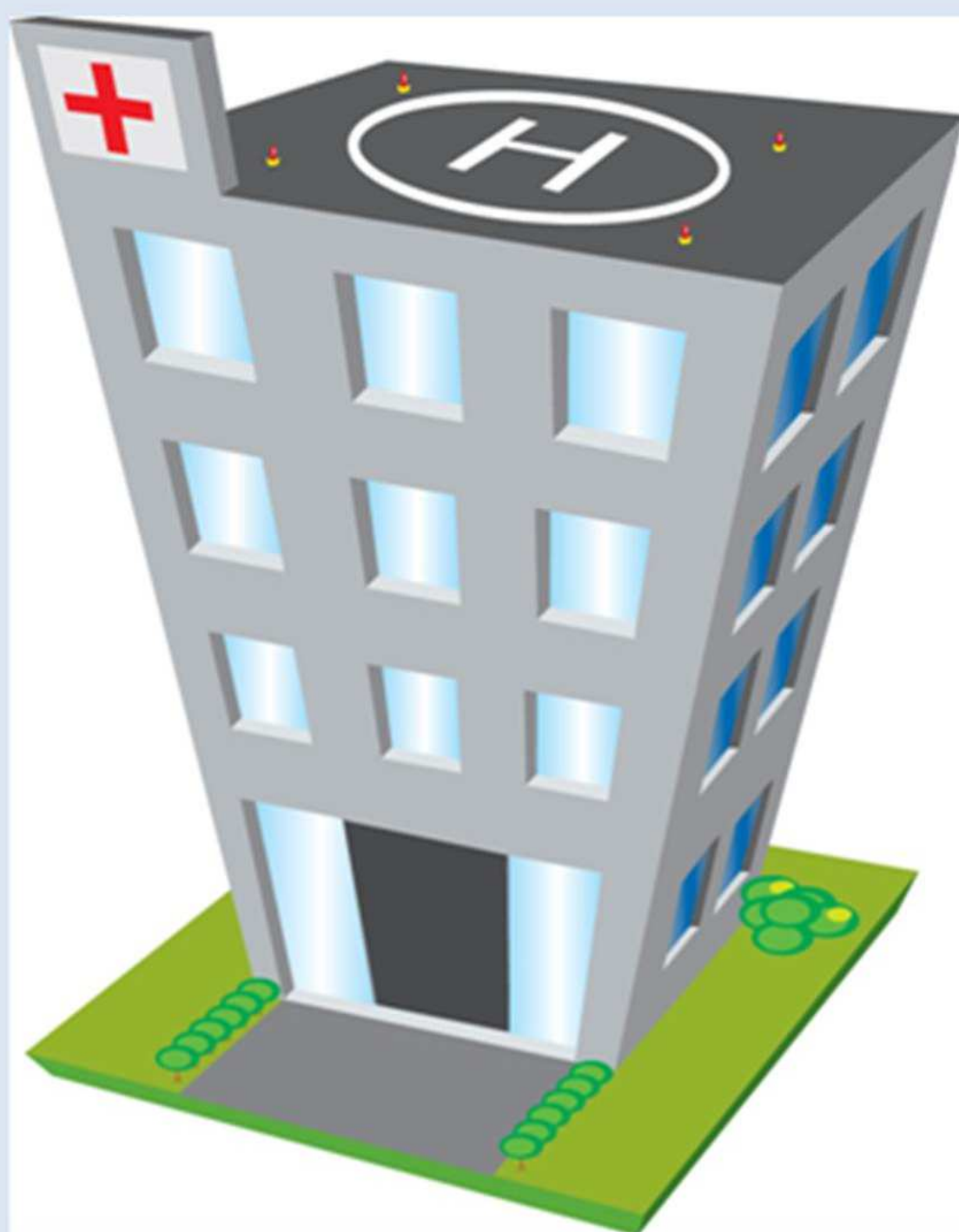


Vinster i välfärden?

Självklart men bara i vissa fall



Karl-Henrik Pettersson

©Karl-Henrik Pettersson

Vinster i välfärden? Självklart men bara i vissa fall

Vinst i välfärden (i fortsättningen exemplifierat med *vård & omsorg*) kan mycket väl vara samhällsekonomiskt rätt och riktigt, alldeles oavsett vad vissa kringsvävande krönikörer och enögda politiker (som vänsterpartiets Jonas Sjöstedt) säger. Också att man delar ut vinsten till ägarna. Men det finns ett men. Vinsten skall i så fall komma från verksamheter som passar för konkurrens och privat produktion. Det gör långt ifrån all vård.

Den rätta frågan politikerna, och naturligtvis också alla andra, borde ställa sig är:

Vilka vårdverksamheter passar för en marknad, och vilka gör det inte?



Jag skrev mycket om det här i min bok [Så skulle det kunna bli](#) (FSF, 2008), och på bloggen med samma namn under 2008 och 2009. Det verkar finnas anledning att plocka fram några av dessa skrivelser. Här kommer sex av dessa artiklar. På mig verkar de minst lika aktuella idag som när de skrevs för 3-4 år sedan:

1. Vad krävs för att en vårdmarknad skall fungera effektivt?
2. Den politiska skandalen Maria Beroendecentrum
3. Är det verkligen klok politik att skriva avtal med ett privat vårdföretag (Carema) om Maria Beroendecentrum?
4. Var passar privat vård? Det är den fråga politikerna borde försöka bli överens om.
5. Det är inte fel med riskkapitalbolag i primärvården
6. Nonprofit-företagens roll i det svenska vårdssystemet

1. Vad krävs för att en vårdmarknad skall fungera effektivt?

På marknaden finns normalt bara två parter – köpare och säljare. Vi vet att marknaden fungerar bra om fyra villkor är uppfyllda. (1) Att det finns konkurrens, (2) att kunden har full frihet att välja produkt/producent, (3) att fri etableringsrätt gäller för den som vill komma in på marknaden samt (4) att båda parter har den information de behöver för att fatta ett rationellt beslut. Det här är villkor som också gäller för vårdmarknaden. Men vårdmarknaden är mer komplicerad än den vanliga marknaden. Här finns alltid en tredje part inblandad, den som betalar. Vården kräver försäkring. I Sverige har vi ordnat det via skattesystemet, vårdens kostnader betalas så gott som helt via skattsedeln. I andra länder är det privata

försäkringsbolag, ibland vinstdrivande (som i vissa fall i USA), ibland non-profit företag (som i till exempel Tyskland), som ordnar försäkringsskyddet och betalar vad vården kostar.

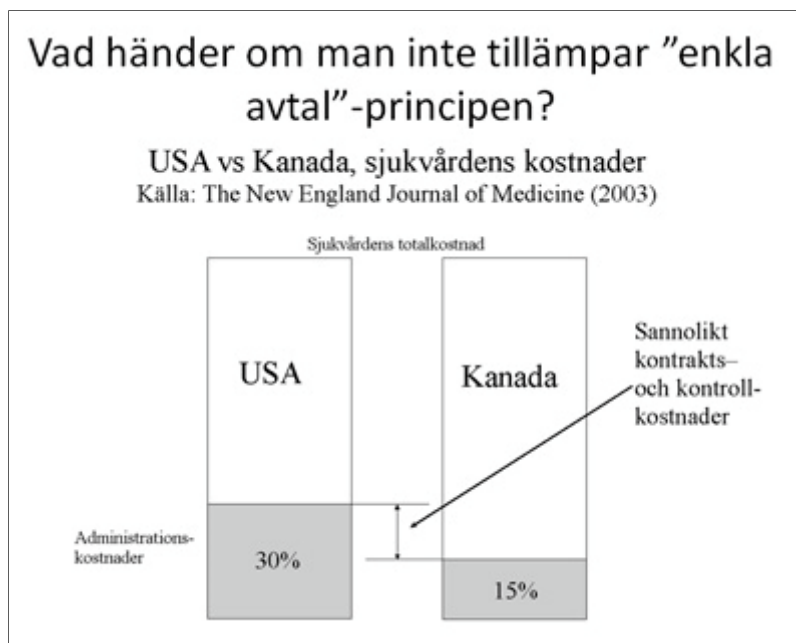
Tredjepartsinblandningen sätter sin prägel. Framförallt kommer vårdmarknaden inte att fungera effektivt om inte den tredje parten, landstinget/regionen, kan skriva enkla avtal med de privata vårdföretagen. Eller uttryckt på annat sätt. Målet för landstinget/regionen måste alltid vara att hålla nere kontrakts- och kontrollkostnaderna, kort sagt vad det kostar att förhandla, skriva avtal och framför allt kontrollera att det man kommit överens om också fullgörs. Uppfyller man inte ”enkla avtal”-kriteriet hamnar man förr eller senare i kostnadsexplosioner, övervinster i vårdföretagen och till sist också i politiska bekymmer. Den politiska skandalen Maria Beroendecentrum i Stockholm är ett exempel så gott som något.

Fem krav måste med andra ord vara uppfyllda för att vårdmarknaden skall ha en chans att fungera effektivt. Det kan sammanfattas i en enkel figur:



PS om vad som händer om man inte tillämpar ”enkla avtal”-principen Vi vet enligt en studie i *The New England Journal of Medicine* (Woolhandler, S. et al, 2003, ”Costs of Health Care Administration in the United States and Canada”) att de administrativa kostnaderna i det amerikanska sjukvårdssystemet är extremt höga – över 30% av sjukvårdens samlade kostnader. Enligt samma studie är administrationskostnaderna i den kanadensiska sjukvården (med ett sjukvårdssystem liknande vårt) ungefär hälften så höga. Det är högst sannolikt att den skillnaden kan förklaras av högre kontrakts- och kontrollkostnader i det fragmenterade amerikanska systemet än i det mer homogena, ”single payer”, kanadensiska systemet.

Artikelns budskap sammanfattas i den här figuren:



Publicerad: 2008-09-27

2. Den politiska skandalen Maria Beroendecentrum

På våren 2002 bolagiserades och privatiserades tidigare landstingsägda Mariaenheten för vård av alkoholister och narkomaner i Stockholm. De senaste dagarna har vi kunnat läsa om att ägarna av Maria Beroendecentrum (som verksamheten numera kallas) för sina fem första år, 2002-2007, har tagit ut 84 miljoner kronor i aktieutdelning. Mest har de fem huvudägarna fått, runt 8 miljoner kronor var. Det betyder att man tjänat runt 10% på omsättningen i skattad vinst per år. Det är anmärkningsvärt högt med tanke på att ägarna i praktiken inte har tagit någon ekonomisk risk.

Det är lätt att bli upprörd och förbannad, det är ju "mina" skattepengar som omvandlas till privata förmögenheter på ett alltför generöst sätt och det känns inte bra. Samtidigt gäller det att inte skjuta på pianisten. Ägarna till Maria Beroendecentrum är inte dom skyldiga i det här politiska dramat, de har av allt att döma skött sin del av avtalet. "Maria är mycket välskött" säger landstingshandläggaren Johan Tallroth till *Metro*. Det får vi utgå från är sant. Det är politikerna som är ansvariga för att det gått snett – och det är minst tre fel som har begåtts och som gjort det möjligt för fem huvudägare att bli smått förmögna och ett hundratal andra delägare att få bara några hundratusen var (utöver de marknadsmässiga löner som man får anta att de haft).

1. Missbruksvård lämpar sig inte för privat drift
2. Att privatisera Maria-enheten 2002 var ett politiskt hafsverk

3. Entreprenadavtal (som i fallet Maria) är sämsta möjliga samarbetsmodell för både landsting och vårdgivare

Låt oss ta en fråga i taget.

1. Missbruksvård lämpar sig inte för privat drift

Det finns tre övergripande krav för att en vårdmarknad skall fungera effektivt. För det första måste fritt vårdval gälla, det vill säga patienterna skall kunna välja vårdgivare utan att någon blandar sig i. För det andra måste det finnas konkurrens, det skall helt enkelt finnas flera vårdgivare att välja på och de måste finnas inom ”räckhåll” för patienten. Och för tredje, och kanske mest överraskande för många – det måste vara möjligt att skriva enkla avtal mellan beställaren, landstinget, och den privata vårdgivaren, i det här fallet ägarna till Maria Beroendecentrum.

Det är högst diskutabelt om missbrukarvården i Stockholm uppfyller något av dessa tre krav – och i varje fall är inte ”enkelt avtal”-kravet uppfyllt. Varför är det då viktigt med enkla avtal? Ja, annars finns en överhängande risk att en privat vårdgivare ekonomiskt utnyttjar otydligheterna och kryphålen i avtalen, det ekonomer kallar opportunistiskt beteende. Det finns en mängd empiriska studier som visar att det är verkligheten. Och vi vet att kontrakts- och kontrollkostnaderna rakar i höjden om det är svårt att göra avtalen enkla. Beställaren måste helt enkelt lägga ner stora resurser på att försöka hålla koll på vad som sker.

Enkla avtal får man om ”produkten”, den vård som ges, är tydlig i konturerna. Eller uttryckt på annat sätt, att den vård det är fråga om är administrativt planerbar och medicinskt tydlig. Ett exempel på hög planerbarhet och tydlighet är standardiserad elektiv kirurgi, typ grå starr, åderbräck, vissa ledoperationer etc. Ett annat exempel kan vara bastandvård. Men missbrukarvård är vare sig särskilt administrativt planerbar eller medicinskt tydlig, snarare tvärtom och då är det omöjligt att skriva entydiga avtal. Eller också blir avtalen så komplicerade att kontrollkostnaderna för landstinget och administrationskostnaderna för vårdgivaren blir orimligt höga. Och det blir svårt att konstruera en ersättningsmodell som fungerar. Man vet ganska väl vad det kostar att operera en grå starr eller ett knä, och hur mycket eftervården kostar. Men för en missbrukare är vårdinsatsen mer eller mindre omöjlig att förutse, då går det inte heller att skriva enkla avtal.

Att missbrukarvården är så svårplanerad och medicinskt komplicerad är mitt huvudargument för varför den inte lämpar sig för att skötas av vinstdrivande, utdelande privata vårdföretag. Det gjordes fel från början så att säga.

2. Att privatisera Mariaenheten 2002 var ett politiskt hafsverk

Att det sakligt sett var feltänkt att privatisera en missbrukarvårdsenhet eftersom ”enkelt avtal”-kriteriet inte var uppfyllt har vi således konstaterat. Men privatiseringen var också ett politiskt hafsverk. Att man kan säga det med stor bestämdhet beror på att det finns en vetenskaplig studie av turerna kring privatiseringen (Stenius/Storbjörk ”Den snabba avknoppningen av Maria-enheten”, *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2003 (4))

Det var en privatisering, skriver författarna, som”...i sin snabbhet överrumplade de flesta.” När man läser rapporten får man intrycket att den borgerliga majoriteten i landstinget av politiska och ideologiska skäl snabbt ville driva igenom avknoppningen/bolagiseringen och

utköpet. Privatisering av vården var något som låg i tiden. Det fanns också en beredskap i landstingsorganisationen med tjänstemän som skapade en egen privatiseringsdynamik (Mångfaldskansliet). Och missbruksvård var ett nytt privatiseringsområde, tidigare hade privatisering mest handlat om traditionell primärvård, geriatrik och öppen psykiatri. Till det kommer att det saknades en genomtänkt vänsteropposition till beslutet.

Till yttermera visso gjordes allt som en direktupphandling. De läkare och andra som ville ta över ägandet av Maria-enheten fick göra det utan konkurrens. Landstinget kan besluta om direktupphandling om det antingen är brådskande att starta upp en verksamhet (det kriteriet gällde uppenbarligen inte i det här fallet) eller om beställaren bedömer att ingen annan är intresserad av att driva verksamheten. Det var således det senare som landstingsförvaltningen trodde. I ett tjänsteutlåtande från augusti 2001 står det kort och gott: ”Inga andra anbudsgivare är tänkbara i Sverige.” Det kan man naturligtvis fråga sig hur välgrundat det påståendet var.

Det är sådant som kan kallas politiskt hafsverk.

3. Entreprenadavtal är sämsta möjliga samarbetsmodell för både landsting och vårdgivare

Det skrevs 2002 ett femårigt avtal mellan landstinget och ägarna till Maria-enheten (som sedan har förlängts för att löpa ut i mars 2009). Utan att veta med säkerhet, jag har inte lyckats få tag i avtalet, är det ett så kallat entreprenadavtal. Det betyder, kort sagt, att den privata vårdgivaren under avtalstiden förbinder att sköta en specificerad verksamhet, i det här fallet missbruksvård, som tidigare bedrivits av någon annan, landstinget eller en annan privat aktör. I de flesta entreprenader äger fortfarande landstinget eventuella fastigheter och en del annan fast egendom (så är det bland annat i fallet S:t Göran) medan personalen är anställd av vårdgivaren som också äger vissa inventarier. Principen är att när entreprenaden löper ut kan den antingen förlängas, tas över av en annan privat vårdgivare eller återgå till landstingsdrift.

Det är sämsta möjliga samarbetsmodell för både beställaren, landstinget, och vårdgivaren. Varför det? Ja, det skapar framförallt osäkerhet. När en journalist frågade VD för Maria Beroendecentrum, Lotta Olmarker, varför man inte investerade sina stora vinster i företaget istället för att ta ut pengarna kontant så svarade hon: ”Vi skulle gärna bygga ut men vi har ett avtal som går ut i mars (2009), och man vet inte, jag kanske blir arbetslös då.” Hur kan man förvänta sig att en privat vårdgivare skall vara beredd att göra egna investeringar i verksamheten när det inte finns en garanti för att man får pengarna tillbaka om avtalet inte förlängs.

Av någon anledning har vi i Sverige mer än i andra länder kommit att använda entreprenader när vi velat öka det privata inslaget i vården. Det är obegripligt. Nu kommer antalet entreprenader att minska i takt med att vårdvalsmodeller blir vanligare. Men vårdvalsmodeller lämpar sig inte på alla områden, till exempel inte för missbruksvård.

Ett politiskt jättefiasko

Kontentan av de tre punkterna är att privatiseringen av Maria-verksamheterna var ett misstag från början. Fel område för privatisering. Politiskt hafsverk. Och fel typ av samarbetsmodell där den privata vårdgivarens fick ett guldkantat avtal utan att behöva göra egna riskinvesteringar.

Det är bara att konstatera ett politiskt jättefiasko. Och även om de borgerliga partierna bär huvudansvaret så kommer man inte ifrån att socialdemokraterna har spelat med, bland annat okritiskt förlängt avtalet.

Publicerad 2008-08-18

3. Är det verkligen klok politik att skriva avtal med ett privat vårdföretag (Carema) om Maria Beroendecentrum?

Jag läser i dagens DN (23 oktober 2008) att Carema Specialistvård skall driva Maria Beroendecentrum. Både det ansvariga borgerliga landstingsrådet Birgitta Rydberg (fp) och oppositionslandstingsrådet Dan Larsson (s) tycker att det är ett bra beslut. Eller som Dag Larsson uttrycker det i en omvänd argumentation. ”Maria Beroendecentrum har tagit ut orimligt höga vinster.” Det kan man lugnt påstå. På en femårsperiod har de fem huvudägarna av det privata bolag som fram till nu drivit Maria Beroendecentrum kunnat ta ut ett antal miljoner vardera ur bolaget. Minst sagt anmärkningsvärt.

Jag är mycket tveksam till att avtalet med Carema kommer att visa sig vara ett riktigt beslut.

Problemet är inte Carema Specialistvård, de kommer antagligen att sköta verksamheten lika bra som de tidigare entreprenörerna (som också enligt uppgift skötte verksamheten kvalitetsmässigt bra). Och det är naturligtvis också positivt för skattebetalarna att Carema, enligt dagens DN, ”...lovar driva vården 35 miljoner billigare än vårdföretaget Maria Beroendecentrum”. Men hur blir det de facto med de lägre kostnaderna? Det måste väl vara så att de tjänstemän och politiker som i början av 2000-talet skrev kontrakt med den förre entreprenören trodde att de hade gjort en bra förhandling, fått mycket vård för pengarna. I efterhand visade det sig vara en grav felkalkylering. Kontraktet möjliggjorde för var och en av ägarna av vårdföretaget Maria Beroendecentrum att öka på den egna förmögenheten med några miljoner.

Grundfrågan är: Hur kan det komma sig att landstinget skriver ett avtal som (med Dan Larssons ord) gör att företaget ”...har tagit ut orimliga vinster”? Svaret på frågan är ganska säkert att beroendevård av den typ som Mariakliniken ger är mer eller mindre omöjlig att skriva tydliga avtal om – och kan man inte skriva tydliga avtal mellan beställaren, Stockholms läns landsting i det här fallet, och den privata vårdgivaren kommer man förr eller senare att hamna i problem. Det finns gott om forskning som visar det. Problemen kan vara att den privata vårdgivaren skor sig ekonomiskt (just det som skett i fallet Maria Beroendecentrum). Problemen kan också vara att beställaren får höga kontrakts- och kontrollkostnader, beställaren vill helt enkelt vara säker på att kontraktet blir så entydigt som möjligt och kommer sedan att sätta av extra resurser för att kontrollera att det man kommit överens om också följs. Men extra resurser hos beställaren är också liktydigt med högre vårdkostnader.

Det finns tre basala krav som i ett system med skattefinansierad vård måste vara uppfyllda för att en vårdmarknad med privata vårdföretag skall fungera effektivt. (1) Patienterna måste ha flera vårdgivare att välja mellan, och helst skall patienterna också kunna jämföra vårdkvaliteten hos de olika klinikerna. (2) Det måste råda konkurrens mellan klinikerna. Och

därtill kommer detta med enkla avtal. (3) Avtalet mellan beställaren och utföraren får inte vara tvetydigt. Det gäller både vårdens innehåll och ersättningsmodellen.

Slutsatsen är enkel att formulera. Kan man inte uppfylla dessa tre villkor, och ”enkla-avtals-principen” väger lika tungt som de andra två, ja då skall man inte överlåta skattefinansierad vård till privata entreprenörer.

Publicerad 2008-10-23

4. Var passar privat vård? Det är den fråga politikerna borde försöka bli överens om

Mer privat vård är temat för en debattartikel i Dagens Industri (9 april 2009). Artikeln är skriven av Dag Andersson, VD för dialysföretaget Diaverum (tidigare Gambro Healthcare) och Patrik Ström vid Handelshögskolan i Göteborg. Diaverum har idag 185 dialyskliniker spridda över världen. Och det finns en stor marknad för privat dialysvård. I Italien är 25% av dialysvården privat, i Portugal 95%. Sverige är på den här punkten långt från toppen, det finns bara två privata dialyskliniker i landet, allt enligt artikeln. Andersson/Ström tycker att vi borde ha en större privat vårdsektor i Sverige, också inom specialistvården. Nischade privata vårdkoncerner med verksamhet i många länder kan komma åt skalekonomi som skulle kunna spara pengar åt beställarna, landstingen, utan att den medicinska kvaliteten drabbas. Men ”...medan övriga västeuropeiska länder framgångsrikt har privatiserat en stor del av denna typ av specialiserad service har Sverige låst fast sig vid en förlegad hälsovårdspolitik inriktad på offentlig förvaltning.” Artikeln doftar besvikelse. Oföretagsamma och ideologiskt påverkade politiker och tjänstemän ser inte vilka möjligheter som finns.

Är författarna rätt ute med sin kritik? Ja, talar vi om dialysverksamhet har de rätt. På de delar av vården där konkurrens och marknad passar, och dit hör dialys, finns det av allt att döma stora produktivitetsvinster att hämta om vården sköts privat vid en jämförelse med offentlig vård. I själva verket pekar det mesta på, inklusive viss empirisk forskning, att om ”passar”-kriteriet är uppfyllt ökar inte bara produktiviteten utan också patientnöjdheten och personaltrivseln.

De har också rätt i sin kritik mot politikerna. Problemet är att vi i Sverige under lång tid har haft en onyanserad och politiskt polariserad debatt om privat vård. En grupp politiker (höger) är för, en annan grupp (vänster) är mot. Men så enkel är inte frågan. Det politikerna borde göra istället är att diskutera vilka delar av vården som lämpar sig för en marknadslösning och vilka delar som inte gör det. Det är inte en omöjlig frågeställning. Tvärtom. Med ekonomisk analys, praktisk erfarenhet och sunt förnuft kan man ganska säkert slå fast vilka delar av sjukvården som skulle kunna privatiseras med stora vinster som följd för alla inblandade – skattebetalare, patienter, personal och vårdgivare. Det handlar om primärvården, omsorgsvården, standardiserad elektiv kirurgi och delar av den övriga planerbara specialistvården (inklusive dialysverksamhet). Det berör allt som allt storleksordningen 40% av den svenska sjukvården mätt i kostnader. Idag drivs kanske 12-14% av sjukvården privat. Det finns med andra ord ett stort expansionsutrymme för privat vård om den politiska viljan fanns.

Jag tycker alltså att debattörerna Andersson & Ström har en poäng. Här finns ett företag med svensk anknytning som framgångsrikt har expanderat internationellt inom en del av specialistsjukvården och därmed rimligen vet vad man sysslar med. Ändå har man inte lyckats på hemmaplan trots att den vård vi talar om, dialysverksamhet, alldeles uppenbart passar för privat vård och konkurrens. Det tyder på en för skattebetalarna kostsam politisk tröghet.

Publicerad 2009-04-09

5. Det är inte fel med riskkapitalbolag i primärvården

”Riskkapitalbolag tar över vården” var rubriken på ett debattinlägg i Dagens Medicin häromdagen. En Jonas Sjögren, allmänläkare från Västerås, var författare och han skriver att regeringens modell för vårdval riskerar att ”amerikanisera” den svenska vården – och framför allt ser han framför sig, och ogillar att, ”..sjukvården kan komma att domineras av ett fåtal stora riskkapitalbolag”. Man får förmoda att det han i första hand talar om är primärvården, det är ju där vårdvalsmodellen är aktuell.

Är det troligt att vi kommer att få se riskkapitalbolag som stora ägare i den svenska primärvården? Ja, det är inte uteslutet. Och det är inte något negativt som Jonas Sjögren verkar tro. Tvärtom.

Låt oss börja med att precisera vad ett riskkapitalbolag är. Det är ett företag med gott om riskkapital, därav namnet, som investerar i branscher där man ser att en strukturförändring är nödvändig och där det finns pengar att tjäna på att delta i den strukturförändringen. Men bara tillfälligt, under några år. Ett riskkapitalbolag har som affärsidé att under en period, sällan längre än 10 år, som ägare delta i omstruktureringen i en viss sektor för att därefter sälja och överlämna det långsiktiga ägandet till någon annan. Vill man uttrycka sig förenklat och förklenande kan man säga att riskkapitalbolagen är duktiga på att ”lukta sig till” möjligheter att tjäna pengar i verksamheter som skulle kunna organiseras mycket bättre, i det här fallet den svenska primärvården.

Det finns gott om empiriska studier som visar att för samhället gör riskkapitalbolagen ofta stor nytta, de ökar effektiviteten och förädlingsvärdet och därmed basen för ökad välfärd. Det finns ingen anledning tro att inte det också skulle gälla i fallet med den svenska primärvården. Det är troligt att det finns skalekonomi också i primärvården (utbildning, IT, benchmarking, kapitalanskaffning, kringsservice etc.) och det är grunden för att Carema, Aleris, Praktikertjänst och andra stora aktörer kommer att vara framgångsrika inom ramen för ett vårdvalssystem. Och om några av dessa stora ”vårdcentralskoncerner” under några skulle råka vara ägda av riskkapitalbolag, kanske till och med internationella riskkapitalbolag, är det ingenting att vare sig vara förvånad eller förargad över. Det är tecken på att här finns det mycket att göra (läs stora effektivitetsvinster) och för oss medborgare betyder det att välfärden ökar. Vem kan vara emot det?

Det är ingen tillfällighet att ”cottage industry”-varianten i primärvården, solopraktikern är den yttersta formen av allmänmedicinsk ”cottage industry”, tvingas ta steg tillbaka över hela vården (jfr till exempel hur General Practitioner [GP]-systemet i England utvecklas). Vi kommer även i Sverige med sin ”vårdcentralsmodell” att få se ökad konsolidering till större

företag, en del riskkapitalbolagägda, i takt med att vårdvalsmodellen introduceras i allt fler landsting. Och det är något att glädjas åt både som patient och skattebetalare.

En vision av den svenska primärvården 2025

Ingen vet naturligtvis vad som kommer att ske med den svenska primärvårdens struktur. Men man kan göra en kvalificerad gissning. Det gjorde jag i den vision som inleder Så skulle det kunna bli. En utländsk iakttagare som besöker Sverige år 2025 gör följande noteringar om hur den svenska primärvården då ser ut:

Praktiskt kom vårdvalsmodellen att snabbt sprida sig över landet – och den fick stora strukturella konsekvenser. Den svenska primärvården var sedan länge uppbyggd kring så kallade vårdcentraler. Det var relativt stora enheter med allmänläkare, ibland andra specialistläkare, distriktssköterskor med stor kompetens och vida befogenheter, rehabiliteringspersonal och i vissa fall med egna medicinska stödfunktioner som röntgen och laboratorium. De största vårdcentralerna i landet hade vid den här tiden [2010] uppemot 200 anställda.

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

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

Man kan för övrigt konstatera att uppbyggnaden av den svenska primärvården med relativt stora, och teamorienterade enheter med allmänläkare, andra specialistläkare, rehabpersonal, kuratorer etc. har kommit att sprida sig också till en del andra länder. Bakgrunden var att det

visade sig att den traditionella familjeläkarmodellen med allmänläkare med egna, måttligt stora praktiker, som i början av 2000-talet var vanlig i många länder, inklusive i England med sin GP-modell, med tiden fick svårigheter att fullt ut kunna tillgodose sina patienters alltmer differentierade behov.

Publicerad 2008-12-10

6. Nonprofit-företagens roll i det svenska vårdssystemet

Jag har i de tidigare artiklarna om nonprofitföretagen inom vårdsektorn [finns inte med här] diskuterat vilken strategi som är lämpad givet den lagstiftning vi har i Sverige i dag. Men det finns en alternativ strategi, en politisk strategi som nonprofitföretagen och deras talesmän skulle kunna använda sig av – att få politikerna att fatta beslut om att privatägda vinstutdelande företag inte skall tillåtas bedriva verksamhet inom vård-skola-omsorg. Det är inte så verklighetsfrämmande som det kan förefalla. Häromkvällen visades i TV ett nyhetsreportage om danska friskolor (apropå att en svensk friskolekoncern hade tjänat stora pengar till sina ägare). En rektor på en friskola gjorde klart att i Danmark kunde enligt lag inte en privat friskola dela ut sina vinster till ägarna. Och, tillade han, det är ju också rätt. Faktum är att den här ståndpunkten också har ekonomiska argument på sin sida.

Jag skall spela djävulens advokat och formulera ett ledarstick i en fiktiv tidning. Det skulle kunna bli ungefär här:

Är det verkligen rätt att låta privata företag tjäna pengar på vård och omsorg?

Vi vet att många svenskar tycker illa om att privatägda vård- och omsorgsföretag kan ta ut vinsterna ur sina företag och lägga pengarna i egen ficka. Det är nog för de flesta ett rent moraliskt ställningstagande. Privata aktieägare skall inte tjäna pengar på skattebetald vård och omsorg. Det känns orättmätigt.

En ekonom kan smula sönder ett sådant argument. Det finns empiriska studier som visar att en privat vårdkoncern kan, allt annat lika, leverera bättre produktivitet, högre patientnöjdhet och större personaltrivsel i jämförelse än den offentliga vården. Kommunal har till exempel gjort undersökningar bland sina medlemmar och funnit att privata omsorgsföretag ofta är de bästa arbetsgivarna. Det som kanske inte samtidigt sägs är att dessa studier bara gäller för vissa mindre delar av vård- omsorgssektorn. Kort sagt för närvården och delar av den specialiserade sjukvården – och bara under förutsättning att politikerna ser till att det finns konkurrens, fritt vårdval, fri etableringsrätt och öppen kvalitetsinformation.

Det moraliska argumentet håller alltså inte när det kommer ner till verkligheten. För inte ens en moraliskt upprörd person kan ha något emot att de här delarna av vården och omsorgen av allt att döma sköts bättre och billigare av privata företag. Men det är inte hela bilden. Mest tankeväckande är att det också finns två tunga ekonomiska argument som talar mot privata vinstutdelande företag i vården.

För det första tar inte det privata företaget i ett skattefinansierat vårdssystem någon risk att tala om – och det är risken som motiverar varför ägaren skall kunna ta ut vinsten ur företaget. Vinst är nämligen residualen, det som blir kvar, när alla kontrakt och andra förpliktelser som företaget har är infriade. Och vinsten är till för att den som ställer upp med riskkapitalet skall få betalt för den risk han eller hon tar. Tar den privata ägaren inga risker skall det inte heller kunna tas ut någon vinst. Man kan fråga sig vilka risker som ägarna till Maria Beroendecentrum tog som motiverade att de på några få år kunde plocka ut 80 miljoner kronor ur bolaget och berika sig själva? Naturligtvis tog de inga sådana risker. Det var en vanlig entreprenad och där finns normalt inga ekonomiska osäkerheter att prata högt om.

För det andra betyder mångfald i meningen många privata vårdföretag att de administrativa kostnaderna för vården stiger. Det är en sällan diskuterad konsekvens av privatiseringen. Särskilt kontrakts- och kontrollkostnaderna blir högre ju fler privata vårdföretag som är verksamma, och ju större andel av vården och vårdens finansiering som sköts av marknaden. Det avskräckande exemplet är USA där kostnaden för att administrera vården uppgår till ca 30% av totalkostnaderna. I Sverige är den kostnaden under 10%. Eller uttryckt mera handfast. Den svenska vårdens kostnader skulle idag stiga med åtminstone 50 miljarder kronor om vi skulle ha samma nivå på ”overheaden” i sektorn som i USA. Det priset vill vi knappast betala.

Det finns med andra ord både ett principiellt och ett praktiskt ekonomiskt argument mot vinstutdelande privata vård- och omsorgsföretag. Vilken den politiska slutsatsen blir? Ja, att svenska politiker bör överväga, på samma sätt som redan gjorts i vissa andra länder, att genom lag förbjuda privata vinstutdelande vård- och omsorgsföretag, eller i vart fall inskränka vinstutdelningsrätten till sådana vård- och omsorgskontrakt där den privata vårdgivaren tar en betydande egen ekonomisk risk.

Som sagt, jag var lite av djävulens advokat när jag formulerade det här. Men det finns ett grand av allvar. De två ekonomiska argumenten kan knappast någon ifrågasätta. Och ser inte politikerna till att vi tillåter vinstutdelande vård- och omsorgsföretag enbart på de delar av vården där beställarna, landstingen och kommunerna, kan skriva enkla och entydiga avtal med utförarna, och ser politikerna inte till att de fyra övriga kriterierna för en fungerande marknad finns på plats (konkurrens, fritt vårdval, fri etableringsrätt, öppen kvalitetsinformation), ja i så fall är det är mycket bättre att rakt av förbjuda vinstutdelande vård- och omsorgsföretag.

Publicerad 2008-11-02

Jag lägger till en artikel som nyligen skrivits och som inte handlar om vården utan om skolan. Den diskuterar de svårigheter som finns om politikerna skulle vilja lagstifta mot vinst i välfärden.

7. Miljöpartiet, koppla loss! Vinster i skolan tjänar vi alla på

Inför pingsthelgens kongress i Umeå har mp:s partistyrelse kommit alldeles fel vad gäller frågan om friskolor och vinst. Man säger (om det media refererar är korrekt) att visst skall

friskolor kunna vara vinstdrivande men *det skall skrivas in i bolagsordningen att syftet inte är att göra vinst*. Det är, försiktigt uttryckt, diffust tänkt.

Låt oss ta det lite mera systematiskt:

Alla företag som producerar en vara eller tjänst för marknaden (vi diskuterar alltså här skolverksamhet) måste driva verksamheten med vinst. Med andra ord när alla intressenter (lärare, annan personal, skattemyndigheten etc.) har fått sitt måste det finnas en summa pengar kvar, ett överskott. Inte varje år men sett över en period. Överskottet måste vara tillräckligt stort för att både det fasta kapitalet och humankapitalet skall kunna underhållas. I fallet aktiebolag måste överskottet dessutom vara så stort att den som tagit risken får viss ersättning för det. Denna vinstens självklarhet gäller för alla företag, antingen vi talar om stora riskkapitalbolagsägda skolkoncerner, eller ideella eller kooperativa skolor. *Alla* företag måste visa ett överskott, en vinst. Med den insikten blir det närmast löjeväckande att tala om att syftet inte skall vara att göra vinst. Syftet måste alltid vara att göra vinst. Annars kommer inte företaget att överleva på sikt.

OK, vinst så definierat måste med andra ord alla företag åstadkomma. Nästa steg i resonemanget blir att fråga sig vad man skall göra med vinsten. Därvidlag finns det flera möjligheter. Det finns företagsformer, till exempel stiftelser, där överskotten automatiskt läggs till kapitalet. Det blir aldrig fråga om en utdelning till någon ägare eftersom det inte finns någon ägare. Talar vi däremot om aktiebolag är grundprincipen att nettovinsten tillfaller ägarna. Ägarna kan i sin tur bestämma om den årliga vinsten skall stanna kvar i bolaget eller delas ut. Teoretiskt gör det ingen skillnad för ägaren om vinsten delas ut varje år, eller om den plöjs ned i verksamheten, allt under förutsättning att det finns en fungerande marknad för att köpa och sälja företag. Om vinsten plöjs ner får ägarna ut sin vinst när bolaget en gång säljs.

Eftersom det är friskolor i aktiebolagsform som är politiskt känsliga – ”vi skall inte ha en ordning där vi skickar skattepengar till riskkapitalbolag” – skulle kanske en möjlighet kunna vara att man via lagstiftning förbjuder löpande uttag av vinster i friskolor. Med andra ord tvingar friskolor som är aktiebolag att återinvestera allt man tjänar i verksamheten. Samtidigt är det lätt att inse att i praktiken gör det ingen skillnad. Eller uttryckt mera bildligt. Man kan tvinga fram hästen till källan, men man kan inte tvinga den att dricka. Ägarna kan exempelvis välja att placera överskotten i finansiella tillgångar och ägna sig åt spekulation i stället för att göra investeringar i skolverksamheten. Och de kan välja att sälja bolaget efter ganska kort tid, och på så sätt få loss de ackumulerade vinsterna. Den strategin är en återvändsgränd.

Men är det då inte bättre att helt förbjuda friskolor i aktiebolagsform, och förlita sig till ideella organisationer och kooperativa företag om vi skall ha privata skolor? Definitivt inte. Det finns skalekonomi också i skolverksamhet. Med andra ord det finns pengar att tjäna åt skattebetalarna på att låta ett antal kompetenta skolföretag konkurrera om uppdragen och därigenom pressa kostnaderna med hjälp av skalekonomi. Det finns alla skäl i världen att tro att om vi exempelvis skulle ha 5-10 rejält stora skolkoncerner i Sverige, och *i praktiken måste dessa koncerner drivas som aktiebolag*, som slogs om den privata delen av skolmarknaden skulle vi få fram en bättre skola till lägre kostnad (än om vi förbjöd friskolor i aktiebolagsform).

Miljöpartiet, koppla loss! Vinster i skolan tjänar vi alla på.

Publicerad 2012-05-25