

Välfärdsutredningen Fi 2015:01

Referensgruppsmöte HSL/SoL/LSS

I direktiven finns två sakfel. För det första står i utredningsdirektiven att läsa att det finns en bestämmelse om fast läkarkontakt i HSL. Detta stämmer inte, av HSL framgår att en patient kan ha en fast vårdkontakt. Skillnaden är betydelsefull.

För det andra finns ett påstående om att "Förekomsten av vinstintressen påverkar incitamentsstrukturen i verksamheten, vilket går utöver kvalitet, likvärdighet, tillgänglighet och arbetsvillkor". Det finns ingen forskning som visar att detta skulle vara något annat än ett subjektivt tyckande.

1. Hur ser ni på ett avskaffande av landstingens skyldighet att ha vårdvalssystem i primärvården?
2. Vilka möjliga konsekvenser av ett avskaffande kan ni se utifrån er organisations perspektiv?
3. Vilka konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet ser ni av det ökade antalet privata utförare inom hälso- och sjukvårdsområdet/
socialtjänstområdet?

Svaret är ett gemensamt svar på frågorna ovan.

Det bakomliggande syftet med en ökad valfrihet och obligatorisk LOV i primärvården har varit att stärka patientens rättigheter, ökad tillgängligheten och mångfald. Tidigare initiativ och beslut från regering och riksdag för en stärkt primärvård har misslyckats oavsett politiskt majoritet och oavsett om implementeringen skett via lagstiftning, med avtal mellan regeringen och landstingens företrädare eller på annat sätt. Trots att landsting/regioner generellt uttalar tydligt stöd för att stärka primärvården har primärvården fortfarande problem med tillgänglighet, kontinuitet i patient-läkarrelationen och för få innovativa lösningar.

När vårdvalet (5 § HSL) infördes 2010 öppnade cirka 200 nya vårdcentraler men de senaste åren har utvecklingen först stagnerat för att sedan falla tillbaka. Antalet vårdcentraler uppgick 2013 till 1 156 stycken, något färre än året innan. Av dessa drevs 479 stycken i privat regi (SKL, 2013). Konkurrensverkets (KKV) rapport (Konkurrensverket, 2014) anger att fyra av tio vårdcentraler inte klarade sig på ersättningen från landstinget. KKV varnade för att under de nuvarande ekonomiska förutsättningarna finns risk för att fler vårdcentraler måste läggas ned. Antalet verksamma allmänläkare i primärvården har inte ökat de senaste 10 åren. Från 2012 till 2013 har det tvärtom skett en liten minskning. Detta drabbar i slutändan patienterna.

Bristen på läkare med allmänmedicinsk kompetens har länge varit ett stort problem i Sverige. Det är en av de riktigt stora utmaningarna när det gäller vårdens kompetensförsörjning. En undersökning genomförd av Läkarförbundet visar att Sveriges läkartäthet är bland de högsta i OECD, men att andelen allmänläkare, 16 procent, är lägst ibland jämförbara länder (Pettersson & Jaktlund, Läkarförbundets undersökning av

primärvårdens läkarbemannning (Rapport mars 2013), 2013). Enligt samma undersökning fanns 4540 specialister i allmänmedicin omräknat i heltider i primärvården i november 2012, men av dessa var endast knappt 4000 fast verksamma som allmänläkare, när man räknat bort stafettläkare och andra vikarier. Socialstyrelsen bedömde 2013 att antalet specialister i allmänmedicin fram till 2025 kommer minska med 32 procent med nuvarande utbildningstakt. Samtidigt beräknas antalet specialistläkare totalt öka med 18 procent. Primärvårdens andel av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården har varit oförändrad sedan år 2000.¹

Många vårdcentraler runt om i landet brottas med problem att rekrytera och behålla allmänläkare till sina läkartjänster. Enligt Konkurrensverket lyckas dock de privat drivna vårdcentralerna i högre utsträckning än de landstingsdrivna bemanna sin verksamhet med fasta läkare. Drygt 60 procent av de privat drivna vårdcentralerna har inga inhyrda läkare. Motsvarande andel bland de landstingsdrivna vårdcentralerna är knappt 40 procent. De ägarledda vårdcentralerna har lägst andel inhyrda läkare. 3 av 4 ägarledda vårdcentraler klarar sig helt utan hyrläkare.² Vi kan i sammanhanget konstatera att de privata vårdgivarna i primärvården i hög grad är små ägarledda företag. 182 av 223 vårdföretag i primärvården driver en enda vårdcentral³.

Omfattande regelverk och krav omgärdar redan välfärdsföretagen

Positiva effekter av konkurrens, såsom högre kvalitet och innovation, förutsätter att nya aktörer tillåts etablera sig. Utan hot om etablering av nya aktörer minskar trycket på befintliga aktörer att ständigt förbättra sig. Regelverk som omgärdar aktörer inom skolan och vården är och bör vara omfattande för att säkra en hög kvalitet, tillgänglighet och kostnadskontroll. Något som borgar för ett långsiktigt beteende.

Etableringsbesluten i företagen påverkas dels av inträdeskraven men också av alla de regler som ska efterlevas under driften av verksamheten. Dessa är omfattande, vilket ofta glöms bort. Idag utgörs regelverken för skolan respektive primärvården av en mängd lagar, förordningar, föreskrifter, riktlinjer, allmänna råd och rättspraxis. Kommuner och landsting kan också som kravställare, beställare, finansörer och tillståndsgivare redan idag använda sin myndighetsutövning för att (medvetet eller omedvetet) stänga ute privat konkurrens i välfärden.

Felaktigt utformade inträdeshinder riskerar att motverka seriösa aktörer från att starta och bedriva verksamhet, vilket inte är motiverbart ur ett samhällsperspektiv. Det kommunala självstyret används ibland som ett argument för att centralisera besluten från enskilda patienter, elever, anhöriga och föräldrar till politiker och tjänstemän. Ett kommunalt veto är ett sätt för kommuner och landsting att skydda egenregion från konkurrens från seriösa aktörer. Ett ideologiskt och ekonomiskt godtycke riskerar att introduceras i beslutsprocessen vilket begränsar etablering av seriösa företag. Det missgynnar elever, patienter och skattebetalare. Det kommunala självstyret är starkt även utan kommunala veton. Inte minst kan kommuner och landsting redan i dag styra resursfördelningen via sina ekonomiska ersättningsystem.

¹ En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum, Svenska läkarsällskapets arbetsgrupp En värdefull vård.

² Konkurrensverket 2014: *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler - om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*.

³ Ibid.

De inträdeskrav som det offentliga sätter upp utgör alltså endast en delmängd av alla krav och villkor som en potentiell aktör måste uppfylla för att framgångsrikt kunna erbjuda välfärdstjänster. Sammantaget kan regelverket sägas vara omfattande och utgöra ett betydande etableringshinder. Etableringshindren för vården beskrivs i nedan.⁴

Tabell 1. Lista över etableringshinder i primärvården i olika faser

Vid uppstart av verksamheten	Under drift av verksamheten	Vid avveckling av verksamheten
Etableringsprocessen - Finansiell plan med garanterad finansiering - Plan för verksamheten med identifierade lokaler och ledning	Lagar - Hälso- och sjukvårdslag - Patientsäkerhetslagen - Patientlagen - Lagen om valfrihetssystem - Patientdatalag	Icke återvinningsbara kostnader och investeringar, till exempel i form av lokalanpassningar.
Kapital till investeringar och uppstartskostnader	Föreskrifter och allmänna råd till exempel - Behörighet att ordinaera läkemedel för vaccination mot Influensa A(H1N1) - Informationshantering och journal-föring i hälso- och sjukvården	Aktiebolagslagen
Icke återvinningsbara kostnader och investeringar om etableringsprocessen avbryts eller sökanden inte blir godkänd	Riktlinjer, till exempel - REK-listan (2014): ett stöd för att främja en god och säker läkemedels-förskrivning - Nationella behandlingsriktlinjer	
	Betydande etableringströsklar - För omfattande lokalkrav - För detaljerat regelverk - Krav på IT-system - Uppdragets bredd - Fördelning av icke-vals patienter - Osäkerhet i ersättning - Driftstillskott till egenregi	

Not: Hinder i kursivt kan ses som strategiska etableringshinder.

Källa: Lakeville Economic Consulting (2015). Not: Hinder i kursivt kan ses som strategiska etableringshinder.

Källa: Lakeville Economic Consulting (2015).

Denna bild skiljer sig från vissa beskrivningar där inträdeskraven till välfärdssektorn framhålls som låga samt att det är för enkelt att bli godkänd och få tillstånd. Här är det dock viktigt att påpeka att syftet med inträdeshinder varken är att förhindra seriösa och kunniga aktörer att etablera sig eller skapa så höga hinder att det uppstår onödiga kostnader att etablera sig. Syftet är istället att sälla bort de aktörer som inte bedöms ha förstått villkoren, ha tillräckligt med kompetens eller ha tillräckligt starka ekonomiska förutsättningar för att klara sig på sikt. Detta kan innebära att de formella inträdeskraven kan framstå som relativt låga, och i synnerhet i förhållande till de krav som ställs för att driva skola och primärvård. Man ska dock ha klart för sig att samtliga de krav som ställs när man väl är etablerad även ingår i en ny aktörs värdering av att etablera sig eller inte. De utgör därför även de inträdeshinder, även om de inte explicit ingår som formella krav i etableringsprocessen. Skolinspektionens och landstingens uppgift kan därför till viss del sägas vara att kontrollera

⁴ En utförligare beskrivning av hur etableringshindren ser ut i skolans och primärvården beskrivs i Sundén och Petersen (2015).

http://www.svensktnaringsliv.se/material/rapporter/etableringshinder-i-valfarden_620359.html

att en sökande har förstått vad alla de krav som ställs för att driva skola och primärvård betyder och innebär för verksamheten.

Gemensamt för både primärvården och skolan är att det krävs en betydande framförhållning och planering för att kunna erbjuda både offentligt finansierad vård och utbildning. Inom primärvården gäller att vårdgivaren måste planera för en ekonomisk osäkerhet och kunna finansiera eventuella underskott innan vårdgivaren har fått tillräckligt antal patienter. För att starta en skola kan uppstartsfasen sägas ta fem år, där de två första åren omfattar att gå igenom Skolinspektionens etableringsprocess för att bli godkänd. Detta innebär även att visa i verksamhetsplanen att skolan kommer gå med överskott under de närmaste tre åren. Ur detta perspektiv kan de sammantagna reglerna för att etablera sig och även den process skolan eller vårdenheten måste gå igenom sägas skapa betydande trösklar som styr nya aktörer mot långsiktighet och framförhållning.

Införandet av valfrihet inom hälso- och sjukvården har motiverats av ett behov att ökat patientinflytande och konkurrens mellan vårdgivare. Med valfrihetsmodellerna har vissa marknadsmekanismer introducerats inom hälso- och sjukvården. Det innebär emellertid inte en övergång till en marknadsstyrd sjukvård. Införandet av valfrihetsmodeller har gjorts inom ramen för en relativt hårt reglerad verksamhet med bibehållen offentlig finansiering. Detta innebär begränsningar i såväl valfriheten som i etableringsrätten för vårdgivare.

Med ökade möjligheter att kunna välja sin vårdgivare, inom främst primärvården, har tillgängligheten ökat för patienterna, personalens karriär- och valmöjligheter har förbättrats. Landstingens möjligheter till effektivare användning av skattemedel har förbättrats. Det privata kapitalet som de privata vårdgivarna och dess ägare bidragit med är ett viktigt tillskott i finansieringen av välfärden genom att investera i bl.a. nya lokaler och ny utrustning.

Utformning av ersättningssystem och regelverk viktiga styrmedel för jämlik vård

Inslaget av valfrihet inom hälso- och sjukvården är inte detsamma som en marknadsstyrd vård. Hälso- och sjukvården är en av de mest reglerade samhällssektorerna oavsett finansieringsform. Många av de regleringar som vi betraktar som självklara, legitimationskrav för läkare och andra yrkesgrupper, krav på godkännande av nya läkemedel mm, existerar oavsett förekomst av valfrihet. Vidare gäller t.ex. reglering av patientavgifter där extra avgifter inte är tillåtna. Ett annat exempel är listningsförfarandet inom primärvården där regler finns om att inte kunna neka någon tillträde samt regler när en enhet har full lista. Dessa regler syftar till att undvika att en vårdgivare ska kunna välja sina patienter.

Förbättrad information om valmöjligheter

Valfriheten har ökat för patienterna och vi har idag fler alternativ som möter den enskildes behov. Men förutsättningarna för att göra rationella val inom hälso- och sjukvården är begränsade. Det är ett välkänt fenomen inom hälsoekonomisk forskning att den ojämna kunskaps- och informationsfördelning som finns mellan vårdgivare och patient medför problem för rationella val. Dessa problem med bristande information försvinner emellertid inte om beslut om fördelning överläts till politiker och administratörer. Den ojämna informationsfördelningen är ett starkt argument för reglering, kontroll och reglering av professionen, produkter och tjänster. Flera studier visar att medborgare och patienter med högre utbildning och inkomst använder sig av valfrihet i större utsträckning samt även har bättre förutsättningar i form av kunskap av bedöma olika alternativ.

Ett sätt att förbättra möjligheterna generellt till rationella val och dessutom utjämna skillnader i förkunskaper och förutsättningar till val är att förbättra informationen till allmänheten. Det kan gälla rättigheter man har som patient att välja vårdgivare och möjligheter att framföra klagomål. Ett annat sätt som blivit allt vanligare är redovisning av egenskaper och kvalitet hos enskilda vårdgivare. Dessa rangordningar är baserade på dels medicinska utfall och dels olika frågor om patientnöjdhet. Även om utvecklingen går mot mer öppenhet och transparens om vårdgivares kvalitet finns här problem då utfall och kvalitet påverkas av patientsammansättningen. Med fler svårt sjuka patienter blir resultaten i regel sämre.

Investeringskapacitet

HUI⁵ har i en rapport som gjorts på uppdrag av Almega beräknat hur stora investeringar som kan behöva göras i offentligägda lokaler i skol- och vårdsektorn under tioårsperioden fram till 2024. Både skolor och sjukhus är på många håll i stort behov av om- och nybyggnad. Dels för att beståndet är ålderstiget och dels för att samhällets och medborgarnas krav utvecklats när det gäller alltifrån arbetsmiljö, energieffektivitet och patientsäkerhet.

Oavsett om investeringarna sker i form av renovering, ombyggnad eller nybyggnad så kommer finansieringen att sätta press på landstingens och kommunernas redan ansträngda drift- och investeringsbudgetar. Även de privata aktörer som är verksamma som investerare inom skola och vård har stora investeringar framför sig, om de ska behålla eller öka sin betydelse inom vård och skolsektorn.

Det tredje benet inom välfärdssektorn, omsorgen, har på samma sätt som vård och skola stora investeringsbehov framför sig. Bland annat eftersom andelen mycket gamla och vårdkrävande förväntas öka kraftigt från 2020 och framåt. I rapporten har ett 10 årigt valts mot bakgrund av att horisonten är tillräckligt långt borta för att vara kvar på den politiska nivån, men inte så långt borta att det är omöjligt att kvantifiera.

En säker beräkning av framtida investeringsbehov är av naturliga skäl svår att åstadkomma. Dels varierar det vilken typ av investering som är mest rationell för enskilda objekt. I vissa fall är nybyggnad mest rationellt för att det blir billigast per kvadratmeter. I andra fall är nybyggnad rationell för att den framtida driften blir så pass mycket billigare. I ytterligare andra fall är det ombyggnad och renovering som är mest rationellt för att det blir billigare osv. Det är helt enkelt mycket svårt att fastställa någon genomsnittsutgift för investeringar på samhällsnivån.

De viktigaste resultaten i rapporten är:

- **Landstingen kommer** att fram till 2024 behöva investera någonstans mellan 91 - 128 miljarder kronor för att möta behoven som följer av befolkningsökningen och förslitningen av befintliga lokaler.
- **Kommunerna kommer** fram till 2024 behöva investera någonstans mellan 284 - 398 miljarder kronor för att möta behoven som följer av befolkningsökningen och förslitningen av befintliga lokaler.
- **Landstingens nuvarande** investeringsplaner är i ganska hög grad kompatibla med de investeringsbehov HUI beräknar.

⁵ https://www.almega.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=aea91510-5def-4538-8a98-affe8ea4a84b&FileName=V%c3%a4lf%c3%a4rdsskulden_HUI_2014_A.pdf.

- **Kommunernas nuvarande** investeringsplaner täcker på sin höjd de investeringsbehov som följer av befolkningsökningen men de täcker inte alls förslitningen av beståndet. Även vid en generös beräkning av utgifterna för ny och ombyggnad måste kommunerna sannolikt flerdubbla sina investeringar i skollokaler.
- **En stor osäkerhet råder** avseende privata investerares roll när det gäller både vård- och skollokaler. Enligt preliminära beräkningar äger privat kapital 10-tals procent av det totala beståndet vård- och skollokaler. Privata investerares nuvarande andel skulle kunna utökas vilket skulle innebära att de skulle kunna ta en ökad del av de investeringar som kommuner och landsting behöver göra. Samtidigt kan det motsatta inträffa. Privata investerare kan dra sig ur vilket kan spå på de kommunala- och landstingskommunala investeringsbehoven ytterligare. I extremfallet skulle investeringsbehoven för kommun och landsting kunna öka med tiotals procent utöver de beräkningar vi gjort.

Effekter av konkurrensutsättningen

Antologin Konkurrensens Konsekvenser (SNS, 2011) konstaterar att det finns betydande kunskapsluckor inom ett antal områden och att det därför är svårt att uttala sig om konkurrensens övergripande effekter i välfärdssektorn. Kunskapsluckorna kopplas till bristen på tillräckligt omfattande statistik samt till avsaknaden av 'adekvata mått på kvalitet'. En annan central slutsats i antologin är att marknaderna för välfärdstjänster inte är färdigutformade och att det behövs vissa förändringar för att förbättra förutsättningarna för att marknaderna ska fungera. Exempel som nämns är resurskrävande upphandlingar, svårigheter med att mäta kvalitet samt problem med informationsasymmetrier.

De senaste åren har privata aktörer inom välfärden blivit allt vanligare. En sammanställning av HUI Research (2014) på uppdrag av Svenskt Näringsliv visar att kunskapsläget har förbättrats de senaste åren. Ett antal relevanta studier har publicerats. Även om det finns områden som behöver studeras vidare visar de flesta nya studier ändå att konkurrensutsättningen har haft positiva effekter. De tydligaste positiva effekterna avser produktiviteten. Det är svårare att dra slutsatser om konkurrensutsättningens effekter på effektiviteten, eftersom många studier inte relaterar de uppnådda effekterna till resurserna som förbrukats.

En röd tråd som framkommer i flertalet studier är att introduktionen av valfrihet har lett till att verksamheter blir bättre på att mäta och redovisa vad aktiviteter kostar. Konkurrensen medför ett mer transparent och öppet system då verksamheten blir mera genomlyst och dess kostnader kan jämföras med kostnaderna i privat regi. Detta i sig är en positiv effekt, som skapar goda förutsättningar för produktivets- och effektivitetsvinster.⁶

Resultaten inom de olika välfärdssektorerna sammanfattas nedan.

Konkurrensen har ökat produktiviteten i vården

Anell m.fl. (2013) finner att konkurrens, i huvudsak enligt entreprenadmodellen, har ökat produktiviteten i vården. Resultaten ska enligt författarna tolkas med försiktighet men dessa 'förstärker intrycket av att den konkurrenssituation som uppstår vid utnyttjande av privata aktörer förbättrar produktiviteten i hälso- och sjukvården som helhet, inklusive verksamhet i

⁶ Ett forskningsprojekt vid Stockholms Universitet, lett av Leif Anjou, visar också att konkurrensen i sig förbättrar möjligheterna för bra styrning och att kommuner och landsting som är resultatorienterade är särskilt framgångsrika.

offentlig regi'. Wohlin m.fl. (2012) har utrett effekterna av införandet av vårdval för höft- och knäprotesoperationer inom SLL. Studien visar att vårdvalet har lett till ökad produktivitet och ökat fokus på patientnytta samt hälsoutfall.⁷ Anell och Beckman (2013) finner att vårdutnyttjandet har ökat till följd av vårdvalsreformen, dock mer bland äldre med högre inkomst. Janlöv m.fl. (2013) finner inga tydliga tecken på undanträngningseffekter, alla grupper har ökat sitt vårdutnyttjande och fler patienter är positiva än negativa till hur tillgängligheten har förändrats efter vårdvalet. Resultaten har dock inte kopplats till resursförbrukningen och därför säger de inget om effekten på effektivitet, men är relevanta för helhetsbilden av konkurrensutsättningens effekter.

Rehnberg m.fl. (2014) utvärderar på uppdrag av Stockholms Läns Landsting (SLL) effekten av införandet av vårdval och kommer fram till att produktiviteten har ökat. Liknande resultat framkommer i Ekström m.fl. (2013), som utvärderar vårdvalsreformen som gjordes i Kronoberg 2009. SLL (2015) finner att effektiviteten är högre för det privatdrivna akutsjukhuset Capio S:t Göran jämfört med de två akutsjukhusen som drivs av landstinget. Capio producerar mera vård än de övriga sjukhusen och till en lägre ersättning från landstinget. SLL (2010) finner en ökad produktivitet i samband med upphandlingar av vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Stockholms län.⁸ Antalet fysiska besök samt individer som hade kontakt med psykiatrin ökade samtidigt som priset per besök sjönk i de upphandlade områdena.⁹

Indikationer om ökad produktivitet inom äldreomsorgen

Bergman m.fl. (2012) studerar effekten av upphandling vid äldreboenden. Resultaten visar att när en kommun övergår från egen produktion till upphandling stiger den förväntade återstående livslängden för brukaren samtidigt som kostnaderna per användare sjunker något. Författarna finner också viss indikation på att en övergång till upphandling påverkar den subjektiva uppfattningen av kvalitet negativt.¹⁰

Nordic Healthcare Group (2015) har ett pågående forskningsprojekt kring två identiska äldreboenden i Östersund. Resultaten visar att det inte är någon skillnad på brukarnöjdheten mellan de två boendena, men att kostnaden per vård dygn är betydligt högre i egen regi.

Det finns också ett fåtal utredningar som analyserar kostnader och kvalitet inom äldreomsorgen. SOU (2014:2) finner inte några skillnader mellan kommuner som tillämpar

⁷ Genomsnittskostnaden per operation minskade med 17 procent.

⁸ Rapporten var inte inkluderad som underlag till Konkurrensens konsekvenser, och dess resultat bidrar därför till kunskapsläget sedan antologins publikation.

⁹ Priset per besök var 5-6 procent lägre hos Carema och Praktikertjänst jämfört med de landstingsdrivna verksamheterna.

¹⁰ Två andra studier bidrar till helhetsbilden av utvecklingen och förutsättningarna för konkurrensutsättning inom äldreomsorgen. Meager och Szebehely (red, 2013), har kartlagt och jämfört konkurrensutsättningen inom omsorgstjänster i de nordiska länderna. Rapporten sammanfattar den forskning som gjorts på området i Sverige med fokus på de resultat som berör kvalitet och skillnaden mellan privata och offentliga utförare snarare än effekten av konkurrensutsättningen på kvaliteten, produktiviteten eller effektiviteten för marknaden i sin helhet. Bergman och Jordahl (2014) utför en mer framåtblickande analys av förutsättningarna för att nå 'god kvalitet och ett effektivt resursutnyttjande vid marknadslänkande lösningar i äldreomsorgen', men analyserar inte konkurrensutsättningens faktiska effekter.

LOV och kommuner som inte tillämpar LOV i hemtjänsten vad gäller kvalitet och effektivitet som kan hänföras till LOV. Statskontorets (2012) sambandsanalyser visar ett starkt positivt samband mellan tillämpandet av LOV och en ökning av Nöjd kund index.

Officiella statistiken

Den officiella statistiken indikerar sammantaget att välfärdsföretag är något mera effektiv än den offentliga sektorn. En sammanställning visar att verksamhetens kvalitet i allmänhet är densamma eller högre i välfärdsföretagen jämfört med i den offentliga sektorn. Samtidigt är ersättningarna till företagen ibland lägre än till den offentliga aktören för lika uppdrag.¹¹

Den officiella statistiken kring kvalitetsresultat för olika välfärdstjänster ger en helhetsbild som kan komplettera enskilda forskningsstudier och utredningar. Till skillnad från forskningsstudier korrigerar dock denna statistik ofta inte för exempelvis skillnader i behov och socioekonomiska skillnader.

HUI Research (2015) har på uppdrag av Svenskt Näringsliv sammanställt den officiella statistiken på välfärdsområdet.¹² I studien jämförs privata utförare med offentliga eller med tjänstesektorn i stort. Studien visar att den upplevda kvaliteten hos patienter, elever och brukare är densamma eller högre för privata utförare. Detta enligt undersökningar av Skolinspektionen (Skolenkäten), Sveriges Kommuner och landsting (Patientenkäten) och Socialstyrelsen (Äldreguiden). Undersökningarna baseras sammantaget på mer än en kvarts miljon enkätsvar. Friskolor får överlag ett högre omdöme av elever och vårdnadshavare jämfört med kommunala skolor.¹³ Patienter ger inom samtliga områden ett högre betyg till vårdcentraler i privat regi än i offentlig regi. Inom äldreomsorgen finns det inte någon tydlig skillnad i nöjdhet bland brukare i olika driftsformer. Det gällde såväl för hemtjänsten som för särskilt boende.

Statistik över mer objektiva kvalitetsmått vore önskvärt för att komplettera bilden av den upplevda kvaliteten. Sådan är dock begränsad inom välfärden. Den som finns mäter ofta kvalitet indirekt och inte som uppnådda resultat. För att bli rättvisande bör dessa mått också justeras för sammansättningen i elevgrupper i skolan, patientgrupper i vården etc. Vilket sällan (om någonsin) görs för olika driftsform på aggregerad nivå i den officiella statistiken. De mått som ändå finns syftar till att komplettera bilden som ges av brukarna kring upplevd kvalitet. De starkaste slutsatserna kan möjligen dras för äldreomsorgens särskilda boenden. Enligt Socialstyrelsen hade utförare i enskild (privat) regi bättre resultat på samtliga kvalitetsindikatorer som gick att påverka. Inom vården saknas ett sammanhållet kvalitetsregister inom primärvården, vilket gör det svårt att jämföra offentligt med privat. En relevant kvalitetsindikator kan möjligen vara kötider till vårdcentralen, vilket belyser hur väl olika utförare uppfyller den lagstadgade vårdgarantin. Enligt SKL är kötiderna kortare till de privata utförarna.

¹¹ Exempelvis upphandlas verksamheter utförda av företagen ofta till lägre pris jämfört med kostnaderna i den offentliga egenregin.

¹² Frågor som belyses är kvalitet, personalens trivsel, löner, ekonomisk lönsamhet och kvinnors karriärvägar. Rapporten innehåller delvis nya uppgifter från SCB. Annan statistik har tidigare inte redovisats som en helhet.

¹³ Överlag bekräftas denna bild av tidigare attitydundersökningar från Skolverket (2012a, 2012b).

Slutligen, hur ser det då ut när kvaliteten brister? Anmälningar till Skolinspektionen som medförde utdelad kritik eller vidareutredning var högre per elev i kommunala skolor än i fristående. Motsvarande information saknas inom vård och omsorg indelad efter driftsform.

4. Har ni några synpunkter på klassificeringen av LOV som ett auktorisationssystem?

Bakgrunden till frågan om lagens klassificering var att när frittvalutredningens betänkande skulle beredas i regeringskansliet (propas) antogs och implementerades ändringsdirektivet 2007/66/EU (prop. 2009/10:180). Detta direktiv skulle förhindra utredningens förslag kring hur rättsmedlen i LOV skulle vara utformade. Efter ett flertal möten med EU-kommissionen gjordes en överenskommelse om att LOV skulle klassificeras som en tjänstekoncession. Eftersom koncessioner inte omfattades av rättsmedelsdirektivet kunde riksdagen besluta om införandet av LOV som den idag är utformad. EU-kommissionen lade dock 2012 fram ett förslag till ett nytt koncessionsdirektiv som inkluderar rättsmedelsdirektivet. En av de viktigaste frågorna för det förra regeringen var att i förhandlingarna om de nya direktiven få skrivningar som möjliggjorde för Sverige att behålla nuvarande LOV-konstruktionen. Av recit 114 framgår att medlemsstaterna har möjlighet att utforma olika nationella lösningar inom vård, skola omsorg så länge dessa följer principerna om öppenhet och lika-behandling.

I brödtexten till LOV framgår att lagen ska bedömas som en tjänstekoncession. Om lagen inte längre ska klassificeras som en tjänstekoncession, vad är den då? Utredningen har att utreda om LOV är ett auktorisationssystem. Men vad är en auktorisation? Av t.ex. Wikipedia framgår att **Auktorisation** är en sorts certifiering eller kompetensklassificering som kan ges till utövare av tjänster där missbruk kan orsaka stor skada hos deras kunder. Auktorisation kan ges av myndighet eller branschorganisation som har en övervakande roll och dit man kan anmäla om en leverantör inte lever upp till de krav som ställs. Auktorisation finns inom bl.a. bevakningsbranschen, tolkar och översättare, revisorer samt fastighetsmäklare. Om man med auktorisation menar det ovan angivna medför en ändring av klassifikationen att kommuner och landsting inte längre kan anses vara huvudmän för verksamheterna, så som man är idag.

Av brödtexten till LOV framgår att kommuner och landsting förfarande är huvudmän för de LOV-ade verksamheterna. LOV reglerar hur ett avtal kommer till stånd mellan kommunen/landsting och den privata utföraren. Ersättningen betalas ut av kommun/landstingen och inte av brukaren eller patienten, dvs. det är inte ett checksystem där den enskilde själv ansvarar för att köpa tjänsten. Konsumenttjänstlagen är inte tillämplig på relationen mellan patienten/brukaren och utföraren. Genom att fastställa att relationen mellan utföraren och myndigheten regleras genom ett civilrättsligt avtal blir konsekvensen att även bestämmelserna i bl.a. avtalslagen, köplagen och skadeståndslagen är tillämpliga. Detta är fundamentalt när det gäller relationen mellan parterna eftersom där regleras frågor som leverans, betalning, reklamation, hävningsgrunder och skadeståndsskyldighet. Det finns idag inte något standardavtal som kan ersätta dessa lagars tillämpning på tjänster inom områdena SoL/HSL/LSS.

En omklassificering av LOV till ett auktorisationssystem kräver sannolikt också omfattande ändringar i SoL och HSL vilket knappast kan omfattas av utredningen uppdrag. Det torde istället räcka med att tydliggöra att LOV är ett valfrihetssystem som reglerar hur ett avtal

mellan myndigheten och utföraren ska utformas, då avtalet inte omfattas av LOU/LUF eller LUFFS.

Vidare är det viktigt att klargöra att ett eventuellt alternativ till LOV, i enlighet med recit 114, måste innefatta de EU-rättsliga principerna om öppenhet och icke-diskriminering. Det måste också finnas ett rättsmedel till förmån för den leverantör som inte tilldelas ett avtal.

5. Hur ser ni på en reglering som innebär en begränsning av möjligheten att bedriva privat verksamhet med vinstsyfte inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården samt socialtjänsten?

Innovation

Nya lösningar, i form av teknik och metoder är viktiga inom alla samhällsområden, även inom vård och omsorg. Hälso- och sjukvården har en tradition av att ta till sig och utveckla nya lösningar och innovationer. Däremot finns det ett stort behov av nya lösningar och innovationer inom äldreomsorgen och övrig omsorg, där nya lösningar som kan stärka kvaliteten och minska resursbehoven är viktiga för att klara de samhällsutmaningar vi står inför.

Omvårdnad och vård är i väsentliga delar ett slags hantverk där personalens kompetens och förmåga är mycket viktiga. I vissa avseenden är deras insatser omistliga. Men just genom att nyttja ny teknik kan förutsättningarna för mänsklig och personlig omvårdnad öka. De som arbetar inom äldreomsorgen känner i dag en stark press och skulle vilja ha adekvata hjälpmedel för att göra ett bra arbete. Däremot är det säkerligen så att äldreomsorgen saknar en tradition och strukturer att utvärdera och förstå olika tekniska lösningar och att detta bidrar till att försvåra och försena användningen av nya innovationer. Vi tror inte heller att huvuddelen av äldre personer aktivt tar avstånd från nya tekniska lösningar. Resursfördelningssystemen är endast delvis anpassade till behovet av innovation och utvecklingsarbete. Inom primärvården är förutsättningarna för innovationsverksamhet mycket begränsade på grund av ersättningsystemens utformning. Detsamma kan också sägas om den kommunala äldreomsorgen. Detta utgör t.ex. ett hinder för ökande användning av "telemedicin" och andra IT-lösningar.

Flera landsting arbetar nu aktivt med att främja de anställdas innovationsinsatser, t.ex. genom s.k. innovationsslussar. Inom kommunerna har socialförvaltningarna sällan förutsättningar för att initiera och leda vare sig innovationsarbete eller utvärdering av nya lösningar. Inte heller finns det några organ som hjälper kommunerna. Inom den primärkommunala sektorn finns det dessvärre få exempel på systematiska insatser för att främja de anställdas innovationsförmåga. Däremot finns det ett antal exempel på att nya lösningar och ny teknik introducerats. I en del fall i form av "spjutspets projekt" men i en del fall i storskalig användning. Erfarenhetsutbytet mellan kommuner är dock inte systematiserat varför det är svårt för en kommun att dra nytta av andra kommuners erfarenheter.

Internationellt sett finns det ett stort intresse för välfärdsteknologi. Många nya lösningar tas fram. Det är viktigt att svenska kommuner, landsting och vård- och omsorgsföretag följer den internationell utveckling och tar tillvara möjligheterna att introducera nya lösningar från utlandet. Sverige har ett antal tillverkande företag inom Medtech-området. Inom hjälpmedelsområdet har svensk teknologi ett mycket god renommé. Utökade insatser för att främja innovationer och spridning av innovationer skulle stärka dessa företags internationella konkurrenskraft.

Men innovationsarbete är riskabelt och risker kostar pengar. Sveriges ekonomiska tillväxt är beroende av innovationer. För att innovationer ska skapa tillväxt krävs ett välfungerande ekosystem för innovationsfinansiering som huvudsakligen kommer från privat kapital. En begräsning av möjligheten att bedriva privat verksamhet med vinstsyfte kommer inverka negativt på möjligheterna att få fram innovativa lösningar inom vård och omsorg, eftersom privat verksamhet kan ha lättare att locka privat investeringskapital.

EU-rätten och vinstbegräsning

Bestämmelserna i EUF-fördraget (FEUF) om de grundläggande friheterna utgör grunden för det unionsrättsliga regelverket för offentlig upphandling. Tilldelning av kontrakt utanför upphandlingsdirektiven omfattas av FEUF's bestämmelser, om det finns en bestämt gränsöverskridande intresse¹⁴. Sådana kontrakt omfattas även av fördraget möjligheter till undantag. Ett kontrakt har ett bestämt gränsöverskridande intresse när det är intressant för företag i andra medlemsstater att få vara leverantör. Indikationer på att ett kontrakt har en bestämt gränsöverskridande intresse är, som EU-domstolen slagit fast, att det är betydande värden av det aktuella kontraktet i kombination med den plats som tjänsten ska utföras på eller kontraktets tekniska aspekter. Vidare kan man vid bedömningen beakta om det finns utländska leverantörer på marknaden eller om det finns klagomål som ingivits av aktörer i andra medlemsstater.¹⁵ Generaladvokaten Kokott anförde i sitt förslag till avgörande i målet *Presstext Nachrichtenagentur*¹⁶ att vid bedömningen av om ett kontrakt var av ett bestämt gränsöverskridande intresse, skulle bl.a. beaktas om flera av de potentiella leverantörerna var internationellt verksamma och om det förekommit att nya företag etablerat sig på den aktuella marknaden. Begreppet bestämt gränsöverskridande intresse är även tillämpligt vid tilldelning av kontrakt under tröskelvärdena. I det förenade målen *SECAP och Santorso*¹⁷ var det fråga om en upphandling av bygg- och anläggningsarbeten. EU-domstolen påpekade att primärrättens bestämmelser och allmänna rättsprinciper redan tidigare fastställts tillämpliga på kontrakt som understiger det gällande tröskelvärdena under förutsättning att de har ett bestämt gränsöverskridande intresse.

Av EU-domstolens rättspraxis¹⁸ framgår att "I detta avseende skall för det första påminnas om att huvudsyftet med de gemenskapsrättsliga bestämmelserna angående offentlig upphandling, är fri rörlighet för tjänster och att området öppnas upp för icke snedvriden konkurrens i alla medlemsstater. Detta förutsätter att varje upphandlande myndighet är skyldig att tillämpa de relevanta gemenskapsrättsliga bestämmelserna när förutsättningarna för detta är uppfyllda." Vidare skriver domstolen: "Bestämmelserna i direktiven skall skydda anbudsgivarna mot den upphandlande myndighetens godtycke, och syftet med dem är att förstärka de redan förekommande medlen för att säkerställa att de gemenskapsrättsliga bestämmelserna om offentlig upphandling verkligen tillämpas, särskilt på det stadium där överträdelserna ännu kan rättas till."¹⁹

EU-domstolen har i bl.a. *Stanleybet Malta*²⁰ skrivit att "enligt fast rättspraxis ska alla åtgärder

¹⁴ C-324/98 p.60, C-231/03 p. 20, C-264/03 mfl.

¹⁵ C-278/14, C-113/13, C-507/03, C-507/03, C-91/08 p. 34, C-160/08 p. 54.

¹⁶ C-454/06.

¹⁷ C-147/06 och C-1448/06.

¹⁸ C-26/03 p. 44 (*Stadt Halle*) och C-340/04 p. 58 (*Carbotermo*).

¹⁹ C-212/02 p. 20 (*KOM ./. AU*), C-21/03, C-34/03 p. 43 och 45 (*Fabricom*).

²⁰ C-463/13.

som förbjuder, försvårar eller gör det mindre attraktivt att utöva de friheter som garanteras i artiklarna 49 FEUF och 56 FEUF anses som inskränkningar i etableringsfriheten och/eller friheten att tillhandahålla tjänster". I målet Conste²¹ erinrade domstolen att bedömningskriterierna, liksom alla nationella åtgärder, ska följa icke-diskrimineringsprincipen, så som den följer av föredragets bestämmelser om frihet att tillhandahålla tjänster. Av p. 25 i domen framgår att nationella åtgärder som kan utgöra hinder för eller göra det mindre attraktivt att utöva de grundläggande friheterna som garanteras i fördraget, ska uppfylla fyra villkor för att vara förenliga med FEUF. De ska

- tillämpas på ett icke-diskriminerande sätt,
- vara motiverade av tvingande hänsyn till ett allmänintresse,
- vara ägnade att säkerställa de mål som eftersträvas, och
- inte gå längre än vad som är nödvändigt för att uppnå detta mål.

Det ska noteras att det spelar ingen roll om kontraktet omfattas av upphandlingsdirektiven, är en s.k. B-tjänst eller tjänstkoncession. Principerna ska tillämpas oavsett form. Undantagen ska tolkas restriktivt och det är den som åberopar en undantagsbestämmelse som har bevisbördan för att det föreligger sådana omständigheter som gör att undantagen är tillämpliga²².

Principerna om likabehandling och om förbud mot diskriminering på grund av nationalitet, i enlighet med artikel 49 och 56 FEUF, har direkt effekt i medlemsstaternas interna rättsordning. Av principerna följer skyldigheten att lämna insyn och principen om öppenhet. Detta innebär att alla kontrakt måste offentliggöras och i förväg ange de krav som ställs, tilldelningskriterier och dess vikt.²³ Alla kriterier som ska ligga till grund för myndighetens prövning av anbudet ska anges i antingen meddelandet om upphandling eller i kontraktshandlingarna. En allmän hänvisning till t.ex. lagstiftning är inte tillräckligt för att uppfylla detta krav på offentlighet²⁴. Domstolen har också påpekat att likabehandlingsprincipen inte bara förbjuder öppen diskriminering på grund av nationalitet utan även all dold diskriminering som, genom tillämpning av andra särskiljningskriterier, i praktiken leder till samma resultat²⁵.

Av EU-domstolens fasta praxis framgår att det inte är möjligt att negativt särbehandla leverantörer från det egna landet. Fördraget förbjuder all diskriminering på grund av nationalitet inom fördragets tillämpningsområde. Fördraget förhindrar också nationella regler som föreskriver att t.ex. en viss andel av en upphandling ska förbehållas vissa företag som är etablerade i vissa regioner inom landet²⁶.

"Syftet med kravet på öppenhet är vidare att garantera att det inte förekommer någon risk för favorisering eller godtycklighet från den upphandlande myndighetens sida"²⁷. Av EU-domstolens fasta praxis²⁸ att det ankommer på varje medlemsstat att i sin rättsordning ange de processuella regler som syftar till att säkerställa skyddet av de rättigheter för aktörerna

²¹ C-234/03.

²² C-199/85 Kommissionen mot Tyskland p. 14.

²³ C-31/87 p. 21, C-87/94 p. 88.

²⁴ C-31/87 p. 35 (Beentjes), C-225/98 p.73 (KOM ./FR)).

²⁵ C-225/98 p.80 (KOM ./FR) och C-3/88 p. 8 (KOM ./IT).

²⁶ C-263/85, C-21/88, C-351/88.

²⁷ C-42/13.

²⁸ C-463/13.

som följer av unionsrättens direkta effekt, under förutsättning dock att de varken är mindre förmånliga än dem som avser liknande interna situationer (likvärdighetsprincipen) och att de inte medför att det i praktiken blir omöjligt eller orimligt svårt att utöva sina rättigheter som följer av unionsrätten (effektivitetsprincipen). För att en nationell bestämmelse ska vara förenlig med principen om likabehandling och uppfylla de krav på öppenhet som följer av denna princip, måste de dessutom grundas på objektiva kriterier som inte är diskriminerande och som är kända på förhand, så att myndigheternas utrymme för skönsmässig bedömning begränsas och inte kan användas på ett godtyckligt sätt²⁹.

Det är inte heller tillåtet att ställa krav som i praktiken är omöjliga att utvärdera, kontrollera och mäta. Sådana krav strider mot principerna om likabehandling av leverantörer, proportionalitet och transparens, vilket EU-domstolens bl.a. anför i EVN Wienstrom³⁰. I målet Kommissionen mot Spanien³¹ erinrar domstolen om att likabehandlings-principen eller icke-diskrimineringsprincipen innebär att lika situationer inte får behandlas olika och olika situationer inte får behandlas lika, såvida det inte finns sakliga skäl för en sådan behandling.”

Det framgår av också av domstolens praxis att medlemsstaterna även när de utövar sina befogenheter på hälso- och sjukvårdsområdet måste iaktta unionsrätten, särskilt de bestämmelser som rör den inre marknaden. Dessa bestämmelser innebär bland annat att medlemsstaterna inte får införa eller bibehålla inskränkningar i utövandet av de aktuella friheterna inom hälso- och sjukvårdssektorn³². Hälso- och sjukvårdssektorn kan därför inte anses vara undantagen från tillämpningen av EU:s regelverk – särskilt inte sedan upphandlingsdirektiven tydligt anger vad som gäller för sociala tjänster och hur de ska hanteras. Det nya upphandlingsdirektivet 2014/24/EU av den 26 februari 2014 ger medlemsstaterna ett utrymme för skönsmässig bedömning på det aktuella området upp till ett tröskelvärde om 750 000 euro och dessutom vissa särregler för tjänster som tillhandahålls av icke-vinstdrivande organisationer.

Utredningens uppdrag

Utredaren ska bl.a.

- utreda om det är lämpligt, och rättsligt möjligt, att införa krav på att privata utförare av välfärdstjänster i sin bolagsordning eller motsvarande styrande dokument ska införa en syftesparagraf med innebörden att syftet med verksamheten är att bedriva och utveckla verksamheten med god kvalitet och att eventuella överskott som huvudregel ska återinvesteras,
- föreslå hur SVB-bolag, eller andra bolagsformer, kan användas för att säkerställa att offentliga medel kommer verksamheten och brukarna till godo,
- bedöma om det för tillståndspliktig verksamhet bör införas krav på hur offentliga medel får användas, och i så fall överväga om det bör införas tillståndsplikt för sådana verksamheter för vilka det i dag inte krävs tillstånd
- utreda om det är lämpligt, och rättsligt möjligt, att ställa krav på bemanning i form av personaltäthet eller personalkostnader i samband med tillståndsprövning,
- överväga om det är lämpligt, och rättsligt möjligt, att på annat sätt ställa krav på användandet av offentliga medel så att det inte blir möjligt att dra ned på personaltäthet eller personalkostnader för att göra vinst,

²⁹ C-470/11 och C-463/13.

³⁰ C-448/01.

³¹ C-304/01 p. 31.

³² C-141/07 och C-169/07.

- bedöma vilka andra metoder som kan användas för att uppnå målet att överskott som huvudregel ska återinvesteras i just den verksamhet som de offentliga medlen är avsedda för, med beaktande av att reglerna inte ska kunna kringgås för att tillgodose ekonomiska intressen,
- ta ställning till vilka krav som bör ställas på privata aktörer, och om kraven bör vara lika för alla eller om det finns behov av att ställa olika krav beroende på drifts- och verksamhetsform och verksamhetsområde; krav som dock samtliga ska ha som utgångspunkt att offentliga medel ska gå till just den verksamhet de är avsedda för och att eventuella överskott som huvudregel återinvesteras i den verksamhet där de har uppstått.

För att kunna göra en bedömning om det överhuvudtaget är möjligt att ställa krav på att s.k. välfärdsföretag måste återinvestera alla eventuella vinster eller att man ska kunna ställa krav på att bolagen ska vara s.k. SVB-bolag, måste man utreda hur EU-rätten är tillämplig på uppdraget. Som ovan angivits måste FEUF och upphandlingsdirektiven tillämpas när det är fråga om ett avtal med ekonomiska villkor mellan en upphandlande myndighet och en eller flera leverantörer som anskaffande av en vara, tjänst eller byggtreprenad. I det nya upphandlingsdirektivet 2014/24/EU, som ska vara implementerade i april 2016, ges ett större utrymme för medlemsstaterna att forma alternativa upphandlingssystem som kan anpassas till nationella strukturer.

Av recit 114 framgår följande:

Vissa kategorier av tjänster har på grund av sin natur fortfarande en begränsad gränsöverskridande dimension, nämligen de tjänster som kallas personliga tjänster, t.ex. vissa sociala tjänster, hälso- och sjukvårdstjänster samt utbildningstjänster. Dessa tjänster tillhandahålls i ett särskilt sammanhang som varierar betydligt mellan medlemsstaterna på grund av olika kulturella traditioner. Särskilda bestämmelser bör därför införas för offentliga upphandlingskontrakt för dessa tjänster med ett högre tröskelvärde än det som tillämpas på andra tjänster.

Personliga tjänster till värden under detta tröskelvärde brukar inte vara av intresse för leverantörer från andra medlemsstater, annat än om det finns konkreta indikationer på motsatsen, till exempel unionsfinansiering av gränsöverskridande projekt. Kontrakt för personliga tjänster över detta tröskelvärde bör vara öppna på unionsnivå. Med hänsyn till betydelsen av det kulturella sammanhanget och dessa tjänsters känslighet, bör medlemsstaterna ges stor frihet att organisera valet av tjänsteleverantörer på det sätt som de finner lämpligast. Detta krav har beaktats i bestämmelserna i detta direktiv och det föreskrivs endast att vissa grundprinciper om öppenhet och likabehandling ska iakttas och att upphandlande myndigheter ska kunna tillämpa särskilda kvalitetskriterier vid valet av tjänsteleverantörer, exempelvis kriterierna i den frivilliga europeiska kvalitetsramen för sociala tjänster som offentliggjorts av kommittén för socialt skydd. Vid fastställande av de förfaranden som ska användas för tilldelning av kontrakt för personliga tjänster bör medlemsstaterna beakta artikel 14 i EUF-fördraget och protokoll nr 26. Medlemsstaterna bör i detta sammanhang också sträva efter att fullfölja målen om att förenkla och lätta den administrativa bördan för upphandlande myndigheter och ekonomiska aktörer. Det bör klargöras att man härvid också kan behöva åberopa regler som är tillämpliga på tjänstekontrakt som inte omfattas av de särskilda bestämmelserna. Medlemsstater och myndigheter har frihet att tillhandahålla dessa tjänster själva eller att organisera sociala tjänster på ett sätt som inte medför ingående av offentliga kontrakt, exempelvis genom att enbart finansiera sådana tjänster eller genom att bevilja licenser eller

tillstånd till alla ekonomiska aktörer som uppfyller de villkor som den upphandlande myndigheten uppställt i förväg, utan några gränser eller kvoter, förutsatt att ett sådant system tryggar en tillräcklig annonsering och överensstämmer med **principerna om öppenhet och icke-diskriminering**.

Skrivningarna i denna recit innebär att medlemsstaterna har en frihet att skapa t.ex. pengssystem eller LOV-system så länge dessa följer principen om öppenhet och icke-diskriminering. Av mänskliga rättighetsstadgan som finns implementerad i fördraget framgår också att leverantörer ska ha tillgång till rättsmedel (access to court).

Som ovan framgått gäller artikel 49 och 56 FEUF, även för upphandlingar under tröskelvärdet och för sociala tjänster (art. 74-76), om det föreligger ett bestämt gränsöverskridande intresse och att det inte föreligger ett undantag på grund av tvingande hänsyn till ett allmänintresse.

Finns det något bestämt gränsöverskridande intresse för vård- och omsorgstjänster i Sverige?

Svaret är, med beaktande av ovan, ja. Det finns flera utländska företag i Sverige bl.a. Förenade Care, Diaverum och Norlandia, och vi har också många företag inom vård och omsorg som bedriver verksamhet i flera länder t.ex. Capio och Attendo.

Föreligger något undantag med hänsyn till tvingande hänsyn till allmänt intresse som kan åberopas för att begränsa friheterna enligt artikel 49 och 56?

I Spezzino-målet framhåller EU-domstolen att målet att säkerställa skyddet för folkhälsan och människors liv och hälsa ges högsta prioritet bland de värden och intressen som skyddas genom fördraget och att det ankommer på medlemsstaterna, vilka har ett utrymme för skönsmässig bedömning, att fastställa på vilken nivå de vill säkerställa skyddet för folkhälsan och på vilket sätt denna nivå ska uppnås³³ I övrigt är det inte bara risken för att den ekonomiska balansen i systemet för social trygghet allvarligt rubbas som i sig kan utgöra ett tvingande skäl av allmänintresse som kan motivera ett hinder för utövandet av friheten att tillhandahålla tjänster, utan även målsättningen att upprätthålla en väl avvägd läkar- och sjukhusvård som är tillgänglig för alla kan omfattas av undantagen avseende hänsyn till folkhälsan.³⁴ Sälunda eftersträvas åtgärder som för det första svarar mot målet att inom den berörda statens territorium säkerställa att det finns en ständig och tillräckligt stor tillgång till ett väl avvägt utbud av läkarvård av god kvalitet i den mån målsättningen bidrar till att säkerställa en hög nivå vad avser hälsoskyddet, och som för det andra bidrar till att säkerställa en kontroll över kostnaderna och i möjligaste mån undvika allt slöseri med ekonomiska, tekniska och mänskliga resurser³⁵.

³³ Se, för ett liknande resonemang, dom kommissionen/Tyskland, C-141/07, EU:C:2008:492, punkterna 46 och 51 och där angiven rättspraxis, och Blanco Pérez och Chao Gómez EU:C:2010:300, punkterna 43, 44, 68 och 90 och där angiven rättspraxis).

³⁴ Se, för ett liknande resonemang, dom Stamatelaki, C-444/05, EU:C:2007:231, punkterna 30 och 31 samt där angiven rättspraxis).

³⁵ Se, för ett liknande resonemang, dom kommissionen/Tyskland, EU:C:2008:492, punkt 61.

Av vad som framgått ovan finns det ingen evidens på att patienter eller brukare lidit skada eller att det finns risker för folkhälsa eller i den ekonomiska balansen som kan motivera att förbud mot vinstdrivande företag inom vård och omsorgssektor. Hälso- och sjukvårdssystemet har behov av både kostnadskontroll och tillse att hela befolkningen omfattas av möjligheten till god hälso- och sjukvård. Landstingen bestämmer ersättningsystemens utformning liksom de kvalitetskrav som ska finnas för privata vårdgivare och har således kontroll över både kostnader och kvalitet. Detta medför att det inte finns någon grund för att åberopa tvingande hänsyn till ett allmänintresse. Det ska i detta sammanhang påpekas ånyo att medlemsstaten har bevisbördan för att undantaget kan åberopas.

Spezzino C-113/13

Utredningen har till uppdrag att tolka det sk. Spezzinomålet C-113/13 och hur denna dom kan påverka utformningen av svensk lagstiftning.

Spezzino-målet: "Med grund i nationell rätt tillämpade ASL ett ramavtal vid ingåendet av avtal utan föregående konkurrensutsättning om akut och mycket akut sjuktransport med frivilligorganisationer knutna till ANPAS och Croce Rossa Italiana. Två ekonomiska aktörer väckte talan mot beslutet och hävdade att avtalet var oförenligt med unionsrätten och särskilt etableringsfriheten, friheten att tillhandahålla tjänster samt principerna om likabehandling och icke-diskriminering i den del den nationella lagstiftningen föreskriver att sjuktransport i första hand ska anförtros åt frivilligorganisationer och andra behöriga offentliga institutioner och organ. Bolagen menade att regleringen utgjorde en diskriminering av organ som inte bedriver frivilligarbete, men som är verksamma inom samma sektor. Den ansvariga regionen införde under tiden en modell för redovisning av räkenskaper för de organisationer som inkluderades av ramavtalet. I modellen angavs att ersättning enligt ramavtalet endast skulle utges för att täcka direkta kostnader för transporttjänsterna och indirekta allmänna kostnader som stod i proportion till differensen mellan frivilligorganisationens totala omsättning och omsättningen för leveransen av tjänsterna. Under domstolsförfarande uppkom således frågorna om unionsrätten utgör hinder för en nationell bestämmelse som innebär att kontrakt i första hand ska tilldelas frivilligorganisationer eller andra offentliga institutioner, och om direktiv 2004/18 och de allmänna principerna lika behandling, fri konkurrens, icke-diskriminering, insyn och proportionalitet utgör hinder för en direkttilldelning av avtal där det föreskrivs att ersättning ska utgå för fasta och löpande kostnader.

Domstolen inledde med att klassificera det aktuella avtalet som ett offentligt kontrakt och konstaterade att ramavtalet utgjorde ett ramavtal i direktiv 2004/18 mening. Domstolen fortsatte med att konstatera att det faktum att ersättning endast utgick för löpande och fasta kostnader inte innebar att avtalet föll utanför direktivets tillämpningsområde. Däremot konstaterade domstolen att det var fråga om ett blandat kontrakt, där transporttjänsterna klassificerades som A-tjänst och sjukvårdstjänsterna klassificerades som B-tjänst. Om värdet för B-tjänsterna överstiger värdet för A-tjänsterna, så ska ett kontrakt tilldelas efter de regler som gäller för upphandling av B-tjänster. Om värdet för A-tjänsterna överstiger värdet för B-tjänsterna och avtalets samlade värde överstiger relevant tröskelvärde, så påpekade domstolen att direktivet utgör ett hinder att tilldela ett kontrakt utan att följa direktivets förfaranderegler. För det fall då antingen direktivets tröskelvärde inte har uppnåtts, eller värdet för B-tjänsterna överstiger värdet för A-tjänsterna, så ska de allmänna rättsprinciperna beaktas om det finns ett gränsöverskridande intresse. Domstolen menade vidare att det står

klart att det avtalssystem som regionen inrättat strider mot de mål som ligger bakom de allmänna rättsprinciperna inom offentlig upphandling. Domstolen konstaterade dock att den aktuella italienska lagstiftningen motiverades av principerna om universalitet, solidaritet, ekonomisk effektivitet och adekvans. Emedan det inte är tillåtet att införa obefogade inskränkningar av de grundläggande friheterna är ett av fördragets viktigaste mål är att skydda människors liv och hälsa. Medlemsstaterna har ett utrymme för skönsmässig bedömning rörande vilket sätt målet ska uppnås på. Domstolen påpekade att det inte endast är den ekonomiska balansen i det sociala skyddssystemet som kan utgöra ett tvingande skäl av allmänintresse, utan också ett intresse av att upprätthålla en väl avvägd läkar- och sjukvård som är tillgänglig för alla kan omfattas av undantagen avseende hänsyn till folkhälsan. För att begränsningen ska vara godtagbar krävs det dock att ett visst förfarandesystem faktiskt leder till att de aktuella målen uppfylls. I fråga om frivilligorganisationer krävs det att när de anlitas, de inte eftersträvar andra ändamål än de som är avsikten med systemet. Det inskränker inte möjligheten för organisationerna att anlita arbetstagare, men de anställda kan endast anlitas i den mån det krävs för att frivilligorganisationerna kan fungera korrekt. Inte ens ett indirekt vinstsyfte, under sken av volontärarbete, kan godtas. Volontärer kan sålunda endast få ersättning för kostnader som faktiskt uppkommit i den tillhandahållna verksamheten. Domstolen konstaterade således att det inte finns unionsrättsliga hinder för att inrätta ett system som ger företräde för frivilligorganisationer i offentliga upphandlingar, under förutsättning att organisationerna i sin verksamhet faktiskt bidrar till att uppfylla de mål avseende solidaritet och budgetmässig effektivitet som är syftet med det särskilda systemet.”³⁶

Följande rättsfakta är viktiga att beakta i tolkningen av domen.

1. Italien har i sin grundlag reglerat principen om medborgarnas frivilligarbete. I konstitutionen föreskrivs således att medborgarna, individuellt eller i sammanslutningar deltar i verksamhet av allmänintresse med stöd från myndigheten på grundval av subsidiaritetsprincipen. Denna bestämmelse finns därefter implementerad i italiensk nationell lagstiftning för att förverkliga målen för hälso- och sjukvårdssystemet. Frivilligorganisationernas verksamhet bedrivs primärt med oavlönat frivilligarbete. En frivilligorganisation får endast använda sig av anställda eller egenföretagare om det är nödvändigt för att organisationen ska fungera korrekt med hänsyn till verksamhetens kvalificering eller specialisering.

Den svenska grundlagen saknar motsvarande bestämmelse och det ligger utanför utredningens mandat att föreslå grundlagsändringar. Det finns inte heller i HSL, SoL eller LSS någon bestämmelse som reglerar medborgarnas frivilligarbete.

2. Icke-vinstdrivande företag inom hälso- och sjukvård samt omsorg (som inte är samma sak som frivilligorganisation) kan inte endast leva på frivilligarbete samt intäkter för direkta och indirekta kostnader utan behöver också gå med vinst för att kunna utveckla verksamheten. Ersättningskravet i domen är endast möjlig att efterleva för ett fåtal organisationer som kan, även enligt svenska förhållanden, betraktas som frivilligorganisationer med i huvudsak volontärer som arbetskraft.

Slutsatsen av Spezzino-målet är att man kan direkttilldela ett kontrakt till en frivilligorganisation under förutsättning

³⁶ URT <http://www.urt.cc/?q=node/106>.

- att det i svensk grundlag och lag finns reglerat principen om medborgarnas frivilligarbete,
- att frivilligorganisationen använder oavlönad personal och endast har anställd personal om det är nödvändigt för att klara av uppdraget,
- att frivilligorganisationen endast får ersättning för direkta och indirekta kostnader (och ingen vinst överhuvudtaget oavsett om den delas ut eller inte), samt
- att kontraktet inte uppgår till högre belopp än 750 000 euro.

De nya upphandlingsdirektiven

Light regime

Om det är fråga om kontrakt inom området *sociala tjänster och andra särskilda tjänster*³⁷ har medlemsstaterna möjlighet att implementera artikel 74-76 för kontrakt som överstiger 750 000 euro. Förfarandet kräver annonsering samt efterannonsering. Vidare gäller att de regler för tilldelning av kontrakt som omfattas följer principerna om öppenhet och likabehandling av ekonomiska aktörer. Medlemsstaterna kan själva fastställa vilka förfaranderegler som är tillämpliga så länge dessa regler gör det möjligt för de upphandlande myndigheterna att ta hänsyn till de särskilda egenskaperna för tjänsterna i fråga. Vidare ska medlemsstaterna se till att de upphandlande myndigheterna får beakta behovet av att garantera tjänsternas kvalitet, kontinuitet, åtkomlighet, överkomlighet, tillgänglighet och omfattning, olika användarkategoriernas specifika behov, inklusive missgynnade och utsatta grupperns behov, deltagande och egenansvar för användarna samt innovation. Medlemsstaterna får också föreskriva att valet av tjänsteleverantör ska göras på grundval av det anbud som har det bästa förhållandet mellan pris och kvalitet med hänsyn till kvalitets- och hållbarhetskriterier för sociala tjänster.

Det finns vidare möjlighet att implementera artikel 77 om *Reserverade kontrakt för vissa tjänster*. Bestämmelsen anger att medlemsstaterna får föreskriva att de upphandlande myndigheterna får reservera rätten för en organisation att delta i offentlig upphandling exklusivt för de hälso- och sjukvårdstjänster, sociala tjänster och kulturella tjänster som avses i artikel 74, som omfattas av vissa CPV-koderna.

En organisation ska uppfylla samtliga följande villkor:

- a) Dess syfte ska vara att fullgöra ett offentligt uppdrag som är kopplat till tillhandahållande av sådana tjänster som avses i punkt 1.
- b) Vinsterna ska återinvesteras för att uppnå organisationens syfte. Vid eventuell vinstutdelning eller omfördelning bör detta ske på grundval av deltagande.
- c) Lednings- och ägarstrukturen i den organisation som fullgör kontraktet ska grundas på personalens ägande eller deltagande, eller ska kräva aktivt deltagande av personal, användare eller berörda parter.
- d) Organisationen får inte ha tilldelats något kontrakt för den berörda tjänsten av den berörda upphandlande myndigheten enligt denna artikel under de senaste tre åren.
- e) Maximal löptid för kontraktet får inte överstiga tre år.³⁸

En slutsats av en ev. implementering av artikel 77 är att det knappast kan sägas underlätta för de icke-vinstdrivande företag som finns på den svenska marknaden idag. Kraven som

³⁷ BILAGA XIV.

³⁸ Egen markering av texten.

artikeln anger är att en organisation som ska kunna tilldelas ett kontrakt med hänvisning till artikel 77 måste ha till syfte att tillhandahålla offentliga tjänster, vara någon form av personal- eller brukarkooperativ, inte haft något kontrakt med en offentlig aktör under de senaste tre åren och maximalt få ett kontrakt om tre år. Det bör också noteras att Genomförandeutredningen (SOU 2014:51) inte föreslagit att direktivsbestämmelsen ska införas i svenska lag eftersom möjligheterna att tillämpa bestämmelsen ansetts begränsat.

Med implementeringen av de nya direktiven kommer Spezzino-domen delvis bli obsolet, eftersom direktivet anger vad som gäller för köp av sociala tjänster m.m. om kontraktet uppgår till mer än 750 000 euro. Det är viktigt att i sammanhanget understryka att kontrakten inte får delas upp för att kringgå tröskelvärdet (se artikel 5). Många kontrakt idag inom området hälso- och sjukvård och omsorg överstiger tröskelvärdet på ca 7 miljoner kr enligt den beräkningsmodell som finns angiven i artikel 5. För kontrakt under 7 miljoner gäller artikel 49 och 56 om det finns ett bestämt gränsöverskridande intresse (vilket det generellt gör på den svenska vård och omsorgsmarknaden) om inte förutsättningarna i Spezzino-målet är uppfyllda.

Vad avser en ev. implementeringen av artikel 77 ska understrykas att kontinuitet i vård och omsorg är den enskilt viktigaste kvalitetsindikatorn. Nackdelen med artikeln är att kontinuiteten omöjliggörs eftersom det endast handlar om **ett** kontrakt på tre år. Vidare är det viktigt att framhålla att det kommer att vara svårt att hitta finansiering för nödvändiga investeringar när det är fråga om så korta kontrakt.

Är det möjligt att diskriminera vinstdrivande bolag eller utesluta andra företag än icke-vinstdrivande företag eller SVB-bolag?

EU-rättens icke-diskriminering och likabehandlingsprinciper, som finns angivna i artikel 18, 49 och 56 FEUF, begränsar i mycket stor omfattning möjligheterna att gynna icke-vinstdrivande eller begränsa olika företagsformer att delta i offentliga upphandlingar, se resonemanget kring Spezzino-målet ovan.

Enligt artikel 49 FEUF ska inskränkningar för medborgare i en medlemsstat att fritt etablera sig i en annan medlemsstat förbjudas. Detta förbud omfattar inskränkningar för medborgare i en medlemsstat som är etablerad i någon medlemsstat att upprätta kontor, filialer eller dotterbolag. Etableringsfriheten innefattar rätt att starta och utöva verksamhet som egenföretagare samt rätt att bilda och driva företag, särskilt bolag, på de villkor som etableringslandets lagstiftning föreskriver för egna medborgare. EU-domstolens rättspraxis på området är tydlig med att alla leverantörer ska behandlas lika om inte det finns tvingande hänsyn till ett allmänintresse, se ovan.

Man kan notera att utredningsdirektiven riktar in sig på aktiebolagsformen i allmänhet, koncernbolag i synnerhet och särskilt sådana som ägs av private equity-bolag. Däremot finns ingenting om internationella koncerner, dvs. bolag med utländska moder- eller systerbolag, europabolag, europeiska ekonomiska intressegrupperingar. Detta skapar frågetecken kring utredningens mandat att behandla dessa bolagsformer.

Enskild näringsidkare

Vissa verksamheter inom välfärdssektorn kan bedrivas av fysiska personer (t.ex. fysioterapeuter och arbetsterapeuter), som enskild firma. Enskilda firmor har ingen bolagsordning och förmögenhetsmassan (överskottet inkluderat) är personens egna, även

om beskattningsreglerna är annorlunda. Det är högst oklart hur ett vinstbegränsningskrav kan utformas avseende enskilda personer. Kravet kommer i praktiken innebära att en viss del av en enskild persons förmögenhetsmassa inte kan användas för annat än att täcka kostnader i näringsverksamheten, dvs. i praktiken ett förbud mot överskott och därmed ett förbud mot effektiv verksamhet. Det framstår som praktiskt mycket svårhanterligt – om ens möjligt att ålägga enskilda individer ett vinstbegränsningskrav.

Handels- och kommanditbolag

I handels- och kommanditbolag, som är en juridisk person, beskattas delägarna i sådana bolag individuellt. Till skillnad från t.ex. aktiebolag finns inget krav på eget kapital i handelsbolag, utan eget kapital är i stället den andel av tillgångar i handelsbolaget som delägarna förfogar över. När det inte finns något krav på insats i bolaget kan det egna kapitalet alltså bestå i verksamhetsöverskottet, vilket är en skillnad i förhållande till aktiebolag. Vinstbegränsningskrav medför i praktiken att det inte finns något överskott att begränsa eftersom det vore liktydigt med att konfusion mellan bolagets och delägarnas medel. I HB/KB blir det svårt för delägarna att kompensera sig för vinstbegränsning genom lön, eftersom delägarna inte kan vara anställda i bolaget. Resultatet kan därmed bli ett *de facto* verksamhetsförbud.

Regler om vinstbegränsning i förhållande till aktiebolagslagen

Aktiebolagslagen (2005:551), ABL, har som utgångspunkt att bolagets verksamhet ska generera vinst som fördelas mellan aktieägarna (3 kap. 3 § ABL). Härigenom skyddas aktieägarna mot att företagsledningen använder bolagets resurser till annat än vad som är till gagn för bolaget. Visserligen hindras inte aktieägarna att vid bolagsstämma, genom införande i bolagsordningen, beslutar att inte driva bolaget i vinstsyfte. Detta innebär emellertid inte att bolaget kan drivas med förlust, eftersom detta skulle göra de tvingande likvidationsreglerna tillämpliga när aktiekapitalet är förbrukat. Teoretiskt kan ägarna bestämma att bolaget endast ska ha kostnadstäckning eller inte dela ut vinst, men i praktiken kommer sådana bestämmelser likafullt innebära att bolaget måste generera ett överskott eller ha ett system för att läka kapitalbrist för att trygga långsiktig överlevnad och konsolideringsbehovet, oavsett vilken verksamhet som bedrivs.

Vinstsyftet sammanfaller även med minoritets- och borgenärsskyddsintresset, eftersom vinsten i sig är viktig för aktiebolagets själva funktion och gör det mycket svårt att begränsa detta till visst intresse eller ändamål. Det framhålls i doktrinen att om aktiebolaget saknar vinstsyfte är bolaget att betrakta som en annan form av association. Detta innebär sålunda att förutom vinstsyftet i bolaget hotas inte bara incitamenten för en effektiv verksamhet och investeringsviljan hos ägarna, utan även själva bolagets existens/rättsliga status. Det framstår därför som svårförenligt med bolagskonstruktionen privata eller publika aktiebolag att förbjuda vinster eller på nu aktuellt sätt begränsa vinstutdelning.

Slutsatser

EU-rätten är tydlig med att olika associationsformer inte får diskrimineras, dvs. behandlas olika, och i synnerhet inte företag från andra medlemsstater. Enligt EU-domstolens rättspraxis ska alla åtgärder som förbjuder, försvårar eller gör det mindre attraktivt att utöva de friheter som garanteras i artiklarna 49 FEUF och 56 FEUF anses som inskränkningar i etableringsfriheten och/eller friheten att tillhandahålla tjänster”. I förhandlingarna kring de nya upphandlingsdirektiven har medlemsstaterna tillsammans med EU-kommissionen och EU-parlamentet beslutat om det handlingsutrymme som medlemsstaterna har när det gäller att gynna icke-vinstdrivande organisationer, dessa finns angivna i artikel 77 (se ovan). Övriga

åtgärder för att gynna icke-vinstdriven verksamhet strider mot direktiven och FEUF om kontraktbeloppet överstiger 750 000 euro. Därunder har medlemsstaterna ett större utrymme för olika nationella lösningar så länge principerna om öppenhet och icke-diskriminering följs.

Gränsen mellan vinstdriven och icke-vinstdriven verksamhet inom hälso- och sjukvård samt omsorg

En praktiskt, men ack så svår, fråga är var man ska drar gränsen för vinstdriven respektive icke-vinstdriven verksamhet. Får städaren eller fastighetsskötare på sjukhuset eller på det särskilda boendet dela ut eventuell vinst, när arbetsterapeuten eller fysioterapeuten inte får det? Är tillhandahållandet av mat en välfärdsuppgift och så viktig del i patientens eller brukarens levnadsvillkor att matdistributörer och cateringföretag inte får dela ut vinst? Får IT-bolaget som tillhandahåller journalsystem och andra kommunikationsverktyg dela ut vinst när användarna av IT-systemen inte får det? Får företag som tillhandahåller både E-hemtjänsten och traditionell hemtjänst dela ut vinst? Får de företag som underlättar vardagen för personal och brukare genom att leverera välfärdsteknologiska lösningar som bidétoaletter, duschrobotar, appar för läkemedelshantering, liftrar m.m. dela ut vinst, medan den personal som jobbar med det personliga mötet inte får det?

Morgondagens hälso- och sjukvård samt omsorg kommer se annorlunda ut än dagens. Det kommer i mycket större omfattning finnas välfärdsteknologiska lösningar vilket kommer att medföra att gränsen för vad som är ett välfärdsföretag och vad som är ett Medtech- eller IT-företag kommer raderas ut. Vilka företag får då dela ut vinst och vilka får inte detta? Denna gränsdragning är nödvändig för utredningen att göra.

6. Hur ser möjligheten att få extern finansiering ut för privata utförare som bedriver verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen, SoL och LSS?

En reglering som innebär en begränsning av möjligheterna att bedriva privat verksamhet med vinstsyfte tolkas i detta svar som en vinstbegränsningsregel (och hur vi ser på en sådan). Införandet av en sådan kommer att innebära att antalet privata utförare kommer att minska. Särskilt kommer på kort sikt antalet nyetableringar att påverkas negativt. Orsaken till detta är att det inte kommer att vara möjligt att erhålla marknadsmässig avkastning på det i verksamheterna insatta kapitalet. Det marknadsmässiga avkastningskravet avgörs utifrån den risk som finns i verksamheten och som ägaren tar när en investering görs. Om inte marknadsmässiga avkastningskrav tillåts ställas – utan lägre som inte motsvarar risken - kommer det att innebära att aktörerna heller inte kommer att kunna erhålla marknadsmässig avkastning. Då kommer det riskvilliga kapitalet att söka sig till andra sektorer.

En ytterligare effekt är att valfriheten kommer att minska för brukarna. Detta kommer att inträffa eftersom antalet vinstsyftande företag kommer att minska, och någon motsvarande ökning av antalet idéburna aktörer kan inte förväntas. Detta beror på att den kapitalbrist som finns för idéburna aktörers expansion kommer att fortgå. Detta beror i sin tur på att det privata kapital som satsas kräver kompensation för risken (se stycket ovan). Skulle offentligt kapital utan riskpremie ställas till förfogande till idéburna sektorn synes detta kunna strida mot statsstödsreglerna.

Ytterligare en effekt är att kommuner och landsting skulle få kraftigt ökade investeringsbehov framöver. Dels handlar det om de lokaler och den utrustning som privata utförare idag äger när man driver vård, skola och omsorg. Dels handlar det om att kommuner och landsting i sådant fall måste ta i princip hela investeringskostnaden själva för den framtida demografiska utvecklingen. Förutom att det leder till en ansträngd finansiell situation innebär det även att kommuner och landsting står med ett större ekonomiskt risktagande. Ännu en effekt är att det sannolikt är de företag som är mest innovativa och som är mest effektiva som kommer att lämna sektorn först. Detta beror på att de företagens ägare har de högsta avkastningskraven respektive den högsta avkastningen. En reglering mot "för hög" vinstnivå kan tänkas ta sikte på såväl avkastningskrav som avkastningsnivå. Infrias (de höga) avkastningskraven blir ju den realiserade vinstnivån för hög och därmed olaglig. En särskild variant av vinstreglering och som måste bedömas som synnerligen skadlig är den som skisseras i direktiven till utredningen. I direktiven anges att ersättning ska kunna utgå till ägaren enbart på de medel som tillförts verksamheten av ägaren. Detta innebär att någon ersättning på vinstmedel som återinvesteras i verksamheten inte ska få förekomma. Om så sker kommer konsekvenserna för privata företag, konkurrens och valfrihet att bli ännu allvarigare. På sikt kommer med största sannolikhet alla privata vinstsyftande företag inom vård, skola och omsorg att upphöra.

Det är normalt att en viss del av vinsten återinvesteras i verksamheten. Så sker i princip i alla branscher. Det leder också till att investeringar kan finansieras. Men avkastningskravet räknas – i alla branscher – på det samlade egna kapitalet, d v s summan av det kapital som tillförts från ägarna och det kapital som de återinvesterade vinstmedlen utgör. Eftersom den tillåtna avkastningen i form av vinstutdelning (eller vid försäljning) inom välfärdssektorn endast ska beräknas på det av ägaren tillförda kapitalet blir den tillåtna avkastningen därför sannolikt långt under vad som är en marknadsmässig avkastning. Den lilla avkastning som enligt direktiven skulle medges kommer inte att locka till sig något kapital och, om regleringen genomförs, kommer den att leda till försäljningar till allt mer realiserade priser. Situationen får också bedömas påverka bankerna utlåningsbenägenhet, så att den blir lägre. För företag i välfärdssektorn får bedömas att intjäningsförmågan påverkas negativt till följd av risker med utestängning från marknader m.m. Incitamenten till att bygga upp en ekonomiskt solid verksamhet minskar också.

7. Anser ni att det saknas kapital för att starta eller expandera idéburen verksamhet inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten?

Möjligheterna för idéburna sektorn att få externt kapital är idag begränsade och kommer att vara så framöver. Andra länder har en annan tradition på detta område än Sverige. Exempel på det är Holland och Tyskland, där religiösa organisationer sedan mycket lång tid tillbaka driver sjukvård respektive skola.

För att kunna attrahera externt privat kapital krävs att det finns möjligheter till ersättning för risk för detta kapital. Men då är verksamheten inte längre "idéburen" enligt gängse definition. En möjlighet skulle hypotetiskt kunna vara att offentligt kapital ställdes till förfogande. Skulle offentligt kapital utan riskpremie ställas till förfogande till idéburna sektorn är detta mycket troligt något som faller under EU:s statsstödsregler. Offentligt kapital med marknadsmässig riskpremie ger verksamheten vinstsyfteskarakteristik och synes inte förenlig med syftet.

Bilagor

Svenskt Näringsliv har under det sista året tagit fram ett antal rapporter som belyser välfärdssektorn och som vi vill lyfta fram som relevanta för utredningen. För eventuella frågor med anledning av rapporterna är utredningen välkommen att kontakta projektledaren Mikael Witterblad på Svenskt Näringsliv.

VÄRDE I VÄLFÄRDEN –

Ett projekt om resursanvändningen i välfärden. Mer specifikt analyseras organiseringen av välfärden samt hur vi kan modifiera de ekonomiska styrmedlen (löner, ersättningssystem) för att främja förnyade arbetssätt och innovationer. Fem underlagsrapporter är publicerade (se nedan). Kappa lanseras i samband med seminarium i Sthlm, den 29/9 kl 9–12.

Rapport: Konkurrensutsättningens inverkan på produktivitet och effektivitet i välfärden (juni 2014)

De dyraste verksamheterna är långt ifrån alltid de bästa. En relevant fråga är hur vi bättre kan använda våra gemensamma skattemedel för att skapa mer värde för patienter, brukare och elever. I rapporten sammanställs de senaste årens forskning inom området. I forskningsöversikten identifieras även några områden där det idag råder brister (ersättningsmodeller, upphandlingsprocesser, lika villkor, samordning och kontinuitet). För att skapa mer värde i välfärden borde dessa områden vara prioriterade.

Länk till rapport: http://www.svensktnaringsliv.se/material/rapporter/konkurrensutsattningens-inverkan-pa-produktivitet-och-effektivite_592627.html

Länk till debattartikel i SvD: http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/konkurrens-framjar-varde-i-valfarden_3681836.svd

Rapport: Vad kan forskningen säga om utbildningsresultat och lärarlöner? (sept 2014)

En sammanställning över vad forskningen säger om utbildningsresultat i skolan och lärarlöner. Överlag konstateras i rapporten att skolforskningen tillmäter läraren en väldigt stor betydelse för utbildningsresultaten. En internationell jämförelse visar också att Sverige urskiljer sig från många andra länder genom att ha fler men sämre betalda lärare. Lönespridningen är också väldigt låg bland de svenska lärarna, vilket medför sämre möjligheter att göra karriär. De länder som presterar bra i PISA har ofta större klasser än Sverige och högre topplöner för de bästa lärarna. En annan slutsats i rapporten är att forskningen överlag finner positiva utbildningseffekter av konkurrens mellan olika skolor.

Länk till rapport: http://www.svensktnaringsliv.se/material/rapporter/vad-kan-forskningen-saga-om-utbildningsresultat-och-lararloner_597337.html

Länk till debattartikel i SvD: http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/fler-larare-ingen-garanti-for-resultat_3885762.svd

Rapport: Ersättningssystem som främjar kvalitet och effektivitet i primärvården (dec 2014)

I dagsläget finns det 21 olika ersättningssystem inom den svenska primärvården med olika för- och nackdelar. Den stora bredden av ersättningssystem gör att vården styrs med olika inriktning beroende på i vilket landsting verksamheten bedrivs. Därmed minskar möjligheterna att erbjuda en jämlik vård över hela landet. Rapporten syftar till att besvara frågan: "Hur bör dagens ersättningssystem inom primärvården vidareutvecklas för att bättre främja kvalitet och effektivitet?" För att illustrera effekterna av ersättningsmodellerna har diabetesvården använts som exempel.

Länk till rapport: http://www.svensktnaringsliv.se/material/rapporter/varde-i-valfarden-ersattningssystem-som-framjar-kvalitet-och-effe_605143.html

Länk till debattartikel i DN: <http://www.dn.se/debatt/lagg-prestigen-pa-hyllan-och-utveckla-vardvalet/>

Länk till slutreplik i DN: <http://www.dn.se/debatt/repliker/kritiken-har-felaktiga-utgangspunkter/>

Länk till debattartikel i DM: <http://www.dagensmedicin.se/artiklar/2015/01/29/vardebaserad-styrning-ar-bra-for-primarvarden/>

Rapport: Finns det något samband mellan kvalitet, kostnader och bemanning? – en studie av äldreomsorgens särskilda boenden (maj 2015)

I dagsläget finns det få, om några, studier som utreder hur kostnader och personaltäthet relaterar till och påverkar kvalitet inom äldreomsorgen. I denna rapport analyseras detta utifrån aktuell och tillgänglig data från Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån och Sveriges kommuner och landsting. Resultaten indikerar ett litet positivt samband mellan personaltäthet och brukarupplevd kvalitet. En högre brukarupplevd kvalitet motsvaras dock av en omotiverat hög ökning i personalkostnader omräknat i kronor. En reglering i form av krav om ett ökat antal anställda kommer inte att leda till en försvarbar ökning i brukarnöjdhet. Tvärtom visar vår analys på att kvalitet bestäms av en mängd faktorer.

Länk till rapport: http://www.svensktnaringsliv.se/material/rapporter/finns-det-nagot-samband-mellan-kvalitet-kostnader-och-bemanning-e_617115.html

Länk till debattartikel i DS: <http://www.dagenssamhalle.se/debatt/bemanningskrav-fel-recept-foer-aeldreomsorgen-15410>

Rapport: Ersättningssystem som främjar kvalitet och effektivitet i äldreomsorgens särskilda boenden (maj 2015)

Syftet med denna rapport är att beskriva hur dagens ersättningssystem inom äldreomsorgens särskilda boenden i framtiden kan ändras för att bättre belöna värde, förnyade arbetssätt och innovationer. Det befintliga systemet ersätter idag i för hög utsträckning medel och inte mål. Detaljregleringen är i många fall hög vilket riskerar att konservera gamla arbetssätt. Ersättningssystemen varierar av oklar anledning också förhållandevis mycket mellan olika kommuner.

Länk till rapporten: http://www.svensktnaringsliv.se/material/rapporter/ersattningssystem-som-framjar-kvalitet-och-effektivitet-inom-aldr_618604.html

Rapport: Kappa för underlagsrapporterna (inget namn ännu) – lanseras 29 sept 2015

En rapport som knyter ihop säcken kring de fem underlagsrapporterna och kopplar resursanvändningen till den långsiktiga finansieringen av välfärden.

Rapport: Etableringshinder i välfärden (juni 2015)

Syftet med rapporten är undersöka hur de befintliga kraven på aktörer i välfärden ser ut. Det framställs ibland i debatten som att etableringsfrihet inte innebär att några egentliga krav ställs på utförare som väljer att starta upp verksamhet i välfärden. Stämmer detta? Utgör dagens regelverk sådana inträdeshinder att kvalitet, tillgänglighet och kostnadskontroll kan säkerställas? Om inte, vilka inträdeshinder bör ses över? Vad tillför exempelvis införanden av kommunala veton? Rapporten avgränsas till skolan och vården.

Länk till rapporten: http://www.svensktnaringsliv.se/material/rapporter/etableringshinder-i-valfarden_620359.html

Länk till debattartikel i DS: <http://www.dagenssamhalle.se/debatt/kommunalt-veto-oeppnar-foer-ideologiskt-godtycke-16360>

Rapport: Sant och falskt om företagande i välfärden (augusti 2015)

En rapport som sammanställer den officiella statistiken i fem av de mest omdiskuterade frågorna kring företagande i välfärden. Jämförelser görs med den offentliga sektorn och i vissa fall med övriga tjänstesektorn. Områdena som beskrivs är 1) kvalitet, 2) personalens trivsel, 3) löner, 4) ekonomisk lönsamhet, 5) kvinnors karriärvägar.

Länk till rapporten: http://www.svensktnaringsliv.se/material/rapporter/rapport-sant-och-falskt-om-foretagande-i-valfarden_623673.html

Länk till debattartikel i DN: <http://www.dn.se/debatt/fakta-visar-att-privat-valfard-ar-effektivare-an-offentlig-1/>

Länk till slutreplik i DN: <http://www.dn.se/debatt/replik/agg-de-ideologiska-skygglapparna-at-sidan/>

Länk till kommentar till rapporten på SN:s hemsida:

http://www.svensktnaringsliv.se/fragor/konkurrens_i_vard_skola_och_oms/ogrundad-kritik-mot-valfardsrapport_623915.html

Rapport: Jämlik vård och fria vårdval – preliminärt Oktober 2015

En rapport som sammanställer forskning och andra utvärderingar kring jämlik vård och vårdval i Sverige. Rapporten ska också analysera vilka förändringar som är viktigast inom ramen för vårdvalen i Sverige för att stärka svaga patientgruppers situation i vården.

Rapport: Likvärdig skola och fria skolvalet – preliminärt November 2015

En rapport som sammanställer forskning och andra utvärderingar kring likvärdighet och fria skolvalet i Sverige. Rapporten ska utgå från resultat i nyligen publicerade rapporter men tydligare diskutera skillnader mellan likvärdighet och segregation. Internationella och historiska jämförelser ska också göras över likvärdigheten i skolan. Rapporten ska också problematisera kring vilka förändringar inom ramen för fria skolvalet i Sverige som skulle ha stor betydelse för att stärka svaga elevgruppers situation i skolan.

TVÅ ÖVRIGA RAPPORTER SLÄPPTA UNDER 2014 -**Rapport: Skattesänkningar och offentliga resurser – resurser till vård, skola och omsorg (jan 2014)**

Denna rapport syftar till att beskriva fakta avseende förändringar i skatteintäkter och offentliga resurser till vård, skola och omsorg under 2000-talet. Det huvudsakliga budskapet är att skattesänkningarna i Sverige sedan sekelskiftet har kombinerats med ökade reala skatteintäkter, en fallande skuldsättning i den offentliga sektorn och ökade resurser till vård, skola och omsorg. Denna kunskap är viktig som grund i fortsatta diskussioner om offentliga åtaganden och dess finansiering.

Länk till rapport: http://www.svensktnaringsliv.se/material/rapporter/skattesankningar-och-offentliga-resurser-resurser-till-var-d-skola_574432.html

Länk till debattartikel i DN: <http://www.dn.se/debatt/resurserna-till-var-d-skola-och-omsorg-fortsatter-vaxa/>

Länk till replik i SvD: <http://www.svd.se/3701390>

Länk till annan replik i SvD: <http://www.svd.se/okade-valfardsresurser-gynnar-alla>

Länk till debattartikel i DS: <http://www.dagenssamhalle.se/debatt/smartare-anvaendning-av-resurser-staerker-vaelfaerden-9715>

Länk till annan debattartikel i DS: <http://www.dagenssamhalle.se/debatt/fakta-vaelfaerdens-resurser-aer-rekordhoega-9207>

Rapport: Stärkt medborgarskydd i välfärdstjänsterna (feb 2014)

En kommunal eller fristående skola läggs ned och eleven får problem att slutföra den utlovade utbildningen. Operationen på sjukhuset blir vid upprepade tillfällen framflyttad i ett sent skede. Omsorgen av den äldre individen på det särskilda boendet bedrivs utan struktur och upprättad plan. Listan kan göras lång. I denna rapport lanserar Svenskt Näringsliv reformförslag som avser att förbättra medborgarskyddet inom vård, skola och omsorg inom såväl offentligt som privat bedriven verksamhet.

Länk till rapport: http://www.svensktnaringsliv.se/material/rapporter/starkt-medborgarskydd-i-valfardstjansterna_578550.html

Länk till debattartikel i DI: <http://www.di.se/artiklar/2014/2/12/debatt-medborgargaranti-bor-inforas-i-skola-och-varld/?flik=popularast>