

**Lunds Universitet
Socialhögskolan
Komparativ socialpolitik, SOL 061
Vårterminen 2003**

I PRIVAT REGI

**Privatisering av sjukvård -
möjligheter eller risker?**

Författare: Narcis Spahovic

Handledare: Per Gunnar Edebalk

Abstract

The purpose of this essay was to illustrate privatisation of health care from various outlooks. I illustrated the effects of privatisation from the perspective of users and employees. At the same time I analysed which possibilities and possible risks, related to privatisation, can be found.

The following questions have been the basis of the essay: What is meant by privatisation of health care in Skåne Region? What is the motive for privatisation? Which are the effects of privatisation? What about risks related to privatisation? Has privatisation any future?

A comparative method with qualitative interviews has been used to answer my questions. I interviewed two politicians from different parties, three representatives of the trade union and one managing director of Specialisthuset AB (specialist care), which has been privatised. I also used literature based on earlier experiences of privatisation.

The answers of the respondents in reflection of literature and earlier research, illustrate complexity of privatisation. The privatisation can mean better access to users, better working atmosphere to employees, something to compare with but at same time increased expenditure to Region if privatisations procedure is not well thought out. Process of privatisation can be negatively influenced by political antagonism. Political collaboration over “party borders” is needed to develop possibilities and prevent risks at same time.

Innehållsförteckning

<u>1. Inledning</u>	2
<u>1.1 Problemformulering</u>	2
<u>1.2 Syfte</u>	3
<u>1.3 Frågeställningar</u>	3
<u>1.4 Avgränsningar</u>	3
<u>1.5 Förförståelse</u>	4
<u>1.6 Termer</u>	4
<u>2. Bakgrund</u>	4
<u>2.1 Perspektiv på privatisering</u>	4
<u>2.1.1 Vad är privatisering?</u>	4
<u>2.1.2. Olika former av privatisering</u>	5
<u>2.1.3 Ett internationellt perspektiv</u>	6
<u>2.2 Privatisering i Sverige under 1990-talet.</u>	7
<u>2.3 Privatisering av Specialisthuset i Eslöv</u>	8
<u>2.4 Teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning</u>	9
<u>3. Metod</u>	11
<u>3.1 Metodval</u>	11
<u>3.2 Urval</u>	12
<u>3.3 Genomförande</u>	12
<u>3.4 Metodproblem</u>	13
<u>4. Empiri</u>	13
<u>4.1 Presentation av intervjumaterialet</u>	13
<u>4.1.1 Privatisering – ett omstritt begrepp?</u>	14
<u>4.1.2 Motiv och mål bakom privatisering</u>	14
<u>4.1.3 Effekter</u>	16
<u>4.1.3.1 Brukarperspektivet</u>	16
<u>4.1.3.2. Vilka blev effekterna för vårdpersonal</u>	17
<u>4.1.3.3 Risker</u>	19
<u>4.1.4 Framtiden</u>	20
<u>5. Analys</u>	21
<u>5.1 Privatisering – ett omstritt begrepp?</u>	21
<u>5.2 Motiv och mål bakom privatisering</u>	22
<u>5.3 Effekter</u>	24
<u>5.4 Framtiden</u>	29
<u>5.5 Slutsatser</u>	30
<u>6. Slutdiskussion</u>	32
<u>7. Källor</u>	36
<u>Bilaga 1: Intervjuguide</u>	38

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Hälso- och sjukvården är en stor samhällssektor med många aktörer och intressenter. Alla människor kommer i kontakt med vården på något sätt som medborgare, patient, anhörig och/eller personal (SOU 1999:66, s.57).

Under 1990 talet har kommunerna och landstigen lagt allt mer skattefinansierad verksamhet på entreprenad. Totalt sett bedrivs ca 10 procent av sjukvården i landstingen av privata entreprenörer, med störst förekomst i primärvården. I exempelvis Skåne är andelen av privat driven primärvård 40 %, medan den för landet som helhet ligger på ca 20 %. (Aidemark, Lindqvist, Rydbergvården, 2003, s.6). I stort sätt behåller offentlig sektor finansiering och reglering, men genomför avproducering. Genom att skriva avtal låts privata aktörer sköta produktion av varor och tjänster.

Politiska motsättningar i samband med privatiseringen är mycket omstridda. Inte minst, under pågående debatt, i samband med kraftigt försämrad ekonomi i Region Skåne, kommer privatiseringsfrågan upp i spetsen. Samtidigt som förespråkarna, i stort sätt de borgerliga partierna, betonar valfrihet för brukarna och konkurrens mellan producenter som ett led till individualism och ökad effektivitet i systemen, understryker motståndarna jämlikhet och likvärdig service för alla brukare, samt varnar att marknadsreformernas effekter kan leda till välfärdstatens nedmontering och undergräva dess legitimitet.

Specialisthuset i Eslöv är privatiserat och har vårdavtal med region Skåne (från och med 31 maj, 2001). I sin artikel *Aktuellt från: Vård och omsorgsnämnden* skriver regionråd Britt-Marie Lundqvist(s): *”/.../ I övrigt antogs en entreprenör som ska driva Specialisthuset i Eslöv. Vi har kämpat emot, men nu är vi tydligen vid vägs ände”* (Lundademokraten, 2001-05-25). Inför valet 2002 skriver Eslövs oppositionsråd Ingemar Jepsson(c) i sin artikel *Vad anser S om Specialisthuset: /.../* *” Specialisthuset i Eslöv har åter blivit det föredöme som det var tänkt att vara. Nu finns det ett brett utbud av kompetenser som hela tiden utvecklas. Vi eslövsbor ska vara mycket stolta över vad som skett”*. (SkD, 2002-08-20).

1.2 Syfte

Syftet är att belysa privatisering av sjukvård ur olika infallsvinklar samt att genom en fallstudie av en organisation, i detta fall Specialisthuset i Eslöv, belysa privatiseringens effekter i praktiken.

Effekterna av privatiseringen illustreras utifrån brukarnas och anställdas perspektiv samt analyseras vilka möjligheter och eventuella risker som finns i samband med privatiseringen. Med hjälp av litteratur skall jag ge ett teoretiskt perspektiv på privatisering. Med utgångspunkt från teorin och empirin skall jag sedan föra ett resonemang kring den aktuella utvecklingen i Sverige samt diskutera tänkbara tendenser i framtiden.

1.3 Frågeställningar

Mina frågeställningar är följande:

Vad menas med privatisering av sjukvården i region Skåne?

Vilka är motiven till privatiseringen av sjukvården?

Vilka blev effekterna i samband med privatiseringen?

Vilka risker finns med privatiseringen?

Har privatiseringen någon framtid?

1.4 Avgränsningar

Jag vill poängtera att jag inte ämnar intervjua själva brukarna och anställda eftersom jag inte hinner intervjua tillräckligt många för att få en representativ bild i detta sammanhang. De som intervjuas är politiker, fackliga företrädare och VD:n på Specialisthuset i Eslöv.

Meningen med fallstudien, Specialisthuset i Eslöv, är att exemplifiera privatisering av sjukvård i praktiken. Jag kommer att ta upp andra exempel i Region Skåne också men huvudpunkten ligger på Specialisthuset i Eslöv. Jag är medveten om att fallstudien av bara en enhet är långtifrån tillräcklig för att kunna dra generella slutsatser om privatiseringens effekter. Dessutom kommer framställningen endast att avse privatisering av produktionen eftersom den offentliga finansieringen av sjukvården har stark förankring i Sverige. I stort sätt kommer jag att koncentrera mig på Region Skåne.

1.5 Förförståelse

Vi bär alla med oss kunskaper, uppfattningar och föreställningar om hur vår omvärld är beskaffad. Förförståelsen utgör en påverkan på oss när vi utför undersökningar av det här slaget. Till min förförståelse inför undersökningen ligger de kunskaper jag förvärvat i samband med studier vid Socialhögskolan i Lund. Dessutom är jag politiskt aktiv Folkpartist. Jag sitter som ledamot i kommunfullmäktige, kommunstyrelsen och vård- och omsorgs nämnd i Eslöv. Jag har, som alla andra politiker, synpunkter angående privatisering vilka kan ha en ideologisk prägel. När själva Hälso- och sjukvården ligger på regional nivå har jag en väldigt begränsad kunskap om privatiseringen inom detta område.

1.6 Termer

I uppsatsen förekommer en rad olika termer. En vanligt förekommande term är *brukare* vilket syftar på en medborgare som direkt och personligen kommer i kontakt och använder Hälso- och sjukvårdsinsatser. *Vårdproducent/vårdgivare* är benämningen på den juridiska eller fysiska person (vårdgivare enligt lagen om yrkesverksamhet på Hälso- och sjukvårdens område) som yrkesmässigt bedriver Hälso- och sjukvård. Verksamheten sker vid sjukhus, vårdcentraler, mottagningar, äldreboende i hemsjukvård m.m. Verksamhetens ägare är i regel landsting eller kommun men kan även vara privata företag, stiftelser m.fl. Kommuner och landsting är *sjukvårdshuvudmän* och har enligt Hälso- och sjukvårdslagen ansvaret för att erbjuda befolkningen en god Hälso- och sjukvård. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är kommuner och landsting sjukvårdshuvudmän även för de verksamheter som genom avtal utförs av vårdproducenter med annan ägare, vilket innebär att de har ett fortsatt ansvar även för dessa verksamheter.

2. Bakgrund

2.1 Perspektiv på privatisering

2.1.1 Vad är privatisering?

Begreppet privatisering har relativt ny och klar politisk och ideologisk bakgrund. Begreppet förekom i amerikanska ordböcker första gången 1983. Ordet har blivit värdeladdat från början

och uppfattas som motsatsen till socialisering. Många har försökt tolka och definiera själva begreppet privatisering.

I sin bok "The Progressive Potential of Privatisation" försöker David Donnison (1984) definiera ordet privatisering:

Privatisering är ett ord uppfunnet av politiker och spritt av journalister, inte för att klargöra och analysera utan för att fungera som symbol, använd av förespråkare och motståndare för att dramatisera konflikten (om välfärdstaten) och skapa stöd för sina egna ståndpunkter. (Donnison, 1984, s.45 i L J. Lundqvist Privatisering-Varför och varför inte 1991/s.254).

J. D. Donahue (1992) försöker belysa själva begreppet privatisering i sin bok Den svåra konsten att privatisera: "Privatisering är inte bara föga elegant term: den är också beklagansvärt oprecis", skriver Donahue och fortsätter:

Två begrepp delar ett och samma ord – privatisering. Det första begreppet innebär att man förflyttar vissa ansvarsområden, aktiviteter eller tillgångar från det kollektiva fältet. Den andra innebörden i ordet privatisering: att ha kvar den kollektiva finansieringen men delegera genomförandet till den privata sektorn. (s. 208).

Sammanfattningsvis används begreppet generellt:

/.../ För beslut och handlingar tagna och utförda av demokratiskt ansvariga aktörer och organ i den offentliga sektorn i akt och mening att överföra något som hittills varit under offentligt ansvar eller i offentlig ägo bort från denna sektor och över till den privata. (Lundqvist, 1991, s.255).

2.1.2. Olika former av privatisering

Man pratar om flera möjliga strategier eller alternativ för privatisering:

Avreglering – Där det offentliga genom att minska eller ta bort regleringar gör det möjligt för den privata sektorn eller för enskilda att själva reglerar produktionen/konsumtionen av varor och tjänster. Exempel är kundvals-system där individernas efterfrågan direkt styr resurstilldelningen inom offentlig finansierad verksamhet. (Söderström m.fl.,2001,s.12). Meningen med kundval via checksystem är att brukare som köper tjänster ges möjlighet att påverka – inte bara vad de köper utan också av vem de köper. Checksystemen införs för att ge brukaren valfrihet och makt att påverka innehållet i tjänsterna. Detta leder i sin tur att konkurrensen stimuleras mellan olika anordnare.

Avfinansiering – sker genom att olika slag av offentliga subventioner till varor och tjänster tas bort. Text om staten tar bort bostadssubventionerna, får varje enskild konsument ta på sig det finansiella ansvaret och detta innebär i princip att bostadskostnaderna privatiseras. Finansieringen privatiseras genom att avgifter och/eller försäkringspremier i viss mån ersätter skatter.

Avproducering är den mest utbredda typ av privatisering i Sverige. Produktionen privatiseras genom konkurrensutsättning som antingen kan vara begränsad (anbud från privata entreprenörer) eller obegränsad (fri etablering). Under 1990 – talet har landstingen och kommunerna lagt ut allt mer skattefinansierade verksamhet på entreprenad. De behåller reglering och finansiering, men genomför en avproducering genom att via avtal låta privata aktörer sköta produktionen av varor och tjänster. (Lundqvist, 1991, s.268).

Det kan vara olika modeller av avproducering. Oftast handlar det om *entreprenad* eller *avknoppning*. *Entreprenad* innebär att landstinget lägger ut produktion av en tjänst på en privat producent, t.ex. när Praktikertjänst driver offentligt ägda vårdcentraler. Förhållandet mellan landstinget och producenten regleras i avtal. Landstinget förblir huvudman med fulla ansvaret för verksamheten. *Avknoppning* innebär att en enhet som drivits av landstinget övergår i privat ägande och drivs av före detta landstingspersonal. Initiativen till avknoppning tas både av enskilda individer och av landstinget själv.

Konsumtionen privatiseras genom att konsumenter ges valfrihet dels mellan olika slags konsumtion, dels mellan olika producenter. Om storleken på producenternas resurser är direkt avhängig av konsumenternas efterfrågan, handlar det om *kundval*. (Söderström m fl. 2001, s.15).

Bolagisering är ett annat sätt att privatisera offentlig varu- och tjänsteproduktion. Trots att den yttersta kontrollen stannar i landstingens eller kommunens händer, är bolaget ändå rättsligt likställt med privata aktieföretag. Detta ger en ökad handlingsfrihet och större möjlighet att agera enligt marknadsmässiga principer. Under den borgerliga mandatperioden 1998 – 2002 bolagiserades tre sjukhus i Region Skåne. Sjukhus i Helsingborg och Ängelholm bolagiserades med Region Skåne som ägare. Sjukhus i Simrishamn blev bolag med privat bolag, Praktikertjänst, som ägaren. I början av året avbolagiserade den nya majoriteten (s+v+mp) de två sjukhus i Helsingborg och Ängelholm.

2.1.3 Ett internationellt perspektiv

Nu för tiden är kommersiella företag viktiga leverantörer av social service både i USA och i de andra industriella länderna. De kommersiella företagen tar hand om ålderdomshem och andra former av service inom vård och omsorg med motiv för att göra vinst. (Midgley, 1997, s.74, egen översättning).

Allt sedan 1980-talet har det gjorts enorma försök i flera länder för att utvidga den kommersiella sektorn som ett alternativ till det offentliga tillhandhållandet av sociala tjänster. Den här trenden har fått sitt genombrott först och främst i USA där de kommersiella entreprenörerna används, i allt större utsträckning, av statliga byråer, för att leverera en mängd olika sociala tjänster. Sjukhus som tidigare drevs av non-profit organisationer säljs till den högstbjudande. Ålderdomshem och daghem för barn ägs, i stort sätt, av de kommersiella företagen. Stor impuls för expansion av den kommersiella sektorn i USA kom efter introduktion av Medicare och Medicaid, i början av 1965, när privatägandet av ålderdomshem tilläts. Redan under 80-talet drevs omkring 70 % av alla ålderdomshem av privata företag och idag inom denna sektor dominerar flera stora korporationer. Etablering av vinstdrivande företag har spridit sig från äldreomsorgen till många andra sektorer vilket har gjort att en mängd av olika sociala välfärdsprogram övergår från det offentliga arrangemanget till det privata. Barnomsorg, hemtjänst, kriminalvård, service för psykiskt sjuka, och olika program för handikappade människor tillhandhålls nu för tiden av kommersiella företag genom kontraktbetalning eller genom betalning för den utförda servicen.

Vinstdrivande företag expanderar i många andra länder. Förutom i Storbritannien följs trenden i andra länder i Europa, främst i Frankrike och Tyskland. Även i Sverige har privatiseringen fått sitt genombrott under 90-talet. (ibid.s.75).

2.2 Privatisering i Sverige under 1990-talet.

1990 – talet var ett omvälvande årtionde för svensk Hälsa- och sjukvård. Med en åldrande befolkning, snabb medicinsk utveckling och allt större förväntningar från befolkningen ökade kraven på vården. Samtidigt ställde den samhällsekonomiska krisen vården inför krav på kostnadsminskningar.

Kommuner och landsting har under senare delen av 1980 – talet och under 1990 genomfört förändringar av den interna styrningen av Hälsa- och sjukvården. I Sverige har de nya styrmodellerna i kommuner och landsting bl.a. kommit att betecknas som beställar/utförar- eller köp/sälj modeller. (SOU 1 999:66,s.181). En av driftkrafterna för förändringarna var den ekonomiska stagnation som den svenska ekonomin upplevde i början av 1990 – talet. Syftet med de nya modellerna har framför allt varit: att öka effektiviteten, att öka tillgänglighet till sjukvård, att öka valfrihet för patienten och att en större andel av vården skall utföras inom primärvården och en mindre del på sjukhusen. Denna marknadsanpassning av vården förväntas öka vårdens produktivitet och därmed skapa utrymme för besparingar.(Dahlgren, 1994,s.28). Ett ökat privat vårdutbud ses ofta som en naturlig och viktig del av en väl fungerande vårdmarknad.

Beställare och finansiärer av sjukvård är, i svenska reformmodellen, folkvalda landstingspolitiker, som på detta sätt gavs rollen som upphandlare av sjukvårdstjänster för befolkningens räkning. (Blomqvist & Rothstein, 2000, s.195).

Nästan i alla kommuner/landsting pågår ett förändrings – och förnyelsearbete där de förtroendevalda, personalen och de fackliga organisationerna diskuterar om delar av verksamheten kan drivas i andra former än inom den traditionella förvaltningsformen. Under 1990 – talet har allt flera kommuner/landsting systematiskt prövat konkurrensutsättning och alternativa driftformer som alternativ till produktion i egen regi. (Blom & Hallgren,2000,s.7). Under 1990 talet har kommunerna och landstigen lagt allt mer skattefinansierade verksamhet på entreprenad. Totalt sett bedrivs ca 10 procent av sjukvården i landstingen av privata entreprenörer, med störst förekomst i primärvården. I exempelvis Skåne är andelen av privat driven primärvård 40 %, medan den för landet som helhet ligger på ca 20 %. (Aidemark,Lindqvist,Rydberg,2003,s.6).

I november år 1994 respektive januari år 1995 beslutade landstingsfullmäktige i landstinget Kristianstad län, Malmöhus läns landsting, samt kommunfullmäktige i Malmö Stad att ställa sig bakom bildandet av landstinget Skåne. Från och med 1 januari, 1997 blev hela Skåne ett län. Region Skåne har ansvar för Hälsa- och sjukvårds frågor. Under perioden 1998 – 2002 styrdes Skåne av den borgerliga majoriteten (m+fp+c+kd). Under det borgerliga mandatet bildade två sjukhus, Helsingborg och Ängelholm, egna bolag och Simrishamns sjukhus lades ut på entreprenad. Specialisthuset i Eslöv privatiserades, samt flera Vårdcentraler runt om i Regionen. I samband med privatisering behåller Region Skåne finansiering och reglering,

men genomför avproducering dvs. själva produktion av vård läggs ut på entreprenad. Genom att skriva avtal låts privata aktörer sköta produktion av varor och tjänster.

Den 15 september 2002 röstade invånarna i Skåne fram förtroendevalda till regionfullmäktige. Resultatet av valet blev att en koalition bestående av socialdemokraterna, vänsterpartiet och miljöpartiet styr Region Skåne. Detta styrkeförhållande återspeglas i organisationens politiska församlingar. Den aktuella politiska majoriteten (s+v+mp) fattade beslut om att bolagsformen upphör från den 1 mars 2003 både i Helsingborg och i Ängelholm. För Simrishamns sjukhus med Närsjukvården Österlen AB som ägare löper avtalet från och med 2000-11-01 till och med 2005-10-31 med möjlighet till ytterligare ett års förlängning.

2.3 Privatisering av Specialisthuset i Eslöv

Specialisthuset i Eslöv etablerades 1988 och drivs sedan 2001 i privat regi av Specialisthuset i Eslöv AB. Detta företag ägs av dr Claes Hallengren (tidigare bl. a verksamhetschef vid Specialisthuset), dr Arne Orrling (tidigare privatpraktiserande öronläkare i Eslöv) samt Carema (ett av Sveriges största företag inom vård och omsorg).

Specialisthuset i Eslöv AB har avtal med Region Skåne angående drift av Specialisthuset i Eslöv. Avtalet gäller t o m 2006 med möjlighet till tre års förlängning.

Avtal mellan Skåne läns landsting, dvs. Mellersta Skånes sjukvårdsdistrikt, och Specialisthuset i Eslöv AB (30 Maj, 2001) innehåller några viktiga punkter:

*3.2.1 Distriktet har rätt **att beställa** ändringar och tillägg till Vårdåtagandet.(s.3).*

*3.2.2. Leverantören har rätt **att föreslå** ändringar i och tillägg till Vårdåtagandet.(s.3).*

3.3.1. Leverantören är inte utöver vad som anges i detta Avtal eller i Överlåtelseavtalet berättigad till ersättning för de förändringar och andra åtgärder som Leverantören företar i syfte att anpassa den existerande verksamheten till den verksamhet Leverantören ska bedriva enligt detta avtal.(s.3).

3.3.2. Leverantören skall vid utförande av Vårdåtagandet följa alla tillämpliga lagar, författningar samt normer och föreskrifter som utfärdas av statliga och kommunala myndigheter.(s.3).

3.3.5. Leverantören förbinder sig att ta ut patientavgift för verksamheten med samma belopp och enligt samma regler som gäller inom motsvarande offentlig specialistvård.(s.4).

8.2.1 Distriktet har rätt att granska den utförda verksamheten, både utanför ändamålsenlighet och medicinsk kvalitet. (s.6).

I bilaga 1 till vårdavtal mellan Skåne läns landsting och Specialisthuset i Eslöv AB står bl. a:

/.../I visionen ingår att Leverantören ska etablera en kostnadseffektiv verksamhet vid Specialisthuset, som genererar mervärden såväl för Leverantören själv som för Region Skåne och framför allt för befolkningen i Eslöv-Hörby-Höör området.(s.2)

Leverantören ska starta sin verksamhet den 1 september år 2001 och ska den 1 januari år 2002 har nått den nivå som redovisas nedan som "startnivå" (räknat på årsbasis). Verksamhetsvolymen vid målnivån innebär en väsentlig utökning jämfört med verksamhetsvolymen 1999. Efterfrågan på öppen specialistvård vid sjukhusen förväntas härmed minska. Utvecklingen i detta avseende kommer att följas av Distriktet under avtalstiden. (s.5).

Avtalet gäller definierade besöksvolymen inom specialiteterna gynekologi, hud (inkl ljusbehandling), invärtesmedicin, kirurgi, ortopedi (inkl sjukgymnastik), urologi (inkl uroterapi), ögon (inkl ortoptistverksamhet), samt öron – näsa – hals (inkl hörselvård och logopedi).

2.4 Teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning

Avproducering, dvs. att låta privata företag sköta tidigare offentlig varu- och tjänsteproduktion på entreprenad, är det kanske mest kända och omdiskuterade sättet att privatisera. Tjänsteproduktion i statlig och kommunal regi innebär oftast en producent. I praktiken innebär detta att ett monopol etableras, där kostnadseffektiviteten är svår att mäta och kontrollera.

Genom att låta privata företag lämna konkurrerande anbud vill man sänka kostnaderna för vårdproduktion. Samtidigt bibehåller offentlig sektor makten över reglering och finansiering. Anbudsförfarandet måste garantera politiskt fastlagda målen vad gäller service, kvalitet, pris osv. De statliga eller kommunala myndigheterna ser till att anbudsförfarandet skapar en verklig konkurrens, dvs. förhindra att ett privat monopol skapas i stället för det offentliga som man vill bort ifrån. (Lundqvist,2001,s.265).

Kritikerna betonar risker med att bjuda in privata entreprenörer att genom politiskt styrd upphandling lägga bud på offentliga uppgifter och sedan ge kontraktet till den budgivare som gett de bästa villkoren. Risken är att det offentliga monopolet ersätts med privata och att därmed inte finns plats för konkurrens och brukarnas valfrihet, menar de. De som stödjer den typ av privatisering belyser olika dimensioner av konkurrens:

Konkurrens mellan tjänsteproducenter inom vården handlar ju inte bara om brukarnas gunst, utan också om att erhålla attraktiva kontrakt med finansiären, det vill säga med statlig beställarenhet. Konkurrensen uppstår genom en tävlan om att erhålla kontrakt med beställaren. Detta innebär att det administrativa budgetförfarande genom vilka resurser tidigare fördelats inom systemet ersätts av en marknadsliknande process av vårduppköp, där den offentliga beställaren förhandlar med fristående vårdproducent om tjänsternas volym och pris. (Blomqvist & Rothstein, 2000, s.127).

I sin rapport "90 – talets anbudskonkurrens i äldreomsorgen – några utvecklingstendenser" urskiljer Marianne Svensson och Per Gunnar Edebalk processeffekter till följd av den anbudskonkurrens som infördes inom äldreomsorgen i början av 1990 – talet.

De två forskare har kommit fram till att motiven för entreprenad drift har förändrats under tiden, från att vara ideologiska till mer ekonomiska. De politiska motiven som har betonat valfrihet och mångfald har kompletterats med motiven om sänkta kostnader där själva upphandlingen blev ett medel att förverkliga dem.

Entreprenader har varit en drivande faktor till ett ökat kvalitetsmedvetande i kommunerna. Upphandlingarna har tvingat kommunerna att själva tänker mer och mer på kvalitet. Kvalitetsarbetet hade aldrig fått ett sådant genomslag utan införandet av entreprenad drift.

Entreprenaderna har påverkat arbetsplanering. Verksamheterna drivs allt mer målinriktad. Rapporteringarna har förändrats och processer har blivit allt tydligare. För vårdpersonalens del har entreprenad driften betytt en mångfald i praktiken genom möjlighet att välja mellan flera tänkbara arbetsgivare. Arbetsmiljön kommer att bli ett viktigt konkurrensmedel i framtiden eftersom rekrytering av personal har blivit ett allt större problem.

Däremot har entreprenad driften inte inneburit ökad valfrihet för den enskilde brukaren. Valfriheten bedöms mer som ett politiskt motiv bakom entreprenad driften. Större kostnadsfördelar med entreprenad driften har uteblivit. Prisskillnaderna i anbuderna är små och vinstmarginalerna för entreprenörerna har minskat.

Kontraktstyrning av verksamhet betyder i praktiken att entreprenörerna bara utför det som ryms inom avtalets ramar. Däremot är avtalsperioderna för korta för att utförarna ska kunna satsa på olika långsiktiga utvecklingsprojekt. Detaljerad kontraktstyrning lämnar inte mycket utrymme för innovationer och flexibilitet. Som mest positivt med tidsbegränsad kontraktstyrning är att den stimulerar effektiviteten eftersom alltid möjlighet finns att en entreprenör ersätts med en annan. Den politiska majoriteten kan skifta mellan mandatperioderna, vilket kan innebära att förutsättningarna för entreprenad drift kan förändras. (Svensson & Edebalk, IHE Arbetsrapport 2 001:1, s. 43).

Svenskt Näringsliv har jämfört kötider/väntetider inom vården i ett antal länder och även undersökt om väntetiderna är kortare i svenska landsting som tillåter mer konkurrens. Chefsekonomen Stefan Fölster och Anders Morin, från Svenskt Näringsliv, skriver i sin rapport *Ökad konkurrens för kortare köer – recept för sjukvården?*:

/.../ Tyskland och Frankrike har så gott som inga sjukvårdsköer alls. Båda länderna har garanterad sjukvård, konkurrensutsatt och finansierad av offentliga medel. De längsta vårdköerna finns i Kanada, England, Sverige och Danmark. I dessa länder är konkurrensen mellan vårdgivare begränsad. Följden har blivit långa köer...(s.4).

Analysen tyder på att om graden av konkurrensutsättning ökar med fem procentenheter i ett landsting minskar andelen som inte fått behandling inom tre månader också med cirka fem procentenheter. Att sambanden är statistiskt säkerställda – på minst 90 – procentsnivån – innebär förenklat att analysen visar att det är till 90 procent säkert att det finns ett positivt statistiskt samband mellan konkurrensgrad och korta köer. (ibid,s.6).

Sjukvårdsmarknaden skiljer sig i många avseenden från en vanlig marknad. Patientens informationsbrist gör att hon inte kan avgöra vilken vård hon behöver. Detta resulterar i en

uppdelning av *efterfrågan* i en primär som patienten ansvarar för när hon uppsöker vård, och i en sekundär som läkaren avgör. Den sekundära efterfrågan har patienten inte någon större möjlighet att påverka på grund av kunskapsbrist (FOU – meddelande 2003:1,s.19). På en vanlig marknad bestäms *priset* av konsumentens efterfrågan. På sjukvårdsmarknaden fungerar inte priset som ett styrmedel av efterfrågan av flera anledningar. För det första kan inte patienten på förhand avgöra vilka insatser som kommer att krävas. För det andra har vårdgivaren svårt att på förhand avgöra totalkostnaden för många typer av sjukdomar, exempelvis cancer eller psykisk vård. På sjukvårdsmarknaden kan i de flesta fall inte patienten avgöra vårdens *kvalité* hos olika vårdgivare och i många fall kan inte *kvalité* avgöras förrän efter en lång tid. *Fri konkurrens* är grundläggande förutsättning för en välfungerande marknadsekonomi. Inom sjukvårdsmarknad är möjligheterna att tillskansa sig en monopolställning eller skapa olika konkurrensbegränsade karteller ovanligt stora, speciellt i områden med behov av t ex endast ett sjukhus. På den perfekta fria marknaden är det konsumenternas efterfrågan, inte behov, som styr utbudets omfattning och inriktning av olika varor och tjänster. Den som hävdar att han behöver en bil men inte har råd att köpa en, vinner föga gehör för sina behov hos bilförsäljaren. Överfört på vårdmarknaden blir de principerna helt orimliga. Vem kan neka vård till en cancersjuk patient som saknar resurser att betala vårdkostnader? Vård efter behov utgör en grundläggande värdering i det svenska välfärdssamhället. (Dahlgren,1994, s.79f). Samtidigt undviks genom konstruktionen av ”kvasimarknader” den vanliga marknadens ofrihet, det vill säga att endast de som har råd i praktiken kan göra val, eller få tillgång till tjänsten överhuvudtaget. (Blomqvist&Rothstein,2000,s.61).

3. Metod

3.1 Metodval

Mitt övergripande syfte är att åskådliggöra olika aspekter av privatisering, samt att belysa privatiseringens effekter i praktiken. Att gå in på ett område som är lite kartlagt kräver en undersökningsmetod som ger möjligheter till upptäckter. Att bedriva vård och omsorg på entreprenad är för Sverige ett förhållandevis nytt sätt att arbeta på. Till min hjälp har jag haft en frågeguide som jag har kompletterat ifall om de intervjuade har haft andra värdefulla synpunkter som jag ansåg ha varit viktiga att diskutera med hänsyn till studiens syfte. Datainsamlingen innehåller primärdata i form av intervjuer och sekundärdata i form av litteratur, officiella tryck och tidningsartiklar. Intervjuerna bestod av 6 kvalitativa intervjuer. Jag valde att använda mig av kvalitativa intervjuer då jag hoppades att på så sätt få en djupare insikt i själva privatiseringsprocessen och effekterna i samband med den.

För att kunna åskådliggöra privatiseringens olika aspekter använder jag mig av en övergripande komparativ metod. Genom att jämföra de olika politiska ställningstagandena hoppas jag kunna få en bra beskrivning av privatiseringens ideologiska bakgrund. Genom att intervjuar VD för Specialisthuset i Eslöv och anställdas fackliga representanter hoppas jag få en bild om privatiseringens effekter i praktiken. Genom att jämföra det empiriska materialet hoppas jag få en objektiv bild om privatiseringen och dess effekter i praktiken.

Jag kommer att arbeta med vad som i metodlitteraturen har likheter med vad som brukar benämnas meta-analys. En meta-analytisk ansats betyder att jag kommer att reanalysera en mängd litteratur och studier på detta område, både det som har skett i Sverige och i andra länder i kombination med djupa intervjuer, som kvalitativt underlag för min analys. Tanken är att även om alla studier innehåller någon form av snedvridning, så innebär meta-analys att dessa felaktigheter tar ut varandra.

För att ge struktur till genomgången av det empiriska materialet har jag valt att utgå från mina frågeställningar. Jag delar min analys i ett antal teman med nära anknytning till mina centrala frågeställningar. I analysen av mitt material har jag inte använt mig av en övergripande teori, vilken egentligen saknas, utan knyter i stället analysen till relevant litteratur och forskning inom området.

3.2 Urval

För att undersöka mitt syfte har jag valt att vända mig till personer som på olika sätt varit inblandade i själva processen av privatiseringen i sjukvården. Genom att intervjua personer som på olika sätt besitter kunskap och erfarenheter om privatisering och dess effekter i praktiken skulle de förhoppningsvis förmedla en mer levande bild av privatiseringen och ge en större kunskap om hur saker och ting fungerar i praktiken. Jag har valt att intervjua två politiker, en från majoriteten och en från oppositionen. Båda två syns ofta i tidningarna i den pågående debatten, i samband med privatisering av sjukvården i Region Skåne. Vidare har jag valt att intervjua VD:n för Specialisthuset i Eslöv som har aktivt medverkat i hela processen av privatiseringen. Jag har även intervjuat olika fackliga företrädare, två som representerar Kommunal och en som representerar Vårdförbundet.

Följande intervjupersoner har jag valt:

1. Ingrid Lennerwald(s) regionråd med ansvar för sjukvård i Region Skåne
2. Marita Sander-Schale(fp) regionråd i Region Skåne
3. Bengt Viterius VD för Specialisthuset i Eslöv
4. Harry Schyman Kommunal (sek 7) i Lund
5. Irène Ekdala Kommunal (sek 20) Eslöv
6. Berit Larsson viceordförande Vårdförbundet Skåne

3.3 Genomförande

Intervjuerna har ägt rum på olika ställen. De politiker som jag har valt att intervjua har haft fullbokad almanacka lång tid framöver men efter många samtal och skickade e - mail fick jag till slut intervjua dem. Ingrid Lennerwald(s) hade en lång arbetsdag när jag intervjuade henne, kl. 21.00, precis efter att kommunfullmäktiges sammanträde i Eslöv var avslutat. Annandag påsk fick jag intervjua Marita Sander – Schale(fp), hemma hos henne. Det var den enda dagen hon hade möjlighet att ta emot mig. Intervju med Bengt Viterius ägde rum på hans kontor. Berit Larsson tog mig emot på hennes kontor, på Vårdförbundets lokaler i Malmö. Med Harry Schyman pratade jag i telefon, då han var väldigt upptagen med den pågående strejken. Irène Ekdala träffade jag på Kommunals kontor i Eslöv. Intervjuerna tog cirka 45 minuter vardera.

Efter att ha tillfrågat respondenterna har bandspelare använts för att dokumentera intervjuvaren. Min erfarenhet är att bandspelare bidrar med ökad koncentration under intervjun vilket förbättrar resultatet.

De intervjuade har accepterat att deras rätta identitet namnges i min uppsats.

3.4 Metodproblem

Ett problem med min undersökning är att den är baserad på ett begränsat intervjumaterial, ett faktum som ifrågasätter materialets generaliserbarhet. Tillförlitligheten på det insamlade materialet kan kritiseras då metoden är fokuserad på de enskilda personernas åsikter, vilket förmedlar en subjektiv syn. Just därför har jag valt att intervjua nyckelpersonerna, vilka på olika sätt varit inblandade i processen av privatiseringen, för att få en mer representativ bild. Dessutom är intervjuerna inte den enda källan som använts för att uppfylla mitt syfte.

En annan faktor som kan ha påverkat tillförlitligheten, var att jag ibland var tvungen styra intervjuerna mer än jag hade räknat med för att kunna belysa syfte. Det handlar mest om mina intervjuer med politikerna. De hade viss svårighet att koncentrera sina svar på mina frågor. I stället hade de väldigt lätt att "försvinna" från mina frågor och prata om saker och ting som ligger utanför mitt syfte.

Den närhet som uppstår mellan forskare och den undersökta enheten kan i sig själv utgöra ett problem – den kan nämligen skapa bestämda förväntningar. Undersökningens enheter kan bete sig på ett sätt som de tror att forskaren förväntar sig. Därmed kanske de inte betar sig som de skulle ha gjort annars. (Holme & Solvang, 1997, s.94). Tjänstemän med stor insyn och påverkan på verksamhetens utformning, kan tänkas omedvetet förmedla en bild av hur de egentligen skulle vilja att verksamheten fungerar. Detta problem har framkommit i samband med min intervju av VD:n för Specialisthuset. Problemet har förebyggts genom att jag intervjuat både politiker och fackliga företrädare vilket har hjälpt till att skapa en mycket mer balanserad bild.

4. Empiri

4.1 Presentation av intervjumaterialet

För att göra det inhämtade materialet så överskådligt som möjligt har jag valt att dela in intervjuvaren i ett antal centrala teman. Dessa överensstämmer med uppsatsens huvudsakliga syfte och mina frågeställningar.

4.1.1 Privatisering – ett omstritt begrepp?

Begreppet privatisering kan vara väldigt omstritt. Vad menas egentligen med privatisering av sjukvård? Hur ser privatiseringen ut i praktiken?

Politikerna i Regionen är eniga om att benämningen privatisering är fel:

Vi nämner ofta ordet privatisering, men privatisering här är en entreprenadsutsättning där entreprenaden betalas med gemensamma skattemedel. Det är ingen privat verksamhet som betalas med privata pengar. (Intervju med I. Lennerwald, s).

Alltså, när man pratar om privatisering, säger vi egentligen fel ord. Det finns nästan inga privata, vilket innebär att de inte är offentligt finansierade utan bara privata. Men i den allmänna debatten pratar man om privatisering när det gäller någon annan än den offentliga som utför verksamheten. Det innebär att man sätter ut på entreprenad olika verksamheter. (Intervju med M. Sander – Schale,fp).

Bengt Viterius tycker att ordet privatisering är fel. Man ska säga ”Man ska lägga ut driften på entreprenaden” /.../ Vad betyder privatisering i praktiken? Bengt Viterius konkretiserar Specialisthusets uppdrag:

Vi har fått ett uppdrag utav Region Skåne att förse befolkningen i Mellan Skåne, 58 000 invånare, med den sjukvård som inte sker på primärvård, på Vårdcentralerna, och som inte behöver skickas till Universitetssjukhuset i Lund. Noggrant reglerat avtal skrevs, där står vilka specialiteter vi ska ha, exakt hur många besök vi ska ha för att täcka befolkningens behov. Avtalet går ut 31 december, 2006. Vi har möjlighet att förlänga avtalet ytterligare tre år. (Intervju med B. Viterius, VD Specialisthuset i Eslöv).

Vidare betonar Viterius vikten av avtalets innehåll. Där står noggrant vilken verksamhetsvolym man skall uppnå under en viss tid. Man har produktionstak och man får inte betalt för överstigna volymer. Dessutom innehåller avtalet ersättningsnivåerna man får från Regionen för utförande av sjukvårdande behandling efter vårdgivarkategori. Region Skåne, som beställare, har rätt att beställa ändringar och tillägg till Vårdåtagandet. Specialisthuset har rätt att föreslå ändringar och tillägg till Vårdåtagandet. Om Region Skåne godtar den föreslagna ändringen skall parterna träffa en överenskommelse om villkoren för ändringen. Region Skåne behåller rätt att granska den utförda verksamheten både utifrån ändamålsenlighet och utifrån medicinsk kvalitet.

I Vårdförbundet betonar de vikten att bibehålla offentligt finansierad vård för att: ”en solidarisk fördelning av sjukvårdskostnaderna över livsrytmen och mellan olika grupper i befolkningen kan ske”. Alla individer kan på så sätt garanteras tillgång till god vård. Privata försäkringar kan endast utgöra komplement till den offentligt finansierade vården. (Intervju med B. Larsson Vårdförbundet Skåne).

4.1.2 Motiv och mål bakom privatisering

Jag fortsatte intervjun med Bengt Viterius, VD för Specialisthuset i Eslöv, med frågor om motiven bakom privatisering av Specialisthuset i Eslöv. Hur kom det sig att en läkare som har varit anställd vid Specialisthuset tar över verksamheten i egen regi?

Det var på det sättet att det fanns en läkare på Specialisthuset, L.H., ögonläkare, tidigare chef på stället. Han och en kollega A.O., som är privat läkare här i stan, tyckte att Specialisthuset utsatts för nästan nedgång och fall och det berodde på att Specialisthuset var ett annex till Universitetssjukhus i Lund. Läkarna var anställda i Lund och det innebar att läkarna kom hit när Lundaklinikerna ville. Och det gjorde att ena mottagningen efter den andra nästan bröt samman eftersom det inte fanns någon läkare. Och det var

organisatoriskt mycket märkligt för att läkarna var anställda i Lund /.../ En del vårdpersonal hade anställning på lasarettet i Landskrona. Man såg då att det fina Specialisthuset reducerats mer och mer, att det fanns bara ett fåtal läkare plötsligt /.../ Då kontaktade läkarna mig, eftersom jag hade lång erfarenhet av sjukvård /.../ 'Hur ska vi göra för att få politikerna intresserade av att privatisera Specialisthuset i Eslöv'? Då skickade vi brev till ledningen för Skåne läns landsting och sa: 'Vi föreslår att ni privatiserar Specialisthuset'. Efter två år fattades beslut om privatisering av Specialisthuset. (Intervju med B. Viterius, VD för Specialisthuset i Eslöv).

I avtalet mellan Region Skåne och Specialisthuset i Eslöv står bl. a. "att Leverantören ska etablera en kostnadseffektiv verksamhet vid Specialisthuset, som genererar mervärden såväl för Leverantören själv som för Region Skåne och framför allt för befolkningen i Eslöv-Hörby-Höör området". (Ur avtalet, bilaga s.2). Dessutom ska verksamheten vara en attraktiv arbetsplats för personal med hög kompetens. När man etablerar verksamhet och bygger ut den skulle detta inverka på något sätt Universitetssjukhus i Lund, mindre patienter som kommer dit, och mer till Specialisthuset. Verksamheten ska bedrivas så att patienter som kan tas om hand i primärvården i första hand behandlas där.

M. Sander-Schalle(fp) ser alternativ konkurrens som ett medel för att stimulera nya tankar och nya idéer. Varför kan man inte göra det inom den offentliga sektorn?

Svaret man får är i regel 'långa beslutsvägar /.../ Det är svårt att få utlopp för sina egna idéer', och sen finns de som har en idé som de vill utveckla. Alternativa vårdformer är bra, de sporrar varandra, man hämtar idéer av varandra /.../ Jag menar också att den offentliga har mer att lära av de privata vårdgivarna /.../ Dessutom för man en möjlighet till jämförelse. (Intervju med M. Sander-Schalle, fp).

Som ett positivt exempel, där man hade en klar målsättning från början, nämner M. Sander-Schalle(fp) Närsjukvården Österlen AB, ägare för det privatiserade Simrishamns sjukhus. Man har lyckats där genomföra lokala idéer om helhetssjukvård som omfattar såväl primärvård som sjukhusvård med akutsjukvård för Österlens befolkning, ca 30 000 personer. Målsättningen var klar från början och ett avtal har utarbetats utifrån den: "det fanns en idé /.../ Det fanns en mängd olika kriterier som man fick gå igenom: dels ekonomi, innehållet, vad de skulle göra med sjukhus och primär vården som man fick, kvalitetssäkringar, kvalitetsmätningar, patientsnöjdhet..." (Intervju med M. Sander-Schalle, fp). Ett annat motiv att lägga ut sjukvård på entreprenad är enligt M. Sander-Schalle(fp), att man vill ge människor valfrihet vad gäller vårdform men även valfrihet åt personalen, om de vill arbeta inom privat eller offentlig vård. I. Lennerwald(s), understryker att hon inte har något emot alternativa driftsformer. Samtidigt betonar hon att man måste ha vissa kriterier att gå efter t ex förbättrad verksamhet, bättre för patienterna, billigare och effektivare vård med konkurrensutsättningarna osv. "Om man ska privatisera, konkurrensutsetta, sälja, så måste man ha oerhört noga för sig, vad det kostar, vilka konsekvenser det får, utrymme /.../ Vad vill jag utav avtalet..." Vidare, anklagar hon den föregående majoriteten (m+fp+c+kd) för alltför ideologiskt hantering av själva privatiseringen:

Det har vi sett alldeles för mycket av, där ideologiska krafter säger 'nu skall vi gå ut på entreprenad, nu ska vi släppa in bolagen' /.../ Grunden har inte varit: 'Kan du tillföra något till verksamheten'?. Det gick ideologi /.../ Att under fyra år göra så mycket som möjligt. Då blev konsekvensen att den borgerliga sidan sa ja till allting, och andra sidan nej till allting. Det är inte bra något av det! Kan vi hitta långsiktighet? Kan vi hitta tankegångar över blocken? Så att inte i fallet den ena vinner valet, den andra förlorar, så slänger vi om kuttingen. Så att det inte blir ytterligheter... (Intervju med I. Lennerwald, s).

Vilka negativa konsekvenser kan en ogenomtänkt upphandling, utan klar målsättning, ha visar exempel i Helsingborg och Ängelholm, enligt Lennerwald(s):

Där bolagiserade man Helsingborgs och Ängelholms sjukhus. Man skrev ett avtal med otydliga åtaganden. Alla parter tolkade avtalet på sitt sätt. Oenighet kring avtal har gjort att Helsingborgs Lasarett AB inte brytt sig om att regionens kostnadsramar spräckts. I stället för den traditionella budgetstyrningen blev körorden: 'Producera mera, ni får betalt för allt ni gör'. Resultatet har blivit att alla jagar intäkterna, ingen brydde sig om kostnaderna. Andra sjukhus i Skåne hade tak /.../ Detta var en icke jämförbar situation /.../ Vi har pumpat in 250 mil i de två bolagen för att de inte ska gå i konkurs.(Intervju med I. Lennerwald,s).

De fackliga företrädarna är eniga om att motivet till privatisering är först och främst att hälso- och sjukvård ska kunna produceras i olika former med olika vårdgivare, men samtidigt avvisar dom Hälso- och sjukvårdsverksamhet där kommersiella syften är primära. En av representanterna för Kommunal har en egen uppfattning om att ett vinstintresse är huvudmotivet som ligger bakom privatiseringarna.

4.1.3 Effekter

Debatten om den aktuella privatiseringen av sjukvård präglas oftast av diskussion om de erfarenheter och effekter som de tidigare privatiseringarna har haft. Förutom de ideologiska motiven i bakgrunden används de tidigare effekterna och erfarenheterna som argument för- eller emot privatiseringen. Effekterna presenteras utifrån brukar- och vårdpersonalens perspektiv samt tas upp eventuella risker som kan uppstå i samband med privatiseringen.

4.1.3.1 Brukarperspektivet

En bättre tillgänglighet, med kortare väntetider, är den mest kända effekten för brukarna/patienterna i samband med ägandebytet på Specialisthuset i Eslöv, påstår B. Viterius:

/.../ Framför allt en ökad tillgänglighet. Tidigare hade man långa väntetider. I dag har vi exceptionellt korta väntetider. I de specialiteter vi har hos oss har vi i princip kortaste väntetiderna i hela Region Skåne. En ökad tillgänglighet att komma hit och att komma fram via telefon till våra mottagningar /.../ Det är det patienterna har märkt mest, tror jag /.../ Dessutom är vi väldigt lyhörda för befolkningens, allmänhetens, företagens krav här. Vi har t ex fått många frågor om hälsokontroll. Vi har sagt, vi ställer upp och ger befolkningen detta. Det betalar man själv. Samma gäller osteoporosmottagning och det var befolkningens önskan att vi öppnar den. Patienter betalar själva för det. Befolkningen vill t ex ha sjukgymnastik på kvällarna, så ställer vi upp med det också...(Intervju med B. Viterius, VD, Specialisthuset i Eslöv).

Man är på väg att uppnå de volymerna (52 500 besök) som avtalet stipulerar, enligt B. Viterius. Han pratar om svårigheterna att rekrytera nya läkare samtidigt är han glad för att Specialisthuset lyckas rekrytera seniora läkare.

/.../ Omhändertagandet av patienterna är högt professionell. Vi har fått en viss kritik från region Skåne för att vi inte har uppfyllt besöksvolymerna och det beror på att vi har lagt väldigt stor omsorg på att få rätta läkare. Verksamhet har fått ett annat innehåll än den hade före s.k. privatiseringen, t ex operativa ingrepp i lokal anestesi utförs, vilket man inte gjorde tidigare.(Intervju med B.Viterius, VD, Specialisthuset i Eslöv).

M. Sander-Schale(fp) anser att ökad tillgänglighet för brukarna är den mest positiva effekten av privatiseringen. Som exempel tar hon upp Nordöstra Skåne, Bromölla och Osby. I de två kommunerna hade man väldigt svårt att rekrytera läkare till vårdcentralerna. Man lade de bägge två vårdcentralerna på entreprenad. Både i Osby och i Bromölla var det Hälsoringen som tog hem budet: ”*de är oerhört angelägna att behålla den verksamheten de har fått. Bemöter de inte patienterna bra i området så går patienterna någon annanstans, så de får inte betalt*”. (Intervju med M. Sander-Schale,fp). M. Sander-Schale(fp) lyfter upp brukarnas engagemang i de två kommunerna. Sjukvårddistriktetsnämnden Nordöst kallade s.k. ”Fokus grupp” som består av ett antal medborgare och diskuterade frågan med dom. Medborgarna fick lämna sina idéer och synpunkter. Man hade dessutom dialogkonferanser under resans gång.

”Privatiseringen har inte tillfört något för brukarna”, anser I. Lennerwald(s). För henne betyder valfrihet:

/.../ Att jag får lov att välja vilken vårdcentral jag vill gå till, vilket sjukhus jag vill gå till. Det handlar inte egentligen om vem som bedriver driften /.../ Det är samma pengar! Man ska inte tro att man fixar bara att man ändrar driftsformerna. Om du frågar Eslövsborna, så vet väl inte de vem det är som driver Specialisthuset i Eslöv. De tycker att det är att bara komma till doktorn när man blir dålig, de skiter i vem som skriver kontrakt, det är en politisk fråga.(Intervju med I. Lennerwald,s).

För Eslövsbornas del har privatiseringen av Specialisthuset inte tillfört någonting, enligt I. Lennerwald(s). Hon påminner om att meningen med Specialisthuset var att man ska ha tillgång till specialistläkare och slippa åka till Lund om man behöver specialistisk vård. ”*I verkligheten är mycket av Specialisthusets verksamhet på vårdcentralens nivå, de har svårt att rekrytera läkare /.../ Det var inte tanke med Specialisthuset*”, tillägger I Lennerwald(s).

4.1.3.2. Vilka blev effekterna för vårdpersonal

I kort beskriver VD för Specialisthuset i Eslöv vad har ägandebytet inneburit för de anställda:

All personal som fanns på plats erbjöds att få anställning hos oss. Ungefär 90 % av de anställda sa att de gärna ville flytta över till oss. Vi erbjöd samma villkor som Region Skåne, vad gäller löneförmåner och liknande. Vi satsar mycket på personal här, inte att ge de i första hand högre löner, utan vi ger dem kompetensutveckling och frihet under ansvar. Grupperna bestämmer mer eller mindre själva dvs. de själva hittar samverkan Vi behöver inte säga till dem 'du ska jobba på den och den avdelningen idag', de tar själva initiativ, man tar mycket, mycket större ansvar än man gjorde tidigare. Ökad effektivitet innebär inte att man ska springa fortare utan innebär att man ska arbeta på ett lite annorlunda sätt. Vi talade om att det skulle bli annorlunda att jobba hos oss. Vi kräver större flexibilitet. Vi lever på att kunna ha flexibel organisation. Det är patienternas krav och önskemål som kommer att bestämma /.../ Vi har lägsta sjukskrivningstal bland vårdgivarna i Regionen. Detta visar att vår personal trivs bra.(Intervju med B. Viterius,VD,Specialisthuset i Eslöv).

M.Sander-Schale(fp) tycker att personalen är väldigt positiv till privatiseringen och förändringen av ägandeformen i detta sammanhang. Enligt henne är personalen mest positiv till ”*att beslutsvägarna har blivit kortare, man har mer att säga till om och man är mer rädd om sin personal*”.

Ingrid Lennerwald(s) beskriver vårdpersonalens situation, i samband med förändrad ägandeform, i positiva ordalag:

Ibland är det inte så att de får mer pengar /.../ Det är för att du har frihet, du känner dig sedd, du har möjlighet att påverka, du känner dig delaktig /.../ När du frågar folk på St. Göranssjukhus i Stockholm, som det var det första sjukhuset som man hade lagt ut på entreprenad, vad som är bättre när man jobbar hos en privat arbetsgivare än hos en offentlig arbetsgivare /.../ Då är de enkla ting som gäller /.../ Att man kan följa upp bokslutet eller hur avdelning går till, att man kände sig delaktig. Man hade inte mer betalt utan beslutsvägarna var kortare, och de kände sig som en i gänget, inte bara som en grå massa som flyter /.../ Ta Specialisthuset i Eslöv /.../ Samma hus, samma människor som har jobbat där i stort sätt i 20 år/. Hur kan det bli att man plötsligt upplever en arbetsplats som stimulerad? Det är någonting att lära sig! Vi har problem med ledningen, att få folk att ta ledningen. Det är en brist i offentliga sektorn. Om du är chef på en klinik, du får full budget alltså, och du har ansvar för personal och sen när det inte går ihop säger man 'det är politikerna som har fattat beslutet'. Jag tycker att den offentliga arbetsgivaren har mycket att lära sig från den privata!(Intervju med I.Lennerwald,s).

De fackliga företrädarna är eniga om att personalen är i stort sätt positiv till förändringar. ”I början är de tveksamma, oroliga. Det är klart att de är rädda för förändringar. ”Landstinget var innan en bra och trygg arbetsgivare, men inte nuförtiden”, menar en av representanterna för Kommunal. Vårdförbundets representant räknar upp de förändringar man kunde registrera hos egna medlemmar i samband med privatiseringen.

Personalen upplever att det är betydligt bättre därför att det är kortare beslutsvägar, det är inte så många nivåer innan man når den som slutgiltigt ska ta ett beslut. Små enheter upplevs positivt och dessutom är det krav på att det ska vara en verksamhet som går ekonomiskt ihop. Det finns möjlighet att påverka som det inte finns i en större verksamhet som t ex landsting. Det är inte bra om vi bara har landsting och kommuner som arbetsgivare. Det är bättre med flera arbetsgivare, det finns möjligheter för våra medlemmar att välja vilken arbetsgivare de vill vara anställda hos. Det finns många delar (arbetstider, arbetsförhållande, arbetsinnehåll, lön) som kan bli bättre för våra medlemmar (Intervju med B. Larsson, Vårdförbundet).

Fackliga företrädare finns med under hela övergångsperioden, både övergripande, centralt och på arbetsplatsnivå. De tycker att det är viktigt att vara ute bland medlemmar i god tid och förklara för dem vilka förändringar som kommer att ske och på vilket sätt allt detta påverkar dem.

Fackliga företrädare förklarar att det handlar i princip om samma verksamhet som går över till den nya arbetsgivaren. Inga stora förändringar vad gäller arbetsvillkoren sker. Den enda skillnad som de kan komma på är ett mindre antal semesterdagar hos de privata. Man får en del lediga dagar istället som inte kan sparas till nästa år. Man gör som så att utnyttja lediga dagar först, sen tar man sina semesterdagar. Så har man sina semesterdagar att spara, och det är inget problem som de ser.

Representanter för Kommunal säger att deras medlemmar är i stort sätt positiva men i enstaka fall har det förekommit att arbetstempot har ökat hos de privata arbetsgivarna. ”Allting är bra så länge man jobbar och jobbar och allt flyter. Men så fort man bli sjuk och inte kan fullfölja sina arbetsuppgifter enligt arbetsgivarens önskemål är man illa ute /.../ Då får man inget alternativ än att sluta”. (Intervju med fackliga företrädare, Kommunal). Vårdförbundets representant kunde inte nämna några risker eller negativa konsekvenser för deras medlemmar i samband med övergång till nya driftsformer.

4.1.3.3 Risker

Ingen av mina respondenter har nämnt att vården blivit billigare sen man lagt ut den på en privat aktör. Däremot påpekar I. Lennerwald(s) att dåligt genomförda bolagiseringar av sjukhus i Helsingborg och Ängelholm har skapat betydligt högre kostnader för Region Skåne. Hon är missnöjd med att kostnaderna för sjukvården som utförs av Helsingborgs Lasarett AB har ökat med hela 14, 8 % på ett år. Region Skåne har pumpat in 250 mil i de två bolagen för att de inte ska gå i konkurs. Med aktiekapital på 30 mil, och det är förbrukat, så skulle de egentligen gå i konkurs, enligt I. Lennerwald(s).

I. Lennerwald(s) är mest bekymrad över att själva konkurrensen, som ett av huvudmotiven för privatisering har uteblivit:

För mig är konkurrens, om vi bestämmer: 'vi ska konkurrensutsätta t.ex. primärvård i Skåne'. Vi har två vårdcentraler i Eslöv. Om vi låter den ena gå ut på entreprenad, så ser vi vilka krafter konkurrensen påverkar. Påverkar den i positiv mening? Blir man effektivare? Bemöter man patienterna på ett bättre sätt? Konkurrens är för mig att kunna mäta vad som har blivit bättre vad som inte har blivit bättre. Du måste låta den egna verksamheten vara med, om du konkurrensutsätter något /.../ Få lov och vara med och lämna bud /.../ Det fick man inte i Region Skåne(Intervju med I. Lennerwald,s).

Enligt I. Lennerwald(s) är risken att politikerna tappar möjlighet att styra över verksamheten, då all verksamhet lämnas ut på entreprenad. "Då sitter du som företrädare regionen i klistret, du har ingenting att sätta emot, då är du tvungen att säga ja till allt..." Hon nämner ambulanstjänsterna som är upphandlade och Regionen har ingen egen verksamhet. I. Lennerwald(s) bekymrar sig för nästa upphandling "nummer två". Då har Regionen ingenting att sätta emot. Då kommer marknaden som äger kompetens och medel att bestämma spelreglerna och priset.(Intervju med I. Lennerwald,s).

M. Sander-Schale(fp) är inte orolig för att politikernas styrmekanismer försvagas med privatiseringen:

Nej /.../ Politikerna måste fundera mera på vad vi vill utav verksamheten. Det är skillnad när vi ger en påse pengar till sjukhuset i Lund t ex och sen är det nog med det. När man skriver avtal får massa politiker och tjänstemän själva tänka efter vad vi egentligen vill ha gjort. Det blir ett annat sätt än att bara rulla på. Det betyder större krav på vårdgivarna. De kan inte bara sitta och få pengar utan att göra ett bra jobb.(Intervju med M. Sander-Schale, fp).

Som en eventuell risk ser M. Sander-Schale(fp) möjlighet att de privata företagen går i konkurs. Men risken är minimal med tanke på att man har ständiga dialoger, genom s.k. avtalsvård, då man justerar beställningar om det visar sig att man har beställt för mycket eller om nya saker kommer, förklarar M. Sander-Schale(fp).

B. Viterius,VD, för Specialisthuset i Eslöv, tycker att risker med privatiseringarna är minimala. Han anser att både i landstingens och entreprenörens intresse är att avtalstiderna blir långa: "Har man väl kommit igång med sitt företag sitter man ganska säkert om man sköter sig och bedriver en bra och effektiv verksamhet."(Intervju med B.Viterius,VD, Specialisthuset i Eslöv).

Apropå avtalet nämner I. Lennerwald (s) stora brister med lagen om offentlig upphandling som är dåligt anpassad till Hälso- och sjukvården. Det finns alltid en risk att den som har skött bra verksamhet förlorar en förlängning av avtalet:

Alltså om jag har ett avtal med dig och du har något jätte bra att tillföra, så vill jag att du tecknar ett avtal med mig /.../ Så gör vi ett avtal, och vi har en förlängningsklausul i ett år. Sen blir det avtalet slut. Mina och dina relationer är jätte bra, patienterna är jätte nöjda /.../ Jag som ägare har inte rätt att förlänga avtalet, jag måste gå till en ny upphandling och det innebär att trots att du har 250 patienter listade hos dig, som alla är nöjda, du är själv nöjd och jag som betalare är nöjd /.../ Så får du inte avtalet /.../ Annan får avtalet för att den kanske sänker priset. (Intervju med I.Lennerwald,S).

Till slut påminner I. Lennerwald(s) att det är många som glömmet att sjukvård inte är vilken marknad som helst. Det finns inte risk för patienterna att bli utan vård trots att vårdföretag har en usel ekonomi. Däremot är risken för huvudfinansiären, Region Skåne, i detta fall, att få gå in och täcka förlusterna, eftersom Regionen har yttersta ansvar för att alla medborgare får adekvat sjukvård:

Vi säger marknaden ska råda. Volvo kan lägga av produktion, och permittera folk /.../ 'Vi har inte sålt tillräckligt mycket /.../ Nu permitterar vi' /.../ Om vi producerar i sjukvården, om vi tar väldigt många människor med hjärtinfarkt, med tumörer osv. vi kan inte säga när vi kommer fram till 15 november 'ni får vänta till 1 januari om ni blir dåliga pengarna har tagit slut'. Därför är inte vård och omsorg marknad som andra marknader /.../ Det är andra spelregler. (Intervju med I. Lennerwald,s).

4.1.4 Framtiden

B. Viterius nämner korta avtalstider och ovisshet i samband med det som ett negativt moment vilket gör att man har svårt att planera framtiden på långsikt. Med tanke på den nya majoritetens inställning i frågan och nedläggningen av sjukhusbolag i Helsingborg och Ängelholm nyligen frågar jag B. Viterius om den politiska osäkerheten kan påverka Specialisthusets verksamhet?

Nej, ett resolut svar från Bengt Viterius. Vi har ett uppdrag utav Region Skåne som vi ska fullfölja och det uppdraget gäller oavsett vilken politisk majoritet vi har i regionen. Det som påverkar mer är att de förslag som de kommer med om förändringar, utbyte av mottagningar, som exempel, får vi regelmässigt nej till /.../ Den nya majoriteten (s+v+mp) har en inställning som klart inte är lika positiv till privata former som den tidigare. Jag anser inte att det påverkar oss hittills, vi har ett avtal som vi ska genomföra. (Intervju med B.Viterius, VD, Specialisthuset i Eslöv).

Viterius verkar inte vara orolig för framtiden:

Det kommer precis i samband med nästa val. Det kan hända att det finns större restriktivitet bland den nuvarande nya majoriteten. Vi tror att vi ska göra så pass bra jobb att de ska bli så pass nöjda så jag räknar med att vi får en förlängning på tre år till.

I. Lennerwald(s) tror att privatiseringstrenden kommer att avstanna i Regionen. Den främsta orsaken är, enligt henne, dålig ekonomi som gör "att man inte kan hålla på". Hon tycker inte att det är privatiseringens fel att ekonomin i regionen är ansträngd just nu utan förmodligen var "att man inte orkade hålla ihop fyra partier som stretar alla åt sitt håll". Hon är medveten om att unga människor i framtiden kommer att kräva mer av Regionen som arbetsgivare. I. Lennerwald(s) förespråkar mer personalägda vårdföretag "för att folk skall få chans att driva sin verksamhet utav sina idéer". Hon tror inte att privat sjukförsäkringssystem har någon framtid i Sverige. Hon tror att svenska folket kan tänka sig ha privata doktorer, privata sjuksköterskor, eventuellt privata äldreboende, men inte privata sjukhus. I. Lennerwald(s) avslutar samtal med mig med att betona än en gång att privatisering av sjukvård är på väg neråt:

Vi kommer att se en tendens som går neråt och det är förmodligen för att den offentliga sektorn har lärt sig någonting av den privata sidan /.../ Att hantera personalen på ett annorlunda sätt. De har tvingat oss att fundera... (Intervju med I.Lennerwald,s).

M. Sander-Schale(fp) är pessimist för fortsatt privatisering med tanke på motstånd som kommer från majoritetens sida. Det är inte många som vågar ta risken:

Det är en risk! Det är inte lätt. Om man säger upp avtalen som det sker nu i mellersta Skåne, Helsingborg t ex, då är det ingen som vågar sluta avtal. Om man har slutit avtal på fem år och plötsligt blir omförhandlat eller inte få fortsätta /.../ Vem vågar då ge sig ut? (Intervju med M.Sander-Schale,fp).

M. Sander-Schale(fp) vill ha mer diskussion om ”fantastiska utvecklingsmöjligheter” som sjukvården har och avslutar vårt samtal med: ”Om du tar läkemedel t ex, där är vi världsledande /.../ Tänk om det var förstatligt, om man har haft monopolsituation...”.

Vårdförbundets representant önskar att flera medlemmar som vill driva egen verksamhet ska få chans att göra det. Hon är missnöjd med hanteringen av frågan i distriktsnämnderna där man diskuterar utifrån att det är läkare och sjukgymnaster som ska ha vårdavtal och nämner inte alls sjuksköterskor. De i Vårdförbundet anser att klimatet inte är så positivt i Regionen just nu och att det är politiska beslut som styr:

”Det är klart att olika politiska majoriteter som har olika ingångar här. Det vet vi att under den borgerliga majoriteten hände mycket mer av detta och nu under den socialdemokratiska majoriteten är det färre saker /.../ Man vill gå tillbaka /.../ Det är paripolitisk ideologi som man inte kan göra så mycket åt”. (intervju med B.Larsson, Vårdförbundet Skåne).

Representanter för Kommunal tror att privatiseringen kommer att avstanna med tanke på att den nya majoriteten inte är lika villig att privatisera. De nämner avbolagiseringen i Helsingborg och Ängelholm som exempel.

5. Analys

Jag har valt att utföra min analys med hjälp av de fyra teman utifrån vilka jag sammanställt mitt intervjumaterial. Jag applicerar litteratur som jag har läst på var och ett av de fyra. Meningen är att underlätta strukturen för läsaren. Avslutningsvis har jag ett avsnitt där jag kortfattat presenterar de slutsatser jag dragit av analysen.

5.1 Privatisering – ett omstritt begrepp?

Intervjupersonerna är eniga om att termen privatisering är fel, i fall man lägger ut driften på entreprenad, men samtidigt erkänner att begreppet är inrotat i den dagliga debatten. Söderström m fl.(2001) i sitt *Välfärdspolitiska råds rapport 2000* menar med privatisering ”inte enbart utförsäljning av offentlig egendom, utan varje form av ökat inflyttande för

privata aktörer i den offentliga verksamheten". (s.129). Forskarna går så långt att de även betraktar ökat inflyttande för brukare av offentliga tjänster som en form av privatisering. J. Donahue (1992) har beskrivning av privatisering som "ett överförande av offentliga plikter till privata organisationer" (s.10f).

I praktiken innebär det att förhållandet mellan Region Skåne och producenterna regleras i ett avtal, men Region Skåne förblir huvudman, vilket innebär att de har fullt ansvar för verksamheten vilket bland annat omfattar kontroll och uppföljning. VD:n för Specialisthuset poängterar att relation mellan Specialisthuset som producent och Region Skåne som beställare är noggrant reglerad vilket gör att producentens manövreringsutrymme är väldigt begränsat. I sin bok *Public and private roles in health care systems*, skriver Claudia Scott (2001) att "While there is a trend in several countries for governments to reduce their roles, there are areas such as regulation where government influence over private sector activity is increasing.(s.5).

Alla respondenter betonar att sjukvården är offentligt finansierad. En av respondenterna påpekar att det är viktigt att bibehålla den solidariska finansieringen av sjukvården. Svensk sjukvård har under lång tid i huvudsak finansierats genom olika typer av skatter. Grundprincipen för denna finansiering är att medborgarna betalar efter ekonomisk bärkraft, och att resurserna fördelas efter behov av vård. Det innebär i praktiken att det är de friska som bidrar till att säkerställa finansieringen av den vård som krävs för att kunna möta de sjukas vårdbehov. Dessa grundprinciper om vård efter behov oberoende av ålder och betalningsförmåga har under lång tid upplevts som rena självklarheter i välfärdssamhället i Sverige.(Dahlgren,1994,s. 139-140)

5.2 Motiv och mål bakom privatisering

I sin rapport *Konkurrens för fortsatt välfärd* kommer Blom & Hallgren fram till att det finns några potentiella motiv bakom privatiseringen, dvs. att man "överlämnar driften av kommunala (landstings) uppgifter till det privata näringslivet". Målet med privatisering sägs vara en bättre kvalitet i verksamheten och minskade kostnader. Utöver de två huvudmotiven nämner författarna "att överlämnande av driften av landstings uppgifter till det privata näringslivet kan vara ideologiskt betingat. Genom att produktionen hamnar hos det privata näringslivet minskar den offentliga sektorn och de offentliga monopolerna bryts, något som kan ses som ett mål i sig".(s.41).

De första privatiseringarna i Sverige kan dateras till början av 90-talet, då den borgerliga regeringen under åren 1991-1994 "såg förekomsten av privata entreprenörer som en viktig del i målsättningen att öka valfriheten och ville därför främja, snarare än hindra, en utveckling mot en större andel privat företagande inom den sociala tjänstesektorn". (Blomqvist & Rothstein,2000,s.73). Faktum är att huvudparten av de privatiseringarna i Regionen Skåne har genomförts under det borgerliga styret 1998-2002. Regionfullmäktige i Skåne antog ett konkurrensprogram våren 1999 med huvudsyftet att konkurrens skulle leda till omprövning och nytänkande.

Ett motiv att privatisera sjukvård är enligt M. Sander-Schalle(fp) att den alternativa konkurrensen stimulerar nya tankar och nya idéer till skillnad av den offentliga sektorn där *”beslutsvägar är långa och man har svårt att få utlopp för sina egna idéer”*. Ett annat motiv är att man från Regionens sida har fått en möjlighet till jämförelse mellan offentlig och privat verksamhet genom de privata entreprenader som upphandlats. Valfrihet för brukarna vad gäller vårdform samt valfrihet för personalen att välja arbetsgivare ser M. Sander-Schalle(fp) som ett viktigt motiv bakom idén om att lägga ut sjukvård på entreprenad. Att skapa valfrihet och mångfald i serviceutbudet kan vara ett ideologiskt betingat motiv för förändringsarbetet.(Blom & Hallgren,2000,s.42).

I. Lennerwald(s) kritiserar den föregående borgerliga majoritet för att de har privatiserat verksamhet utifrån sina ideologiska motiv i stället för att gå efter vissa kriterier som t ex förbättrad verksamhet, minskad kostnad, ökad effektivitet...

Båda två politiker är eniga om att det är nödvändigt att ha en klar målsättning om man har för avsikten att skapa goda förutsättningar för alternativa driftsformer och att agera i linje med denna målsättning. M. Sander-Schalle(fp) tar Simrishamns sjukhus som ett positivt exempel där man hade klart för sig från början vad man vill skapa med verksamheten och vilka regler som gäller. Däremot tar I Lennerwald(s) Helsingborgs sjukhus som ett negativt exempel där en oklar målsättning, med tvetydigt avtal ledde till att alla parter tolkar avtal på sitt sätt vilket har åstadkommit stora ekonomiska förluster för Regionen. Aidemark,Lindqvist,Rydberg i sin skrift *Mångfald i vården(2003)* skriver att en klar målsättning är en av avgörande förutsättningar för att lyckas med alternativa driftsformer:

”Osäkerhet om målsättningens hållbarhet skapar en dålig grågrund för viljan till företagande. När man bestämmer sig för en målsättning måste man skilja på om målsättningen enbart är att få alternativa driftsformer i ökad utsträckning eller om målet är att personalen ska ta över och i entreprenadform driva verksamhet. Har man det senare målet kräver det mera förarbete och stöttning”.(s.48).

Det intressanta i sammanhanget är att Fp-märkt politiker tar upp det positiva exemplet med Simrishamns sjukhus tills S-märkt politiker tar upp det negativa exemplet med Helsingborgs sjukhus. Ideologiska övertygelser är starkt förankrade hos Regionens politiker trots att dom försöker dölja dem med sin politiska elokvens. Uteslutande positiv eller negativ exemplifiering i samband med privatisering avslöjar politikernas eget ställningstagande.

I samtal med Bengt Viterius kommer inte fram något ideologiskt motiv bakom privatiseringen av Specialisthuset i Eslöv. Initiativet har kommit inifrån, från en läkare, som själv har varit anställd på Specialisthuset. Läkaren hade personligen känt en viss otillfredsställelse med vissa saker i organisationen och han tog själv initiativ att ta över verksamheten i egen regi. Enligt själva avtalet är huvudmotivet för privatisering av ekonomisk karaktär dvs. att skapa en kostnadseffektiv verksamhet vid Specialisthuset. Dessutom ska verksamheten vara en attraktiv arbetsplats för personal med hög kompetens. Verksamheten skall utvecklas så att resultatet blir mindre patienter som kommer till Universitetssjukhus i Lund, och mer till Specialisthuset. Verksamheten ska bedrivas så att patienter som kan tas om hand i primärvården i första hand behandlas där.

Trots att man i samtal med respondenterna kan urskilja vissa ideologiska motiv bakom privatiseringen är det klart att de ekonomiska motiven dominerar i själva avtalet mellan Regionen och Specialisthuset. I sin rapport *”90 – talets anbudskonkurrens i äldreomsorgen –*

några utvecklingstendenser” (2 001:1) urskiljer Marianne Svensson och Per Gunnar Edebalk processeffekter till följd av den anbudskonkurrens som infördes inom äldreomsorgen i början av 1990 – talet. Enligt dom har motiven för entreprenaddrift förändrats under tiden, från ideologiska till mer ekonomiska. De politiska motiven som har betonat valfrihet och mångfald har kompletterats med motiven om sänkta kostnader där själva upphandlingen blev ett medel för att förverkliga dem.(s.7).

De fackliga företrädarna ser motiv till privatisering utifrån sina medlemmars perspektiv. Sammanfattningsvis tycker de att motiven bakom privatisering borde vara att Hälso- och sjukvård ska kunna produceras i olika former med olika vårdgivare. De avvisar Hälso- och sjukvårdsverksamhet där kommersiella syften är primära. En av representanterna för Kommunal anser att vinstintresse har legat som huvudmotiv bakom de genomförda privatiseringarna. Däremot avvisar M. Sander-Schale(fp) påståendena om att vinsten är huvudmotiv som står bakom privatiseringarna. Hon menar att vinsten inte är något som aktieägarna stoppar i egen ficka, utan det handlar om att man som företagare plöjer ner vinsten i kunskap hos sina anställda, kompetensutveckling, nya maskiner osv. I en rapport från Svenskt Näringsliv *Är det någon vinst med vinsten* försvaras behovet av vinsten:

Vinsten behövs för att de som riskerar kapital i en verksamhet skall kunna få ersättning för det. Samtidigt byggs det upp ett kapital i företaget, vilket ger ökad ekonomisk stabilitet och utvecklingskraft. Vinsten används således för tre ändamål: att skapa en stabil ekonomi i företaget, att vidareutveckla verksamheten, dvs. öka kvaliteten och/eller volymen, samt ersätta de som riskerar pengar i verksamheten.(Morin,2001,s.16).

5.3 Effekter

VD:n för Specialisthuset i Eslöv nämner ökad tillgänglighet, med korta väntetider, som den mest positiva effekten för brukarna i samband med ägandebudet. Väntetiderna till mottagningar/undersökningar är i princip kortare i jämförelse med väntetiderna som andra vårdproducenter har i Regionen vilket bekräftar statistik på Region Skånes hemsida. Frågan är om andra vårdproducenter har lika stor besöksvolym per mottagning samt sjukdomarnas svårighetsgrad?

Väntetiderna har blivit kortare i samband med bolagisering av sjukhus både i Helsingborg och i Ängelholm. Landstingsförbundet har följt upp förändringarna av väntetider. I Helsingborg har man följt upp väntetiderna för 21 behandlingar och till 28 olika mottagningar. Enligt uppgifterna mer än halverade Helsingborgs Lasarett AB den genomsnittliga väntetiden för det första verksamhetsåret, från 27 till cirka 13 veckor. Likadant har man följt upp förändringarna av väntetider i Ängelholm där man kunnat registrera en reduktion av väntetiderna med ca 50 %. Efter första året ligger Ängelholmssjukhus AB bland de sjukhus i landet som, enligt Landstingsförbundets sammanställning över vårdköer, har de kortaste väntetiderna.(Aidemark,Lindkvist,Rydberg,2003,s.27f).

Enligt VD för Helsingborgs Lasarett AB, Steffan Sallerförs, kan kortade vårdköerna relateras till den ökade effektiviteten 9,8 %, patientgenomströmningen 11 %, antalet läkarbesök 18 % och dagkirurgin med hela 38 %.(SDS, 27/2 2002).

I. Lennerwald(s) nämner inte ökad produktivitet, med kortare vårdköer som följd, när hon diskuterar effekter av bolagiseringen i Helsingborg och Ängelholm. Däremot påpekar hon att

otydligt skrivet avtal och oenigheter kring avtal har haft ytterst negativa ekonomiska konsekvenser för Regionen som huvudfinansiär. Regionen har pumpat in 250 miljoner i de två bolagen för att de inte ska gå i konkurs.

Problematiken behandlas av flera författare. Blomqvist & Rothstein(2000) konstaterar att den högre produktiviteten inom sjukvård har resulterat i flera behandlingstillfällen och kortare vårdtider. Ett problem som uppstår med den ökade produktiviteten är att den driver upp kostnaderna, vilket i sin tur kan tvinga landstingen att fastställa tak för patientflöden och minska ersättningsnivåerna till alternativa vårdgivare.(s.205-206). R.B Saltman (1992) uttrycker sina farhågor för att de krafterna som arbetar för kostnadsbesparingar och effektivitet är starkare än de som hävdar vikten av patientval och patientrelaterade förbättringar i vårdens kvalitet.(s.42). Rehnberg & Garpenby (1995) uppmärksammar risker vilka kan uppstå om man inte gör en bra upphandling: *"Om offentliga myndigheter som finansiärer saknar kompetens för upphandling, garanterar full kostnadstäckning och agerar passivt gentemot vårdgivarna kommer det främsta konkurrensmedlet att vara hög service och kvalitet samt ny medicinsk teknologi, och därmed höga sjukvårdskostnader. Ett aktivt agerande från finansiärens sida krävs".*(s.73). Sammanfattningsvis kan konstateras att en ogenomtänkt upphandling som garanterar full kostnadstäckning, utan "tak", leder till ökad produktion, minskade vårdköer men samtidigt till ökade kostnader för Regionen. För själva brukaren kan konsekvenserna vara bättre tillgänglighet och service samtidigt som ökade kostnader kan leda till skattehöjningar vilka drabbar den enskilde i slutändan.

Kan man harmonisera en verksamhet så att både kostnader och tillgänglighet (kvalitet och korta vårdköer) fungerar tillfredställande? Aidemark, Lindkvist och Rydberg (2003) analyserar i sin rapport Mångfald i vården Simrishamns sjukhus, som ägs av Praktikertjänsts dotterbolag Närsjukvården AB. Sjukhuset i Simrishamn privatiserades i november 2000 efter att några år varit parsjukhus tillsammans med sjukhuset i Ystad. Själva upphandlingen omnämns som ett positivt exempel, där en klar målsättning finns från början med i detalj utarbetade spelregler. Avtalet innebär ett helhetsåtagande och omfattar såväl primärvård som akutsjukvård för Österlens befolkning, ca 30 000 personer. Helhetsåtagandet omfattar även förebyggande insatser och en nära samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården. Genom att avtalet omfattar såväl primärvård som sjukhusvård är risken liten att man trycker ut patienterna i primärvården eller skjuter dem i andra riktningen. Ersättningen är baserad på en fast ersättning och en rörlig del. Den rörliga delen avtar när de volymer nås som motsvarar en planerad vård för befolkningen i området. Detta innebär att möjligheterna för sjukhuset att fritt erbjuda vård till invånare i regionen begränsas på ett effektivt sätt. Om bolaget lyckas uppfylla kvalitetskrav (mål för väntetider, andel färdigbehandlade patienter utan vidareremiss, patientstillfredsställelse och medicinska komplikationer) utbetalas en bonus (2milj. per år, enl. M. Sander-Schale, fp), om inte, dras bonusen från ersättningen. Den fasta ersättningen täcker ca 50 % av ersättningen. Den rörliga ersättningen utgår per behandling och sjukhusvården grundas på DRG-poäng*. (I fallet med sjukvård är idén att man samlar in uppgifter vad det kostar att behandla olika diagnoser, delar in alla diagnoser i olika kostnadsklasser, s.k. diagnosrelaterade grupper DRG, och ersätter vårdgivarna olika mycket beroende på hur många patienter de har i respektive kostnadsklass. Klassificeringen av diagnoser kan ändras över tiden i takt att genomsnittkostnaden för att behandla personer med viss diagnos ökar eller minskar, Söderström m fl. 2001,s.135). Simrishamns sjukhus, har enligt avtal möjlighet att sälja vård, dock inte så att det får gå före den ordinarie vården. Ingen gräddfil finns. Simrishamns sjukhus får tolv procent mindre i ersättning av Region Skåne jämfört med när sjukhuset drevs i offentlig regi.(s.31-32). För att kunna få ekonomi ihop skrev ledningen avtal med Transmedica som sedan många år har omfattande verksamhet i Norge. Under perioden 2001/9-2003/9 har sjukhuset i Simrishamn tagit hand om 2500 norska patienter vilka har

genomgått, framförallt, avancerad knä- och höftkirurgi. Avtalet är värt 110 miljoner kronor.(SDS,26/5-2001). Exemplet från Simrishamn visar att sjukvård kan vara en lönsam verksamhet också.

Valfrihet är ett omstritt begrepp som används ofta i samband med privatisering. För I. Lennerwald (s) betyder valfrihet en möjlighet att välja mellan flera alternativ: *"till vilken vårdcentral jag vill gå till, vilket sjukhus jag vill gå till"*. Hon tycker att det inte har någon betydelse vem som bedriver driften. Patienterna bryr sig inte om driften är privat eller offentlig, de vill ha en bra service, tycker I. Lennerwald(s). Hon får stöd för sitt resonemang i Skops nyaste undersökning vilken visar att väljarna inte bryr sig om ifall vården drivs privat eller offentligt. De flesta svenskar efterfrågar kvalitet, valmöjligheter och att vården är tillgänglig när de behöver den. (SDS, 8/7-2003). Är begreppet valfrihet mer komplicerat än så? Kan man skapa en riktig valmöjlighet för brukarna med bara en vårdproducent i detta fall Region Skåne? Rothstein kommer fram att *"organisationer som inte får en slags signal när de gör något rätt, och ett annat slags signal när de gör något fel, kommer i längden att göra mera fel än rätt"*(Rothstein,2002,s.242). Rothstein menar att medborgarnas val är ett bästa signalsystem till myndigheterna för vad är rätt och vad är fel. Det är svårt att tänka sig ett sådant system utan mångfald av producenterna:

"/.../ Individuella valmöjligheter, och därmed konkurrens mellan olika utförare, kan leda till att effektiviteten förbättras. Konkurrens mellan offentliga och icke-offentliga utförare kan leda till höjd kvalitet och sänkta kostnader.(Söderström m.fl. 2001,s.80).

Ett argument mot valfrihet inom sjukvården, är att medborgarna kommer att öka sin vårdkonsumtion när de ges större frihet att välja. Valfriheten inom den svenska sjukvården anses väldigt begränsad med tanke på införandet av remisstväng i många landsting under 1990-talet samt att 1995 upphörde rätten för privata vårdgivare om automatisk etablering och ersättning.(Blomqvist & Rothstein,2000,s.203-207). Risken är att tyngdpunkten i ett fullt utvecklat kontraktssystem inte ligger på patienternas möjligheter att välja vårdgivare eller att påverka vårdens logistiska eller rent behandlingsmässiga innehåll. I praktiken forslas patienterna i väg till den inrättning som den lokale vårdadministratören slutit förstahandskontrakt med.(Saltman,1992,s.41). Blomqvist & Rothstein skriver om samma problem: *"Införandet av kontraktbaserade relationer mellan regionala beställarenheter och producenter har emellertid i de flesta fall inneburit att valfriheten på specialistnivå i praktiken kringskurits, eftersom patienterna endast kan söka sig till vårdgivare som beställaren har kontrakt med."*(s.114). För de 58 000 invånare i Mellan Skåne innebär detta att de remitteras till Specialisthuset i Eslöv som har avtal med Region Skåne. I sin rapport *90-talets anbudskonkurrens i äldreomsorgen* kommer M. Svensson & P.G. Edebalk fram att förekomsten av entreprenader inte har gett den enskilde vårdtagaren ökad valfrihet. De menar att valfriheten är ett politiskt motiv bakom entreprenaddriften. Det är snarare geografiskt läge och verksamhetens rykte som är utgångspunkten i den enskildes val, skriver de två forskarna.(IHE Arbetsrapport,2001:1,s.38).

B. Viterius betonar ordet lyhördhet. Nya mottagningar (osteoporos t ex) och ny service har öppnats på kvällarna (sjukgymnastik) efter brukarnas krav. De tjänsterna får brukarna själva betala. Att anpassa verksamhet efter brukarnas önskemål är en viktig del av Specialisthusets policy, enligt B. Viterius. Han erkänner att avtalade besöksvolymerna inte är uppfyllda och förklarar detta med att Specialisthuset har satsat mycket på kvalitet och ledningen har ansträngt sig för att engagera seniora läkare.

I. Lennerwald(s) anser att mycket verksamhet som utförs av Specialisthuset i Eslöv är på Vårdcentralens nivå. Meningen med Specialisthuset var från början att man skulle ha tillgång till specialistläkare och slippa åka till Lund. Att Specialisthuset har svårt att rekrytera läkare kan vara en förklaring för att man har svårt att uppfylla besöksvolymerna, enligt I. Lennerwald (s).

M. Sander-Schale(fp) tar upp ett exempel som visar vilka positiva effekter privatiseringen haft för brukarnas del. I Bromölla och Osby hade man svårt att rekrytera läkare. Tack vare att vårdcentralerna i de två kommunerna privatiserades löstes problem. Intressant i sammanhanget är brukarnas engagemang, s.k. fokus-grupper, under privatiseringens gång. ”Dialogkonferenser” anordnades, där man kunde lämna sina idéer och synpunkter.

För vårdpersonalens del verkar bytet av ägaren haft positiva effekter. För de anställda på Specialisthuset i Eslöv har ägandebudet inte inneburit någon lönemässig förbättring.

B. Viterius VD påstår att förändringen i praktiken har betytt större flexibilitet, själviniciativ, kostnadsmedvetande, inflytande och mer kompetensutveckling för de anställda än de hade innan hos den föregående arbetsgivaren. I sitt slutbetänkande om *Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation* skriver Kommittén:

” Att vårdens vardag kräver ett stort mått av flexibilitet och anpassning till stunden, vilket kräver bredd i kompetensen. Det handlar om att kunna samverka med andra; att ha en helhetssyn på patienten, att följa med och driva utvecklingen inom det egna området samt i organisationen som helhet. Det ställs höga krav på att ta ansvar och fatta beslut. För att verksamheten skall fungera och vara effektiv måste all personal samverka till en helhet”.(HSU 2000, s. 62).

De intervjuade politikerna är positiva när de pratar om personalens situation i samband med övergång till privat ägande. Nämnas kortare beslutsvägar, möjlighet att påverka, att känna sig delaktig, att man är mer rädd om sin personal osv. I Lennerwald(s) tar upp Specialisthuset i Eslöv som exempel, där samma personal som har jobbat där i stort sätt i 20 år upplever plötsligt positiva förändringar i samband med ägarbyte. Den offentliga arbetsgivaren har mycket att lära sig från den privata hur man tar hand om sin personal, tycker I. Lennerwald(s). Fackliga företrädare är eniga om att personalen är nöjd med de nya arbetsgivarna. Vårdförbundets representant är bara positiv och nämner kortare beslutsvägar, småenheter, ökat kostnadsmedvetandet, bättre möjlighet att påverka som mest positiva förändringar i samband med privatiseringen. Däremot påpekar representanter för Kommunal att trots många nöjda medlemmar finns de som upplever ett ökat arbetstempo hos de privata vårdgivarna.

Vårdförbundet och Svenskt Näringsliv har tillsammans genomfört en undersökning med fokus på skillnader mellan offentliga och privata vårdgivare. I undersökningen intervjuades 500 sjuksköterskor inom offentlig sektor och 500 sjuksköterskor inom privat sektor. Undersökningen visar att drygt 60 % av landets sjuksköterskor anser att privata arbetsgivare har större flexibilitet och är mer nytänkande än de offentliga arbetsgivarna, medan 30 % upplever ingen skillnad. Dubbelt så stor andel privat anställda sjuksköterskor än offentliganställda känner också stort förtroende för sin arbetsgivare, 61 % mot 31 %. (Juth,2002,Befria kvinnorna från den offentliga sektorn). Att finns skillnader mellan olika arbetsgivare visar exempel i Helsingborg och Simrishamn. I Helsingborg såg personalens fackliga representanter ingen nytänkande på ”golvnivå” utan var kritiska mot att personalen pressades allt hårdare för att klara det ökade antalet patienter.(SDS 27/2-2002). Däremot i Simrishamn är personalen mer positiv. Region Skånes revisorer har gjort intervjuer på sjukhuset i Simrishamn. Alla intervjuade anser att bytet av huvudman har påverkat

verksamheten i positiv riktning. Ekonomiska tänkandet har förändrats. Tidigare var det allmänna uppfattningen att ekonomi i balans endast kunde uppnås via kostnadsminskningar. Idag finns en utbredd uppfattning att balans också kan nås via ökade intäkter (Region Skånes revisorer granskningsrapport nr 117, 2001) Tidigare forskning inom äldreomsorgen visar att för vårdpersonalens del har entreprenadrisken betytt en mångfald i praktiken genom möjlighet att välja flera tänkbara arbetsgivare. Arbetsmiljön kommer att bli ett viktigt konkurrensmedel i framtiden eftersom rekrytering av personalen har blivit ett allt större problem.(IHE Arbetsrapport 2 001:1,s.38).

I. Lennerwald(s) är bekymrad över att konkurrensen som ett av huvudmotiven för privatisering har uteblivit. Hon tycker att det är viktigt att låta den egna verksamheten vara med för att kunna jämföra verksamheten, för att kunna se vilka krafter konkurrensen påverkar t ex om det har blivit effektivare, bemöter man patienterna på ett bättre sätt osv. I. Lennerwald(s) är kritisk mot den föregående majoriteten som hade som mål att lägga allt på entreprenad, samtidigt som den egna verksamheten inte fick lov att vara med. Enligt I. Lennerwald(s) kan i så fall nästa upphandling bli riskabel då marknaden bestämmer spelreglerna och priserna. Då har Regionen ingenting att sätta emot. Därmed tappar politikerna möjligheten att styra över verksamheten, är I. Lennerwalds(s) slutsats.

I I. Lennerwalds(s) kommentar, om riskerna som följd av utebliven konkurrens, betonas vikten att behålla delar av egen verksamhet för att kunna skapa en riktig konkurrens, samtidigt behålla en viss styrning över verksamheten. Enligt H. Blom och T. Hallgren (2000) kan det finnas skäl att från konkurrenssynpunkt diskutera risken för att en kommunal/landstings verksamhet ersätts av ett privat monopol. Det kan vara fallet om utbudet av leverantörer på en viss marknad är för litet. Då kan det finnas skäl att behålla en viss andel av den egna verksamheten. Ett alternativ kan vara att genomföra upphandlingarna på ett sådant sätt att man delar upp anbudet på flera områden så att mindre och medelstora företag ges en chans att vara med och konkurrera.(s.132). I. Lennerwald(s) nämner inte alls anbudskonkurrens vilken kan ha betydelse som konkurrensmedel. Själva konkurrenssituationen uppstår vid upphandlingstillfället. Det råder en ständig konkurrens vilken uppstår genom en tävlan om att erhålla kontrakt med beställaren. Blomqvist & Rothstein(2000) lyfter upp den typen av konkurrens:

Konkurrens mellan tjänsteproducenter inom vården handlar ju inte bara om brukarnas gunst, utan också om att erhålla attraktiva kontrakt med finansören, det vill säga med statlig beställarenhet. Konkurrensen uppstår genom en tävlan om att erhålla kontrakt med beställaren. Detta innebär att det administrativa budgetförfarande genom vilka resurser tidigare fördelats inom systemet ersätts av en marknadsliknande process av vårduppköp, där den offentliga beställaren förhandlar med fristående vårdproducent om tjänsternas volym och pris. (s.127).

Enligt ansvarig tjänsteman i region Skåne, lämnade 5 stycken anbud i Eslöv i samband med privatiseringen av Specialisthuset. I Simrishamn kollade flera lite men det var fem stycken som var från början i upphandlingen. Detta visar att det inte är självklart att en privat vårdgivare kan räkna med stor säkerhet att få entreprenaden.

Till skillnad av I. Lennerwald(s) ser M. Sander-Schale(f p) inte försvagade styrmekanismerna från politikernas sida som någon risk. Hon tycker att avtal utarbetas noggrant mellan båda sidor där står klart vad man egentligen vill ha gjort. Kontrakt betyder större krav på

vårdgivarna, tycker M. Sander-Schale(fp). Hon anser att risken är större med den offentliga verksamheten utan kontrakt då "man lämnar en påse pengar och sen är nog med det".

B. Viterius tycker att risker med privatiseringarna är minimala. Korta avtalstider och ovisshet kan vara ett negativt moment, enligt honom.

I. Lennerwald(s) kritiserar lagen om offentlig upphandling eftersom alltid finns risk att den som har sköt verksamhet bra inte får förlängning av avtalet för att den andra kanske sänker priset. Till slut påminner I. Lennerwald(s) om att sjukvård inte är marknad som andra marknader. Man är skyldig att tillhandhålla vården till folket trots att pengarna har tagit slut, menar hon. Detta överensstämmer med mina teoretiska utgångspunkter om att: på den fria marknaden är konsumenternas efterfrågan som styr, inte behov som styr utbudet av olika varor och tjänster. På den vanliga marknaden kan man få en produkt eller tjänst även om man inte har något direkt livsnödvändigt behov av den, man måste ha råd att köpa den. Men på sjukvårdsmarknaden kan man inte neka vård till en sjuk patient som saknar resurser att betala vård. Vård efter behov utgör en grundläggande värdering i det svenska välfärdssamhället.

5.4 Framtiden

VD:n för Specialisthuset vet inte vad som kommer att hända när avtalet med Region Skåne går ut den 31. December 2006. Han är övertygad om att han och hans kolleger gör ett bra jobb och utför alla åtagandena från avtalet med Region Skåne. Han ser fram emot en förlängning av avtalet. Korta avtal är ett negativt moment vilket gör det svårt för ledningen att planera långsiktigt. Aidemark, Lindkvist, Rydberg i sin rapport *Mångfald i vården* förespråkar långa avtalstider: "Det ligger normalt också i landstingens intresse för att få stabilitet och kontinuitet i verksamheten." (s.48). I sin analys av Närsjukvården Österlen AB kommer de ovannämnda författarna fram att de korta avtalstiderna vållar problem för investeringarna. För att upprätthålla god vård finns det ett behov av investeringar i storleksordningen 20-30 miljoner kronor. Dessa investeringar kan man inte göra med två år kvar på avtalet, om man inte vet att det kommer en fortsättning.(ibid, s.34). Edebalk & Svensson(2001) ser också en risk med korta avtalstider och ovisshet i samband med det: "Med korta avtalstider minskar bolagens incitament att återinvestera eventuella vinster i verksamheten, eftersom mer långsiktiga satsningar kan komma andra entreprenörer till gagn vid nya upphandlingar och därmed risk att långsiktiga satsningar blir eftersatta." (IHE Arbetsrapport 2 001:1,s.40). Som mest positivt med tidsbegränsad kontraktsstyrning är att den stimulerar effektiviteten eftersom det alltid finns möjlighet att en entreprenör ersätts med en annan. (Ibid, s. 43).

Enligt NUTEK-rapporten "I privat regi" är viktigt för de privata entreprenörerna att kunna arbeta på ett kontinuerligt sätt i lugn och ro och mot långsiktiga mål för att kunna växa sig starka och få samma legitimitet som den offentliga sektorn.(R 2 000:6,s.77).

B. Viterius säger att den nya majoriteten (s+v+mp) inte är lika positiv för privatisering som den förra majoriteten har varit. De har svårt att driva igenom förslag om förändringar hos den nya majoriteten. VD:n hoppas att Specialisthuset gör ett så pass bra jobb och att de får en förlängning av avtalet på tre år till. Att uppfylla avtalets premisser är det enda sättet att överleva, betonar Viterius.

I. Lennerwald(s) tror inte på att privatiseringens trend kommer att fortsätta i Region Skåne, först och främst på grund av dålig ekonomi. Samtidigt betonar hon att det inte är privatiseringens fel att man har hamnat i en sådan ekonomisk situation och tror att det är brist

på koordinerad politik från de borgerliga partierna som har orsakat ett kraftigt underskott. I. Lennerwald(s) är medveten om att de yngre människor som rekryteras till att arbeta inom sjukvård kommer att kräva mer av Regionen som arbetsgivaren. Hon tycker att den offentliga sektorn har lärt sig mycket från den privata hur man hanterar sina anställda. I framtiden vill hon se flera personalägda vårdföretag, där personalen ska få chans att realisera sina idéer. Representanten för vårdförbundet önskar att flera medlemmar ”knoppar av”, och får chans att driva egen verksamhet. Hon kritiserar distriktsnämnderna som tar för givet att det bara är läkare och sjukgymnaster som får vårdavtal och inte alls nämner sjuksköterskorna.

I FOU meddelande 2 003:1 diskuterar man fördelar och risker med avknoppningar. Enligt den nuvarande lagen om offentlig upphandling får det inte ske direktavknoppningar till personal utan det måste ske via anbudskonkurrens där även andra externa producenter skall få vara med. Som fördelar med avknoppningen nämns att personalens kompetens tillvaratas bättre och att kontinuitet upprätthålls i förhållande till ”kunden”. Risken är att de som knoppar av tvingas säga upp en fast anställning och får ofta ta en personlig ekonomisk risk för att komma igång med verksamheten(s.38). Faktum att hela vinsten plöjs ner i verksamheten, att kapitalinsatsen är låg och när man slutar kan man inte ta med sig sitt insatskapital kan eventuellt förklara I. Lennerwalds(S) positiv inställning i frågan. Att socialdemokraterna ofta nämner vinsten som en negativ effekt av privatiseringen är ingen hemlighet.

M. Sander-Schale(fp) är bekymrad över den nya majoritetens inställning till privatiseringsfrågan. Hon tror inte att det är många som vågar sluta avtal just nu när den nya majoriteten kan när som helst omförhandla det och inte låta verksamheten fortsätta. Nedläggningen i Helsingborg tar hon upp som ett negativt exempel. Hon förebrår den regerande majoriteten för oförmåga att se möjligheter med privatiseringen av sjukvård och tar upp läkemedelsindustrin som ett positivt exempel.

De fackliga företrädarna är eniga om att partipolitisk ideologi har en stor betydelse för privatiseringen. De menar att klimatet inte är positivt i Regionen just nu och att man inte kan förvänta sig att man privatiserar i lika stor omfattning som man har gjort under föregående mandatperiod. Nedläggningarna i Helsingborg och Ängelholm ser de som en negativ signal vilken visar att den nya majoriteten är inte lika villig som den föregående att låta de privata vårdföretagen att etablera sig i Regionen. Representant för Vårdförbundet betonar att det är politiska beslut som styr i slutändan.

5.5 Slutsatser

Med privatisering av sjukvård i Region Skåne menas att Regionen lägger ut produktionen av en tjänst på en privat producent. Förhållandet mellan regionen och producenten regleras noggrant i avtal. Regionen förblir huvudman, vilket innebär att de behåller det fulla ansvaret för verksamheten vilket bland annat omfattar kontroll och uppföljning. Respondenterna är eniga om att ordet privatisering är fel när man pratar om entreprenaderna eftersom finansiering av sjukvård förblir offentlig, samtidigt erkänns att ordet är inrotat i den aktuella debatten.

Ett brett spektrum av olika motiv nämns som ligger bakom privatiseringen där som mest viktiga betonas bl. a tillfredställelse med dåvarande arbetsgivare, att den alternativa konkurrensen stimulerar nya tankar och idéer, att man få något att jämföra sig med, mångfald

i serviceutbud och flera arbetsgivare. De motiven upplevs samtidigt som argument för privatisering. Respondenterna är inte eniga om vinsten som motiv bakom privatisering. S-märkt politiker kritiserar den föregående majoriteten för att det är ideologi, inte vissa kriterier, som har motiverat det borgerliga blocket att privatisera. En genomgång av litteratur visar att förutom ideologi, är minskade kostnader och valfrihet för patienterna de främsta motiven som ligger bakom privatiseringen. Politikerna är eniga om att en klar målsättning med tydliga spelregler i avtalet är en nödvändig förutsättning för att verksamheten ska överleva ekonomiskt. Helsingborgs sjukhus nämns som ett negativt exempel, medan sjukhuset i Simrishamn omnämns som ett bra exempel av en ordentligt utarbetad upphandling. Intressant i sammanhanget är att s-märkt politiker tar upp det mest negativa exempel tills Fp märkt politiker tar upp det mest positiva.

Det råder oenighet bland respondenterna när man pratar om privatiseringens effekter för brukarna. VD för Specialisthuset och Fp-märkt politiker lyfter upp fördelar med privatiseringen och nämner ökad tillgänglighet och ökad produktion med kortare vårdköer som följd. S-märkt politiker är av uppfattningen att privatiseringen inte har tillfört något för brukarnas del och tar upp Specialisthuset vilket har inte uppfyllt avtalets premisser om patientvolymerna och bolaget har svårt att rekrytera läkare.

Som risk med privatiseringen, nämns dåligt utarbetat avtal, vilken kan skapa negativa konsekvenser för verksamheten. Oenigheten omkring avtalet har lett till att t ex Helsingborgs sjukhus inte hade tak vilket resulterade i ökade kostnader för Regionen. Flera författare behandlar fenomenet där ökad produktivitet och minskade köer driver upp kostnaderna. Sjukhuset i Simrishamn nämns som ett positivt alternativ där man har genom klara spelregler undandragit sig de riskerna. Att sälja vård till patienter från andra länder, som man gör i Simrishamn, kan vara ett sätt att undvika ekonomiska förluster, utan att det drabbar på något sätt deras egna patienter.

S-märkt politiker är av uppfattning att man kan skapa valfrihet för patienterna oavsett vem som driver verksamhet. Däremot är flera författare eniga om att det krävs mångfald av vårdproducenter för att man ska kunna prata om en riktig valfrihet. I Sverige finns det ett litet utrymme för valfrihet med tanke på remisstvång och kontraktssystem vilket gör att patienterna i stort sätt forslas till en vårdinrättning som den lokale administratörn slutit avtal med.

Det råder stor enighet om att privatiseringarna har skapat nya möjligheter för personalen. Bättre möjligheter att påverka, att känna sig delaktig, kortare beslutsvägar, ökad kostnadsmedvetande med mer kompetensutveckling är de förbättringar som nämns i samband med övergång till nya driftsformer. Genomgången av litteratur och tidigare forskning bekräftar den positiva effekten som bytet av arbetsgivare har inneburit för vårdpersonalens del. Bara i enstaka fall (Helsingborg) nämns ökat arbetstempo hos de privata arbetsgivarna.

S-märkt politiker är mest bekymrad över utebliven konkurrens som ett av huvudmotiv till privatisering. Flera författare nämner däremot anbuds konkurrens, som uppstår vid upphandlingstillfälle som ett viktigt konkurrensmoment, vilket bortses av den s-märkta politikern. Vikten av att kunna styra verksamheten är viktig för S-märkta politikern med betoning på att den egna verksamheten ska vara med i upphandlingen. Detta för att undvika risken att marknaden bestämmer spelreglerna och att undvika att det offentliga monopolet ersätts med det privata. Fp-politiker anser inte att mindre styrning för politikerna är någon risk. Hon menar att själva avtalet ökar ansvaret hos vårdproducenterna och betyder större krav på dem vilket fattas hos de offentliga vårdproducenterna.

S-märkt politiker ser risken med privatiseringen att den vårdgivare som är man nöjd med förlorar förlängning av avtalet bara för att någon annan erbjuder ett lägre pris. En annan risk som hon nämner är att sjukvården inte kan betraktas som alla andra marknader där konsumenternas efterfrågan styr utbud. På sjukvårdsmarknaden är det behovet som styr, vilket i praktiken innebär att man inte kan neka vård till en sjuk patient som saknar resurser. Vård efter behov utgör en grundläggande värdering i det svenska välfärdssamhället.

Med tanke på korta avtalstider och den nya majoritetens negativa inställning till privatiseringen råder en ovisshet om framtiden. Flera respondenter tror att privatiseringstrenden kommer att avstanna för att den nya majoriteten är negativt inställd mot privatiseringarna och att partipolitisk ideologi spelar en stor roll. Flera respondenter vill se flera personalägda vårdproducenter i framtiden.

6. Slutdiskussion

I den aktuella debatten beskrivs situation i den svenska sjukvården som dyster. Resurserna räcker inte. Ett miljardunderskott rapporteras från Region Skåne. Vårdköerna ökar. Kvaliteten ifrågasätts ofta. Ekonomin är ansträngd och tillåter inte en ytterliggare ökning av sjukvårdkostnaderna. Dessutom blir vi allt äldre och mer vårdkrävande vilket tillsammans med den nya medicinsk-tekniska utvecklingen leder till en fortsatt ökad efterfrågan på sjukvårdtjänster.

Under 90-talet gjorde de nya marknadskrafterna sitt intåg i den svenska sjukvården. Man började prata om "privatiseringen av sjukvård", ett känsloladdat ord, vilket associerar många till att det handlar om privat finansierad vård i vilken förmögen folk kan få förtur. I min uppsats har jag kommit fram att med privatiseringen av sjukvård menas att Regionen lägger ut produktionen på entreprenad. Regionen förblir huvudman och förhållandet mellan parterna regleras noggrant i avtal. Finansiering av sjukvård förblir offentlig.

Sjukvård är en av de viktigaste komponenterna av det svenska välfärdssystemet och alla människor kommer i kontakt med vården på något sätt som medborgare, patient, anhörig och/eller personal. Att en stor oenighet råder bland politikerna i Region Skåne angående privatiseringen av sjukvård och att ämnet är väldigt omdiskuterat i den dagliga debatten har gjort att jag valde just privatiseringsfrågan att fördjupa mig i. Mitt syfte var att se privatiseringen ur olika perspektiv och se vilka möjligheter finns och vilka eventuella risker som kan uppstå under resans gång.

Uppsatsen visar att privatiseringen ger en möjlighet för vårdpersonal att förverkliga sina tankar och idéer, för offentlig sektor något att jämföra sig med, för patienterna ökad tillgänglighet och mångfald i serviceutbud. Om vinsten kan anses som ett av huvudmotiven till privatiseringen är en omstridd fråga. Jag finner ingen anledning att se på vinsten inom sjukvården som något negativt eller oetiskt. I stället ser jag vinsten som en drivande kraft, som ett incitament för nya uppfinningar och bredare utbud av sjukvårdtjänster för patientens

bästa. Läkemedelsindustrin är ett exempel som visar att vinsten plöjs in i nya uppfinningar och nya mediciner vilket kan vara bra för patienternas del.

Uppsatsen visar att privatiseringen är långtifrån riskfri process. Ogenomtänkta upphandlingar under paroll ”privatiseringen för privatiseringens skull” kan ha långsiktiga negativa konsekvenser. Bolagiseringen av sjukhus i Helsingborg t ex, med oklara spelregler från början har skapat negativa ekonomiska konsekvenser för Regionen. Resultatet blev att man höjde produktivitet och minskade vårdköerna samtidigt som notan för Regionen blev alldeles för dyr. Att ovannämnda risken kan undgås visar exempel från Simrishamn där man lyckades med hjälp av den ordentligt utarbetade upphandlingen, med klara ersättningsregler för vårdproducenten, undvika ”Helsingborgs syndrom”. Min uppsats visar uppenbara partipolitiska motsättningar i Regionen. Den s-märkta politikern koncentrerar sig på de negativa konsekvenserna med privatiseringen tills den fp-märkta politikern lyfter upp positiva erfarenheter och betonar vilka möjligheter som finns i detta sammanhang. Det är beklagligt att just sjukvården har blivit en arena för partipolitiska motsättningar. Samarbete över partigränserna ser jag som en nödvändighet för att man ska kunna bemöta framtida utmaningar som den svenska sjukvården står inför.

Valfrihet är ett omstritt begrepp som ofta nämns i samband med privatiseringen. Tendensen om ett ökat krav på högre grad av patientmedverkan och patientinflyttande utvecklas parallellt med omfattande sociala och ekonomiska förändringsprocesserna i samhället. Frågan är om den svenska sjukvården har sådana förutsättningar som kan garantera valfrihet till patienten? Kan ett effektivt resursutnyttjande och valfrihet för patienterna kombineras med bevarandet av en solidarisk finansiering och en behovsorienterad sjukvård? Bolagiseringen av sjukhus i Helsingborg visar att en ökad produktion med kortare vårdköer driver upp kostnaderna för Regionen, som följd av ett ökat patientflöde. För att hejda höga kostnader införde politikerna ”produktionstak” och avbolagiserade de två sjukhus i Helsingborg och Ängelholm. Detta visar att kostnaderna och lönsamhet går före patienternas valfrihet att välja de två sjukhus med korta vårdköer. Trots att Specialisthuset i Eslöv har ökat tillgänglighet för patienterna, med kortare vårdköer, och att nya verksamheter har öppnats enligt patienternas önskemål, löper vårdproducenten stor risk att inte få avtalet förlängt med tanke på att besöksvolymerna inte är uppfyllda och att trycket på Universitetssjukhuset i Lund inte har lättat.

För att kunna skapa förutsättningar för patienterna att kunna välja vårdgivare krävs en omfattande utbyggnad av "valfrihetsinfrastruktur" i Sverige. Dagens remitteringstvång med kontraktstyrning motverkar patienternas valfrihet i stor grad, tycker jag. Dessutom är en bara skattefinansierad sjukvård inte tillräcklig för att kunna bemöta befolkningens efterfrågan på vård. Blomqvist och Rothstein (2000) citerar den statliga prioriteringskommittén som föreslår *'att låta vissa medicinskt lågprioriterade delar av den vård som i dag erbjuds kostnadsfritt i högre utsträckning bekostas av medborgarna själva'*.(s.215). Kommersialisering av sjukvård kan bli ett annat alternativ. Exemplet från Simrishamn, där man har skrivit avtal om att utföra operationer för 2500 norska patienter, för ett pris av 110 milj., visar att man kan skaffa sig alternativa inkomster utan att det får gå före den ordinarie vården. Kompletterande försäkringar kan blir aktuella i den mån man inte låter patienterna köpa sig förbi. Gräddfil är inte tillåten enligt den svenska Hälso- och sjukvårdslagen.

I mitten av 1980-talet applicerade Enthoven sin modell om styrda sjukvårdsmarknader på det brittiska sjukvårdssystemet, ett system som finansieras via skatter och där produktionen av vård sker i offentlig regi. Utgångspunkt för hans modell är att separera produktions- och finansieringsfunktionerna. Modellen baseras på att staten även i fortsättningen skall bekosta och styra vården, men själva produktionen av tjänster ska utföras av fristående enheter som konkurrerar om statliga kontrakt. Enligt Enthoven bör privata vårdgivare uppmuntras att etablera sig och konkurrera med offentliga. Modellen innebär ökad valfrihet för patienten genom att resursfördelning till de fristående producenterna följer patientens val. (Blomqvist & Rothstein, 2000, s.59).

Söderström m.fl. (2001) introducerar *kundvalmodell* vilken baseras på att individernas efterfrågan direkt styr resurstilldelningen i offentlig finansierad verksamhet (s.12). Risken med modellen är att detta kan stimulera producenterna att producera mera, och därmed risk för en ökad kostnadsexplosion. Att risken kan undvikas visar poängmodell som används för privatpraktiserande läkare i Tyskland. Modellen bygger på att man bestämmer en totalbudget för vården redan från periodens början och avvaktar att bestämma läkarnas ersättning för olika typer av vård till dess att man ser hur stor del av totala produktionen för hela regionen blir. Under tiden får läkarna en preliminär ersättning beroende av hur mycket vård de producerar enligt en poängskala. Först när man vet det totala antalet producerade poäng kan man tala om hur mycket ersättning i reda pengar som utgår per poäng. Ju mer läkarna producerar desto mindre får de i ersättning per behandling och dylikt.(s 12-14). Liknande exempel för att förebygga överproduktion och kostnadsexplosion har vi i Simrishamn där själva ersättningen är baserad på en fast ersättning och en rörlig del. Den rörliga delen avtar när de volymer nås som motsvarar en planerad vård för befolkningen i området. Detta innebär att möjligheterna för sjukhuset att fritt erbjuda vård till innevånare i regionen begränsas på ett effektivt sätt. Om bolaget lyckas uppfylla kvalitets krav (mål för väntetider, andel färdigbehandlade patienter utan vidare remiss, patienttillfredsställelse och medicinska komplikationer) utbetalas en bonus, 2milj. per år, om inte dras bonusen från ersättningen. Den fasta ersättningen täcker ca 50 % av ersättningen. Den rörliga ersättningen utgår per behandling och sjukhusvården grundas på DRG-poäng. Kan sjukhuset i Simrishamn anses som en föregångare till framtida sjukvård, där

en helhetsåtagande i kombination av kostnadseffektivitet, god tillgänglighet för patienterna, nöjd personal och utvecklad kommersiell sjukvård fungerar mycket väl?

Konkurrens är ett annat begrepp som ofta omnämns som motiv till privatiseringen. Det är svårt att prata om någon riktig konkurrens i Region Skåne efter att man har privatiserat högst en femte del av hela sjukvården. I. Lernerwald(s) är kritisk mot att konkurrensen har uteblivit helt och hennes uppfattning om konkurrens är att olika producenter driver olika vårdcentraler, att man har något att jämföra sig med. Min uppfattning är att anbudskonkurrens, en typ av konkurrens där olika vårdproducenter tävlar om kontrakt, får inte bortses. Att vi inte har flera vårdproducenter och att konkurrensen fortfarande är på låg nivå är bl. a. I. Lernerwalds(s) och hennes partikamrater ansvar för att de har konstant motarbetat processen av privatiseringen i Regionen och varit negativt inställda mot själva konkurrensprogrammet. Däremot delar jag I. Lernerwalds(s) uppfattning om vikten att den egna verksamheten ska vara med i upphandlingen, där en konkurrens på lika villkor ska garanteras. Detta för att förhindra att det offentliga monopolet ersätts med det privata. Dessutom kan man eventuellt dela anbud på flera områden och därmed skapa en möjlighet även för de mindre företagen att kunna vara med och konkurrera. Och då skulle man få en bättre marknad, är min uppfattning.

Den svenska sjukvården behöver långsiktighet. Korta avtalstider i kombination med politisk osäkerhet är ett stort hinder på väg mot vidare privatiseringar. Om vi har en majoritet som är så snabb och privatiserar allt som kan privatiseras utan en välutarbetad konsekvensbeskrivning, (*förmodligen för att hinna privatisera så mycket som möjligt under fyraårsperiod* - egen kommentar), och en annan majoritet som i nästa mandat river upp allt detta är frågan vem vågar konkurrera och satsa i verksamheten under sådana omständigheter. Uppsatsen visar att riskerna i samband med privatiseringen är uppenbara och kan inte förbises. Samtidigt visas att alternativet finns och att riskerna inte är oundvikliga. Ett samarbete över partigränserna är nödvändigt, tycker jag, för att kunna klara framtiden, utveckla möjligheter och överbrygga risker.

7. Källor

Litteratur

- Blomqvist, Paula & Rothstein, Bo (2000). *Välfärdstatens nya ansikte*. Stockholm: Agora
- Dahlgren, Göran (1994): *Framtidens sjukvårdsmarknader-vinnare och förlorare*. Borås: Natur och Kultur
- Donahue, John D. (1992): *Den svåra konsten att privatisera*. Stockholm: SNS förlag.
- Garpenby, Peter & Rehnberg, Clas (1995). *Privata aktörer i svensk sjukvård*. Finland: SNS förlag.
- Holme, Idar & Solvang, Bernt (1996). *Förskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Mydgle, James (1997). *Social welfare in global context*. SAGE Publications, inc. Thousand Oaks California.
- Rothstein, Bo (2002). *Vad bör staten göra?* Stockholm: SNS förlag.
- Saltman, Richard B. (1992). *Patientmakten över vården*. Stockholm: SNS förlag.
- Scott, Claudia (2001). *Public and private roles in health care systems*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press.

Antologier

- Lundqvist, Lennart J. (1991/2001). "Privatisering. Varför och varför inte?", i Bo Rothstein (red) *Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem*. Stockholm: SNS förlag

Rapporter

- Aidemark, Lars-Göran, Lindqvist, Lars & Rydberg, Lennart (2003). *Mångfald i vården-Att skapa alternativa driftsformer*. Stockholm: Svensk Information AB.
- Blom, Hugo & Hallgren, Tomas (1999). *Konkurrens för fortsatt välfärd*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Fölster S., Kahlström O., Morin A(2002). *Ökad konkurrens för kortare köer – recept för sjukvården?* Stockholm: Svenskt Näringsliv.
- Gunnarsson, Mariette (2003). *FOU-Meddelande Privatisering av sjukvård*. Växjö: Rapporter från FoU-Kronoberg.
- Juth, P. (2002). *Befria kvinnorna från den offentliga sektorn*. Stockholm: Svenskt Näringsliv VIAM & Eureka Marknadsfakta.
- Morin, Anders (2001). *Är det någon vinst med vinsten*. Stockholm: Svenskt Näringsliv.
- Region Skånes revisorer granskningsrapport nr 117 (2001). *Granskning av konkurrensprogrammet*. Ernest & Young.
- Svensson, Marianne & Edebalk, Per Gunnar (2001). *IHE Arbetsrapport 2001:1 90-talets anbudskonkurrens i äldreomsorgen-några utvecklingstendenser*. Lund: IHE-Institut för hälso- och sjukvårdsekonomi.
- Söderström, Lars, Andersson, Fredrik, Edebalk, Per Gunnar & Kruse, Agneta (2000). *Privatiseringens gränser – Perspektiv på välfärdspolitiken*. Stockholm: SNS förlag.

Officiella tryck

SOU 1999:66. *Slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårds finansiering och organisation HSU 2000*. Stockholm: Fakta Info Direkt.

Tidningsartiklar

Lundademokraten 2001-05-25 Aktuellt från: Vård och omsorgsnämnden

Skånska Dagbladet 2002-08-20 Vad anser S om Specialisthuset

Sydsvenska Dagbladet 2001-05-26 *Simrishamn ska operera 2500 norska patienter*

Sydsvenska Dagbladet 2002-02-27 *Minskade köer drev upp kostnaderna*

Sydsvenska Dagbladet 2003-07-08 *Privat eller offentligt likgiltigt för väljarna*

Internetkällor

Region Skånes hemsida: <http://www.skane.se/>

Övriga källor

Avtal mellan Skåne läns landsting (Mellersta Skånes sjukvårdsdistrikt) och Specialisthuset i Eslöv AB 2001-05-30

Intervjuer

Ingrid Lennerwald (S) (regionråd med ansvar för sjukvård i Region Skåne, Lund). Bandinspelad intervju den 28 april 2003.

Marita Sander-Schale (Fp) (regionråd i Region Skåne, Lund). Bandinspelad intervju den 21 april 2003.

Bengt Viterius (VD Specialisthuset AB, Eslöv). Bandinspelad intervju den 28 april 2003.

Harry Schyman (Ombudsman, Kommunal (sek 7), Lund). Telefonintervju den 30 april 2003. Anteckningar förda under intervjun.

Iréne Ekdala (Ombudsman, Kommunal (sek 20), Eslöv). Bandinspelad intervju den 24 april 2003.

Berit Larsson (viceordförande, Vårdförbundet Skåne, Malmö). Bandinspelad intervju den 2 maj 2003.

Bilaga 1: Intervjuguide

Frågor till politikerna:

Hur motiveras privatisering av sjukvård?

Hur ser du på privatisering?

Vilka förändringar har skett i samband med privatisering, med tanke på brukare och anställda, inom sjukvård? Precisera! Finns någon utvärdering?

Medför privatisering att politikerna har svårare att styra verksamhet?

Vilka risker finns med alternativa driftformer? Hur undviker man risker?

Hur påverkar de erfarenheterna från tidigare privatiseringar dagens debatt om privatisering?

Kommer privatisering att öka lika snabbt som hittills?

Vilka är framtida aktörerna på Hälso och sjukvårdsmarknad?

Frågor till fackliga företrädare:

Hur ser de olika facken på alternativa driftformer?

Hur ställer sig personalen att byta arbetsgivare?

Vilka förändringar sker för personalen i samband med privatisering?

Hur påverkas arbetsvillkoren, arbetsscheman, utbildning, lönesystem i samband med privatisering?

På vilket sätt medverkar facket under upphandlingsprocessen?

Frågor till VD:

Hur kom det sig att ni, som har varit anställda på Specialist huset, tog över verksamhet i egen regi?

Vilka förändringar har skett inom verksamhet sedan ni har tagit över den?

Vad har ägandesbyte inneburit för brukare? (tillgänglighet, vårdköer...)

Vad har ägandesbyte inneburit för de anställda på Specialist huset? (lönesystem, arbetsschema, arbetsvillkoren, utbildning...).

Vilka risker finns med alternativa driftformer? Hur undviker man risker?

Kan politiska osäkerhet påverka er verksamhet? Om ja, på vilket sätt?

Specialisthusets framtid?