

En rad undersökningar visar att brukarna gärna vill ha frihet att välja utförare (till exempel Konkurrensverket 2007b). Det finns också flera studier som indikerar att de privata utförarna har hög uppskattning. Svenskt Kvalitetsindex genomför regelbundet studier av kundnöjdheten inom olika branscher. Inom såväl primärvården som tandvården uppvisar de privata alternativen större kundnöjdhet än de offentliga (Eklöf 2007). Inom äldreomsorgen finns en rad studier som pekar på en något större kundnöjdhet för de privata alternativen. Av störst intresse är ett par undersökningar som Statistiska Centralbyrån med standardiserade metoder har utfört i Göteborg och Malmö. Den sammanvägda kundnöjdheten i Göteborg var år 2004 86 procent för de privata utförarna mot 75 för de kommunala och i Malmö 78 procent respektive 71. (SCB 2004a, SCB 2004b) Det finns även andra undersökningar på kommunal nivå som stödjer denna bild. Det ska dock framhållas att det finns en stor spridning av resultaten, med bättre och sämre siffror för såväl privata som offentliga alternativ.

## **UTVECKLING AV PRIVAT VÅRD OCH OMSORG**

### **Ökat antal privata företag**

Privata företag (exempelvis aktieföretag, ekonomiska föreningar, stiftelser samt kooperativa- och idéburna företag) har sedan lång tid tillbaka funnits inom vård- och omsorgsbranschen. Genom att många kommuner och landsting under de senaste 10–15 åren har blivit mer öppna för privata utförare har de privata företagen fått större möjligheter att inom ramen för det offentligt finansierade systemet producera vård- och omsorgstjänster och den privata sektorn har således kunnat expandera. Såväl sysselsättning som förädlingsvärde har ökat. Den privata expansionen har främst skett genom att företag tagit över verksamhet som tidigare drivits av kommunerna eller startats vid så kallade avknoppningar, där anställda startat ett företag och drivit verksamheten vidare i detta. På ett område har en helt ny marknad vuxit fram.

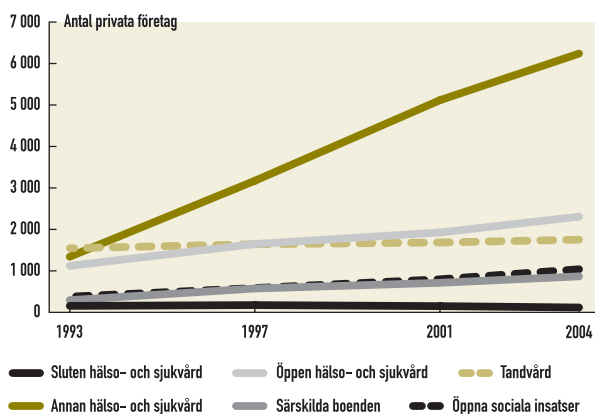
Det gäller personlig assistans för personer med svåra funktionshinder, som möjliggjordes genom den nya lagen om personlig assistans som beslutades av Riksdagen år 1993 (Prop 1992/93:159).

Kommuners och landstings köp av verksamhet från privata utförare har ökat successivt sedan början av 1990-talet. Mellan 1998 och 2005 ökade kommunernas och landstingens inköp av vård- och omsorgstjänster (exklusive tandvård) från drygt 16 till 32 miljarder kronor (löpande priser). Av landstingets kostnader för hälso- och sjukvård användes år 2005 knappt tio procent till köp av verksamhet från privata utförare (Nutek 2007d). 13 procent av de äldre bodde då i särskilt boende som drevs i privat regi och tio procent av de personer som fick hemtjänst fick den från privata utförare (Larsson och Szebehely 2006). Inom primärvården utfördes var fjärde besök hos en privat utförare.

År 2005 var det endast sju kommuner som på omsorgsområdet inte köpte någon verksamhet från privata utförare. Däremot finns stora regionala skillnader i hur stor andel av verksamheten som köps utifrån. Andelen är störst i storstadsregionerna. I till exempel Stockholms län stod privata utförare för 27 procent av driftkostnaden för äldre- och handikappomsorg (Nutek 2007d).

Som ett svar på denna ökade efterfrågan på privat producerad vård och omsorg har ett stort antal privata företag etablerats, särskilt i storstadslänen. År 1993 fanns cirka 6 400 vård- och omsorgsföretag registrerade, varav 5 000 med minst en person huvudsakligen sysselsatt i företaget. År 2004 hade antalet ökat till 22 200 respektive 12 600 företag. Det innebär således mer än en fördubbling av företag med minst en person huvudsakligen sysselsatt i företaget.

Figur 4. Antal privata företag per delbransch år 1993, 1997, 2001 och 2004



Källa: Nutek (2007b), data baserad på SCB:s Rams.

Merparten av ökningen av antalet företag har skett inom delbranschen "annan hälso- och sjukvård" som bland annat består av sjukgymnastik, rehabilitering, naprapati, kiropraktik och liknande hälso- och sjukvårdstjänster utan läkare. Inom denna delbransch är inträdesbarriärerna låga och skalfördelarna för de flesta företag små. Många av företagen inom delbranschen säljer sina tjänster till fullbetalande kunder. Tillväxten visar på en ökad efterfrågan från konsumenternas sida på dessa tjänster.

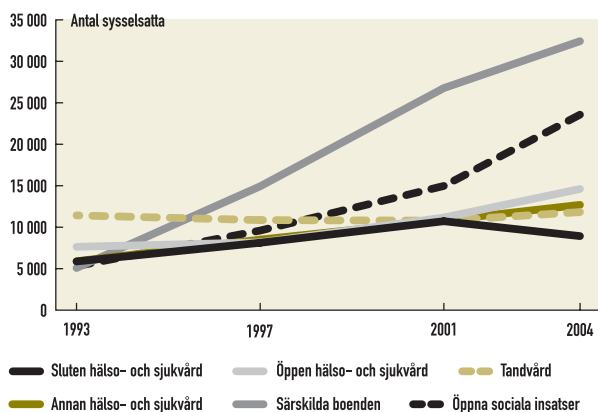
Även inom delbranscherna "öppen hälso- och sjukvård" och "öppna sociala insatser" har antalet företag ökat kraftigt. Ökningen inom "öppen hälso- och sjukvård" beror till stor del på att andelen vårdcentraler som drivs i privat regi har fördubblats sedan år 2000, med en tillväxt framförallt i storstadsregionerna. I detta fall spelar alltså landstingens efterfrågan och finansiering en avgörande roll för expansionen. I "öppen hälso- och sjukvård" ingår förutom vårdcentraler även sjukhus, läkarmottagningar med mera. Expansionen inom "öppna sociala insatser" går främst att hänföra till ett ökat antal hemtjänst- och assistansföretag.

Inom delbranscherna "tandvård" och "särskilda boenden" har ökningen varit lägre och inom "sluten hälso- och sjukvård" har antalet företag minskat sedan år 2001. Det ska dock i sammanhanget noteras att privatföretagens andel inom tandvården traditionellt är hög med en marknadsandel på hela tandvårdsmarknaden på cirka 50 procent och inom vuxentandvården på över 65 procent (SOU 2007:19).

### Sysselsättning och omsättning ökar mest inom omsorg

I takt med att antalet privata företag har ökat så har också antalet sysselsatta inom privat vård och omsorg gjort det. Av de 665 000 personer som år 2004 var sysselsatta i vård- och omsorgsbranschen återfanns 104 000 i privatägda företag, vilket är betydligt fler än elva år tidigare då antalet var 41 000. Sysselsättningsökningen har varit störst inom omsorgsföretagen, som i dag sysselsätter fler än företagen inom hälso-, sjuk- och tandvård tillsammans.

Figur 5. Antal sysselsatta i privata företag per delbransch år 1993, 1997, 2001 och 2004

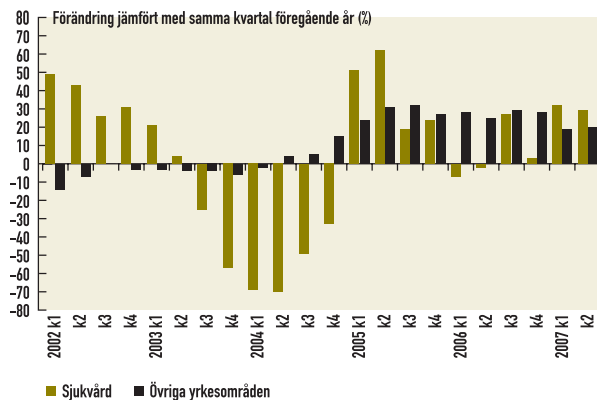


Källa: Nutek (2007b), data baserad på SCB:s Rams.

Under 1990-talet ökade antalet sysselsatta i privata företag inom "sluten hälso- och sjukvård", bland annat genom att St Görans sjukhus i Stockholm privatiserades. År 2001 infördes den första tillfälliga stopplagen för att förhindra utförsäljning av akutsjukvård och därefter minskade antalet privat sysselsatta i delbranschen.

År 2003 minskade dessutom landstingens inhyrningen av personal från bemanningsföretag. Detta kan ytterligare ha bidragit till minskningen av antalet privatanställda inom delbranschen, eftersom många bemanningsföretag faktiskt återfinns inom näringsgrenen "hälso- och sjukvård, sociala tjänster" och inte "uthyrning av personal". Det senaste året har utvecklingen vänt och bemanningsföretagen ökar igen.

Figur 6. Omsättningsutveckling för sjukvård samt övriga yrkesområden



Källa: Bemanningföretagen 2007

Under perioden 1997–2004 steg de privata företagens omsättning från 20 till 50 miljarder kronor (löpande priser). Mest omsätter företagen inom "öppen hälso- och sjukvård" och "tandvård" även om ökningen, både den relativa och absoluta, har varit störst inom omsorgen. Trots expansionen utgjorde det samlade förädlingsvärdet i vård- och omsorgsföretagen bara knappt två procent av näringslivets samlade bidrag till BNP år 2004.

## FÖRETAGSSTRUKTUREN I BRANSCHEN

### Många små företag med god lönsamhet...

Nästan alla företag inom vård och omsorg, 96 procent, räknas som småföretag med upp till 50 sysselsatta. Nio av tio är så kallade mikroföretag, med mellan en och tio sysselsatta. Det är framförallt inom vissa sjukvårdsverksamheter, "tandvård" och "annan hälso- och sjukvård", som dessa mikroföretag dominerar.

Jämfört med hela näringslivet är omsättningen per anställd låg, även om den varierar mellan delbranscherna. Medianvärdet för omsättningen per anställd är högst inom tandvården och lägst inom "öppna sociala insatser".

Avkastningen på eget kapital är hög inom vård och omsorg, vilket hänger samman med att kapitalinsatsen ofta är låg. Dessutom är lönsamheten mätt som rörelsemarginal i det typiska vård- och omsorgsföretaget något bättre än för näringslivet som helhet. Företagen har en god soliditet och kassalikviditet, vilket tyder på att de är stabila och bör kunna klara förlustår och efterfrågesvackor. Denna bild gäller branschen som helhet. Självfallet är variationerna stora mellan företag och delbranscher.

### ...men de stora företagen växer mest

Antalet sysselsatta och omsättningen i de privata företagen har ökat i alla storleksklasser, men kraftigast bland de stora företagen. Mellan 1993 och 2004 ökade andelen sysselsatta i företag med mer än 250 anställda från 28 till 40 procent av alla sysselsatta i privata vård- och omsorgsföretag. År 2004 omsattes 36 procent i storföretagen, en ökning från 30 procent år 1997.

Det är framför allt inom omsorgsbranscherna samt inom "sluten hälso- och sjukvård" som de stora företagen dominerar. Dessa har under perioden vuxit och fått ökad betydelse för sysselsättningen. Särskilt de stora omsorgsföretagen inom "öppna sociala insatser", med bland annat assistansföretagen, har vuxit i både förädlingsvärde och antal sysselsatta.

Det förekommer även en hel del strukturaffärer i branschen, där företag växer genom att köpa upp verksamheter.

Koncentrationen mot större företag kan ses som uttryck för en mognadsprocess. Denna avspeglar sig även i en något lägre lönsamhet än i de mindre företagen.

### Stora variationer mellan delbranscher

Nästan hälften av företagen återfanns år 2004 inom "annan hälso- och sjukvård". De flesta företag inom delbranschen är dock mycket små, varför antalet sysselsatta uppgår till endast 12 700.

Näst flest företag finns inom delbranschen "öppen hälso- och sjukvård", drygt 2 300 företag (med minst en person huvudsakligt sysselsatt). Det är en fördubbling av antalet sedan år 1993. Här finner vi exempelvis vårdcentraler och läkarmottagningar. Företagen inom "öppen hälso- och sjukvård" är mycket små. Nio av tio företag inom delbranschen har färre än tio sysselsatta. Sammanlagt sysselsattes 14 600 personer i dessa privata företag år 2004. Delbranschen har den största omsättningen, 12 miljarder kronor, och det näst högsta förädlingsvärdet, knappt 8 miljarder, av samtliga delbranscher.

Nära 1 800 privata företag erbjuder i dag tandvårdstjänster och tillsammans sysselsätter de ungefär 12 000 personer. Vi finner två tredjedelar av tandvårdsföretagen i storstadslänen. Under perioden 1993–2004 har varken antalet företag eller antalet sysselsatta ökat särskilt mycket. Däremot har omsättningen ökat från knappt 6 till nästan 11 miljarder kronor och förädlingsvärdet nästan fördubblats. Det är huvudsakligen en följd av prisavregleringen i slutet av 1990-talet, som ledde till kraftiga prisökningar, och av införandet av ett högkostnadsskydd för äldre i början av 2000-talet (SOU 2007:19). Lönsamheten är allra bäst hos företagen inom denna delbransch.

Antalet företag som erbjuder hemtjänst, personlig assistans och driver behandlingshem har nästan tredubblats under perioden 1993–2004. I dag finner vi nära 2 100 företag inom "särskilda boenden" och "öppna sociala insatser". Företagen finns över hela landet, vilket kan förklaras av att brukare av personlig assistans i hela landet själva får välja mellan kommunala och privata utförare. Verksamheterna inom delbranscherna bedrivs oftast i något större företag. Totalt sysselsattes 56 000 personer år 2004. Den totala omsättningen och förädlingsvärdet har ökat kraftigt bland omsorgsföretagen. Samtidigt är det omsorgsföretagen som har lägst marginaler i branschen.

### Kvinnors företagande högre än genomsnittet

Hela 84 procent av de personer som arbetar inom vård och omsorg är kvinnor. Det är därför inte förvånande att

antalet kvinnliga företagare är högre än antalet manliga. År 2004 fanns det ungefär 7 600 företag inom vård och omsorg som drevs av kvinnor, jämfört med närmare 5 800 företag av män. Det innebär att 57 procent av vård- och omsorgsföretagarna var kvinnor, vilket är nästan dubbelt så mycket som i näringslivet som helhet. Trots det är det mindre vanligt bland kvinnor än män att vara företagare även inom vård och omsorg. År 2004 var drygt fem procent av männen sysselsatta som egna företagare men bara drygt en procent av kvinnorna i branschen.

En delbransch som utmärker sig är tandvård, där 45 procent av männen är företagare men bara sex procent av kvinnorna. Det förklaras till stor del av att det huvudsakligen är tandläkare som är företagare och många kvinnor som är sysselsatta inom delbranschen är inte tandläkare utan exempelvis tandsköterskor.

Även om antalet företagare inom vården har tredubblats under perioden 1993–2004 är endast två procent av alla som arbetar i branschen företagare, jämfört med drygt nio procent bland samtliga sysselsatta på arbetsmarknaden. Det främsta skälet till denna diskrepans är dock att majoriteten av de anställda arbetar inom landsting och kommuner. Inom den privata sektorn är andelen företagare närmare 13 procent, alltså väl i nivå med näringslivet i övrigt. Nuteks undersökning av ungas (18–30 års) attityder till företagande, visar att många unga kvinnor och män är lockade av att starta och driva ett eget företag inom vård och omsorg. Sammantaget vill 14 procent av de unga helst starta eget inom sektorer som kan räknas dit. (Nutek, 2007m)

### Tillväxthinder

Med hjälp av Nuteks enkätstudie "Företagens villkor och verklighet 2005" riktad till småföretag med upp till 50 anställda, kan man se vilken syn småföretagsledarna inom vård och omsorg har på tillväxt och vilka hinder för tillväxt de upplever. Vi kan även göra jämförelser mellan småföretagsledare inom vård och omsorg och i övriga branscher i näringslivet.

Av undersökningen kan man utläsa att 42 procent av företagsledarna inom vård och omsorg skulle vilja se sitt företag växa och anställa mer personal. Ytterligare 24 procent skulle vilja att företaget växte men utan att öka antalet anställda. Jämfört med samtliga småföretagsledare i näringslivet är viljan att växa lägre inom vård och omsorg. Mycket tyder på att många företag som i dag inte har några anställda inte heller har någon önskan att ha det i framtiden. Företag som redan har personal vill däremot i stor utsträckning anställa fler.

Offentlig upphandling upplevs som ett tillväxthinder av 26 procent av småföretagen inom vård och omsorg, vilket kan jämföras med 16 procent bland samtliga småföretag. Inom ”tandvård” är andelen lägre vilket inte är förvånande eftersom tandvård huvudsakligen utnyttjar auktorisering (certifiering) snarare än offentlig upphandling. Dessutom finansieras tandvård inte med offentliga medel i lika stor utsträckning som annan vård och omsorg. I övrigt är skillnaderna jämfört med andra branscher små. (Nutek 2007)

Vid sidan om resultaten från Nuteks enkät kan man konstatera att möjligheten att få del av offentlig finansiering är helt avgörande för företagens tillväxtmöjligheter. Dessa bestäms således framförallt genom politiska beslut att skapa en marknad. Med den ovan beskrivna trenden mot ökad konkurrensutsättning och fler privata producenter upplever många företagare i branschen att det finns goda tillväxtmöjligheter.

# BEHOV OCH EFTERFRÅGAN

---

## VAD ÄR BEHOV OCH EFTERFRÅGAN?

Målet är att vård- och omsorgstjänster ska fördelas med utgångspunkt från behov och utan hänsyn till den enskildes ekonomiska situation.

Inom hälso- och sjukvården anses ett behov av vård föreligga ”när det finns ett gap mellan individens faktiska hälsotillstånd och det hälsotillstånd som går att uppnå med olika former av vårdinsatser” (SKL 2005). Åtminstone teoretiskt innebär det att behoven kan fastställas objektivt. I verkligheten är det naturligtvis inte alltid enkelt att fastställa ”individens faktiska hälsotillstånd”. Inom omsorgerna är behovsbedömningen än svårare. Behovet av åtgärder ska där bedömas utifrån hur de påverkar en människas, till exempel en äldre persons, hela livssituation (Rosén 2005).

Av denna definition framgår att behovet av vård och omsorg förändras, inte bara till följd av hur människors faktiska tillstånd förändras, utan också av vilka möjliga åtgärder som står till buds. Det senare påverkas till exempel av den medicintekniska utvecklingen. När nya möjligheter skapas att lindra och bota sjukdomar ökar därmed också behoven – och naturligtvis förväntningarna – på hälso- och sjukvården.

Behovsbedömningarna påverkas i praktiken av tillgängliga resurser. De kan därför te sig olika i till exempel rika och fattiga länder även vid samma faktiska hälsotillstånd. Men resurstillgången påverkar behovsbedömningarna också i det svenska samhället. Detta är särskilt tydligt inom omsorgen.

Inom till exempel äldreomsorgen har det skett en glidning i tolkning och tillämpning av behovsbegreppet. Resurserna har koncentrerats till dem med störst vårdbehov. Ett uttryck för detta är att det i dag görs en hårdare bedömning av äldres behov än för tjugo eller trettio år sedan. I mitten av 1970-talet var det i Sverige fler personer som fick hemtjänst än vad det fanns 80-åringar. Sedan dess har antalet 80-åringar fördubblats och antalet som får hemtjänst halverats. Äldreboendena är på väg att utvecklas till ett alternativ främst för dementa och närmare två tredjedelar av de boende tillhör i dag den gruppen.

Utvecklingen verkar också gå mot att biståndshandläggare i sin bedömning av behovet av kommunala insatser i allt högre grad väger in om det i hushållet eller den äldres närhet finns personer som kan bistå med hjälp. (Blomqvist 2007, Socialstyrelsen 2007)

Med efterfrågan menas vanligen vad konsumenterna vid ett givet pris är intresserade att köpa. Som vi tidigare har berört kan efterfrågan bli mycket stor om det upplevda behovet är stort och priset på tjänsten lågt. Det är vad som i dag gäller för delar av vård- och omsorgssektorn.

Efterfrågan påverkas även av hur välinformerade patienter och andra brukare är. Ökade kunskaper om vilka alternativ som tekniskt sett är möjliga kan påverka deras förväntningar och också leda till krav på insatser. Detta kan i sin tur skapa en spänning mellan å ena sidan brukarnas krav på inflytande och medbestämmande, och å den andra de mer objektivt bedömda behoven och de tillgängliga resurserna.

## Priskänslighet och betalningsvilja

Eftersom brukarna i regel betalar en så liten del av den vård och omsorg som används är kunskaperna om deras betalningsvilja och priskänslighet begränsad. Vi kan konstatera att när till exempel hemtjänsten dragits ned kraftigt har det inte lett till framväxten av någon privatfinansierad marknad för sådana tjänster. Intresset för att köpa tilläggstjänster inom hemtjänsten där sådana möjligheter finns har också varit begränsat (Svensson och Edebalk 2006).

Däremot är tandvård för vuxna till mycket stor del finansierad direkt av brukarna. Ekonomiska faktorer bedöms vara den viktigaste orsaken till att vissa personer med tandvårdsbehov avstår från att söka vård. Personer med sämre ekonomi har också en sämre tandhälsa än personer med god ekonomi. Inom tandvården ledde införandet av ett högkostnadsskydd till en kraftigt ökad efterfrågan på protetiska behandlingar för patienter 65 år och äldre. Här föreligger alltså en betydande priskänslighet. (SOU 2007:19) Priskänsligheten vid avgiftsförändringar för sådana tjänster där brukarna bara betalar en

mycket liten andel av kostnaderna, till exempel öppen-vård och social hemtjänst, bedöms ibland vara liten (SOU 2003:57). Men även i dessa fall finns personer som avstår från tjänsterna på grund av avgifterna.

Ett skäl till bristande betalningsvilja och hög pris-känslighet är att de offentligt finansierade vård- och omsorgstjänsterna i så hög grad används av personer med relativt låg betalningsförmåga. Möjligen kan också den ovana som finns att betala för vård och omsorg, på grund av skattefinansieringen, spela in.

### **Behoven är ojämnt fördelade**

Det är till viss del slumpen som avgör vem som drabbas av ohälsa. Om något allvarligt händer, exempelvis en hjärtinfarkt eller cancer, behövs omfattande, resurskrävande sjukvårdande insatser, men man kan inte i förväg veta vem som kommer att drabbas. En lösning på denna typ av problem är någon form av försäkring. Den lösning vi har valt i Sverige är att finansiera vård och omsorg med skatter. Kommunal- och landstingsskatten kan ses som våra ”försäkringspremier”. I vissa andra länder har man valt att organisera finansieringen i mer formella försäkringar. I Tyskland finns till exempel både en sjukvårds- och en äldreårdsförsäkring.

Att vi inte vet vem som kommer att drabbas av ohälsa eller sociala behov innebär inte att riskerna är jämnt fördelade i befolkningen. Det finns till exempel socioekonomiska skillnader i vård- och omsorgskonsumtionen. Den kommunala äldreomsorgen används två-tre gånger så mycket mer av Ej facklärd arbetare som av Övriga tjänstemän (Batljan och Lagergren 2000). Det kan antas spegla det förhållandet att behoven är större hos de ej facklärd arbetarna.

En mycket stor andel av vårdens och omsorgens resurser går också till att möta behov hos den äldre delen av befolkningen och hos personer med funktionshinder. Två tredjedelar av vård- och omsorgskonsumtionen avser dessa kategorier. Om man ser till konsumtionen per individ blir bilden än tydligare. Den är för personer 80 år och äldre genomsnittligt cirka tio gånger större än för personer i yrkesverksam ålder. Men inte heller inom gruppen äldre är behoven jämnt fördelade. Vissa har mycket stora behov och andra nästan inga alls. Bara en dryg tredjedel av dagens 80-åringar och äldre får någon hjälp i form av hemhjälp eller boende från kommunernas sida. Generellt sett ökar dock behoven med stigande ålder. Av dem som passerat 90 år får således två tredjedelar sådant stöd (SKL 2006b).

Vi kan konstatera att behoven inom vård och omsorg är väsentligt annorlunda fördelade än inkomsterna. Om all vård och omsorg för äldre skulle finansieras av dem själva skulle två tredjedelar av de offentliga pensionerna och bidragen efter skatt gå åt. Det gäller för pensionskollektivet som helhet. Men det är dessutom en mindre grupp av alla pensionärer som konsumerar den offentliga vården och omsorgen och den gruppen har lägre inkomster än andra pensionärer. (SOU 2003:57) Fördelningen av inkomster och behov förutsätter en omfördelning från den aktiva generationen till de pensionärer som har behov av vård och omsorg för att dessa behov ska kunna tillgodoses.

### **HUR UTVECKLAS BEHOV OCH EFTERFRÅGAN?**

#### **Folkhälsan förbättras**

Folkhälsan i Sverige har under lång tid förbättrats, även under de senaste åren. Det finns visserligen vissa oroande faktorer som riskerar att motverka denna allmänt positiva trend, främst ökad alkoholkonsumtion, ökad psykisk ohälsa och ökad fetma (SKL 2005b). Men enligt Socialstyrelsen tycks flera av dessa negativa trender ha stannat av under senare år. Viktiga undantag är unga kvinnor vars psykiska välbefinnande försämras (Socialstyrelsen 2007) och gruppen äldre över 77 år där hälsan också försämras (SKL 2005b).

Det finns alltså knappast skäl att räkna med någon försämrad hälsa totalt sett, särskilt inte hos befolkningen i förvärvsaktiv ålder. Men man kan ändå på goda grunder förvänta sig en ökad efterfrågan i denna del av befolkningen på vissa typer av vård- och omsorgstjänster till följd av till exempel stress- och livsstilsrelaterade problem (Norén 2005). Här kan finnas utrymme även för en marknadsmässig tillväxt av tjänster.

#### **Fler äldre ger större vård- och omsorgsbehov**

Andelen äldre med svår ohälsa har minskat kontinuerligt sedan början av 1980-talet och i varje fall fram till för cirka tio år sedan (Batljan och Lagergren 2000). Socialstyrelsens uppgifter om att hälsoläget nu försämrats något för personer 77 år och äldre kan tyda på en uppbromsning i denna positiva utveckling men det är ännu för tidigt att dra bestämda slutsatser härom.

Om det är svårt att förutse hur hälsotillståndet bland äldre kommer att utvecklas så vet vi desto mer om den demografiska utvecklingen. Prognoser från Statistiska Centralbyrån visar att antalet äldre i Sverige kommer att öka kraftigt på ett par decenniers sikt. Antalet personer

mellan 65 och 79 år kommer att öka med drygt 460 000 fram till år 2030 och antalet som är 80 år och äldre med över 270 000. För åldersgruppen 80 år och äldre innebär det en ökning med mer än 50 procent jämfört med i dag. Ökningen är ganska blygsam fram till år 2020 för att därefter vara mycket kraftig. Andelen i befolkningen som är 80 år och äldre utgör för närvarande 5,4 procent. I det avseendet sker ingen ändring fram till år 2020 men under det därpå följande decenniet ökar andelen till 7,6 procent. (SKL 2005b)

Även om hälsan skulle fortsätta att förbättras hos de äldre kommer den stora ökningen av antalet äldre att leda till ökade behov, särskilt efter år 2020. Dessutom måste man räkna med att en allmän standardförbättring i samhället kommer att leda till förväntningar om standardförbättringar också inom till exempel äldreomsorgen. Dessa kan möjligen, som hittills, hållas tillbaka genom ännu hårdare prioriteringar. Ett problem är dock att det finns allt mindre att prioritera bort. Hittills har omvårdnad prioriterats på bekostnad av service inom hemtjänsten. Den service som kan ha uppfattats som överflödigt eller inte absolut nödvändig är nu till stor del bortprioriterad. Även omvårdnadsinsatserna har alltmer koncentrerats till de mest behövande. Utrymmet för ytterligare bortprioriteringar har därmed krympt. Antalet platser i äldreboende har minskat trots ökningen av antalet äldre. Under senare år har man börjat tala om nödvändigheten att vända trenden och åter börja bygga ut platser i äldreboenden.

SKL (2005b) räknar med att resursbehovet inom hälso- och sjukvården på grund av den demografiska utvecklingen kommer att öka med cirka 20 procent fram till år 2030. Inom äldreomsorgen måste man i samma tidsperspektiv räkna med att resursbehoven kommer att öka med i vart fall 20–35 procent. Denna bedömning förutsätter fortsatta hälsoförbättringar hos äldre. Om man i stället antar samma hälsotillstånd per åldersgrupp som i dag ökar behoven med närmare 60 procent. (Batljan och Lagergren 2000)

### **Medicinteknisk utveckling skapar nya möjligheter**

Vid sidan av den demografiska utvecklingen är den medicintekniska utvecklingen, inklusive utvecklingen av nya läkemedel, den viktigaste faktorn bakom växande vårdbehov. Tithålskirurgi, ultraljud vid starroperationer, ballongvidgning av kranskärl och andra nya tekniker har ökat möjligheterna att behandla allt fler, inte minst äldre, för olika diagnoser. Exempelvis har starroperationer ökat med 150 procent sedan början av 1990-talet, betydligt

fler äldre opereras för hjärt- och kranskärlsproblem och antalet höftledsoperationerna på personer över 85 år har tredubblats. (SKL 2005b) Samtidigt innebär utvecklingen att fler överlever svåra sjukdomar, till exempel cancer och hjärtsvikt, och därför kan leva vidare, eventuellt med stora vårdbehov.

Teknikutvecklingen innebär ofta ökad produktivitet, det vill säga lägre kostnad per behandling. Ett uttryck för det är att vårdtiderna under de senaste tio åren har minskat med 25 procent. Erfarenheterna hittills är emellertid att den besparing som ökad produktivitet ger äts upp av att den samtidigt leder till att man kan behandla fler. Om den utvecklingstrenden håller i sig framöver kommer den medicintekniska utvecklingen sannolikt att kräva ett större resurstillskott till hälso- och sjukvården än den demografiska utvecklingen. SKL räknar med att resursbehoven till följd av den medicintekniska utvecklingen kommer att öka med närmare 27 procent fram till år 2030.

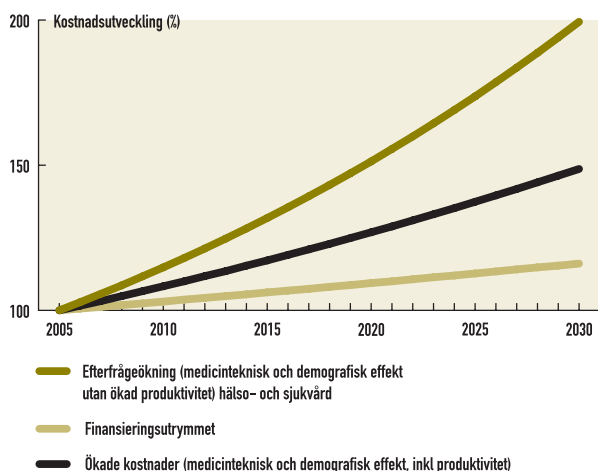
### **FINANSIERINGSMÖJLIGHETERNA PÅVERKAR UTVECKLINGEN**

#### **Begränsat offentligt finansieringsutrymme**

För att klara behoven till följd av den åldrande befolkningen och den medicintekniska utvecklingen krävs således enligt SKL en ökning av resurserna inom hälso- och sjukvården fram till år 2030 med totalt sett cirka 50 procent. Detta antagande bygger på en produktivitetsökning i takt med den som SKL beräknar har skett under de gångna årtiondena.

I figur 7 nedan presenteras tre kurvor. Den mellersta representerar SKLs antagande om en 50-procentig resursökning inom hälso- och sjukvården inklusive produktivitetsutveckling på dagens nivå. Den översta kurvan visar resursbehovet om man förutsätter att det inte sker någon produktivitetsökning och med oförändrat vårdbehov per åldersgrupp. Den nedersta kurvan är en antagen utveckling av finansieringsutrymmet med nuvarande finansieringssystem och skattenivå. Detta beräknas endast stiga med 0,6 procent per år mellan 2005 och 2030. (SKL 2005b) SKL:s bedömning visar att det offentliga finansieringsutrymmet vid oförändrade skatter sannolikt inte kommer att räcka till för att möta de ökade behoven.

Figur 7. Prognostiserad utveckling av kostnader och finansieringsutrymme i hälso- och sjukvård till år 2030. Index: 2005=100



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2005b). Nuteks bearbetning.

Det finns olika sätt att möta detta gap mellan resursbehov och resurstillgång. Under alla förhållanden skapar det ett starkt tryck mot ytterligare ökad produktivitet och effektivitet. Potentialen härför ska vi återkomma till i nästa kapitel.

### Inkomstökningar ger ökad efterfrågan

Redan i dag finns delmarknader som fungerar på normala marknadsvillkor, det vill säga där brukarna fullt ut betalar ur egen plånbok för de tjänster som levereras. Som framgick i föregående kapitel gäller det till exempel en viss andel av de tjänster som utförs av naprapater, kiropraktorer med flera.

Det finns också en viss privat marknad för den typ av tjänster som huvudsakligen tillhandahålls av kommuner och landsting. Som tidigare nämnts är det en vanlig bedömning att många välfärdstjänster har en positiv inkomstelasticitet, det vill säga att efterfrågan ökar med ökande inkomster. I takt med att kraven på prioriteringar ökar i den skattefinansierade vården och omsorgen kan man tänka sig att behandlingar och tjänster som där väljs bort i viss omfattning kommer att efterfrågas på marknaden. I Östergötlands läns landsting har man till exempel beslutat att endast tillhandahålla en hörapparat. Sådana beslut kan leda till en ökad benägenhet hos patienter att själva bekosta en andra hörapparat.

Ett annat exempel på behandling som har prioriterats bort av landstingen är operationer mot åderbräck som inte är motiverade av medicinska behov utan snarare av

estetiska skäl. Detta har bland annat resulterat i att den privatfinansierade verksamheten inom företaget Stockholm Venous Centre (blivande Scandinavian Venous Centre) vuxit mycket snabbt. Av ett par tusen patienter per år är två tredjedelar privatfinansierade, genom privata sjukvårdsförsäkringar eller direkt betalning från patienterna. Företaget, som i dag torde ha omkring hälften av denna privatfinansierade marknad inom området, kommer inom kort att starta verksamhet också i Skåne.

I takt med att landsting och kommuner tvingas tydligare definiera vad som ingår i det offentliga åtagandet och vad medborgarna själva måste betala kan man också förutse en växande marknad för tilläggstjänster, det vill säga där vissa brukare fullt ut betalar för extratjänster i anslutning till sådana som tillhandahålls med skattefinansiering. Möjligheten finns redan i dag i vissa sammanhang. Brukare av social hemtjänst från privata företag kan i vissa kommuner köpa tilläggstjänster såsom storstädning eller fönstertvätt som inte ingår i de timmar de fått sig tilldelade. Ett annat exempel är att man i vissa landsting accepterar att operera in en bättre lins vid starroperationer om patienterna själva betalar den. Marknaden för tilläggstjänster är, som vi tidigare har noterat, än så länge liten men kommer med största sannolikhet att växa.

Eftersom det framförallt är inkomsterna i den aktiva generationen som kommer att öka så kommer den marknadsmässiga efterfrågan främst att riktas mot sådana tjänster som direkt vänder sig till denna grupp. Exempel är privata sjukvårdsförsäkringar, tjänster som tillhandahålls av naprapater, kiropraktorer, alternativmedicin av olika slag och skönhetsoperationer.

Ibland spekuleras i att morgondagens pensionärer kommer att få bättre råd att betala för tjänster än dagens. Långtidsutredningen räknar emellertid med att pensionärerna som grupp till följd av ökad livslängd och det nya pensionssystemets utformning framöver kommer att få vidkännas en sämre inkomstutveckling än medborgarna i övrigt. Mellan år 2003 och 2020 beräknas pensionärernas genomsnittliga inkomster öka med 7 procent mindre än genomsnittsinkomsterna för dem i åldersgruppen 20–64 år. Motsvarande siffra för dom som är 80 år och äldre är minus 14 procent. (SOU 2004:19) Självfallet kommer det att finnas pensionärshushåll med goda inkomster, men för pensionärskollektivet finns mot denna bakgrund inte anledning att räkna med någon starkt ökad marknadsmässig efterfrågan.

## **SAMMANFATTANDE KOMMENTAR**

Såväl den demografiska som den medicintekniska utvecklingen talar för ett ökat behov av och en växande efterfrågan på vård och omsorg. De stora behoven finns emellertid hos grupper med begränsad betalningsförmåga. Om vården och omsorgen ska fördelas efter behov förutsätts därför även i framtiden någon form av omfördelning, där personer med goda inkomster och små behov av vård och omsorg betalar merparten av kostnaderna, medan

brukarna i hög grad är personer med låg betalningsförmåga men stora behov. Med ökade hushållsinkomster kan man visserligen förutse en ökad marknadsmässig efterfrågan på välfärdstjänster, och därmed tillväxtpotentialer för vissa företag i branschen och i närliggande branscher. Det är dock mindre sannolikt att denna efterfrågan kanaliseras till de områden där de största behoven finns. Finansieringen av dem torde även i framtiden i huvudsak kräva någon form av skattefinansiering.



# UTMANINGAR FÖR VÅRD- OCH OMSORGSBRANSCHEN

---

## ÖKAD PRODUKTIVITET I NÄRINGSLIVET

Näringslivets produktivitet har sedan 1990-talets början ökat kraftigt, framför allt inom tillverkningsindustrin. En viktig förklaring är den tekniska utvecklingen, särskilt inom IT. Men också organisationsförändringar, rationaliseringar och bättre matchning på arbetsmarknaden samt den ökade konkurrensen i flera branscher, inte minst som en effekt av ett antal avregleringar och globalisering, har spelat en viktig roll. (Nutek och IVA 2006)

### ...men tjänstesektorn utvecklas svagare

Produktiviteten inom näringslivets tjänstebranscher har utvecklats betydligt svagare. Medan tillverkningssektorn under perioden 1995–2005 hade en genomsnittlig årlig produktivitetsoökning på fem procent så var motsvarande siffra för tjänstesektorn 1,9 procent. Skillnaden kan till viss del spegla de större svårigheterna att mäta produktivitetens utvecklingen i tjänstesektorn (Nutek 2007c). Men eftersom många tjänster är personalintensiva och inte kan automatiseras på samma sätt som tillverkningen är det också den utveckling man kan förvänta sig.

Även inom tjänstesektorn finns skillnader. Vissa tjänstebranscher, såsom handel och infrastruktur-tjänster, har uppvisat en bättre produktivitetens utveckling än andra, exempelvis vård och omsorg. Enligt Nuteks årsbok 2007 påminner utvecklingen i delar av tjänstesektorn om den som tillverkningssektorn genomgått under lång tid och som inneburit att arbetskraft ersatts av teknik. Framförallt har den nya informationsteknologin lett till förändringar även i tjänsteföretag när det gäller såväl intern styrning som inköp och försäljning. Det har också varit en trend att lägga över en större del av tjänsterna på kunderna i syfte att hålla priserna nere. Detta gäller bland annat inom handel, finansiella tjänster och uthyrning av varor. Ett gemensamt drag för dessa branscher är att det har skett betydande organisatoriska innovationer i distributionen av tjänster (Nutek 2007a). Någon produktivitetsoökning av detta slag har emellertid ännu inte skett inom vård och omsorg i privat regi eller i de branscher som närmast kan jämföras därmed. Inom mer person-

beroende branscher har det till och med registrerats en viss produktivitetens minskning (Nutek och IVA 2006).

### Svensk vård är effektiv men har förbättringspotential

Inom den vård och omsorg som finansieras med skatter är det extra svårt att mäta produktiviteten eftersom tjänsterna inte omsätts på en marknad och det därför inte går att använda priset som ett mått på värdet av det som produceras. Mot den bakgrunden råder stor osäkerhet om hur produktivitetens utvecklingen inom vård och omsorg faktiskt ser ut. Försök som har gjorts att bedöma produktivitetens utvecklingen för sektorn som helhet visar dock att den har varit svag (SOU 2004:19). Vissa bedömningar tyder dock på en ökning inom hälso- och sjukvården under senare år (SKL 2006a).

För att bedöma nivån på produktiviteten i svensk vård och omsorg kan en internationell jämförelse av resursinsatser och resultat göras. Sådana jämförelser har framförallt gjorts på hälso- och sjukvårdsområdet. Svensk hälso- och sjukvård står sig mycket väl i en sådan jämförelse (SKL 2005a). Även om Sverige sannolikt inte kan räkna med några stora effektivitetsvinster genom att kopiera system i andra länder finns det ändå skäl att göra internationella jämförelser på delområden och söka lära av goda exempel.

Samtidigt kan konstateras att kostnaderna varierar kraftigt mellan olika produktionsenheter och mellan kommuner och landsting i Sverige (SKL 2006a, SKL 2006b, SKL 2007). Det tyder på att produktivitet och effektivitet på mikronivå varierar och att det borde finnas en potential för förbättring. På denna nivå torde det definitivt finnas goda förebilder inte bara i Sverige utan också internationellt.

Produktivitets- och effektivitetsförbättringar kan komma ur olika källor. Långsiktigt är det framförallt genom teknisk utveckling som produktivitetsförbättringar åstadkoms. Det är det främsta skälet till den produktivitetens utveckling som har skett inom såväl tillverkningsindustrin som delar av tjänstesektorn. Som tidigare redovisats har även den medicintekniska utvecklingen lett till ökad

produktivitet, särskilt inom den specialiserade hälso- och sjukvården. Det har tagit sig uttryck i mindre omfattande ingrepp, kortare vårdtider och bättre resultat.

En annan faktor som kan tänkas bidra till successivt förbättrad produktivitet är ökad kompetens hos de anställda. Effekterna av denna är delvis kopplad till, och svår att separera från, den tekniska utvecklingen. Men inom vård och omsorg kan man föreställa sig att till exempel en förbättrad förmåga att bedöma hälso- och sjukdomstillstånd och behov hos brukare kan leda till snabbare, mer adekvata diagnoser och därmed mer ändamålsenliga interventioner. Inom sektorn har det under lång tid funnits en strävan att höja kompetensnivån genom att satsa på mer välutbildad personal. Idag finns ett tjugotal olika legitimeringsyrken inom vård och omsorg, vilket visar på den breda kunskapsbas som finns.

Variationerna i den uppmätta produktiviteten inom svensk vård och omsorg kan emellertid inte främst förklaras av skillnader i teknik eller kompetens. Skillnaderna beror huvudsakligen på hur resurserna organiseras. Det är uppenbart att en given resursinsats inte automatiskt leder till ett visst resultat. Resurser kan användas mer eller mindre effektivt. Produktiviteten påverkas av hur arbetet organiseras. Ledarskapet är en viktig faktor i detta sammanhang, liksom andra kunskaper som ligger utanför det direkta vårduppdraget såsom logistik, kvalitetsarbete och metoder för mätning och utvärdering. Här kan det, som det tidigare redovisade Jönköpingsexemplet visar, finnas inspiration att hämta i andra branscher.

Den stora potentialen till produktivetsförbättringar ligger i organisatoriska innovationer som minskar ledtider och förbättrar informationsöverföringen mellan olika vård- och omsorgsinsatser i en och samma vårdkedja. Genom att organisera vården med utgångspunkt i det eftersträlvade vårdresultatet kan man ofta både minska resursåtgången och nå bättre resultat. För att uppnå hög effektivitet, det vill säga goda vårdresultat, är det nödvändigt att inte fixera sig vid produktiviteten i varje enskilt led utan se till hela vårdkedjan. Ett sätt att göra det är att skapa standardiserade vårdkedjor för diagnoser som är vanligt förekommande. Enligt en pågående studie av Nutek kan man konstatera att kostnaderna för vanliga fall, till exempel diagnostisering av prostatacancer och behandling av multisjuka äldre, skulle kunna minskas med 40 procent om man kan förbättra samspelet mellan vårdens olika aktörer (Nutek 2007g).

### Nya produktionslogiker utvecklas

En viktig förutsättning för att kunna förbättra produktivitet och effektivitet är öppna jämförelser av verksamheter. Utan sådana finns betydande risker att de berörda intalar sig att deras egen organisation är så effektiv den kan bli. De kan uppleva, ofta med all rätt, att de arbetar hårt och inte kan "springa fortare". För att kunna förbättra vårdresultatet ser de därför bara en möjlighet, att tillföra mer resurser. Den slutsatsen kan i vissa sammanhang naturligtvis vara helt riktig, men den behöver inte vara det. Öppna jämförelser kan ge indikationer på att man även med givna resurser kan skapa en effektivare organisation.

För att kunna öka produktiviteten och effektiviteten är det viktigt att det finns utrymme för experiment. I många sammanhang kan man finna de bästa lösningarna bara genom att pröva sig fram. Under senare år har experimentlusten, liksom viljan att lära från andra branscher, ökat inom vård och omsorg.

Ett antal nya produktionslogiker för att organisera vården prövas nu. Grunden för att dessa utvecklas och sprids är att de skapar värde för patienterna (som önskar högre kvalitet i hela vårdprocessen), professionen (som vill bedriva ett framgångsrikt arbete) och huvudmännen i vården, det vill säga landsting och kommuner (som ansvarar för god användning av resurserna). Det har blivit allt vanligare att vårdkedjor standardiseras efter best practice och att sjukvården organiseras i vårdprocesser.

En modell handlar om patientfokuserade vårdkedjor, som tar utgångspunkt i en typisk patients situation. Ur denna situation byggs vårdkedjor upp i en process som överskrider medicinska kompetens- och ansvarsgränser. Idén är att "patientens bästa" ska vara utgångspunkten för hur nödvändiga kompetenser definieras och binds samman. Ett exempel är vårdkedjan för ryggmärgsskada inom Stockholms Läns Landsting, som är ett samarbete med den privata aktören Rehab Station Stockholm, inom Praktikertjänst. Ett annat exempel är projektet Esther i Jönköpings län, som syftar till att effektivisera samverkan mellan olika aktörer.

## FALLET ESTHER

”Esther” är ett projekt inom äldreomsorgen och äldreomsorgen i Jönköpings län som inkluderar kommuner, primärvård och specialister i sjukvården. En vårdkedja utvecklas med utgångspunkt i vad som är rationellt utifrån en viss patienttyp – kallad Esther – och hennes behov. Esther är en äldre multisjuk kvinna. I projektet är det hennes behov, inte hur kompetenserna är organiserade, som bestämmer upplägget av vården.

Då många aktörer involveras i äldreomsorgen fann man vid medicinkliniken på Högländssjukhuset att patientens process ”startade om” vid varje ny instans. Dessutom fokuserade varje aktör på sin del av diagnosen vilket fick till följd att processen blev splittrad för patienten och alltför sjukdomsfixerad och att patientens individuella sammanhang försvann. Genom att de olika aktörerna gemensamt utvecklade Esthers vårdkedja, enligt principen ”vad som är bäst för henne”, har de lyckats etablera ett fungerande samarbete.

Sex kommuner, sex primärvårdsområden, apoteken, medicin- och akutkliniken, labb- och rehabiliteringsverksamheter samt kommunernas organisationer för rehabilitering utvecklade tillsammans en vårdkedja med planerade insatser i en för patienten önskvärd följd. Tydliga ingångar in i denna vårdkedja finns inom äldreomsorg, hos allmänläkarna inom primärvården samt vid akutkliniken på sjukhuset. Patienter

som kommer in via äldreomsorgen eller primärvården kommer direkt till en specialist utan att behöva gå via akutmottagningen.

Efter behandling slussas patienten direkt till rehabiliteringsverksamheten. De ”banor” som behövs är planerade i förväg, vilket minskar dröjsmålen. De understöds av en individuell vårdplan, kontaktblad till alla som är involverade samt en medicinlista för patienten.

Samarbetet över huvudmannagränserna har skapat ett gemensamt språk. Genom att ställa frågan ”vad vill nästa vårdgivare i kedjan ha för att kunna göra ett bra jobb” har man tillsammans lyckats säkerställa kvalitet och resultat för Esther. Enkla insatser som att medicinkliniken vid sjukhuset skickar med en dosett med medicin för varje ”Esther-patient” underlättar i nästa steg för hemsjukvårdens personal.

Genom en integrerad vårdkedja där patientens behov bestämmer processen har man skapat en tryggare och mer tillförlitlig vård för Esther, gjort produktivitetsvinster samt förbättrat kvaliteten för producenterna. Detta angreppssätt och dessa metoder för patientfokuserade vårdkedjor utvecklas nu på många olika platser i Sverige, exempelvis ”Eskil” i Eskilstuna, ”Kersti” i Falun, ”Nisse” i Malmö och ”Hilma” i Örebro.

En annan modell är patientcenter, där relevant vårdkompetens samlas för att kunna samarbeta utifrån patienters sjukdomssituation. Patienten ska på ett smidigt sätt få tillgång till alla kompetenser som är relevanta för ett typfall, exempelvis hjärtbesvär, bröstcancer, allergi eller stroke.

En tredje modell är samverkande vårdnätverk, med patienten som aktiv medproducent. Patienten får, med stöd av information, medicinsk teknik och mobila vårdteam, en mer aktiv roll i vårdkedjan genom egenvård i samverkan med vårdsystemet. Genom att patienten får en tydligare roll och mer ansvar och kontroll ökar möjligheterna till en snabbare återhämtningsprocess i många fall.

## Men kunskap måste omsättas i handling

Ett sätt att förbättra produktiviteten och effektiviteten är att sprida kunskap om de goda exemplen. Erfarenheten visar emellertid att det inte är så lätt att överföra kunskap mellan organisationer. Det finns ofta en benägenhet hos mindre produktiva enheter att hitta yttre förklaringar till deras sämre resultat. Men ett skäl är också att organisation är mer än organisationsscheman. Resultaten är beroende av sådant som ledarskap, incitament, organisationskultur och annan delvis ”tyst kunskap” som är svårare att sätta på pränt och överföra till en annan organisation.

För att öka produktiviteten är det angeläget att utveckla ersättningsystem som uppmuntrar gott ledarskap,

nyttänkande, effektivisering och samverkan, att ta fram bättre mätmetoder för att följa upp och utvärdera resultaten inom vård och omsorg, samt att påverka attityder inom branschen, där det fortfarande händer att man ser effektivisering som ett hot mot kvaliteten.

Det finns även skäl understryka den betydelse som forskning och utveckling inom hela vård- och omsorgssektorn kan ha för produktivitets- och effektivitetsutvecklingen. Det är därför angeläget att Sverige internationellt sett kan behålla och stärka sin position som en framstående forskningsnation inom detta fält.

Ett annat sätt att främja produktiviteten och effektiviteten i organisationer är att låta olika produktionsenheter konkurrera. När landsting och kommuner under de senaste 15–20 åren i ökad omfattning har infört köpsystem och också inbjudit privata företag att vara med och konkurrera är det just i insikten om svårigheterna att planera fram en effektiv organisation och i förhoppningen att ökad konkurrens ska leda till ökad produktivitet.

En jämförelse mellan kommuner med olika andel privata utförare inom äldreomsorg visar att kostnaderna kan vara låga i såväl kommuner med en hög andel privata utförare som i kommuner med en låg andel. Men i alla kommuner med en privat andel på åtminstone 15 procent är kostnaderna låga. Det kan ses som en indikation på att upphandling i konkurrens är ett sätt, om än inte det enda, att uppnå lägre kostnader. (Attendo 2006)

Ibland kan det emellertid finnas en konflikt mellan produktiviteten i den enskilda produktionsenheten och effektiviteten när man ser till det förväntade slutresultatet. Det är därför angeläget att det finns incitament också till en sådan samverkan mellan produktionsenheter som kan ge en systemeffektivitet. Särskilt inom den specialiserade hälso- och sjukvården kan utvecklingen under senare år uppfattas så att man nu åter betonar effektiviteten på makronivå och söker sig till mer av samordning, planering och styrning snarare än konkurrens (Blomqvist 2007). Det är dock viktigt att framhålla att samverkansproblem inte har kommit med ökade inslag av konkurrens utan alltid har funnits. I praktiken krävs alltid en balansgång mellan å ena sidan konkurrens och å den andra planering och incitament för samverkan för att nå bästa möjliga resultat.

## VAD DRIVER PRODUKTIVITET OCH EFFEKTIVITET?

### Öka konkurrensutsättningen

Konkurrensverket (2007) anser att konkurrensutsättning i flertalet fall har medfört kostnadsminskningar eller kva-

litetsförbättringar. Enligt Ekonomistyrningsverket (2006) är det avgörande just att det finns konkurrens, inte vilka driftformer man har. Det innebär att monopol aldrig är bra, oavsett om de är privata eller offentliga.

Som tidigare har redovisats finns i dag tre modeller för utformningen av system med konkurrens: att kommunerna upphandlar produktionen i konkurrens och behåller rätten att besluta om vilket alternativ som ska erbjudas brukarna, att kommunen upphandlar produktionen i konkurrens och sedan låter brukarna välja mellan de tillgängliga alternativen eller att kommunerna på ett eller annat sätt certifierar leverantörer och sedan låter brukarna fritt välja mellan dessa.

Vid anbudsupphandling gäller Lagen om offentlig upphandling (LOU), som reglerar hur upphandlingar av varor och tjänster ska gå till. Syftet med lagen är att säkerställa effektiv användning av skattemedlen och utnyttja konkurrensen på marknaden. I normalfallet ska en upphandling annonseras och leverantörerna ges rimlig tid att lämna anbud. Vidare finns i LOU bestämmelser som gör det möjligt för leverantörer som tycker sig ha blivit felaktigt behandlande att få sin sak prövad i domstol.

Ett problem vid offentlig upphandling är att förfrågningsunderlagen ofta är omfattande och detaljerade, vilket riskerar minska möjligheterna för nyttänkande. Anbuderna ska utvärderas i enlighet med de riktlinjer som angetts – ofta en kombination av pris och kvalitet. Detta innebär att nya eller annorlunda lösningar kan vara svåra att värdera om inte sådana uttryckligen efterfrågats. Risken finns också att utföraren fokuserar mer på att tillgodose den upphandlande enhetens krav än den slutliga brukarens önskemål.

Ett annat problem med omfattande upphandlingsunderlag är att de kan göra det svårt för mindre företag att delta. De krav som ställs i förfrågningsunderlaget kan i vissa fall i praktiken till och med utesluta nya eller små företag, till exempel genom krav på tidigare erfarenheter, viss omsättning eller ekonomiska garantier. Eftersom flertalet småföretag av naturliga skäl inte deltar i så många upphandlingar får de inte heller rutin på detta och risken ökar för att de förbiser något formkrav som kan göra att de utesluts ur processen innan deras anbud har hunnit prövas.

På senare år har så kallad utmaningsrätt införts i några kommuner, exempelvis Sollentuna. Tanken med utmaningsrätten är att ge befintliga företag en möjlighet att kunna ”utmana” den verksamhet som i dag bedrivs av kommunen eller landstinget i egen regi. Utmaningen

lämnas in till den politiska instans som ansvarar för verksamheten, som också beslutar i ärendet. Accepteras utmaningen genomförs en upphandling.

I Uppsala kommun har man även infört en intern utmaningsrätt, det vill säga att även kommunens egna medarbetare kan utmana den kommunala driften. Det är sannolikt att utmaningsrätten kommer att spridas till fler kommuner och landsting. En tänkbar utveckling av utmaningsrätten är dessutom att både interna och externa intressenter inbjuds att komma med idéer om hur även den kommunala verksamheten kan utvecklas.

Vid certifiering har alla utförare som uppfyller de krav som ställs möjlighet att konkurrera om de enskilda brukarnas gunst och få ersättning enligt de villkor som bestäms av huvudmannen. Certifieringskraven kan vara mer eller mindre omfattande. För till exempel tandvård handlar det om att vårdgivaren har tandläkarlegitimation och patientförsäkring, för ett hemtjänstföretag om att föreståndaren har vissa kvalifikationer och att företaget inte har några skatteanmärkningar etc. Det är enligt Konkurrensverket i dag oklart om certifieringssystem vid tredjepartsfinansiering är lagliga enligt LOU (Konkurrensverket 2007).

### **Behovet av vinst och incitament i vården**

När begreppet vinst används inom vård- och omsorgssektorn är det ofta kontroversiellt. Det beror troligen på att man befärdar att vinsten uppkommer på bekostnad av patienterna eller skattebetalarna. Vinst skulle åtminstone teoretiskt kunna uppkomma till följd av selektering av patienter efter behandlingsformer eller genom lägre kvalitet. Men om pris och en viss kvalitet är givna, vilket de ofta är i den offentligt finansierade vården och omsorgen, kan vinst bara uppkomma om verksamheten organiseras effektivt.

Konsultföretaget Grufman Reje har på uppdrag av Nutek undersökt förekomsten av vinst inom sjukvården och visat att begreppet förekommer och används i hela sjukvårdssektorn i dag. Den definieras på ett likartat sätt men ges olika benämningar i olika driftsformer, exempelvis resultat, balans, överskott etc. De eftersträfvade vinstnivåerna varierar något mellan olika typer av utövare, men skillnaderna är i praktiken ganska små. I landstingsvärlden är vinstens (resultatets) främsta funktion att spegla organisationens förmåga att styra verksamheten enligt budget. Privatägda företag anser sig behöva en vinst eftersom de har aktieägare som har tillskjutit kapital och som vill ha avkastning på detta. Det finns dessutom en rad

så kallade non-profitorganisationer, som drivs av andra typer av incitament, exempelvis värderingar. Men även dessa motiverar ett behov av vinst, eller positiva rörelseresultat, främst av buffert- och utvecklingsskäl.

Förutsättningarna skiljer sig mellan budgetstyrda förvaltningar och företag i olika former. I en budgetstyrd verksamhet finns det alltid möjligheter att tillskjuta resurser vid negativa resultat, att finansiera investeringar med skattemedel utan krav på avkastning etc. Men detta innebär inte att man kan ge avkall på effektivitetskrav. Lägre effektivitet än möjligt innebär slöseri med resurser vilket går ut över andra verksamheter. Problemen är likartade vid en verksamhet som bedrivs som monopol. Att nå effektivitet i organisationer som inte är utsatta för konkurrens har i praktiken visat sig vara svårt.

I företag av olika slag, oavsett om det är aktiebolag, enskilda firmor, handelsbolag, kommanditbolag eller icke vinstdrivande företag, är det nödvändigt att verksamheten i genomsnitt uppvisar ett visst överskott. Detta behövs för att kunna klara svackor i ekonomin, till exempel vid tillfälligt lägre beläggning, men också för att kunna utveckla verksamheten. En enkätundersökning besvarad av knappt 300 privata verksamheter inom vård och omsorg visade att eventuella överskott framförallt används till investeringar i lokaler och utrustning, kompetensutveckling eller för att utöka det egna kapitalet (SOU 2007:37). För anställda ger verksamheter som genererar överskott i regel tryggare anställning, bättre anställningsvillkor och större utvecklingsmöjligheter.

Alla framtidsatsningar innehåller någon form av risk, särskilt om de sker på en marknad med konkurrens och där man inte, som ofta är fallet med verksamheter som sker på uppdrag av det offentliga, kan vara säker på att få kunder. Sådana satsningar kräver därför riskkapital. Detta kan uppbringas genom tillskott utifrån, till exempel från aktieägare, långivare eller offentliga myndigheter, eller genom en internt genererad vinst.

Möjligheten att generera överskott ger också ett viktigt incitament till ägare/medarbetare att försöka bedriva verksamheten så effektivt som möjligt. Traditionellt har man ansett att det ligger i aktieägares intresse, men det kan också gynna medarbetare om företaget har någon form av vinstdelningssystem eller om medlemmar i ett kooperativ får till exempel bonuslön vid gott resultat. Insikten om att sådana incitamentssystem är viktiga har också spritt sig till offentlig sektor där man på många håll försöker utforma sådana system inom ramen för sina normala ekonomiska system.

## EN STYRMODELL SOM GER RESULTAT OCH MOTIVERAR ANSTÄLLDA

Västerås stad har delat sin verksamhet i en beställar- och en utförarorganisation inom äldreomsorg, barnomsorg, socialvård, skola och kultur. proAros representerar den kommunala utförarorganisationen. Dess uppgift är att driva verksamheterna på ett kostnadseffektivt sätt. För att göra det används en styrmodell som ställer upp mål för verksamheten, gör det möjligt att följa verksamhetens resultat och anger hur de enheter och medarbetare som uppfyller sina mål ska belönas för att därigenom skapa incitament för förbättring.

### **Omvärldsanalys, strategisk planering, verksamhetsmål, uppföljning**

Enligt styrmodellen planeras, implementeras, utvärderas och belönas verksamheterna på ett strukturerat sätt. Utifrån en flerårsplan och föregående års resultat skapas den årliga verksamhetsplanen och budgeten. Dessa används för att följa verksamheten under året. Mål och krav omsätts i arbetsplaner på de olika enheterna. Dessa följs upp i månadsrapporter och slutligen i årsrapport och verksamhetsberättelse.

Varje enhet inom proAros har fullt ansvar för att mål och ekonomiskt resultat. På alla enheter finns en ansvarig person, ett väl avgränsat resultatansvar samt personal- och administrativt ansvar.

### **Balanserat styrkort**

För att följa verksamheten används ett så kallat balanserat styrkort. Det gör det lättare att belysa och styra verksamheten. Styrkortet kopplar den kortsiktiga verksamhetsstyrningen till den långsiktiga visionen och strategin för hela organisationen.

Balanserat styrkort och arbetet med att formulera målen är en viktig pedagogisk process för att skapa resultatriktning på enheterna och bland de anställda. Om mål ska ha en styrfunktion förutsätter det att varje nivå i organisationen och varje enhet diskuterar vad

som fordras för att de ska nå framgång. Processerna på arbetsplatsen, där chefer och medarbetare diskuterar arbetssätt med mera, är därför betydelsefulla.

### **Styrkortet anger mål ur olika huvudperspektiv:**

**Brukare:** Anger de mest kritiska styrtalet utifrån brukarperspektiv och de mål som är kopplade till uppdraget från beställaren.

**Processer:** Anger styrtalet för kritiska processer i verksamheten som har stor betydelse för möjligheterna att uppnå god måloppfyllelse i kärnverksamheten.

**Ekonomi:** Anger styrtalet för ekonomiskt resultat (ägarperspektivet) och produktiviteten.

**Medarbetare:** De gemensamma styrtalet har sin utgångspunkt i stadens strategiska plan.

**Miljö:** Anger de mest prioriterade miljömålen för berörd verksamhet.

### **Resultatkrav och belöningsystem**

Som en del i resultatstyrningen tillämpas ett belöningsystem för att ge incitament till god ekonomisk hållning. I systemet ska goda resultat belönas och underskott återbetalas. Det är det ekonomiska resultatet som är grunden för om det ska utbetalas någon premie. Där ska också finnas en plan för återbetalning för de enheter som redovisat underskott.

Belöningsystemet är tvådelat, i en baspremie och en målpremie. Baspremien gäller för enheten och gäller oberoende av resultaten för hela proAros, medan utbetalning av målpremien förutsätter att också hela proAros haft ett positivt resultat. De enheter som redovisat ekonomiskt överskott har möjlighet att behålla viss del därav förutsatt att enheten klarar de minimikrav som bestämts i styrkortet. För övriga mål ska enheten ha klarat minimikraven. Premien får användas till utvecklingsinsatser och personalfrämjande insatser inom enheten. Det kan till exempel vara friskvård, kompetensutvecklande konferenser eller team building-övningar.

För att det ska finnas utrymme för privata företag i olika associationsformer inom vård och omsorg måste man också acceptera ”vinst i vården”. Det bästa sättet att undvika ”övervinster” är en effektiv konkurrens. Där en sådan finns är vinstmarginalerna måttliga och risken för att någon ska kunna sko sig på bekostnad av patienter eller skattebetalare liten.

Vinst är en drivkraft för effektiv resursanvändning och lönsamhet innebär att företag är konkurrenskraftiga. Den ger också en viktig bas för expansion, både nationellt och internationellt.

### IT i vård och omsorg

IT kommer att i växande grad kunna användas för att öka effektiviteten inom vård och omsorg genom att bidra till snabba, säkra och enkla informationsflöden. IT kan till exempel användas för att hämta in information om patienter inom sjukvården, innan dessa möter sjukvårdspersonalen. Det kan spara tid vid mötet mellan patient och behandlare. Däremot ska man självfallet inte underskatta de tekniska svårigheter och kostnader som måste övervinnas innan potentialen fullt ut kan tas tillvara.

Landstingen antog våren 2006 ”Den nationella IT-strategin för Vård och Omsorg”. Strategin omfattar en handlingsplan med olika aktiviteter som ska leda till ökad patientsäkerhet, bättre vårdkvalitet och en resursoptimerad vård. Särskilt sjukvården är en kunskaps- och informationsintensiv verksamhet där tillgång till rätt information vid rätt tidpunkt är nödvändigt för att kunna göra rätt insatser. IT ska bidra till det. För att dra nytta av skalfördelar och skapa strukturer som kan ge nationella fördelar genomförs detta IT-arbete på nationell nivå.

IT kan bidra till ökad konkurrensneutralitet genom att patienterna lättare kan få tillgång till exempelvis information om vårdresultat hos olika vårdproducenter. Det kan bidra till att stärka brukarnas makt.

IT kan också underlätta för behandlande personal att få tillgång till relevant information om sina patienter. Informationen är i dag lagrad hos de olika vårdgivare som patienten tidigare har haft kontakt med. Genom att informationen görs lättare tillgänglig ökar möjligheterna till adekvata insatser och bättre vårdresultat.

IT är en möjliggörare för en säkrare och effektivare vård, men också för nya och förbättrade vårdtjänster som kan öka svenska företags konkurrenskraft. Ett exempel på detta är tillgången till databaser inom bioteknikområdet (se faktarutan nedan).

### TILLGÅNG TILL DATABASER INOM BIOTEKNIK

Svenska biotechföretag kan i framtiden skapa en konkurrensfördel genom snabbare ”time-to-market” för forskning baserat på bättre tillgång till fenotypdata. Tanken är att företagen ska få tillgång till avidentifierade/anonymiserade data som bygger på uppgifter om behandling och utfall för enskilda individer. Sådana avidentifierade data skulle också kunna förbättra uppföljning av den evidensbaserade vården. Vården effektiviseras genom att ineffektiva behandlingar kan rensas ut snabbare baserat på utvärdering i realtid av behandling och resultat. Dessutom kan det minska kostnader för patienter genom förbättrad preventiv sjukvård baserat på bättre tillgång på information.

Källa: Carelink

I faktarutan nedan exemplifieras hur IT inom radiologiområdet gör det möjligt för Södra Älvsborgs sjukhus att köpa tjänster från spanska röntgenläkare. Exemplet visar hur IT möjliggör internationell handel inom sjukvården och därmed en effektivare resursanvändning.

### RÖNTGENKLINIKEN VID SÖDRA ÄLVSBORGS SJUKHUS KÖP AV RÖNTGENTJÄNSTER FRÅN BARCELONA, SPANIEN

Från Röntgenkliniken vid Södra Älvsborgs sjukhus skickas digitala röntgenbilder till Barcelona för bedömning. På det sättet kan man både avlasta klinikens röntgenläkare och korta väntetiden till röntgenundersökningar. Detta är möjligt genom att man upphandlat en teleradiologitjänst från det virtuella sjukhuset European Telemedicine Clinic (ETC) i Spanien. ETC startades av en svensk som insåg att man kunde kombinera ett stort behov av röntgenläkare i Sverige med låga kostnader i Spanien. I dag levererar ETC diagnostisk support och utbildning till företag och sjukhus i Sverige, Norge och Storbritannien.

Källa: Södra Älvsborgs sjukhus och European Telemedicine Clinic

## INTERNATIONALISERINGENS BETYDELSE

Internationalisering och globalisering är faktorer som påverkar hela samhället och som naturligtvis får effekter även för utvecklingen av vård och omsorg. Läkemedelsbranschen, som spelar en viktig roll för vård och omsorg, är en i högsta grad internationell bransch. Som på andra områden sprider sig kunskaper om ny teknik och nya behandlingsmetoder snabbt över världen. Dessutom kan företag som har utformat attraktiva och effektiva tjänster vilja erbjuda dem till kunder i andra länder.

Den höga kvalitet och kostnadseffektivitet jämfört med andra länder som svensk vård och omsorg karaktäriseras av har givit Sverige ett gott internationellt anseende inom området. Inom omsorgsområdet har vi dessutom delvis unika erfarenheter eftersom vi har den äldsta befolkningen i världen. Mycket av den åldersexplosion som väntas andra länder har vi redan klarat av. Med ökad efterfrågan på vård och omsorg i hela världen och särskilt i Europa finns goda möjligheter att både exportera kunskap och tjänster och för svenska företag att söka sig ut på den internationella marknaden.

Trots att vård och omsorg är Sveriges största tjänstebansh står den i dag för en mycket liten del av den samlade exporten. Det är dock svårt att ur offentlig statistik avläsa omfattningen av den. Enligt en uppskattning från Exportrådet uppgick den, baserad på Världshandelsorganisationens (WTO) definition, till endast drygt 13 miljarder kronor år 2006. Merparten härav är direktinvesteringar i andra länder. Det största svenska företaget på den internationella marknaden är Capio, som stod för 10 av dessa 13 miljarder kronor (Nutek 2007k). Företaget menar att man har stora fördelar av att vara verksamt i flera länder. Det skapar möjligheter att utveckla och tillämpa best practice genom att göra jämförelser mellan produktionsenheter i olika länder. Goda erfarenheter som görs i ett land kan tillvaratas i andra. För företaget innebär det också en viss riskspridning av vara verksamt i flera länder. Om möjligheterna begränsas i ett land kan man satsa mer i andra.

Om man bortser från direktinvesteringarna så innebär export av vård- och omsorgstjänster att utländska patienter kommer till Sverige för att få vård. Sådan vård erbjuds i dag av ett antal företag, bland annat landstingsägda Stockholm Care. Värdet av denna export från landstingsägda bolag uppskattas av Exportrådet till cirka 150 miljoner kronor per år. (Nutek 2007k)

## EXPORT AV VÅRD VIA INTERNET

Careit har flera tusen användare av sina självhjälpssystem mot stress och depression. Företaget utvecklar och säljer psykologiska, interaktiva program som levereras via Internet. De största kunderna är företagshälsovården och företag som köper behandling till personal. Bristen på KBT-terapeuter och den höga kostnaden gör också att allt fler privatpersoner är villiga att pröva. I dagsläget har Careit årligen ett femtiotal utländska patienter, främst från övriga Norden. Företaget anser att det finns en stor framtida potential att sälja vård- och omsorgstjänster utomlands.

Källa: Careit

En förklaring till den låga exportandelen är att vård och omsorg ofta kräver ett möte mellan producent och konsument, vilket gör att vård- och omsorgsmarknader i huvudsak är lokala. Det kan dock finnas situationer då en viss behandling bara kan fås någon annanstans än där patienten finns och värdet av behandlingen, för såväl samhället som den enskilde, överstiger kostnaderna för transporter och andra besvär som är förenade med förflyttningen. Med ökad specialisering inom sjukvården och minskade transportkostnader kan det antas att sådana situationer kommer att bli vanligare. Man kan inte räkna med att de kommer att utgöra någon stor andel av alla vårdtillfällen. Däremot kan man spekulera i en god tillväxt av en marknad som i dag är mycket liten. För svensk del torde möjligheterna vara störst där det inte i första hand är kostnadsläget utan kvaliteten på behandlingen som avgör konkurrenskraften.

Även om möjligheten att söka vård utanför det egna landet finns så tillvaratas den i blygsam omfattning. Fler-talet patienter föredrar att söka vård i det egna landet, eller till och med det egna länet. Av alla vårdtillfällen utgör denna typ av "sällanvård" bara omkring sex procent och en stor del därav gäller gamla människor. Försäkringskassan har i en skrivelse till regeringen redovisat att under åren 2005–2006 gavs drygt 3 000 tillstånd för planerad vård inom EU/EES-området. Vanligast var tandvård samt behandling av sjukdomar i muskler och leder. Under samma period var det drygt 9 300 ärenden som gällde nödvändig vård vid tillfällig vistelse i EU/EES-land (Försäkringskassan 2007). Vi kan samtidigt notera att

patientrörligheten verkar öka och att intresset för att söka behandlingar i låglöneländer eller i grannländer har ökat. Ett exempel på det sistnämnda är att privata tandläkare i Skåne har ett ökande antal danska kunder.

För närvarande pågår inom EU-kommissionen en diskussion om hur man på bästa sätt ska kunna skapa möjligheter för en ökad rörlighet av tjänster inom vård och omsorg. Kommissionen väntas under hösten 2007 presentera sitt förslag till ett nytt direktiv alternativt en ny förordning om detta.

## EFFEKTER PÅ RELATERADE BRANSCHER

### Vikten av systemsyn

En avancerad vård- och omsorgssektor i Sverige kan vara viktig också för utvecklingen av svenska underleverantörer och andra branscher. Genom att vidga ”systemgränserna” och se vård och omsorg i ett större sammanhang kan man väga in andra branscher, sektorer och forskningsområden (se figur 8).

Figur 8. Vård, omsorg och angränsande branscher



Källa: Nutek (2007k).

En högkvalitativ sjukvård i Sverige är en förutsättning för att den svenska biomedicinska industrin ska vara internationellt konkurrenskraftig och för att nya produkter ska kunna utvecklas, testas och utvärderas (Arvidsson med flera 2007). En ökad internationalisering av svenska företag inom vård och omsorg kan också bidra till ytterligare förbättrade förutsättningar för dessa svenska underleverantörer att växa och internationaliseras.

Ett område där betydelsen av kvalificerad efterfrågan har varit viktig för utvecklingen av nya produkter, och också för exportframgångar, är hjälpmedel för funktionshindrade. Sverige låg tidigt långt fram inom området,

med internationellt framgångsrika företag som exempelvis Permobil (se faktaruta). En historisk förklaring till detta var en stark offentlig beställare genom dåvarande LIC (Landstingens inköpscentral). I många andra länder betalade individen själv för denna typ av produkter, vilket minskade marknadsunderlaget och därmed företagets intresse för att utveckla nya produkter. (Lindqvist, 1988)

### PERMOBIL INTERNATIONAL AG

Permobil startades 1963 av läkaren och uppfinnaren Per Uddén och har under 40 års verksamhet etablerat sig som en världsledande tillverkare och leverantör av elektriska rullstolar för funktionshindrade. Utvecklingsarbetet har pågått oavbrutet och många stora framsteg har gjorts som har skapat nya möjligheter även för mycket svårt rörelsehindrade. Bolaget är i dag etablerat på den globala marknaden. Försäljningen sker i 20 länder, främst genom egna dotterbolag. Drygt hälften av försäljningen går till USA och resterande del till Europa och övriga marknader.

Vid årsskiftet 2004 uppgick omsättningen till cirka 840 Mkr och antalet anställda förväntades vid årsskiftet 2005 överstiga 500 personer. Företaget, som är ett helägt dotterbolag till Stiftelsen för Teknisk Hjälp åt Handikappade, har sedan 1995 visat en i stort sett obruten kurva av stark organisk tillväxt med god lönsamhet. Nyligen har beslut tagits om att överlåta 75 procent av aktierna till Nordic Capital Fond V. Resterande 25 procent säljs av Handinter Gamma AG som ägs av sönerna till Permobilens grundare och delar av företagsledningen. Syftet med ägarskiftet är att skapa förutsättningar för en ökad tillväxt och vidareutveckling av bolaget.

Källa: [www.permobil.se](http://www.permobil.se)

Ett annat exempel på viktigt samarbete mellan företag och den offentliga sektorn gäller utveckling och klinisk testning av nya läkemedel. Samtidigt kan vi konstatera att förutsättningar för nära samverkan mellan privata och offentliga aktörer kring utvecklingsinsatser har komplicerats sedan lagen om offentlig upphandling (LOU) infördes (Nutek 2006). Regeringen har nyligen tillsatt ett par utredningar med uppgift att stimulera den kliniska forskningen och samarbetet mellan företagen och hälso- och sjukvården.

### Utveckling genom samverkan

Under senare år har det blivit allt tydligare att företags utveckling och konkurrenskraft i hög grad är beroende av den miljö där de verkar. Där samspelar de med både privata och offentliga aktörer. Till de senare hör exempelvis universitet och högskolor, sjukhus, kommuner, länsstyrelser, regionala samverkansorgan och arbetsförmedlingar.

Nutek har under ett antal år sökt stimulera utvecklingen av så kallade kluster. Med kluster menas en geografisk koncentration av relaterade företag och andra aktörer som ömsesidigt påverkar varandra. Ett kluster är inte detsamma som en traditionell bransch, utan rymmer företag från olika branscher, som producerar varor eller tjänster och har olika relationer. Det handlar ofta om både konkurrens och samverkan.

I dagens regionala utvecklingsarbete, exempelvis inom ramen för de regionala tillväxtprogrammen (RTP) och EUs nya strukturfondsprogram, betonas vikten av att utveckla innovativa miljöer genom så kallade klusterinitiativ. Det handlar om strukturerade samarbetsprojekt mellan privata och offentliga aktörer. Även om den geografiska omfattningen varierar är det mycket som talar för att det är enklare att bedriva denna typ av samverkan på regional, snarare än nationell, nivå.

Små företag har ofta mycket att vinna på att medverka i klusterinitiativ. Genom samverkan med andra företag ökar möjligheten för dem att driva gemensamma frågor, exempelvis kompetensutveckling, omvärldsbevakning, utveckling av nya koncept och marknadsföring. Erfarenheterna visar även att många stora företag ser nytan av att delta samtidigt som de har en viktig uppgift när det gäller att tillföra bland annat kompetens, legitimitet och resurser. Stora företag, liksom offentliga aktörer, har dessutom ofta en viktig roll som kvalificerade kunder eller kravställare.

### Exempel på klusterinitiativ inom vård och omsorg

Ett exempel på regional samverkan mellan privata och offentliga aktörer med koppling till vård och omsorg är HälsoTEKNIKalliansen i Hallands län. Med hälsoTEKNIK avses, i detta sammanhang, en rad varor och tjänster som bidrar till bibehållen eller bättre hälsa för målgruppen. HälsoTEKNIK är i dag ett av tre prioriterade insatsområden i det regionala tillväxtprogrammet för Halland.

### HÄLSOTEKNIKALLIANSEN

Den ideella föreningen HälsoTEKNIKalliansen är ett nätverk bestående av aktörer verksamma inom det vida område som kan kallas hälsoTEKNIK. Föreningen bildades år 2004 och består i dag av de halländska kommunerna, Region Halland, Högskolan i Halmstad, Landstinget i Halland samt ett 50-tal företag – till exempel stora producerande företag som Getinge Sterilization AB, det privata Spenshults Reumatikersjukhus och enmansföretaget Ergonoma AB, som erbjuder ergonomiska hjälpmedel via Internet.

Syftet med initiativet är att stärka företagets konkurrenskraft genom en rad aktiviteter, bland annat marknadsföring, omvärldsbevakning, nätverksutveckling, internationalisering, finansiering, rådgivning och utvecklingsprojekt. Initiativet baseras på uttalade behov hos medlemmarna och idén är att skapa utvecklingsplattformar som bidrar till förnyelse och vidareutveckling. Leva&Bo är ett exempel på ett projekt inom ramen för fokusområdet Trygg Hemma, som skapar test- och utvecklingsmöjligheter i hemmiljö, för att få fram tekniska lösningar som möjliggör ett tryggt kvarboende för äldre.

Genom att synliggöra behoven hos brukarna inom omsorgen har flera produkter och tjänster utvecklats inom ramen för nätverket. Några exempel är Phoniros mobilstyrda låssystem för hemvården, Telums Medicpen, som underlättar medicinering för användaren, och Decon Wheels Easy lift, som är ett mobilt lyfthjälpmedel för vård- och omsorgspersonal.

Ett annat exempel på framgångsrik samverkan är Hälsans nya verktyg i Östergötland. Liksom Hallandsexemplet ger detta en illustration av att tillväxt och utveckling inom vård och omsorg inte i alltid sker i kärnverksamheten, utan ofta hos företag som utvecklar nya koncept, varor, tjänster och marknader för närliggande områden, som till exempel friskvård, medicinsk teknik och läkemedel.

### HÄLSANS NYA VERKTYG

Hälsans nya verktyg är en ideell förening som satsar på tillväxt på framtidens hälso- och vårdmarknader, med Östgötaregionen som bas. Föreningen bildades år 2005 då man fick en betydande grundfinansiering som en av vinnarna i VINNOVAs utlysning VINNVÄXT. Medlemmarna utgörs bland annat av forskningsinstitut som Acreo och FOI, Regionförbundet Östsam, kommuner, Landstinget i Östergötland, ett antal universitetsaktörer samt ett 70-tal privata företag av olika storlek och inom en rad branscher.

Ambitionen är att underlätta samverkan mellan näringsliv, forskning och samhälle/politik för att utveckla nya varor och tjänster. Målet är att närma sig den stora och växande världsmarknaden på området. Fokuserade områden är sport och idrott, personlig hälsa, distribuerad vård och egenvård.

Inom ramen för samarbetet har ett stort antal gemensamma projekt initierats. Några exempel är medicinsk mätteknik för sport och motion, förstudien "Guldkant" med fokus på näringsriktiga desserter och mellanmål för äldre, EnableForAll – ett IT-stöd för vård och omsorg i hemmet, Hälsans nya hem och Trygghet i vardagen.

### Det regionala ledarskapet är viktigt

Ovanstående exempel visar på ett par framgångsrika utvecklingssamarbeten mellan privata och offentliga aktörer på regional nivå med koppling till vård och omsorg. Samtidigt visar bland annat Ansvarskommitténs slutbetänkande att det fortfarande ofta finns en stark organisatorisk tudelning mellan frågor som handlar om tillväxt och utveckling respektive vård och omsorg. Såväl nationellt som regionalt ligger ansvaret hos olika organisationer. (SOU 2007:10) Vårdens och omsorgens potentiella roll som motor för tillväxt av företag har hämmats av denna splittrade beslutsstruktur. Ett bättre samarbete mellan

vård och omsorg, forskning och näringsliv kan bidra till såväl regional utveckling som en bättre vård och omsorg.

En svårighet är att utvecklingsprojekt inom vård och omsorg ofta är beroende av enskilda individers och aktörers engagemang. Dessa eldsjälare är en nödvändig men inte en tillräcklig förutsättning för framgång. För att projekten ska leda till innovationer och entreprenörskap krävs dessutom samverkan med en tydlig ansvarsfördelning, ett starkt engagemang från ledande företrädare för olika verksamheter och incitament för olika aktörer att delta i arbetet.

Det finns i dag flera goda exempel på regioner där man har integrerat vård och omsorg i det regionala utvecklingsarbetet. Ett exempel, vid sidan av de tidigare nämnda, är Region Skåne som är huvudman för både hälso- och sjukvården och de regionala utvecklingsfrågorna. Tillsammans med andra aktörer har man utvecklat strategier för hur vård och omsorg ska kunna bidra till regional utveckling. För att skapa incitament till samverkan har Region Skåne i sin innovationsstrategi betonat att man ser positivt på att medarbetarna deltar i utvecklingsprojekt som kan utveckla vården och samtidigt främja regionens tillväxt. Det bör noteras att incitamentsystemen varierar mellan företag, högskola och offentlig sektor. Detta ställer krav på att det regionala ledarskapet utvecklar gemensamma mål, till nytta för alla berörda sektorer. (Nutek, 2007h)

### KOMPETENS – EN FRAMTIDA BRISTVARA?

Den tekniska och medicinska utvecklingen ställer allt högre krav på kompetens hos den personal som finns inom vård och omsorg. Antalet högutbildade har också ökat påtagligt sedan år 1991. Samtidigt har antalet personer med endast grundläggande utbildning, framförallt inom omsorgen, minskat i samma grad.

Inom vård- och omsorgsområdet finns en rad olika kompetenser företrädda, bland annat inom 20 legitimitationsyrken. För att nå goda resultat måste olika kompetenser samarbeta. Ett väl fungerande samarbete är ett sätt att begränsa behovet av personal och att öka produktivitet och effektivitet.

För att täcka de närmaste 10 till 15 årens ökade pensionsavgångar måste rekryteringstakten öka. En tredjedel av dem som i dag arbetar inom vård och omsorg kommer att nå pensionsåldern de närmaste tolv åren. Prognoser för avgångar och rekrytering som har gjorts indikerar att en brist inom vissa yrkesgrupper, framförallt inom vården, kan uppstå. Socialstyrelsen bedömde häromåret att

tillgången på utbildad omvårdnadspersonal inte kommer att vara tillräcklig för att möta den förväntade efterfrågan. Man räknar med att det år 2015 kommer att saknas cirka 200 000 personer. Eftersom den stora ökningen av antalet äldre kommer några år därefter kan en besvärlig situation förutses. (Nutek 2007j)

För att kunna möta efterfrågan på personal är det inte bara antalet nyutbildade som spelar roll, utan också hur väl man inom sektorn lyckas engagera och behålla dem som har utbildning för området. 39 procent av dem som har eftergymnasial vårdutbildning är i dag sysselsatta med annat än vård eller omsorg. För invandrade svenskar med utländsk vård- eller omsorgsutbildning är siffran 45 procent. (Nutek 2007j) Det är mot denna bakgrund man ska se Långtidsutredningens antaganden om en relativ löneökning inom vård och omsorg. En sådan kan bli nödvändig för att kunna tillgodose de personalbehov som finns inom sektorn. (SOU 2004:19)

Det är dock inte bara lönerna som är viktiga för rekryteringen utan även andra arbetsvillkor. Inom vård och omsorg är det fortfarande många som arbetar deltid, mindre än hälften är heltidsanställda, och sjukskrivningar och förtidspensioneringar är högre än i kommunerna i övrigt och i andra samhällssektorer. För att minska dessa problem behövs ändrade arbetsvillkor inom branschen, till exempel bättre ledarskap, tydligare mål och större delaktighet. Mycket talar för att även konkurrens mellan olika utförare är positivt för rekryteringen av personal. Att de anställda har flera typer av arbetsgivare att välja mellan ökar möjligheterna att de ska hitta någon som passar dem. Förekomsten av flera företag och arbetsgivare och konkurrensen mellan dem kan också bidra till att locka nya grupper till branschen.

Att sjukfrånvaron varierar mellan olika arbetsplatser visar att det finns en potential för förbättringar. Den tenderar att vara lägre i privata verksamheter än i offentliga. Till stor del kan skillnaden, enligt SKL, förklaras med ålders- och könsskillnader. Men en viss skillnad kvarstår även om man tar hänsyn till dessa faktorer. En tänkbar förklaring är att anställda i privata verksamheter, och särskilt i mindre företag, har större inflytande över sin arbetsituation, känner uppskattning och lättare får gehör för sina idéer. Sådana faktorer spelar en viktig roll för hur arbetsmiljön upplevs och därmed för sjukfrånvaron.

För att undvika onödiga långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar är det också angeläget med både mer förebyggande insatser, till exempel genom företagshälsovården, och förbättrad rehabilitering av redan sjukskrivna

medarbetare. Fackförbundet Kommunal har till exempel uppmärksammat att många av dess medlemmar saknar de fysiska förutsättningar som krävs för att kunna klara arbetet på ett bra sätt. Ett mer systematiskt arbete för att förbättra fysiken skulle därför eventuellt kunna förebygga sjukskrivningar, även om det där sådana försök har gjorts ibland har varit svårt att påvisa tydliga resultat.

Det är en generell erfarenhet i Sverige att rehabiliteringsåtgärder sätts in på ett sent stadium. Ett ökat samarbete mellan Försäkringskassan, som ska samordna rehabiliteringen, den sjuke och arbetsgivaren behöver komma till stånd. I vissa fall kan behov av kompetenshöjande åtgärder eller ett jobb-byte underlätta återgången till arbetsmarknaden (FHI 2004, Arbetslivsinstitutet 2005). Här kan arbetsförmedlingen, bemanningsföretagen och utbildningsföretagen medverka.

Prognoserna om personalbrist innebär inte nödvändigtvis att en sådan verkligen kommer att uppkomma. Dels kan motåtgärder av det slag som här exemplifierats öka personaltillgången. Dels innebär personalbristen ett ökat tryck på sektorn att förbättra produktiviteten. Som tidigare konstaterats varierar produktivitet och effektivitet kraftigt i Sverige vilket tyder på att det även med given teknik finns ett utrymme för produktivitetssökningar genom effektivare organisation.

### **HUR KAN VÅRD OCH OMSORG FINANSIERAS?**

Vilka möjligheter som finns att möta de ökade behoven inom vård och omsorg, och därmed för tillväxt av branschen, avgörs i hög grad av vilken finansiering som kan mobiliseras.

#### **Fortsatt offentlig finansiering**

Som vi tidigare har framhållit finansieras vården och omsorgen i dag i allt väsentligt med skatter. Den senaste statliga Långtidsutredningen (SOU 2004:19) har visat att om man antar bland annat oförändrat skattetryck, en ekonomisk tillväxt som i huvudsak beror på ökad produktivitet i ekonomin som helhet samt oförändrad produktivitet inom vård och omsorg så blir det inte något större utrymme för ökad offentlig konsumtion. Om man i ett sådant scenario vill skapa utrymme för expansion av vård och omsorg återstår vid fortsatt skattefinansiering endast att undersöka vilka möjligheter som kan finnas till omprioriteringar inom den offentliga sektorn, det vill säga till att minska de offentliga utgifterna inom delar av vården och omsorgen eller på helt andra områden för att på det sättet frigöra utrymme för expansion där behoven är störst.

Antagandet om oförändrad produktivitet inom vård och omsorg kan mot bakgrund av det vi tidigare har diskuterat ifrågasättas. Samtidigt är det osannolikt att potentialen för produktivitetsökning är så stor att den kan täcka hela det gap mellan behov och resurser som vi tidigare har berört. För att kunna möta de väntade behoven kommer det därför med största sannolikhet att behövas ett resurstillskott.

Det finns knappast offentliga utgifter av någon större omfattning som är onödiga i den meningen att de kan skäras bort utan att det noteras med annat än en axelryckning. Däremot kan man tänka sig att det finns verksamheter som av många uppfattas som så angelägna att det, om stat och kommun drar tillbaka sin finansiering, ändå finns en marknadsmässig efterfrågan som gör att de kommer att leva vidare. Om den offentliga finansieringen försvinner (eller minskas) skulle hushållen alltså kunna vara beredda att kanalisera en del av sin köpkraft till denna verksamhet för att få behålla den.

Inom ett viktigt vårdområde sker finansieringen i dag huvudsakligen genom egenavgifter, nämligen tandvården. Skälet till att det har ansetts rimligt att låta medborgarna i stor utsträckning betala den själva är sannolikt att behoven är relativt jämnt fördelade i befolkningen. En stor andel av behoven finns hos brukare med god betalningsförmåga. De har möjlighet att själva betala för sin tandvård. Därtill kommer att kostnaderna för de flesta bedöms ligga på en rimlig nivå. Endast cirka 13 procent av patienterna har kostnader som under ett år överstiger 3 000 kronor och de flesta har denna kostnad endast under ett år. Mindre än 0,5 procent av patienterna har kostnader överstigande detta belopp under fyra år i rad. (SOU 2006:71) Ett av skälen är det högkostnadsskydd som finns inom området. Det kan noteras att en statlig utredning nyligen föreslagit ett ökat offentligt stöd till tandvården. (SOU 2006:71)

Det är intressant att undersöka om det finns andra områden inom vård- och omsorgssektorn som har en likartad ”behovsprofil” och där man följaktligen skulle kunna överväga att lägga över mer av finansieringen direkt på brukarna. I debatten kring välfärdens finansiering har åtminstone två sådana områden pekats ut som tänkbara kandidater. Det ena gäller primärvården och det andra sjukförsäkringen, alltså den socialförsäkring som ger ersättning vid sjukfrånvaro.

SNS Välfärdspolitiska råd (Jönsson 2004) föreslog häromåret att primärvården (familjeläkarsystemet) skulle finansieras genom en individuell försäkring. Man räknade med en avgift, eller försäkringspremie, på 2 000 kronor

per patient och år vilket skulle tillföra systemet 18 miljarder kronor. Det motsvarar mindre än 10 procent av kostnaderna inom hälso- och sjukvården.

Den statliga Socialförsäkringsutredningen (SOU 2006:86) diskuterar möjligheten att lägga ut dagens sjukförsäkring på arbetsmarknadens parter och att låta den finansieras genom framförhandlade avgifter. Syftet från utredningens sida är inte i första hand att skapa ett ökat finansieringsutrymme för andra offentliga utgifter utan att skapa förutsättningar för en bättre fungerande socialförsäkring. Det är uppenbart att ett inkomstskydd/standardskydd vid eventuell sjukdom är något som starkt efterfrågas av de allra flesta. Det framgår inte minst av att löntagarna, genom kollektivavtal, valt att avstå löneutrymme för att förbättra den statliga försäkringen där den inte anses ge ett tillräckligt skydd.

Tandvården finansieras inte bara med avgifter som till stor del betalas av den enskilde patienten. Den är också frivillig. I diskussionen om privatisering av finansieringen av primärvården respektive sjukförsäkringen har förslagsställarna i regel argumenterat för ett fortsatt obligatorium. Det reser frågan om det gör någon skillnad att betala en obligatorisk avgift eller en skatt. Om detta råder det delade meningar. Socialförsäkringsutredningen bedömer dock att det finns anledning att anta att betalningsviljan skulle öka med en självständig sjukförsäkring:

*När det blir tydligt att premien bara går till försäkringen och inget annat, och om premien är ett krav för att omfattas av försäkringen, då bör också upplevelsen av premien förändras. Den har förutsättningar att kännas mer som en individuell avgift för en tydlig individuell tjänst och mindre som en skatt bland många andra.*  
(SOU 2006:86)

Ersättningen från den statliga sjukförsäkringen uppgår till cirka 25–30 miljarder per år. Utnyttjandet är snedfördelat, precis som andra försäkringar och som hälso- och sjukvårdens kostnader. Men det man betalar för är tryggheten att veta att man är försäkrad och den tryggheten vill de flesta känna. Alternativet att själv genom besparingar gardera sig framstår för de allra flesta som ett sämre alternativ.

Att lägga över sjukförsäkringen på en helt ”privat” finansiering är ett sätt att kanalisera den betalningsvilja för välfärdstjänster som kan finnas bland vanliga in-

komsttagare. Det bör framhållas att om sjukförsäkringen i denna mening privatiseras, samtidigt som skatteuttaget behålls intakt, innebär det totalt sett en överföring av konsumtionsutrymme från privat till offentlig sektor (Jönsson 2004).

Man kan hysa förhoppningar om att en försäkring som förvaltas av arbetsmarknadens parter skulle fungera effektivare än dagens sjukförsäkring. Om till exempel rehabilitering kan fås att fungera bättre och antalet långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar minskar så kan det frigöra tiotals miljarder kronor per år som skulle kunna användas på ett mer välfärdsskapande sätt (SOU 2006:86).

### Sjukvårds- och äldreomsorgsförsäkringar

Långtidsutredningens antaganden om att skatterna inte kan eller bör höjas accepteras inte från alla håll. LO (2004) konstaterar i sitt yttrande över Långtidsutredningen att det kan vara rimligt att tänka sig en successiv höjning av kommunalskatten och/eller momsens när realinkomsterna stiger. Andra har varit inne på att en höjd skatt skulle kunna fördras om skattebetalarna säkert vet att de ökade skatteintäkterna går till just vård och/eller omsorg. Mot den bakgrunden har olika former av sjukvårds- och äldreomsorgsförsäkringar föreslagits (Söderström m.fl. 2000, Edebalk och Svensson 2000, LO 2004, Borg 2006).

Tanken med sådana arrangemang kan tyckas snarlik den nyss diskuterade "privatiseringen" av sjukförsäkringen. En avgörande skillnad är emellertid att sjukförsäkringen är en försäkring för just dem som betalar försäkringspremierna, de förvärvsarbetande, medan de föreslagna vårdförsäkringarna huvudsakligen syftar till finansiering av tjänster för andra än dem som betalar premierna, alltså främst äldre och personer med funktionshinder. I sin funktion ligger de härmed närmare dagens skatter. Den avgörande frågan blir därför om skattebetalarna hellre betalar en öronmärkt skatt än en allmän. Den frågan måste också bedömas i ljuset av att kommunalskatten i hög grad redan är en skatt till skola, vård och omsorg och landstingsskatten en sjukvårdsskatt.

En specialvariant på en äldreomsorgsförsäkring som har diskuterats är en där avgifterna endast tas ut av personer över en viss ålder. Tanken bakom ett sådant arrangemang är att ta resurser i första hand från de hushåll som har minst försörjningsansvar och störst marginaler. En sådan "generationsskatt" skulle då kunna tas ut till exempel i åldern 50–70 år. Med en årlig avgift på 2 000 till 4 000 kronor skulle den inbringa cirka 5 miljarder kronor. (LO

2004) En sådan avgift skulle alltså ge ett måttligt bidrag till finansieringen av vården och omsorgen för de äldre.

Som tidigare har nämnts har under senare år intresset för privata sjukvårdsförsäkringar ökat kraftigt i Sverige. Från början handlade det huvudsakligen om företag som ville försäkra sig om att ledningspersoner vid behov kunde få snabb vård. Successivt har försäkringarna kommit att omfatta fler, även andra anställda än ledningspersoner. År 2007 hade de fem största försäkringsbolagen (Länsförsäkringar, Skandia, SEB, Trygg Hansa och DKV) omkring 260 000 individer försäkrade. Det är en ökning med 50 procent på tre år. (SVT 2007)

Det försäkringarna framförallt erbjuder är ökad tillgänglighet. Patienten kan till exempel få möjlighet att träffa en läkare inom några få dagar i stället för inom en vecka som erbjuds i den offentligfinansierade primärvården eller att få operation inom tre veckor i stället för tre månader. Såväl företag som i vissa fall löntagare bedömer uppenbarligen att den ökade tillgängligheten kan vara värd att betala extra för. Förutom de rent sjukvårdande insatserna kan försäkringen ibland också omfatta rehabilitering.

De privata sjukvårdsförsäkringarna är ett exempel på den typ av tjänster för vilka man kan se en växande efterfrågan på vanliga marknadsvillkor. Med en fortsatt tillväxt i nuvarande takt kan man tänka sig att försäkringarna inom en tioårsperiod kan komma att omfatta en betydande andel av svensk arbetsmarknad, kanske så mycket som hälften av löntagarna. Däremot kan man inte räkna med att de i någon signifikant omfattning ska ta över den offentliga vårdens ansvar. De privata sjukvårdsförsäkringarna vänder sig huvudsakligen till friska personer som är villiga att betala för ökad tillgänglighet. För att få teckna försäkringen ställs krav på att man har varit frisk under till exempel de senaste två åren. Bakom ett sådant krav ligger insikten att sannolikheten för att den som har varit frisk de senaste två åren ska belasta systemet är förhållandevis liten. Självfallet kommer en och annan likväl att drabbas av allvarliga sjukdomar, men genom att minimera denna risk kan premierna hållas på en rimlig nivå, för normalinkomsttagaren cirka 3 000 kronor per år.

Sjukvårdsförsäkringar av detta slag omfattar i dag cirka 3 procent av befolkningen och försäkringens kostnader endast uppgår till cirka 650 miljoner kronor, vilket motsvarar endast 0,3 procent av den offentliga finansieringen av hälso- och sjukvården (SOU 2007:37). Det speglar det förhållandet att försäkringen vänder sig till en grupp med relativt små vårdbehov.

En typ av försäkringar som i framtiden kan bli aktuell är sådana som försäkrar mot kostnader som inte täcks av det offentliga.

### **Annan privat finansiering**

Brukaravgifterna inom vård och omsorg svarar i dag endast för några få procent av kostnaderna. Ett alternativ till kompletterande finansiering som har diskuterats är att höja dessa avgifter. Ett problem är, såsom tidigare konstaterats, att betalningsförmågan hos de stora brukargrupperna är begränsad. Långtidsutredningen har i sina beräkningar utgått ifrån att avgifterna utgör en oförändrad andel av produktionens kostnader. Det innebär, med de antaganden utredningen har gjort om pensionärernas inkomstutveckling, att avgifterna kommer att öka som andel av de äldres inkomster. Det gör det i sin tur svårt att tänka sig några väsentligt större avgiftshöjningar. (SOU 2004:19)

Hushållens konsumtionsutgifter vad gäller hälso- och sjukvård har ökat över tid och utgjorde 15 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård år 2005. Hushållens utgifter för privata sjukvårdstjänster har ökat

snabbare än de avgifter de erlägger för offentlig vård. Mest har hushållens utgifter för privat tandvård och privat läkarvård ökat (Nutek 2007b). Priserna inom tandvården har stigit kraftigt sedan dessa avreglerades i slutet av 1990-talet och är den viktigaste förklaringen till de ökade hushållsutgifterna.

Att hushållen spenderar allt mer pengar på den privata vården innebär en växande marknad för privat hälso- och sjukvård. I ”annan hälso- och sjukvård” ingår exempelvis tjänster som utförs av kiropraktorer, naprapater och psykoterapeuter. När inkomsterna i utvecklade länder stiger så ökar efterfrågan på personliga tjänster mer än för konsumtionsvaror (Lindbeck 2005). Marknadstillväxten i Sverige sker dock från en låg nivå.

Statsmakterna kan eventuellt ha intresse att stimulera efterfrågan på vissa tjänster genom subventioner av olika slag, även om huvuddelen fortfarande betalas av brukarna/konsumenterna. Ett exempel på en sådan stimulans är den avdragsrätt för hushållsnära tjänster som nyligen har beslutats.



# POLICYFÖRSLAG

---

## 1. ÖKA PRODUKTIVITETEN OCH EFFEKTIVITETEN

Det är angeläget att skapa förutsättningar för bästa möjliga resursutnyttjande inom vård- och omsorgsbranschen. Det är en särskild utmaning i ett system som huvudsakligen bygger på tredjepartsfinansiering. Ökad valfrihet för slutkunderna/brukarna och ökad konkurrens mellan producenter kan bidra till det. Samtidigt begränsar de rumsliga förutsättningarna för konsumtion och produktion av vård och omsorg ofta möjligheterna till valfrihet och konkurrens. För att öka omvandlingstrycket även där konkurrensen är begränsad ställs stora krav på öppna jämförelser. Socialstyrelsen och SKL arbetar nu på regeringens uppdrag intensivt för att publicera sådana.

För att öka produktivitet och effektivitet är det viktigt att uppmuntra försök med olika organisationsformer. Det är också angeläget att systematiskt samla och sprida kunskap om förutsättningarna för ökad produktivitet och effektivitet inom sektorn, exempelvis genom forskning. Erfarenheten från flera pågående försök visar att produktivitet och effektivitet kan ökas genom att förbättra flödet i produktionen med brukaren i fokus. Inom till exempel hälso- och sjukvården är många patienter beroende av vårdprocesser som berör flera vårdenheter och kompetensområden och som ibland sträcker sig över huvudmannagränser. Det ställer stora krav på samverkan och systemsyn.

För att uppnå effektivitet i organisationer är det viktigt med ledarskap och goda incitament. Det är angeläget att uppmuntra lokala försök och att sprida kunskap om goda exempel.

Satsa på forskning om förutsättningarna för produktivitet och effektivitet inom vård och omsorg. Säkerställ ett system för ömsesidigt lärande genom öppna jämförelser och spridning av kunskap och goda exempel. Utarbeta incitamentssystem för offentligt bedriven verksamhet i syfte att öka produktiviteten på verksamhetsnivå och samverkan mellan olika enheter inom vård och omsorg i syfte att öka effektiviteten på systemnivå, det vill säga att nå goda vårdresultat för brukarna.

## 2. SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR KUNDVALSSYSTEM

Så långt möjligt bör brukarna av vård och omsorg få välja vilken utförare av tjänsterna de önskar. För att valfriheten ska bli reell måste det finnas flera utförare, minst två, att välja mellan. På grund av vård- och omsorgstjänsternas rumsliga dimension är detta inte möjligt överallt i Sverige. Att valfriheten inte kan förverkligas överallt är dock inte något skäl att begränsa den där den är möjlig.

En reell valfrihet förutsätter inte bara flera utförare utan också variation mellan dem. Sannolikheten för detta ökar ju större andel av vård- och omsorgssektorn som öppnas upp för kundval. En viss variation blir resultatet redan när tjänsterna utförs av olika personer eftersom en viktig del av tjänsten handlar om sådant som bemötande, förtroende och personkemi. Men variationen kan öka än mer med flera olika utförare, både offentliga och privata.

Brukarnas valfrihet kan ökas genom ”kundvalssystem” där de själva får avgöra vilken utförare de vill nyttja. Brukarnas krav och deras möjligheter att byta utförare kommer att stimulera utförarna till ett gott bemötande och en god service. Många kommuner och landsting har redan i dag olika former av kundvalsmodeller, men det rör sig fortfarande om en minoritet.

För att brukaren ska kunna göra ett medvetet och rationellt val behövs god information om alternativen och möjligheter att göra jämförelser. En viktig informationskälla när brukaren ska göra sitt val för första gången är det rykte som utförarna har på marknaden. Detta är viktigt, men det är angeläget att det också finns öppna kvalitetsjämförelser som inte bara baseras på tillgänglighet och bemötande utan också innehåller objektiva kriterier på hur vården eller omsorgen bedrivs.

Konsumenternas valmöjligheter förstärks om det finns en viss överkapacitet i systemet. Detta innebär emellertid ökade kostnader och är därför inte realistiskt inom de mest kostnadskrävande verksamheterna.

Genom att stat, landsting och/eller kommuner certifierar eller auktoriserar utförare skyddas brukarna mot oseriösa sådana. Genom ett sådant förfarande kan också en betydande etableringsfrihet för producenter skapas.

Det står i dag kommuner och landsting fritt att införa kundvalssystem om de så önskar. Oklarhet råder dock om hur kundvalssystem kan förenas med LOU. Det kan emellertid finnas skäl att på nationell nivå stärka brukarnas ställning genom att ställa krav på kundval. Det har redan skett när det gäller personlig assistans för personer med funktionshinder. Sådana lösningar kan genomföras på ytterligare några områden, till exempel hemtjänst och primärvård (vilket Konkurrensverket (2007a) nyligen har föreslagit).

Konkurrensverket föreslår att de personer som är i behov av hemtjänst får en check som kan användas vid val av utförare. Inom primärvården föreslås att konsumenten ska få välja att ansluta sig till en auktoriserad vårdcentral eller allmänläkare. Regeringen har tillsatt en särskild utredare för att belysa och komma med förslag om fritt val inom äldre- och handikappomsorgen, inklusive särskilt boende. Utredningen ska redovisa sina förslag i januari 2008.

Hemtjänst och primärvård/närsjukvård är, i likhet med personlig assistans, tjänster som lämpar sig för kundval eftersom de nyttjas under lång tid. Brukaren får möjlighet att känna av hur de fungerar och ett byte av utförare kan leda till en långsiktig förbättring. I andra situationer, som vid akut sjukvård, är det viktigare att säkerställa professionell kompetens och frågan om val blir inte lika aktuell. Vid planerade ingrepp av större omfattning kan det dock finnas ett starkt intresse hos patienten att kunna välja utförare. I detta sammanhang är det angeläget att jämförelser också av medicinska resultat finns tillgängliga.

Vid kundvalsmodeller måste också statliga myndigheter, landsting och kommuner ha ett ansvar för uppföljning. Det är särskilt angeläget eftersom det kan ta lång tid innan brukarna har möjlighet att göra en fullödlig kvalitetsuppskattning.

Inför en ramlag som möjliggör för kommunerna att införa kundval inom hela vård- och omsorgsbranschen. Inför ett certifierings- eller auktorisationssystem som sänker etableringsströskeln för företag och ger dem möjlighet att direkt söka vinna brukarnas gunst. Ge Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta lämpliga certifieringskriterier samt modeller för brukarinformation om olika alternativ. Uppdra åt kommuner och landsting att sprida saklig information om alternativen till brukarna.

### 3. KONKURRENSUTSÄTT VÅRD OCH OMSORG

Där kundvalsmodeller inte används och där förutsättningar för konkurrens finns bör upphandling i konkurrens vara regel. Upphandling i konkurrens kan också vara ett sätt att skapa en marknad med flera aktörer som i ett andra steg kan utvecklas till ett kundvalssystem. Systemen kan också förenas genom att kommunen gör en upphandling i konkurrens och sedan låter kunderna välja fritt mellan de godkända alternativen

De svenska upphandlingsreglerna grundar sig på ett EU-direktiv. Det begränsar möjligheterna att utforma dem på nationell basis. Men även inom den ram som EU-direktivet ger finns visst handlingsutrymme. Syftet med lagen om offentlig upphandling (LOU) är att främja konkurrens och konkurrensneutralitet i samband med myndigheters upphandling. Ofta hävdas dock att lagen är svår att tillämpa, för både beställare och utförare. Eftersom det tidigare inte har efterfrågats möjligheter att definiera, mäta och jämföra kvalitet i vård och omsorg så saknas ofta bra modeller för hur det kan göras. Alltför detaljerade förfrågningsunderlag riskerar att hämma både verksamhetsförnyelse och nya aktörer.

LOU har stora förtjänster genom att uppmuntra till konkurrens mellan leverantörer och utförare och genom att lagen i princip skapar konkurrensneutralitet mellan olika utförare, såväl privata som offentliga. Erfarenheten från till exempel äldreomsorgen är också att upphandling i konkurrens har varit kvalitetsdrivande. Till det bidrar att beställarna tvingas bli tydliga med vad man vill ha utfört. (Socialstyrelsen 2004)

De större företagen anser att LOU fungerar bra, men många små företag upplever upphandlingen som ett hinder. Det finns ofta formella krav, exempelvis på miljöplaner, tillgång till befintliga lokaler, omsättningsnivå och referensobjekt, som kan innebära en stor administrativ belastning för ett litet företag eller till och med göra det omöjligt för det att delta i upphandlingen.

Eftersom LOU ställer krav på att upphandlade verksamheter regelbundet konkurreras ut kan det eventuellt uppstå en konflikt med önskemålet om kontinuitet i relationen mellan producenter och slutliga brukare. För att skapa en rimlig kontinuitet, och tillräcklig tid för producenter att skriva av viktiga investeringar, måste kontraktstiderna vid offentlig upphandling vara rimligt långa. Samtidigt innebär alltför långa kontraktstidperioder en svårighet för nya aktörer att komma in på marknaden. Mellan dessa skilda önskemål krävs alltid en avvägning.

Det är också angeläget att kommuner och landsting vid upphandlingar tar hänsyn till de lagar, till exempel arbetsmarknadslagar, som privata utförare lyder under. Det finns otaliga exempel på att upphandlingar gjorts med alltför snäva tidsramar vilket försatt företagen i en besvärlig situation.

SKL har i en skrivelse till regeringen föreslagit att "Utredningen om fritt val inom äldre- och handikappomsorgen" bör ges ett vidgat uppdrag och omfatta alla de områden som ryms inom LOU:s definition av hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Ambitionen skulle kunna vara att få fram en ny upphandlingslag som är bättre anpassad för dessa sektorer och som bättre beaktar de förhållanden som råder inom branschen. Ett annat sätt skulle vara att utarbeta policier och riktlinjer om hur lagen kan tillämpas. Enligt Konkurrensverket är det dessutom oklart om dagens LOU medger ett certifieringsförfarande vid huvudsakligen tredjepartsfinansiering. Det är angeläget att det görs helt klart att certifieringsförfarande är ett lagligt alternativ.

Konkurrensverket har framfört ett önskemål om att bli renodlad tillsynsmyndighet vilket kan öka möjligheten till rättvisa och korrekta upphandlingar. Rådgivning till beställare och utförare kan ske genom andra aktörer på marknaden, till exempel annan myndighet, SKL, tjänsteföretagens branschorganisation Almega och Kooperativa Institutet.

Kommunal verksamhet inom vård och omsorg där man inte har infört kundval och där det finns förutsättningar för lokal konkurrens bör konkurrensutsättas. Metoder som kan bidra till förnyelse vid upphandling bör utarbetas. Konkurrensverket bör vara en renodlad tillsynsorganisation. Andra aktörer bör tillhandahålla råd och stöd till beställare och utförare.

#### 4. SKAPA EKONOMISKT UTRYMME FÖR EXPANSION

Det mesta talar för att ökad produktivitet och effektivitet inte kommer att vara tillräckligt för att möta behoven av vård och omsorg framöver. En stor del av behovet finns hos grupper med mycket begränsad betalningsförmåga, främst äldre och personer med svåra funktionshinder. Med dagens finansieringssystem och oförändrade skatter kommer det sannolikt inte att finnas tillräckliga resurser att möta de behov som uppstår på grund av demografisk och medicinteknisk utveckling.

För att kunna möta de nya behoven, och därmed skapa förutsättningar för expansion av branschen, är möjligheterna att skapa utökad finansiering en nyckelfråga. Ökade behov är inte tillräckligt för att de potentiella expansionsmöjligheterna ska kunna tas tillvara. Det kräver dessutom att finansieringen kan lösas. Det är därför angeläget att regering och riksdag ger ett strategiskt besked om hur man ser på den framtida resurstillgången inom sektorn.

Utrymme för expansion av vård- och omsorgsbranschen kan skapas genom att i dag skattefinansierad verksamhet läggs över på medborgarna för finansiering med egenavgifter eller genom införandet av nya, kanske öronmärkta, skatter. Möjligheterna att öka avgifterna inom den huvudsakligen skattefinansierade verksamheten bedöms vara begränsade.

Det är angeläget att kommuner och landsting tydliggör vad det skattefinansierade systemet omfattar och vad medborgarna måste vara beredda att betala ur egen plånbok. Det bör kunna vara möjligt för brukarna att i vissa fall betala för tilläggstjänster av de utförare som står för de skattefinansierade tjänsterna.

Vid sidan om den skattefinansierade vården och omsorgen finns det redan i dag en privatfinansierad marknad. Denna marknad kan förväntas öka med ökade hushållsinkomster men den utgör en liten del av hela marknaden och kan inte bära upp hela den potentiella expansionen av branschen.

Ibland kan det vara lämpligt att statsmakten stimulerar konsumtion av tilläggstjänster eller i princip privatfinansierade tjänster genom vissa subventioner såsom nu sker med skatteavdrag för så kallade hushållsnära tjänster. Även inom tandvården som i huvudsak finansieras av brukarna själva finns sådana mekanismer i form av vissa subventioner och högkostnadsskydd.

Regering och riksdag måste tydliggöra strategin för den framtida finansieringen och resursutvecklingen inom vård och omsorg. Det är också viktigt att klargöra vad som kommer att finansieras med skatter och vad medborgarna förväntas betala ur egen plånbok.

#### 5. LIKSTÄLL KONKURRENSVILLKOREN MELLAN OFFENTLIGA OCH PRIVATA ALTERNATIV

Att vård och omsorg huvudsakligen finansieras med skatter innebär inte att produktionen behöver ske i offentlig regi. Det är i själva verket fullt möjligt att via kundval

eller upphandling i konkurrens låta all produktion ske i olika former av privata företag. Det kan däremot finnas skäl för landsting och kommuner att bedriva viss verksamhet i egen regi. Ett sådant kan vara att få direkt insikt i produktionen för att bli bättre beställare. Ett annat kan vara att man vill att olika driftsformer ska få möjlighet att konkurrera och då också offentligt drivna organisationer. Ett tredje kan vara att kommunerna har skyldighet att tillhandahålla viss service och att den kommunala utföraren kan vara en garanti för att tjänsten kan tillhandahållas. Ett fjärde kan vara att det på en marknad bara finns utrymme för en utförare. Även i detta fall kan naturligtvis en privat utförare anlitas, men det finns olika argument som noga måste vägas när det är frågan om ett lokalt monopol.

När privata företag och offentliga företag eller förvaltningar konkurrerar är det angeläget att konkurrensvillkoren blir likvärdiga. Ett villkor för det är att de offentliga alternativen är transparenta. Den statliga utredningen om nytt tandvårdsstöd för vuxna har granskat konkurrenssituationen inom tandvården. Ett av de problem som uppmärksammas är landstingens och folktandvårdens särredovisning av intäkter och kostnader inom de verksamhetsområden där man konkurrerar med privattandläkare. Utredningen konstaterar att transparensen i landstingens redovisning är för dålig och att det gör det svårt att uttala sig om konkurrensförhållandena. (SOU 2007:19) Liknande svårigheter finns på andra områden.

Ett annat problem vid jämförelse mellan privata och offentliga alternativ är de olika regler för mervärdeskatt som gäller. Den svenska moms­lagstiftningen ger i dess nuvarande form en rad negativa effekter för privata entreprenörer och kommun- och landstingsägda bolag som bedriver icke-skattepliktig verksamhet (vård, skola och omsorg), eftersom man inte kan bedriva sin nuvarande verksamhet på samma villkor som den kommunala egenregin.

Ett tredje problem i dag är att olika tillsynssystem tillämpas inom omsorgsområdet. I dag är både Socialstyrelsen och länsstyrelserna tillsynsmyndigheter för vård och omsorg, vilket innebär två olika system som dessutom tillämpar olika regler i olika delar av landet. De krav som ställs på verksamheter inom vård och omsorg, till exempel på lokalernas utformning eller personalens kompetens, bör vara desamma oavsett om verksamheterna bedrivs i privat eller kommunal regi. Att länsstyrelsen har tillsyn över enskilda vårdhem, men inte över de kommunala, skapar ojämliga villkor.

Alla verksamheter inom vård och omsorg bör därför

omfattas av en nationell och oberoende kvalitetskontroll och uppföljning. Tillsynen av vård och omsorg bör göras mer enhetlig och omfatta även verksamheter som bedrivs i kommunal regi. Kraven bör dessutom vara likvärdiga oavsett i vilken kommun eller i vilket län verksamheterna bedrivs.

De privata aktörernas ska inom ramen för sitt uppdrag utföra motsvarande uppgifter som de offentliga. De ska till exempel inte ha möjlighet att neka brukare som har särskilda behov. När utförare, offentliga eller privata, tar särskilt ansvar för utbildningar kan kostnaderna särredovisas och ersättas i särskild ordning. Hur ett sådant ersättningssystem ska utformas behöver utredas närmare.

Ställ krav på transparens i offentliga alternativ vid upphandling i konkurrens. Skapa likvärdiga regler för momsredovisning. Inrätta en nationell, oberoende och enhetlig kvalitetskontroll och uppföljning av all verksamhet inom vård och omsorg, oberoende av driftsform. Ge särskild ersättning till utförare som tar ansvar för utbildningsinsatser.

## 6. STÖTTA ENTREPRENÖRSKAP

Merparten av dem som vill driva företag inom vård och omsorg drivs av en övertygelse att de kan erbjuda alternativ som är bra för brukarna. Många har sin bakgrund i offentlig sektor och har där erfarenhet att de har svårt att få gehör för sina idéer om hur verksamheten ska bedrivas. Genom att uppmuntra entreprenörer inom hela vård- och omsorgssektorn med dess många yrkesområden kan verksamheterna utvecklas och variationen öka. Det ökar i sin tur möjligheterna för enskilda brukare att finna alternativ som passar dem.

Länge har normen för de sysselsatta inom vård- och omsorgsbranschen varit en anställning inom kommunen eller landstinget. Information och rådgivning om företagande bör därför ske inom vård- och omsorgsutbildningar. Även stödinsatser riktade mot dem som i dag är anställda och intresserade av att starta företag eller ta över en befintlig vård- och omsorgsverksamhet kan främja företagande inom vård och omsorg. Eftersom andelen sysselsatta kvinnor är hög och de nationella stöd- och rådgivningssystemen ofta är inriktade mot traditionell varuproduktion kan speciella rådgivningsinsatser för kvinnor vara motiverade. I vissa regioner har man redan i dag rådgivning inriktad specifikt mot personer som vill starta företag inom vård och omsorg.

Små företag är ofta missgynnade vid offentliga upphandlingar, dels av skäl som tidigare redovisats, men dels också därför att de lätt kan bli beroende av en enda ”kund”, det vill säga en kommun eller ett landsting. Vid kommunala upphandlingar har större företag ett försteg och det kan också vara en fördel med företag som har flera kunder och som därför inte blir lika beroende av utfallet i den enskilda upphandlingen. De stora företagen har också en fördel genom att kunna samla på sig erfarenheter från olika delar av landet och ibland också internationellt. Stora företag är ofta viktiga även för små företag, som kunder eller resursstarka samarbetsparter. För att Sverige ska få en fungerande marknad inom vård och omsorg är det därför viktigt att det finns utrymme för både små entreprenörer och större företag.

Ett auktorisationsförfarande av det slag som tidigare diskuterats kan vara ett sätt att skapa kundvals-system men också att stimulera entreprenörer. Metoden gör det möjligt för dem att testa sina tjänster direkt på marknaden i kontakt med brukarna. Det kan särskilt av många mindre företag uppfattas som enklare att försöka vinna slutkundernas gunst än att övertyga en kommun eller ett landsting. Det gör att de får fler potentiella kunder och inte blir beroende av en.

Trots expansionen av företagssektorn under senare år är marknadsandelen för företagen alltjämt liten, endast cirka 10 procent. Med ökad rådgivning, införande av kundvals-system och upphandling i konkurrens bör den andel som drivs av företag kunna expandera avsevärt. Inom tandvård och personlig assistans där kundval och etableringsfrihet har införts är marknadsandelen för privata företag betydande.

Ge stöd till dem som vill avknoppa sin verksamhet från offentlig sektor. Låt entreprenörskap och företagandets villkor bli en del av vård- och omsorgsutbildningen. Välkomna fler större företag inom vård och omsorg. Uppmuntra entreprenörer inom vård och omsorg genom kundvals-system och stöd vid upphandling i konkurrens.

## 7. UNDERLÄTTA INTERNATIONALISERING

Vård och omsorg i Sverige står sig kvalitets- och kostnads-mässigt väl i internationella jämförelser. Inom vissa områden, särskilt inom äldreomsorgen, har vi dessutom delvis unika erfarenheter. Det bör skapa möjligheter att exportera svenskt kunnande men också vissa tjänster inom områ-

det. Ett sätt att exportera svensk know-how är att skapa förutsättningar för svenska företag att bli verksamma internationellt. Ofta förutsätter det att de först får möjlighet att etablera sig på den svenska marknaden. Kommuner och landsting har inte samma möjligheter att ge sig ut på världsmarknaden. Svenska internationella företag inom området skapar förutsättningar inte bara för att utnyttja svenskt kunnande i andra länder utan också för att hämta hem kunnande från andra länder till Sverige.

Genom att vård- och omsorgstjänsterna utgör en stark bransch i Sverige gynnas underleverantörsbranscher som exempelvis bioteknik, läkemedel och medicinteknik vilket kan bidra till framgång också på den internationella marknaden. Internationella satsningar från vård- och omsorgsföretag inom kärnverksamheten kräver betydande styrka, både ekonomiskt och storleksmässigt. Realistiskt sett är det främst de större företagen som själva har möjligheter att ge sig ut på en internationell marknad. Stora företag kan dock underlätta internationaliseringen av små företag i relaterade branscher. Av det skälet är det viktigt att vi på den svenska marknaden har ett antal stora företag inom vård och omsorg.

När det gäller att sälja högspecialiserad vård finns redan organisationer inom några landstings Care-bolag. Erfarenheten från dessa är att det går bra att sälja svensk vård utomlands men de begränsas i sin marknadsföring av att de endast får erbjuda vård inom ramen för landstings-sjukvårdens överkapacitet. För att Sverige på allvar ska kunna konkurrera om utländska patienter på en växande internationell marknad är det därför angeläget att svenska sjukvårdsbolag får möjlighet att bygga upp en kapacitet som direkt riktar sig till denna marknad. Dessa företag bör också få möjlighet att köpa in sådan överkapacitet hos de offentliga sjukhusen som i dag utnyttjas av Care-bolagen.

Erbjud stöd och rådgivning till företag som vill öka sin internationella verksamhet. Underlätta för små företag att samverka med både stora och små företag för exempelvis omvärldsanalyser, marknadsföringsinsatser och utveckling av systemlösningar. Ge företag som satsar på att ta hit utländska patienter möjlighet att hyra överkapacitet hos de landstingsägda sjukhusen.



# REFERENSER

- Arbetslivsinstitutet (2005), *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*
- Arvidsson, G. Bergström, H. Edquist, C. Högberg, D. Jönsson, B. (2007), *Medicin för Sverige*, SNS förlag
- Attendo (2006), *Möte med Nutek 2006-02-06* (PP-presentation)
- Batljan, I. och Lagergren, M. (2000), *Kommer det att finnas en hjälpare hand? – en analys av framtida behov och kostnader för vården och omsorgen för de äldre 2000-2030*, Bilaga 8 till LU 1999/2000, Fritzes
- Bemanningsföretagen (2007), *Bemanningsföretagens utveckling första halvåret 2007*, 2007-08-24
- Blomqvist, P. (red) (2007), *Vem styr vården?*, SNS förlag
- Borg, P. (2006), *Reform eller reträtt? Välfärdspolitikens vägval*, Hjalmarson & Högberg
- Edebalk, P. G. och Svensson, M. (2000), *Äldrevårdsförsäkring*, IHE
- Eklöf, J. (2007), *Öppen sjukvård, tandvård och äldreomsorg i kundernas ögon*, Presentation för nätverket Svensk vård 2007-02-12, Svenskt Kvalitetsindex (PP-presentation)
- Ekonomistyrningsverket (2006), *Effektivare offentlig verksamhet med privat medverkan om konkurrensut-sättning och styrning av offentlig verksamhet i privat regi*. Ekonomistyrningsverket 2006:15
- FHI (2004), *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*, Folkhälsoinstitutet
- Försäkringskassan (2007), *Gränsöverskridande vård inom EU/EES*, svar på regeringsuppdrag 2007-08-23
- ITPS (2007), *Sjukvårdssektorns tillväxtpotentialer. En studie av erfarenheter från Kanada och USA*, Institutet för tillväxtpolitiska studier, A2007:012
- Jansson, J.O. (2006), *Ekonomi och politik för tjänster*, SNS förlag
- Jönsson, B. m fl (2004), *Hälsa, vård och tillväxt, Välfärdspolitiska rådets rapport*, SNS förlag
- Konkurrensverket (2002), *Att vårda och skapa konkurrens – vad krävs för ökad konsumentnytta?* 2002:2
- Konkurrensverket (2007a), *Öka konkurrensnyttan inom vård och omsorg – förslag för konkurrens och ökat företagande*
- Konkurrensverket (2007b), *Konkurrensut-sättning av vård och omsorg – ökad välfärd och valmöjligheter (opi-nionsundersökning utförd av Sifo på Konkurrensverkets uppdrag)* Konkurrensverkets konferens 2007-02-21
- Larsson, K. Szebehely, M. (2006), *”Äldreomsorgens förändringar under de senaste decennierna” i Äldres levnadsförhållanden. Arbete ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980-2003*, Statistiska Centralbyrån
- Lindbeck, A. (2005), *Kvalitet eller rättvisa blir vårt val i vården*, Dagens Nyheters nätupplaga, 2005-02-27
- Lindqvist, M. (1988), *Sources of International Competitiveness. Swedish Communication Products for Disabled Persons*. Institute of International Business, RP 88/16
- LO (2004), *Kan framtidens välfärd finansieras? – LO om LU*, LO
- Majanen. P. Mellberg, L. Norén, D. (2007), *Äldrelivs-branschen – En framtidsbransch*, KK-stiftelsen
- Norén, D. (2005), *Expertkompetensprogram för den framväxande Healthcare-branschen*, KK-stiftelsen
- Nutek och SCB (2005), *Företagens villkor och verklighet*
- Nutek och IVA (2006), *Om de nya förutsättningarna för näringslivets utveckling, slutrapport i projektet Framtidens näringsliv*
- Nutek (2006), *Offentlig upphandling som drivkraft för innovation och förnyelse. Redovisning av regeringsuppdrag*. Nutek R 2006:21
- Nutek (2007a), *Årsbok 2007*
- Nutek (2007b), *Företagens framväxt i vård- och omsorgssektorn. Kartläggning av företag och företagande inom vård och omsorg*. Nutek B 2007:2
- Nutek (2007c), *Sjukvården – en tjänstebransch med effektiviseringspotential. Nya trender mot patientfokus och produktivitet*, Nutek R 2007:13
- Nutek (2007d), *Effekter av avreglering och konkurrensut-sättning. Med fokus på vård och omsorgssektorn*. Nutek R 2007:23
- Nutek (2007e), *Offentlig upphandling inom vård och omsorg*, Nutek R 2007:24
- Nutek (2007f), *Vinst i vården, konsultrapport utförd av Grufman och Reije, PM till Nutek*, under publicering

- Nutek (2007g), *Organisatoriska innovationer*, studie av Nutek under publicering
- Nutek (2007h), *Vård och omsorg som motor i den regionala utvecklingen. Utgångspunkter för regionala strategier*, konsultrapport utförd av SWECO Eurofuturres, PM till Nutek
- Nutek (2007i), *Småföretag inom vård och omsorg – vilja och förutsättningar att växa*. Nyhetsbrev nr 2 i projektet Vård och omsorg – en framtidsbransch
- Nutek (2007j), *Vem vill arbeta inom vården?*, Nyhetsbrev nr 3 i projektet Vård och omsorg – en framtidsbransch
- Nutek (2007k), *Gränslös vård och omsorg*, Nyhetsbrev nr 4 i projektet Vård och omsorg – en framtidsbransch
- Nutek (2007l), *Allt fler kvinnor driver företag inom vård och omsorg*. Nyhetsbrev nr 5 i projektet Vård och omsorg – en framtidsbransch
- Nutek (2007m) *Entreprenörskapsbarometern 2006 – entreprenörskap i skolan gör unga mer positiva till företagande*, Nutek B2007:1
- Prop 1992/93:159, *Stöd och service till vissa funktionshindrade*
- Rosén, P. (2005), *Rättvisa prioriteringar i äldreomsorgen – dokumentation av ett pilotprojekt*, Prioriterings-Centrum
- SCB (2004a), *Hur står det till? – en undersökning av den upplevda kvaliteten inom Malmö stads äldreboende 2004*, Malmö stad
- SCB (2004b), *Vårdtagare om äldreboendet*, Göteborg våren 2004
- SKL (2004), *Utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser*, Sveriges Kommuner och Landsting
- SKL (2005a), *Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat*, Sveriges Kommuner och Landsting
- SKL (2005b), *Hälso- och sjukvården till 2030*, Sveriges Kommuner och Landsting
- SKL (2006a), *Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården*, Sveriges Kommuner och Landsting
- SKL (2006b), *Aktuellt om äldreomsorgen*, Sveriges Kommuner och Landsting
- SKL (2007), *Öppna jämförelser 2007*, Sveriges Kommuner och Landsting
- Socialstyrelsen (2004), *Konkurrensutsättning och entreprenader inom äldreomsorgen*, Utvecklingsläget 2003
- Socialstyrelsen (2006a), *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*
- Socialstyrelsen (2006b), *Statistik över kostnader för hälso- och sjukvården 2005*, 2006:4
- Socialstyrelsen (2006c), *Hälso- och sjukvård*, Lägesrapport 2005
- Socialstyrelsen (2007), *Vård och omsorg om äldre*, Lägesrapport 2006
- SOU (2003:57), *Alternativ finansiering av offentliga tjänster*, Bilaga 7 till LU 2003, Fritzes
- SOU (2004:19), *Långtidsutredningen 2003/04*, Fritzes
- SOU (2006:86), *Mera försäkring och mera arbete, Betänkande av Socialförsäkringsutredningen*, Fritzes
- SOU (2007:10), *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, Slutbetänkande av Ansvarskommittén
- SOU (2007:19), *Friskare tänder – till rimliga kostnader, Slutbetänkande av Utredningen om ett nytt tandvårdssystem för vuxna*, Fritzes
- SOU (2007:37), *Vård med omsorg – möjligheter och hinder*, Betänkande av Delegationen för mångfald inom vård och omsorg, Fritzes
- Sundin, E. och Thörnquist, A. (red) (2006), *När anställda blir företagare*, Arbetslivsinstitutet
- Svensson, M. och Edebalk, P.G. (2006), *Kvalitetskonkurrens och kundval inom kommunal äldreomsorg*, Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie 2006:6
- Svenskt Näringsliv (2007), *Ett näringslivsperspektiv på utvecklingen de kommande tre decennierna*, Svensk Näringsliv
- SVT (2007), *Privat sjukförsäkring ökar*, <http://svt.se/svt/jsp/Crosslink.jsp?d=62185&a=832296>, Sveriges Television 2007-05-01
- Söderström, L., Andersson, F., Edebalk, P.P.G., Kruse, A. (2000), *Privatiseringens gränser – Perspektiv på välfärdspolitiken*, Välfärdspolitiska rådets rapport 2000, SNS förlag
- Weil, D.N. (2005), *Economic Growth*, Pearson Addison Wesley





## VÅRD OCH OMSORG – EN FRAMTIDSBRANSCH

Vård och omsorg är Sveriges i särklass största bransch med omkring 665 000 sysselsatta. Att öka branschens konkurrenskraft och tillväxt är viktigt både för att få mer vård för pengarna och för att branschen är en betydande del av vår ekonomi. Den här rapporten lämnar sju förslag för att stärka branschens konkurrenskraft.

Vård- och omsorgsbranschen står inför en rad utmaningar i form av internationell konkurrens, demografiska förändringar och finansieringsproblem. För att möta dessa utmaningar måste branschen öka sin konkurrenskraft och tillvarata de tillväxtförutsättningar som finns. Men hur ska det gå till? Kan man öka produktiviteten och effektiviteten? Vilken betydelse kan ökad konkurrensutsättning ha för detta? Hur kan svenska företag i branschen medverka till att möta dessa utmaningar?

I Nuteks och IVA:s rapport Framtidens näringsliv (2006) identifierades vård- och omsorg som en av de mest intressanta framtidsbranscherna i Sverige. Den här rapporten är en fortsättning på det arbetet. Initiativtagare till projektet Vård och omsorg – en framtidsbransch är Nutek och Almega. Denna rapport utgör styrgruppens gemensamma slutrapport och bygger på faktaunderlag, intervjuer och diskussioner med representanter för olika delar av branschen.