

110 AR



Stockholms Handelskammare

2012 : 2

ISSN 1654-1758

Stockholms Handelskammares analys

Från offentlig förvaltning till entreprenörskap

Vård och omsorg i förändring

MATTIAS LUNDBÄCK, RATIO

Sammanfattning

Sverige rör sig i snabb takt från en modell ett med uttalat fokus på offentlig förvaltning till en modell där företag och ideella organisationer i allt större utsträckning tar över produktionen av välfärdstjänster. Den här trenden är av olika skäl mer uttalad i vårt land än i omvärlden och den snabba förändringstakten har skapat en unik bas för en ny form av svenskt entreprenörskap.

Utvecklingen ger Sverige och svenska välfärdsentreprenörer chansen att ta ledningen på en marknad som på sikt kommer att omsätta 500 miljarder kronor i Sverige och närmare 20 000 miljarder i hela EU. Den här rapporten syftar till att påvisa välfärdsentreprenörernas stora betydelse för Stockholm och Sverige och pekar på viktiga åtgärder för att ta tillvara möjligheterna som öppnar sig på framtidens välfärdsmarknad.

För Stockholms Handelskammare är utvecklingen av entreprenörskap i välfärdssektorn viktig av flera skäl.

Dels kommer kvaliteten i vård, skola och omsorg att bli en allt viktigare dimension av individklimatet i vår region. Ska huvudstadsregionen vara attraktiv för de som bor här och de vi vill locka hit behöver dessa tjänster vara av hög och tillförlitlig kvalitet.

Dels kommer möjligheterna för framgångsrika företag på detta område att växa.

Företag med bas i regionen kommer under de kommande decennierna ha möjlighet att exportera kreativa och effektiva lösningar för att möta en växande europeisk och internationell efterfrågan på framförallt vård och omsorg.

Det är bakgrunden till att vi bad Ek Dr Mattias Lundbäck att skriva en rapport om entreprenörskapets potential på detta område.

Rapporten ska ses som ett inspel i en debatt som under det senaste året färgats av enskilda dramatiska händelser, men som förtjänar att föras seriöst och med den långa sikten för ögonen. Handelskammaren tänker fortsätta att vara del av den diskussionen.

FREDRIK JOHANSSON

Chef Analys och Policy, Stockholms Handelskammare

Förord

VÄLFÄRDSTJÄNSTER HAR POTENTIAL att bli en stor svensk exportprodukt. Detta förutsätter dock att staten, näringslivet och kommunsektorn tidigt uppmärksammar de möjligheter som öppnar sig. Med organisatoriska innovationer går det att få ut mer hälsa ur sjukvårdsutgifterna.

Vi ser en trendmässig tillväxt av andelen välfärdsentreprenörer i vårt land. Med dagens tillväxttakt kommer privata och ideella företag/organisation inom vård och omsorg att år 2060 omsätta 500 miljarder kronor om året, eller sju procent av BNP. Det är nästan tio gånger så mycket som i dag.

Sverige har möjlighet att bli ledande på marknaden för välfärdstjänster, men detta förutsätter att vi kan skifta från att enbart utföra enskilda tjänster till att bygga färdiga vårdkedjor och att byta från produktionsfokus till patientfokus. De länder som lyckas skapa en hemmamarknad för vårdorganisation kan räkna med att få en tydlig konkurrensfördel på framtidens vårdmarknad.

Mycket talar för att framtidens vårdentreprenör kommer att behöva ha ett annorlunda fokus. Med mer helhetsorienterade ersättningssystem kommer utrymmet för att planera och organisera vårdprocessen att öka. Det ger nya möjligheter, men ställer också nya krav. Att göra saker effektivt kommer inte att räcka – det kommer också krävas att man gör rätt saker.

SVERIGES EXPORT AV VÄLFÄRDSTJÄNSTER uppgår i dag endast till 300 miljoner kronor, samtidigt som ungefär 10 000 personer är anställda i svenska välfärdsföretag utomlands. Potentialen är dock mångdubbelt större. EU:s BNP uppgick 2012 till 140 biljoner kronor. Om vi i likhet med antagandena för Sverige utgår från att marknaden för privata välfärdsentreprenörer i framtiden uppgår till sju procent av BNP i medlemsländerna kommer välfärdsmarknaden att med 1,5 procents tillväxt år 2060 motsvara 20 biljoner kronor – knappt sex gånger Sveriges BNP.

För att ta tillvara på de möjligheter som nu öppnar sig krävs samverkan mellan näringsliv och offentlig sektor. Om politiken ska kunna skapa rätt förutsättningar för välfärdsentreprenörerna behövs en djupare förståelse för entreprenörernas

villkor. Vilka förändringar av ersättningssystem, regelverk och andra villkor krävs för att stimulera uppväxten av en livskraftig exportsektor inom vård och omsorg?

DET ÄR FÖRSTÅS OMÖJLIGT att svara på hur stor del av marknaden som realistiskt sett skulle kunna tillhöra svenska företag. Det vi vet är att Sverige har ett antal konkurrensfördelar som det vore dumt att inte utnyttja. Vi har ett bra rykte; med god hygien, effektivt management och unika välfärdslösningar. Vi har god draghjälp, tack vare unika kundvalsmodeller och ersättningsmodeller som i stor utsträckning fokuserar på individen – snarare än organisationen. Vi har redan lyckats exportera vårdorganisation, framför allt via det svenska företaget Capio.

Den här rapporten handlar om entreprenörskapets betydelse för välfärden. Vilka faktorer kommer att vara avgörande för framgång och vilka steg måste vi ta för att lägga grunden för en positiv utveckling?



De länder som lyckas skapa en hemmamarknad för vårdorganisation kan räkna med att få en tydlig konkurrensfördel på framtidens vårdmarknad.

Inledning

FÖR 30 ÅR SEDAN var *välståndsentreprenör* ett närmast okänt begrepp. I den svenska offentliga statistiken finns i princip bara tre sfärer; näringsliv, civilsamhälle och offentlig sektor. Denna uppdelning har sedermera orsakat problem för forskare som vill beskriva samhällsutvecklingen. Hur ska man se på tjänster som produceras privat, men finansieras offentligt? Hur kategoriserar man organisationer som inte tillhör den offentliga sektorn, men som ändå producerar välfärdstjänster?

I en uppsats från *Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm* föreslår forskarna *Torbjörn Einarsson* och *Filip Wijkström* (*Einarsson & Wijkström, 2008*) att man tillför ytterligare några dimensioner till den offentliga statistiken.

En verksamhet skulle enligt dem placeras in i en matris där *produktion, finansiering* respektive *reglering* kan hänföras till en av fyra tänkbara sektorer: 1) Den ideella sektorn, 2) Hushållssektorn, 3) Företagssektorn, 4) Den offentliga sektorn. Det ger tolv olika möjligheter, även om några av dessa inte är vanligt förekommande.

I den här rapporten fokuseras på välfärdsentreprenören. Då menas en verksamhet som produceras inom företagssektorn, men i huvudsak finansieras och regleras av det offentliga.

Vi behöver också en definition av begreppet *välståndstjänster* – den tjänst som välfärdsentreprenörerna producerar. I den här rapporten kommer vi endast att behandla sjukvård och social omsorg med kringtjänster. Avgränsningen är därmed de verksamheter som regleras av antingen socialtjänstlagen eller av hälso- och sjukvårdslagen. De viktigaste tjänsterna på detta område är sjukvård, äldreomsorg, individ- och familjeomsorg samt stöd till personer med funktionshinder.

Trots den snabba tillväxten av privata utförare under en rad år ser vi stora strukturella skillnader mellan landsting och olika sektorer i samhället. Medan den inre sjukvårdsmarknaden i Storbritannien, och andra decentraliseringsreformer under det tidiga 90-talet, fick ett beställar/utförar-perspektiv har politiker på nationell och lokal nivå på senare år i ökad utsträckning betonat individperspektivet. Detta är tydligt i skolexamenreformen, liksom när det gäller *Lagen om valfrihetssystem*



(LOV). Den offentliga marknaden i Sverige präglas därmed av delvis olika perspektiv och av olika tankesätt, i viss mån beroende på vid vilken tidpunkt reformarbetet inleddes. I de tidiga modellerna var tanken att politikerna köper vård åt medborgarna; beställar/utförar-system. I de senare modellerna är det medborgarna själva som agerar på marknaden.

DEN SNABBA ÖKNINGSTAKTEN av välfärdsentreprenörer kan bero på att Sverige från början saknade den bas av ideella utförare som man ser i länder som Tyskland och Nederländerna, eller för den delen USA. Sverige har gått i täten, med införande av checksystem inom skola, primärvård och hemtjänst – reformer som betraktas som radikala även i länder som Storbritannien och USA. Man kan diskutera om detta hade varit möjligt i ett välfärdssystem där produktionen redan domi-

nerats till privata nonprofuttförare eller där ett husläkarsystem med privatpraktiserande läkare redan hade utgjort basen för primärvården.

Den snabbt växande hemmamarknaden har skapat ett unikt utrymme för välfärdsentreprenörer, bland annat *Capio*, *Praktikertjänst*, *Ambea* och *Attendo*. Capio är så gott som världsunikt – ett företag som inte bara exporterat läkemedel eller medicinsk teknologi, utan faktiskt lyckats sprida svensk vårdorganisation. Gränsöverskridande entreprenörskap i ledet närmast patienterna är ovanligt. Så det är en händelse som ser ut som en tanke att företag som Capio – grundat med kapital från löntagarfonderna – har lyckats sprida den svenska vårdmodellen utomlands.

KANSKE ÄR DE SVENSKA organisationsentreprenörerna inom vård och omsorg före sin tid? Kanske står vi inför samma utveckling här som på läkemedelsmarknaden och inom medicinteknik en gång i tiden? En snabbt växande hemmamarknad – där vård i förvaltningsform i ökad utsträckning kompletteras med privata aktörer – skulle kunna ge Sverige ett unikt försprång i förhållande till omvärlden.

Den här rapporten handlar om de svenska entreprenörerna inom vård och omsorg och deras betydelse för den regionala utvecklingen. Framtidens *Volvo*, *Ericsson*, *Ikea* och *SKF* finns med all sannolikhet här. Vi vet att vård och omsorg i framtiden kommer att vara den dominerande näringssektorn i den utvecklade delen av världen. Hur ska vi ta till vara på de möjligheter som denna marknad erbjuder?



Framtidens Volvo, Ericsson, Ikea och SKF finns med all sannolikhet här.

Demografi driver tillväxten av välfärdstjänsterna

FRAMTIDEN FÖR VÄLFÄRDSENTREPRENÖRERNA är beroende av två faktorer, dels tillväxten av välfärdstjänsterna, dels andelen av välfärdstjänsterna som utförs av privata företag och ideella aktörer.

Det görs många prognoser och rapporter om demografins betydelse för efterfrågan på sjukvård och äldreomsorg. Det går dock aldrig att komma ifrån att dessa prognoser är helt beroende av vilka antaganden som görs om utvecklingen av behovet av vård och omsorg. Om en nittioåring i genomsnitt kommer att vara betydligt friskare om 50 år än i dag kan det vara fel att utgå från dagens vårdbehov i prognoserna (*Thorslund*, 2010).

Man måste även ta hänsyn till den tekniska utvecklingen och vilka sjukdomar som kommer att dominera. Om betydligt fler äldre än i dag lever länge med demenssjukdomar är detta något som kan medföra stora kostnader.

Det är svårare att göra prognoser för sjukvården än för äldreomsorgen, eftersom sjukvårdskonsumtionen till stor del handlar om teknisk utveckling, vår ambitionsnivå och våra förväntningar. Om vi siktar på att ha en i huvudsak offentligt finansierad sjukvård lär vi behöva avsätta tillräckligt mycket för att en helt privat finansiering inte ska betraktas som ett bättre alternativ för stora grupper.

Med tanke på att omkring en halv miljon personer redan i dag har en privat sjukvårdsförsäkring i någon form är det en utmaning. Den offentliga vården måste vara minst lika effektiv som det privata alternativet. Därmed måste den offentligt finansierade vården hänga med i den tekniska utvecklingen och erbjuda ett bra alternativ, även för de lågriskgrupper som har möjlighet att få en billig privat försäkring. Annars kommer den offentligt finansierade vården att på sikt bara bli en angelägenhet för de äldre och multisjuka, som i praktiken är utestängda från den helprivata marknaden.

Inom sjukvården, men även inom omsorgen i stort, är välfärdsentreprenören och dennes villkor därför en angelägenhet för samhället i stort. Det



EU-kommissionens arbetsgrupp för demografi konstaterar att sjukvårdsutgifterna i Sverige förväntas stiga från 7,2 procent av BNP år 2003 till 8,0 procent år 2060.

handlar ytterst om vilket samhälle och vilken vård som vi vill ha. En offentligt finansierad sjukvård som går i gamla hjulspår och som inte förmår att utvecklas kan på sikt inte tävla med alternativen. För att undvika en tudelning och en segregering av våra välfärdstjänster är det nödvändigt att skapa utrymme för teknisk och organisatorisk utveckling.

Många av de kostnadsprognoser som görs för vård och omsorg är rent demografiska. Men det är inte säkert att demografin är den enda faktorn som avgör kostnadsutvecklingen, det handlar sannolikt lika mycket om hur man ser på det förebyggande arbetet och vem som gör prioriteringarna i vården. Med organisatoriska innovationer går det att få ut mer hälsa ur sjukvårdsutgifterna.

ENLIGT JÖNSSON (2004) är BNP-utvecklingen i ett land den i allt avgörande faktorn för att förklara andelen av BNP som läggs på sjukvård. Men det råder delade meningar om huruvida sjukvård är en vara som vi konsumerar proportionellt sett mer av när vi blir rikare (*Baltagi & Moscone*, 2010). Senare års forskning har ifrågasatt detta.

Att göra prognoser för sjukvårdskostnaderna och för social omsorg är därför komplicerat. En av de mer genomarbetade analyserna av demografins utmaningar presenteras regelbundet av EU. Beräkningarna tar sin utgångspunkt i ekonomisk forskning om sambandet mellan demografi och kostnader för välfärdstjänster. Det är således inte enbart en demografisk framskrivning, utan hänsyn tas även till den allmänna ekonomiska utvecklingen och våra konsumtionsmönster.

EU-kommissionens arbetsgrupp för demografi konstaterar att sjukvårdsutgifterna i Sverige för-

väntas stiga från 7,2 procent av BNP år 2003 till 8,0 procent år 2060. Samtidigt förväntas kostnaderna för äldreomsorg och stöd till personer med funktionshinder stiga från 3,5 procent till 5,8 (EU, 2009).

Sammantaget ger det en ökning från 10,7 procent till 13,8 på 50 års sikt, alltså en ökning av andelen med 30 procent. Bruttonationalprodukten uppgår i dag till ungefär 3 500 miljarder kronor. Expansionen motsvarar därmed en real ökning på ungefär 250 miljarder kronor (vid 1,5 procents tillväxt).

Det kan nämnas att dessa prognoser i huvudsak bygger på en oförändrad ambitionsnivå. Ett alternativt, och kanske mer troligt, scenario är att det offentliga skruvar ner sina ambitioner och att ökningen av skattesatserna därför bromsas. Individerna kommer då att stå för en något större del av omsorgskostnaderna. En konsekvens av detta kan bli att personer med hög inkomst i ökad utsträckning använder privata medel för att få tillgång till mer omsorg än personer med låg inkomst.

Det är inte heller orimligt att på sikt tänka sig att den offentligt finansierade marknaden för omsorg och den privata marknaden smälter samman. Skulle taxorna inom äldreomsorgen, av besparingskäl, göras mer inkomstrelaterade än i dag kan man tänka sig att övergången från offentlig finansiering till privat finansiering (via RUT-avdraget) snabbas upp. Man bör inte utesluta att detta faktiskt skulle kunna vara ett samhällsekonomiskt bättre alternativ än de skattehöjningar som annars skulle krävas.

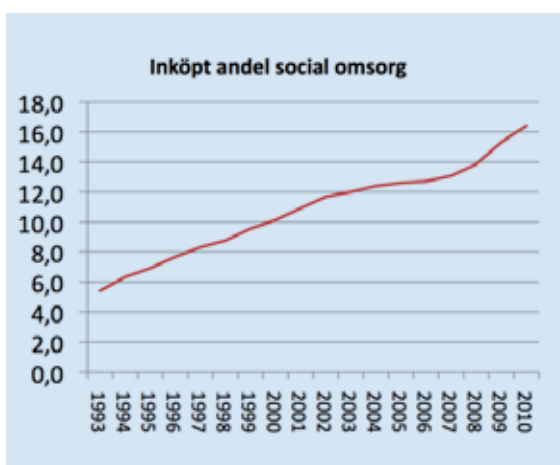
Hög tillväxt och stora regionala variationer

I NATIONALRÄKENSKAPERNA kategoriseras utgifter som antingen offentlig produktion, transfereringar eller offentliga naturaförmåner. *Offentlig produktion* omfattar bland annat välfärdstjänster i förvaltningsform. *Offentliga transfereringar* utgörs bland annat av bidrag och andra transfereringar. *Naturaförmåner* är tjänster som det offentliga betalar, men som enskilda individer konsumerar.

Vill man följa utvecklingen av välfärdsentreprenörerna över tid går det att för relevanta sektorer jämföra förekomsten av offentliga naturaförmåner med offentlig produktion.

Vissa naturaförmåner, exempelvis assistansersättning inom handikappomsorgen, klassificeras dock som transfereringar. Och läkemedelsförmånen, alltså den del av läkemedelskostnaden som staten betalar, ingår som en naturaförmån. Vill man använda nationalräkenskaperna för att beskriva hur andelen fristående utförare utvecklas inom välfärden kan det därför vara nödvändigt att göra vissa korrigeringar.

Studerar man den primärkommunala sektorn ser man att mängden verksamhet som utförs av externa utförare ökat påtagligt. Andelen av det som i nationalräkenskaperna kallas "social omsorg" och som utförs av externa utförare har de senaste 20 åren tredubblats (SCB, 2012).



Från en perifer och kritiserad verksamhet i välfärdssektorns utkant har välfärdsentreprenörernas andel av den sociala omsorgen i kommunerna vuxit till sjuutton procent 2010. Tillväxten tycks också relativt oberoende av regeringsmajoritet och konjunkturer, vilket antyder att drivkrafterna kanske inte i huvudsak är politiska. Samma sak gäller för sjukvårdssektorn. Andelen inköpt vård- och omsorg uppgår enligt nationalräkenskaperna till femton procent av den totala produktionen.

År 2010 uppgick värdet av den hälso- och sjukvård som landstingen och regionerna upphandlar till omkring 30 miljarder. Lika mycket äldreomsorg, individ- och familjeomsorg och stöd till personer med funktionshinder upphandlas av primärkommuner, alltså sammanlagt knappt 60 miljarder kronor årligen (Hjukström m fl, 2011).



Den årliga reala tillväxten för naturaförmåner (inköpta tjänster) inom äldreomsorgen uppgår enligt nationalräkenskaperna till 12 procent, vilket gör sektorn till en av de mer snabbväxande över huvud taget. Och, till skillnad från exempelvis IT-sektorn, tycks tillväxten stabil och uthållig över tid.

Samma sak gäller för vård- och omsorgssektorn i stort. Enligt en analys av konsultföretaget Grant & Thornton (Ekengren m fl, 2011) uppgår tillväxten i hela vård- och omsorgssektorn till ungefär 13 procent årligen, med en stigande tendens. Omsättningstillväxten för de stora aktörerna

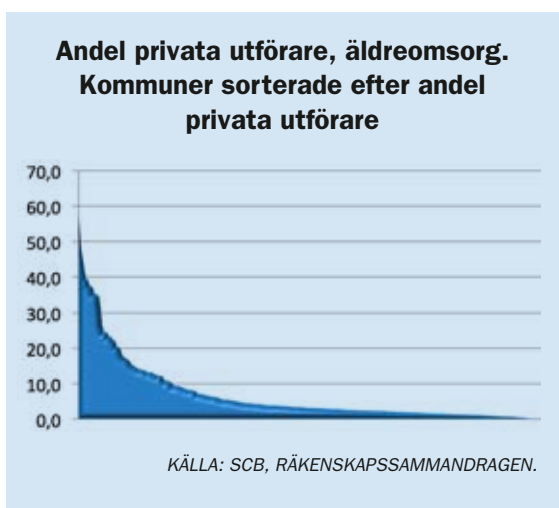


Det är inte alltid de kommuner som man förväntar sig ska ha högst andel privata leverantörer som har det. Årjäng samsas exempelvis i topp med Stockholmskommuner som Täby och Nacka.

uppgick under perioden 2006-2010 till närmare 15 procent.

Siffrorna döljer dock en stor variation mellan kommuner och regioner. Somliga kommuner har mer än hälften av äldreomsorgen i privat regi, medan andra kommuner nästan helt saknar privata entreprenörer.

Om man sorterar alla kommuner efter andelen privata utförare i äldreomsorgen ser vi att spridningen är betydande. Det är inte alltid de kommuner som man förväntar sig ska ha högst andel privata leverantörer som har det. Årjäng samsas exempelvis i topp med Stockholmskommuner som Täby och Nacka. Stockholm utmärker sig förstås med en andel privata utförare som uppgår till 30 procent (SCB, 2012).



Föga överraskande finns ett samband mellan kommunernas politiska majoritet och andelen privata entreprenörer. *Mikael Elinder* och *Henrik Jordahl* har analyserat hur politiska preferenser styr politikernas val att lägga ut verksamhet på entreprenad (*Elinder & Jordahl*, 2011). Deras slutsats är att man inte kan förkasta hypotesen att politiska preferenser är en faktor som påverkar valet av driftsform. Detta innebär dock inte att andra faktorer är oviktiga.

Det är lätt att dra slutsatsen att politiska preferenser driver utvecklingen i stort – att det är kommuner med borgerlig majoritet som beslutat att förändra välfärdens struktur. Men om politiska preferenser ensamt driver utvecklingen kan man fråga sig varför andelen entreprenörer ökar så kraftigt, trots att balansen mellan de politiska blocken varit relativt oförändrad de senaste 20 åren?

Från förvaltning till entreprenörskap

ANDELEN PRIVATA UTFÖRARE varierar påtagligt mellan olika länder. Något som skiljer Sverige från länder på kontinenten är att andelen ideella aktörer är förhållandevis liten i vårt land. I *Tyskland* utförs äldreomsorg till 49 procent av privata icke-vinstdrivande organisationer, i *Danmark* 28 procent, i *Belgien* 40 procent och i *Nederländerna* mer än 95 procent (*Meijer m fl*, 2000). I Sverige är andelen ideella utförare i regel mindre än fem procent, med några undantag. Sverige utmärker sig i dag på två sätt i förhållande till övriga Europa. Vi har en relativt liten andel nonprofittaktörer och vi har en påtagligt snabb tillväxt av privat utförd, men offentligt finansierad, vård och omsorg.

Efter sjukvårdsreformen i början av 1970-talet och en snabb utbyggnad av den kommunala äldreomsorgen intog Sverige en unik position, med en stor andel av välfärdsproduktionen i förvaltningsform (*Swartling*, 2006). Vi delar i och för sig utvecklingen under 1970-talet med ett antal andra länder, men Sverige ter sig unikt bland västeuropeiska länder genom att vi så konsekvent överförde välfärdsproduktionen i förvaltningsform. De flesta andra länder i västra Europa har traditionellt haft ett större inslag av privata och ideella utförare, inom exempelvis primärvård och äldreomsorg.

Från 1990 och fram till i dag kan man spåra en trend mot decentralisering i välfärdssektorn. Denna utveckling är inte unik för Sverige, även Storbritannien och det kontinentala Europa inledde under nittioalet genomgripande välfärdsreformer (*Propper m fl*, 2008). I Storbritannien infördes den så kallade inre marknaden i sjukvården, medan det kontinentala Europa gav patienterna möjlighet att välja mellan de försäkringskassor som i dessa välfärdssystem finansierar sjukvård och omsorg. Holland har på senare år tagit ytterligare steg genom att släppa in privata aktörer, försäkringsbolag, som finansierar i välfärdssektorn.

Tveklöst var somliga av de reformer som inleddes under 1990-talet ideologiskt inspirerade. Det gäller exempelvis den inre marknaden i Storbritannien och de reformer som genomfördes

i Sverige – framför allt i *Stockholms läns landsting*. Men vi kan notera att 90-talet också är en period då informationstekniken gör stora framsteg. Det blir lättare att mäta, kontrollera och följa upp verksamheter med offentlig finansiering. Det är inte orimligt att tänka sig att denna utveckling gjort en del av den offentliga kontrollmekanismen överflödigt och att allt fler offentliga huvudmän sett en möjlighet att bedriva verksamhet utanför förvaltningsorganisationen.

Detta behöver inte stå i motsatsställning till att utvecklingen påverkats av ideologiska överväganden. Men för den sakens skull är det inte säkert att den kraftiga ökningen av fristående vinstdrivande och icke-vinstdrivande utförare i Sverige i huvudsak drivs av politik. Man bör heller inte utesluta att de politiska övervägandena styrs av vad som fungerar i praktiken och vad som inte visat sig fungera.

OM DET VI SER PÅ VÄLFÄRDSOMRÅDET är en trend som styrs av tekniska och organisatoriska förändringar, snarare än politiska majoriteter, kan vi räkna med en betydande ökning av marknaden för välfärdstjänster. Det är dock svårt att uttala sig om vilken typ av företag som kommer att träda in när den offentliga förvaltningen drar sig tillbaka. Det kan vara större koncerner som *Aleris* och *Capio*, det kan vara franschisekoncept som *Praktikertjänst*, det kan vara den ideella sektorn.

Andelen utförare inom vård- och omsorg som är fristående från den offentliga förvaltningen varierar avsevärt mellan olika kommuner och landsting. Att göra prognoser för en framtida utveckling är svårt, i och med att denna kan påverkas av många faktorer. Transaktionskostnader, politiska majoriteter och skatteregler är bara några av dessa faktorer.



Sverige ter sig unikt bland västeuropeiska länder genom att vi så konsekvent överförde välfärdsproduktionen i förvaltningsform.

Tillväxten inom vård och omsorg drivs ur ett entreprenörsperspektiv delvis av demografiska faktorer, delvis av förändringen av andelen enskilda utförare. Den kombinerade effekten av dessa två faktorer leder till tillväxttal som mer sällan förekommer i andra sektorer.

Om vi skriver fram trenden för efterfrågan på välfärdstjänster och lägger på ökningen av andelen privata utförare får vi en hög förväntad tillväxt. Som ett räkneexempel kan vi anta att andelen omsorg fortsätter att växa med fem procentenheter per tioårsperiod och att EU:s demografiska huvudscenario faller in.

I så fall kommer den privata marknaden att 2060 utgöra hälften av välfärdssektorn, medan välfärdssektorn som helhet kommer att omfatta 14 procent av BNP. Privat vård och äldreomsorg omsätter då sju procent av BNP, eller 500 miljarder kronor om man räknar i dagens penningvärde och med 1,5 procent årlig tillväxt fram till 2060. Det är en tiodubbling jämfört med i dag.

Ett alternativt scenario är att den ideella sektorn, liksom i många andra länder, blir den dominerande. Detta avgörs dels av vilken politisk väg som Sverige slår in på, dels hur väl kommuner och landsting lyckas anpassa regelverk och ersättningsystem vid styrningen av välfärdsföretagen.

Välfärdsentreprenörer viktiga för regional utveckling

VI VET ATT TILLGÅNGEN till bra välfärdstjänster i sig är en viktig tillväxtfaktor. *Thomas Niedomysl* (*Niedomysl*, 2008) analyserar i en uppsats från 2008 vilka faktorer som avgör inomnationella flyttmönster. Han delar upp dessa faktorer i tre olika kategorier; *regionala faktorer*, *lokala faktorer* och *faktorer i bostadsområdet*. Bland de lokala faktorerna är tillgången till god sjukvård den som rankas högst, före sådant som kommunikationer, tillgång till högre utbildning, skattenivåer och kultur.

I takt med att sjukvården och omsorgen blir mer transparent genom öppna jämförelser och kvalitetsregister har flyttarna möjlighet att i



praktiken att ge uttryck för sina preferenser. Det kan med andra ord bli vårdkvaliteten, snarare än kulturutbud eller skattetryck, som avgör om en kommun blir tillväxtort eller avfolkningsbygd.

Vårdkvalitet kommer i framtiden att vara en faktor att räkna med – även i ett internationellt perspektiv. Vård och omsorg är ännu så länge en bransch med litet utbyte över nationsgränserna. Men som *Jörgen Lindell* konstaterar i rapporten *Mer vård för pengarna – genom organisatoriska innovationer* (Lindell, 2008) är potentialen betydande. Sverige är ett bra varumärke inom välfärdssektorn. Vår sjukvård är kostnadseffektiv, säker och av hög kvalitet. Vi har problem med tillgängligheten, men i övrigt uppfattas vården som effektiv.

Välfärdstjänster kommer i framtiden att vara



Det kan bli vårdkvaliteten, snarare än kulturutbud eller skattetryck, som avgör om en kommun blir tillväxtort eller avfolkningsbygd.

en av Sveriges största privata näringsgrenar – redan i dag är vård och omsorg den största offentliga. De privata företagens andel är dock ännu så länge bara 50 miljarder (*Hjukström m fl*, 2011). Eftersom det handlar om tjänster som är gränsöverskridande kommer regionernas agerande att bli helt avgörande. De kommuner och de landsting som utformar framtidens regelverk och ersättningsystem kommer också att bli de regioner som på sikt kan utgöra bas för framtidens välfärdsentreprenörer.

Läkemedelsindustrin har varit en viktig tillväxtfaktor för många svenska regioner. Ett exempel är *Medicon Village* (i Lund) och dess betydelse för *Öresundsregionen*. I Stockholm finns på motsvarande sätt en kritisk massa av företag i medicintekniksektorn. På samma sätt kan vårdsektorn som sådan bidra till sysselsättning. Att sjukvård och omsorg är en tjänstebans och ingen tillverkningsindustri hindrar inte att kvalificerade funktioner i sådana företag mycket väl kan utvecklas till en tillväxtfaktor för en region.

Modernisera och samordna ersättningsystemen

FÖREKOMSTEN AV VÅRDSKANDALER, bland annat den uppmärksammade Caremaskandalen, anses ibland bero på att offentliga medel gått till privata ägare i stället för att användas i verksamheten. Och det kan säkert förekomma brister i verksamheter som drivs av privata ägare såväl som av kommunerna.

Den snabba tillväxten i branschen till trots är rörelsemarginalerna för dagens vårdentreprenörer inte anmärkningsvärt stora. Enligt en branschstudie av *Grant & Thornton* (*Ekengren m fl*, 2011) uppgår EBITDA-marginalen¹ bland de största företagen till mellan fem och 13,1 procent. Dock medför den höga tillväxttakten att företag i branschen har en betydande potential och god lönsamhet. I genomsnitt uppgår EBITDA till ungefär 9-11 procent.

Den svenska marknaden avviker inte speciellt mycket från omvärlden när man ser till nyckeltal

och vinstmarginaler. Företag inom sektorn värderas generellt till 0,7 gånger omsättningen, vilket inte på något sätt kan betraktas som anmärkningsvärt.

Ersättningsnivån i sig, möjligheten att välja äldreboende och uppföljningen av verksamheterna är förmodligen avsevärt viktigare bestämmelsefaktorer för vårdkvaliteten än den vinst på ungefär tio procent av omsättningen som privata aktörer tar ut. Dels är vinsten en ersättning för investerat kapital, dels är variationerna i det offentliga ersättning till utförare inom vård och omsorg betydligt större än tio procent. I *Österåker* ersätts exempelvis en timme hemtjänst med 385 kronor, medan samma tjänst i *Haninge* ger en ersättning på 215 kronor (*Jonsson m fl*, 2012, s 29) – en variation på 80 procent.

När det gäller särskilt boende är det ännu ovanligt med valfrihetssystem. De flesta upphandlingar styrs därför av *Lagen om offentlig upphandling*. I vissa kommuner och landsting är priset avgörande, andra kommuner väljer att låta löften om servicekvalitet styra vem som tilldelas kontrakten (så kallad kvalitetsupphandling).

Det är tveksamt om dagens upphandlingsprocess på ett effektivt sätt förmår att styra verksamheterna mot högre kvalitet. Ännu är det enligt *Sveriges kommuner och landsting* (SKL) exempelvis endast *Stockholm*, *Lidingö*, *Nacka*, *Höör* och *Upplands Väsby* som tillämpar valfrihetssystem för särskilda boenden. Det är också svårt att tillgodogöra sig vinster av organisatoriska förbättringar när ersättningssystemen fokuserar på enskilda åtgärder eller procedurer (*Lundbäck*, 2012). Det som fungerar i ett landsting kan vara omöjligt eller olönsamt i ett annat.

Vårdkoncept snarare än vårdingrepp

LINDELL (2008) PÅTALAR ATT det är lätt att skapa drivkrafter för att utföra enskilda åtgärder så effektivt som möjligt. Det är däremot svårare att skapa incitament för att göra rätt åtgärder. Som en av de intervjuade i en undersökning av *Vinnova* uttrycker sig:

”Det skulle bli genomslag för innovationer med



Genom att samordna processerna i vården är det möjligt att göra rätt saker. I framtiden kommer offentliga beställare inte bara att efterfråga åtgärder, utan också helhetskoncept.

bra ersättningssystem och sammanhållna vårdkedjor. Det är svårt att mäta produktivitet på en övergripande nivå och det säger inget om vad patienten ville ha. Resultatbaserade ersättningssystem leder till ökad produktivitet och att man gör mer av samma sak, men det säger inte vad det var som behövde göras.”

Genom att samordna processerna i vården är det möjligt att göra rätt saker. I framtiden kommer offentliga beställare inte bara att efterfråga åtgärder, utan också helhetskoncept. Ersättningssystemen kommer att fokusera på patienter, snarare än organ och enskilda ingrepp.

Detta är en trend som står i samklang med utvecklingen där allt fler länder skapar förutsättningar för att bygga sammanhållna vårdkedjor – *”disease management programmes”*. Tyskland har etablerat en nationell primärvårdsbaserad och integrerad modell för att behandla diabetes och andra kroniska sjukdomstillstånd. Omkring 90 procent av den tyska befolkningen har tillgång till programmet, som i en utvärdering visat sig halvera dödligheten och minska vårdkostnaderna (*Stock m fl*, 2010).

I en nära framtid kan läkemedelsföretag och medicinteknikföretag i ökad utsträckning komma att fungera som partners till primärvårdsaktörer och erbjuda hela vårdkoncept, snarare än enbart insatsfaktorer. Nya möjligheter öppnar sig för vårdentreprenörer, men utvecklingen ställer också nya krav. Det kommer förstas alltså att finnas plats för tillverkare av insatsfaktorer i vårdprocessen, men de stora möjligheterna öppnar sig för entreprenörer som inte bara kan producera

läkemedel och medicinskteknisk utrustning utan även sätta in produkterna i ett sammanhållet vårdkoncept.

Tack vare goda grundförutsättningar har Sverige möjlighet att bli ledande i den internationisering av vårdmarknaden som förr eller senare måste ta sin början. *Lindell* (2008) pekar på två enskilda patientgrupper, multisyjuka och prostatacancer, där bättre vårdresultat skulle kunna uppnås till mellan 50 och 70 procent av dagens kostnad.

Utvecklingen mot att läkemedelsföretag, som arbetar mot den offentligt finansierade vården, även tar fram hela behandlingskoncept lär fortsätta. Ett exempel på detta är företaget *Baxter*, som inte bara säljer läkemedel och medicintekniska lösningar, utan även tar fram lösningar för vårdprocesser när det gäller kroniska sjukdomar.

Det kommer förstås även i framtiden att finnas utrymme för utförare som fokuserar på enskilda ingrepp, som höftledsplastik och starroperationer. Men detta kommer att vara en slimmad produktion med små marginaler. Den stora möjligheten för framtidens vårdentreprenörer öppnar sig för dem som specialiserar sig på patienter och tar tillvara den potential som finns att bygga vårdkedjor – från första vårdkontakt till mer specialiserade ingrepp.

De landsting som släpper in entreprenörskapet i *organisationen* av sjukvården, och inte bara i *produktionen*, kommer att vara de landsting som på några decenniers sikt kan få se sina vårdentreprenörer korsa gränser – inte bara till andra landsting, utan också till andra länder och kanske till och med till andra världsdelar.

Välfärd som exportprodukt

DEN DIREKTA EXPORTEN av välfärdstjänster från Sverige uppgick 2008 till 300 miljoner kronor (*Statkontoret*, 2008), samtidigt som svenska företag inom vård- och omsorgssektorn hade knappt 10 000 anställda utomlands.

Denna låga grad av internationalisering bör inte förvåna. Vård och omsorg är generellt sett branscher som präglas av lokala regleringar. Det



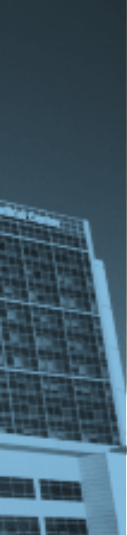
finns ofta etableringshinder och den politiska sektorn är i regel direkt inblandad vid nyetablering av verksamhet. Detta gör det svårt för sjukvårdsentreprenörer att korsa nationella gränser. Mycket talar dock för att dessa gränser kommer att luckras upp, delvis på grund av EU-rätten, delvis på grund av den tekniska och organisatoriska utvecklingen.

Viss tjänsteexport och import där patienter korsar gränser kommer att förekomma. I näraliggande länder, som *Belgien* och *Nederländerna*, hänförs 0,5 procent av sjukvårdsbudgeten till patienter som korsar gränsen. I svenska landsting kan sex miljarder kronor, alltså ungefär tre procent av sjukvårdskostnaderna, hänföras till patienter som korsar gränsen mellan olika landsting.

DEN STÖRSTA POTENTIALEN inför framtiden lär dock inte handla om att patienter korsar gränsen, utan om att svenska företag gör det. För att göra det möjligt för svenska företag att växa internationellt måste vi ha system som först gör det möjligt för företagen att växa nationellt. Trots att vård- och omsorgsföretagen växer snabbt i Sverige kan det vara svårt att etablera samma koncept i flera landsting samtidigt. Ersättningssystemen skiljer sig åt, liksom regelböckerna för landstingens utförare. De företag som trots det lyckas växa kan dock å andra sidan få en fördel genom att de blir vana att hantera variationer i regelverk och ersättningssystem.

Nutek (*Bohman m fl*, 2008) beskriver i rapporten *Svensk export inom hälso- och sjukvård samt omsorg* svenska konkurrensfördelar och problem när det gäller välfärdsexport. De största områdena för svenska välfärdsföretag som etablerat sig utomlands är somatisk specialistsjukvård, diagnostik och äldreomsorg.

En av de viktigaste faktorerna för att kunna expandera utomlands är enligt intervjupersonerna



i rapporten tillgång till referensprojekt i Sverige och en stark hemmamarknad. Ett problem är att andelen privata utförare i vårt land ännu är för liten för att ge en tillfredsställande bas.

Nutek ger tre exempel på strategier bland välfärdsföretagen. En linje är att basera satsningarna på de breda svenska välfärdssystemen.

”Äldreomsorgen med sina inslag av kundval, primärvård integrerad i närsjukvården, barn- och mödrhälsovården, vården av funktionshindrade samt individ- och familjeomsorg är några exempel på detta.”

En annan linje är att skapa klinisk excellens i partnerskap med offentliga och privata sjukhus. En tredje linje är att skapa stordriftsfördelar och att försöka bli nummer ett på ett eller flera områden i Europa (Boman, 2009, s 19).

Erfarenheten från företagen som bedriver export är att Sverige har mycket att erbjuda som härrör från organisation, ledning och relationer på arbetsplatsen att göra, såsom multiprofessionella team – *”brutna skrägränser”* och att budget- och resultatansvar i den svenska vården har delegerats nedåt i organisationen.

Enligt de intervjuade företagen i rapporten har Sverige bland annat följande fördelar:

- Bra varumärke – safe, clean and efficient
- Management – platta organisationer, liten hierarki
- Tidig ålderspuckel
- Gott hälsoläge i befolkningen
- Unika generella välfärdssystem inom bland annat mödra- och barnhälsovård, funktionshinder (fysiskt och psykiskt) och äldreomsorgen
- Alternativt organiserad sjukvård som input i till exempel bistandssektorn
- Bra hygienisk standard med låg risk för MRSA-smitta (sjukhussjuka)

Det Sverige i stor utsträckning saknar är de färdiga vårdkoncept – vårdkedjor – som lär bli allt vanligare i takt med att även andra länder fokuserar på de enskilda patienternas behov vid utformningen av organisation och ersättningssystem. *Kaiser Permanente* i USA kan utgöra en förebild för hur sådana helhetskoncept skulle kunna se ut, men naturligtvis är förutsättningarna annorlunda i Europa än i USA. Våra vårdlösningar kan inte byggas upp helt parallellt med den befintliga offentliga infrastrukturen, utan måste från början



En av de viktigaste faktorerna för att kunna expandera utomlands är enligt intervjupersonerna i rapporten tillgång till referensprojekt i Sverige och en stark hemmamarknad.

vara integrerade i systemet. Sverige är helt enkelt för litet för flera parallella helhetslösningar av typen Kaiser Permanente.

DET VI SANNOLIKT kommer att få se i Europa är därför dels primärvårdsstyrda koncept av den typ som håller på att genomföras i Storbritannien, dels lösningar orienterade efter enskilda patientgrupper, som behandlingsprogrammet för diabetes i Tyskland. Gemensamt för dessa lösningar är att de fokuserar på patienten, snarare än på enskilda insatser i vårdkedjan.

Finansieringsmodellerna kommer att se olika ut. Det kan handla om obligatoriska vårdförsäkringar, av den typ som *Nederländerna* införde 2006. Man kan basera ersättningen på husläkargrupper (*Clinical Commissioning Groups*), som i *Storbritannien*. Eller också kan det tänkas att enskilda diagnoser bryts ut ur det ordinarie finansieringssystemet, som i *Tyskland*.

Oavsett vilken lösning som dominerar Europas sjukvård kommer de länder som tillåter vård- och omsorgs-entreprenörer att bygga hela vårdkedjor att skaffa sig en konkurrensfördel. Och naturligtvis har även volymen betydelse för möjligheten att exportera. Sverige har i dag en alltför liten andel privata vårdgivare för att skapa den kritiska massa som behövs för att exportera helhetslösningar till resten av Europa.

Ytterligare en faktor, som framför allt är av betydelse för samhällsekonomin, är beskattningen av kapital i Sverige. Med förmånliga skatteregler kan Sverige tillgodogöra sig faktorinkomster från svenska företags verksamhet utomlands. Men om kapitalbeskattningen är alltför hög lär dessa inkomster hamna någon annanstans.

Rekommendationer till beslutsfattare

AVSLUTNINGSVIS några rekommendationer till beslutsfattare baserat på resonemangen i rapporten:

- Fokusera på patienten. Framtidens vård kommer inte nödvändigtvis att vara fragmenterad i 30 olika specialismråden. Specialisering är bra, men någon måste också vara specialist på hela patienten/vårdtagaren.
- Undvik att fastna i ersättningssystem som begränsar entreprenörerna inom vård och omsorg. Ställ gärna hårda krav, men fokusera hellre på resultat än på metoder.
- Låt den spontana tillväxten av ideella och privata aktörer fortsätta. Sverige är ett litet land och behöver en kritisk massa av entreprenörskap i vården för att i framtiden bli en vårdexportnation.
- Gör det möjligt för entreprenörer att växa över kommun- och landstingsgränserna. Se till att regelböckerna inte blir så komplicerade att vård-

givarna läses in inom ett visst geografiskt område.

- Det krävs stabilitet för att våga satsa. *Lagen om valfrihetssystem* (LOV) erbjuder en större långsiktighet för vårdentreprenörer än återkommande upphandlingar enligt LOU. Valfrihetssystem är också ett bra sätt att fånga upp brukarnas preferenser.
- Det är inte osannolikt att välfärdsmarknaden inom 50 år uppgår till 500 miljarder – bara i Sverige. En liknande utveckling är trolig i övriga Europa. De kommuner och regioner som skapar goda tillväxtförutsättningar för vårdentreprenörer kan på sikt bli vinnare.
- Tio procent av Sveriges BNP består av faktorinkomster från svenska företag i utlandet. Om vi ska kunna tillgodogöra sig värdet av det kunnande som sprids till andra länder krävs en förmånlig beskattning av kapitalinkomster, så att företagen väljer att behålla sina huvudkontor i Sverige.

REFERENSER

- Baltagi B H & F Moscone, 2010, *Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data*, Center for policy research, paper 46, Syracuse university
- Boman D, A Hedlin & M Arthursson, 2008, *Svensk export inom hälso- och sjukvård samt omsorg*, Nutek, Almega, Näringsdepartementet, Sveriges kommuner och landsting
- Einarsson T & F Wijkström, 2008, *Analysmodell för sektorsövergripande statistik*, EFI Civil society reports, Handelshögskolan i Stockholm
- Ekengren P, M Fagerlund & A Wallin, 2011, *Hur mår den privata vård- och omsorgsmarknaden i Sverige?*, Grant Thornton Sweden AB
- Elinder M & H Jordahl, 2011, *Political preferences and public sector outsourcing*, IFN working paper 877, Institutet för näringslivsstudier
- EU, 2009, *The 2009 ageing report: economic and budgetary projections for the EU-27 member states (2008-2060)*, European economy, 2
- Hjukström S, J Delby, M Edman, A-L Immo & M Wikstrand, 2011, *Den offentliga marknaden*, Dagens samhälle AB
- Jönsson B, G Arvidsson, L-Å Levin, C Rehnberg, 2004, *Hälsa och tillväxt: Vad betyder sjukvården*, SNS-förlag, Stockholm
- Jonsson P, M Carlander, E Frohm & M Sandberg, 2012, *Kommunernas valfrihetssystem – så fungerar konkurrensen*, Konkurrensverket, rapport 2012:1
- Lindell J, 2008, *Mer vård för pengarna – genom organisatoriska innovationer*, Nutek, Almega, R 2008:1
- Lundbäck M, 2012, *Resolving the coordination problem in health care: Limited responsibility HMOs*, opublicerad uppsats
- Meijer A, C van Campen & A Kerkstra, 2000, *A comparative study of the financing, provision and quality of care in nursing homes. The approach of four European countries: Belgium, Denmark, Germany and the Netherlands*, *Journal of advanced nursing*, 32, s 554-561
- Niedomysl T, 2008, Residential preferences for interregional migration in Sweden: demographic, socioeconomic and geographical determinants, *Environment and planning*, 40, s 1109-1131
- Propper C, S Burgess & D Gossage, 2008, Competition and quality: Evidence from the NHS internal market 1991-1999, *The Economic Journal*, 118, 525, s 138-170
- SCB, 2012, Dataunderlag från Statistiska centralbyrån med egen bearbetning, Offentlig ekonomi och mikrosimuleringar, Avdelningen för nationalräkenskaper
- Statskontoret, 2008, *Tjänster utan gränser*, Bilaga 4 till Långtidsutredningen 2008
- Stock S, A Drabik, G Büscher, C Graf, W Ullrich, A Gerber, K W Lauterbach & M Lungen, 2010, German diabetes management programs improve quality of care and curb costs, *Health affairs*, 29, 12, s 2197-2205
- Swartling P G, 2006, Den svenska allmänmedicins historia, *Läkartidningen*, 103, s 1950-1953
- Thorslund M, 2010, *Äldreomsorgens utmaningar – i dag och i framtiden*, Underlagsrapport till Timbro/Arena-kommissionen rörande välfärdens framtida finansiering, Timbro, Arena, Stockholm

