



Vårdföretagarna
● almega

Er referens
Fi2016/04014/K

Datum
2017-02-09

Vår referens
SJ/KL/HT

Finansdepartementet

Remissvar: SOU 2016:78 Ordning och reda i välfärden

Välfärds- utraderingen

Vårdföretagarnas remissvar på Välfärdsutredningen

Remissvar: SOU 2016:78 Ordning och reda i välfärden

Vårdföretagarna, som är en arbetsgivar- och branschorganisation för privata vård- och omsorgsgivare, vill härmed avlämna följande remissvar.

Sammanfattning

Vårdföretagarna avstyrker utredningens förslag om vinstbegränsning för välfärdsföretag av följande skäl:

- Utredningen misslyckas med att styrka dess utgångspunkt, att det skulle finnas ett negativt samband mellan vinst och kvalitet.
- Varje försök att reglera privata vård- och omsorgsgivares vinster är skadlig för välfärdens utveckling. Istället måste kvaliteten utvecklas, följas upp och redovisas i all verksamhet, oavsett regi.
- Utredningens förslag till vinsttak gör att rörelseresultatet i nästan alla företag blir så lågt att det i praktiken rör sig om ett vinstförbud. Det blir omöjligt att bygga upp den buffert som är nödvändig i ett långsiktigt företag.
- Det föreslagna vinsttaket skulle förhindra den ekonomiska stabilitet som utredningen eftersträvar med förslaget till ägar- och ledningsprövning.
- Med utredningens förslag hamnar åtta av tio vård- och omsorgsföretag på en rörelsemarginal under två procent. Företagen blir därmed så sårbara att de i längden inte kan överleva.
- Förslaget skulle ta bort incitamenten att driva en verksamhet effektivt, eftersom företaget då riskerar att passera det tillåtna rörelseresultatet och därmed drabbas av sanktioner och indraget tillstånd.
- Förslaget slår hårt mot alla privata alternativ, och hårdast mot idéburna alternativ, som tvingas till samma låga rörelsemarginal men i regel har sämre möjligheter till hjälp från externa finansiärer.
- Förslaget blir ett dråpslag mot patienters, brukares och assistansberättigades möjlighet att välja och välja bort vård, i och med att privata utförare tvingas avveckla sin verksamhet om förslaget blir verklighet.
- Om förslaget genomförs och därmed privata utförare tvingas lägga ner hindras välfärdens medarbetare att byta arbetsgivare. Det försvårar den nödvändiga rekryteringen av medarbetare till välfärden.
- Förslaget skulle leda till oöverskådliga samhällsekonomiska förluster, bland annat på grund av en enorm kontrollapparat, en omställningskostnad när kommuner och landsting tvingas ta över privat verksamhet, och kostnaden det innebär att driva den med sämre effektivitet.

Synpunkter på övriga förslag i utredningen:

- Vårdföretagarna tillstyrker i huvudsak utredningens förslag om ägar- och ledningsprövning för privata utförare. Tillståndsplikt bör även gälla offentligt driven verksamhet.
- Vårdföretagarna avstyrker utredningens förslag om att reservera upphandlingskontrakt och valfrihetssystem enbart för vissa aktörer liksom förslag om komplicerade särlösningar för enstaka upphandlingar. Det skulle medföra stor risk för godtycke.
- Vårdföretagarna avstyrker tillämpningen av Förvaltningslagen i Lagen om Valfrihetssystem (LOV).

REMISSVAR: SOU 2016:78 ORDNING OCH REDA I VÄLFÄRDEN	2
SAMMANFATTNING	2
KAP 5 VINSTER OCH LÖNSAMHETSMÅTT PÅ VÄLFÄRDSMARKNADEN IDAG	6
5.2.4 Drivkrafter för uppköp och större koncerner.....	6
5.3 Vad menas med vinst?.....	6
Rörelsemarginal det gängse måttet på lönsamhet	6
5.7 Avkastning på operativt kapital och mått för "övervinster"	7
5.8 Sammanfattande kommentarer	7
KAP 7 EFFEKTIVITET OCH KVALITET INOM VÄLFÄRDEN.....	7
7.1 Utgångspunkter för och förutsättningar för att bedöma effektivitet och kvalitet.....	7
7.3 Hälso- och sjukvården	7
7.4 Socialtjänsten	9
7.5 Sammanfattning och slutsatser	10
KAP 8 VÄLFÄRDEN ÄR INGEN VANLIG MARKNAD	10
Varför behövs vinster?	11
Varför kan enskilda företag gå med stora överskott?	12
8.2 Vanliga marknader och välfärdens marknader	14
KAP 9 SKÄL FÖR EN REGLERING AV VINSTER I VÄLFÄRDEN	15
9.2 Välfärdens legitimitet.....	15
Vem tillfaller effektivitetsvinsterna?	16
Risk för att offentliga monopol ersätts med privata?	17
Vinstreglering stryker den privat drivna värden och omsorgen	18
KAP 10 TILLSTÅND FÖR ATT FÅ MOTTA OFFENTLIGA MEDEL	18
10.3 Vilken verksamhet samt vilka utförare som omfattas av kravet.....	19
10.4 Närmare om kravet på tillstånd	19
Stark kritik från de forskare vars analyser förslaget baserar sig på	21
Felaktigt om "övervinster"	22
I praktiken ett vinstförbud	23
Högst tillåtna rörelsemarginal vid utredningens vinsttak i vård och omsorg	24
Utan buffert ingen framtid för verksamheten.....	25
Svängningar i bokfört operativt kapital påverkar	26
10.5.3 Möjlighet att kompensera för negativt rörelseresultat.....	27
10.6 Otillåtna värdeöverföringar samt 10.9.4 Tillsynsmyndigheternas ekonomiska granskning.....	27
10.8 Ansvariga myndigheter samt 10.9 En effektiv tillsyn	28
10.9.5 Sanktioner	28
10.12 Avgifter.....	28
10.13 Krav på att verksamhet bedrivs som juridisk person	28
KAP 11 REGLERINGEN ÄR FÖRENLIG MED EU-RÄTTEN	28
KAP 13 ÄGAR- OCH LEDNINGSPRÖVNING AV OFFENTLIGA OCH PRIVATA AKTÖRER	29
13.4 Krav på insikt, erfarenhet och i övrigt lämplig	30
13.5 Prövning av långsiktigheten	31
13.6 Övriga frågor kring handläggningen.....	32

13.7 Avgifter.....	33
13.10 Hemtjänst.....	33
13.11 Ledningsprövning av offentlig verksamhet	33
KAP 17 EN MER ÄNDAMÅLSENLIK REGLERING AV UPPHANDLING AV VÄLFÄRDSTJÄNSTER	34
17.2.1 Upphandlande myndigheter får organisera upphandlingsförfarandet vid upphandling av välfärdstjänster.....	34
17.2.3 Uteslutning och kvalificering av leverantörer.....	35
17.2.5 Särskilda kontraktsvillkor; arbetsrättsliga hänsyn och skyldigheter	35
17.5.1 Kontrakt under tröskelvärdet utan gränsöverskridande intresse ska inte omfattas av den nya lagen om offentlig upphandling.	35
KAP 18 MÖJLIGHETER ATT SÄKERSTÄLLA ÅTERINVESTERING AV VINST VID UPPHANDLING.....	36
18.1.1 Reserverad upphandling.....	36
18.1.3 Återinvestering av vinst som upphandlingskriterium	37
KAP 20 EN NY LAG OM VALFRIHETSSYSTEM	38
20.2 Möjligheten att reservera valfrihetssystem för idéburna aktörer	38
20.3 En ny lag om valfrihetssystem bör införas.....	39
20.4 De grundläggande principerna.....	39
20.5 – 20.7 Annonsering, grunder för uteslutande och avslutande	39
20.9 Möjligheten att pröva beslut i domstol	40
KAP 21 SAMVERKAN MED IDÉBUREN SEKTOR.....	41
KAP 23 KONSEKVENSER AV FÖRSLAGET	41
23.1.2 Konsekvenser för företag och idéburna organisationer	42
Förslagen slår hårdare mot småföretag i vård och omsorg.....	43
Hårt slag mot idéburen sektor	43
Risk för likvidation även av stora vårdföretag.....	44
23.1.3 Konsekvenser för brukare.....	45
Kontinuiteten hotas	45
Påverkan på valfriheten samt patient- och brukarnöjdhet.....	46
23.1.4 Övergripande samhällsekonomiska konsekvenser samt 23.1.5 Offentligfinansiella konsekvenser.....	47
Skilda ekonomiska utgångspunkter i kommunal och privat driven verksamhet.....	47
Behov av privat kapital i välfärden	49
Utredningens förslag skulle hämma rekryteringen av personal till vård och omsorg.....	49
Utredningens förslag riskerar att försämra villkoren för personal i vård och omsorg	50
Utredningens förslag hämmar innovation.....	51
Kostnader för IVO:s nya uppdrag.....	52
23.1.6 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män	52
Dråpslag mot kvinnors vårdföretagande	52
Förslagen stryper alternativen på arbetsmarknaden.....	54
Vården och omsorgen som integrationsmotor	54
AVSLUTANDE KOMMENTARER.....	55

Nedan diskuterar vi ett antal av utredningens kapitel närmare. Även i övriga kapitel finns en del fakta som inte stämmer och tendentiösa beskrivningar, där vi gör andra bedömningar än utredningen. Vi har dock valt att fokusera på de kapital som har störst vikt för de framtida förutsättningarna för valfrihet, mångfald och effektivitet i vård och omsorg.

Kap 5 Vinster och lönsamhetsmått på välfärdsmarknaden idag

Vårdföretagarna gör i vårt svar angående avsnitt 10.5 en längre analys av vinster. Där pekar vi på att vård- och omsorgsföretag är personalintensiva företag med litet behov av bundet kapital för att kunna driva verksamheten och att utredningens analys angående "övervinster" i välfärden är felaktig. Vi ber att få hänvisa till detta avsnitt.

5.2.4 Drivkrafter för uppköp och större koncerner

Utredningen menar att *"de större utförarna eftersträvar att skapa större koncerner med ökad effektivitet bl.a. genom effektiva administrativa och ekonomiska rutiner samt utvecklade rutiner i samband med upphandling"*. Utredningen bortser dock från de viktigaste skalfördelarna: möjligheten att utveckla de bästa kvalitetsystemen, utveckla koncept som brukare och patienter efterfrågar, metoder för kvalitetsuppföljning, utveckla välfärdsteknik etc.

5.3 Vad menas med vinst?

Rörelsemarginal det gängse måttet på lönsamhet

Utredningens sätt att relatera avkastningen till bokfört operativt kapital blir vilseledande och obegripligt för såväl kommuner och landsting som beställare, för vårdföretagen och för allmänheten. Det gängse måttet att mäta och jämföra lönsamhet är rörelsemarginal.

Enligt revisionsföretaget Grant Thorntons analys av vård- och omsorgsmarknaden år 2015 var den genomsnittliga rörelsemarginalen för vård- och omsorgsföretag 8,6 procent. Skillnaden mellan olika sektorer är stor. Lägst är rörelsemarginalen bland assistansföretagen.¹

Skillnaden mellan större och mindre vårdföretag är också stor, med betydligt lägre rörelsemarginal för de större företagen. Rörelsemarginalen för vårdföretag med en omsättning över 200 miljoner kronor uppgick till 4,6 procent, jämfört med 18,1 procent för företag med en omsättning under 10 miljoner kronor. Som Grant Thornton påpekar påverkas den höga marginalen i de små vårdföretagen bland annat av icke-marknadsmässiga löneuttag, på grund av gällande fåmansbolagsregler.²

Som utredningen konstaterar ligger den genomsnittliga rörelsemarginalen för företag med i huvudsak skattefinansierade verksamheter inom välfärden lägre än för tjänstesektorn som helhet.

¹ Grant Thornton (2016) *Vårdrapporten – Hur mår den privata vård- och omsorgssektorn i Sverige?*

² ibid

5.7 Avkastning på operativt kapital och mått för ”övervinster”

Utredningen analyserar avkastning på bokfört operativt kapital och drar slutsatsen att sju av tio välfärdsföretag har ”övervinster”. Som Vårdföretagarna kommenterar vidare i avsnitt 10.5 är avkastning på bokfört operativt kapital inte ett relevant mått. Denna avkastning kommer att skilja sig kraftigt åt beroende på om en verksamhet behöver binda kapital i fastigheter, maskiner etc eller inte. Vård- och omsorgsverksamhet har inte dessa behov i stor utsträckning, utan är en personalintensiv verksamhet.

Vårdföretagarna vill i sammanhanget uttrycka förvåning över att utredningen valt att fokusera sin analys och bygga sina förslag på måttet avkastning på bokfört operativt kapital. Få företag i vård och omsorg har tidigare kommit i kontakt med detta lönsamhetsmått i sin verksamhet, eller i sina kontakter med banker eller andra finansiärer. I en undersökning bland Vårdföretagarnas medlemsföretag anser 73 procent att det är otydligt vad som menas med operativt kapital. Kommentaren från en av våra medlemmar är talande: *”Har frågat min revisor. Han var också tvungen att ta reda på det, eftersom ingen av hans 300 kunder någonsin haft användning för det.”*³

5.8 Sammanfattande kommentarer

Revisionsföretaget Grant Thornton, som analyserat utredningens betänkande, konstaterar sammanfattningsvis att det inte kan påvisas att vårdföretag har en högre lönsamhet än jämförbara tjänsteföretag. Skillnaden återfinns snarare i en lägre kapitalbindning.⁴ Vårdföretagarna delar den uppfattningen.

Utredningen konstaterar också att rörelsemarginalen bland företagen i välfärden inte är *”anmärkningsvärt hög”*. Mot den bakgrunden är det anmärkningsvärt att utredningen lägger förslag om vinsttak, som i praktiken omöjliggör fortsatt verksamhet för de flesta av företagen i välfärden.

Kap 7 Effektivitet och kvalitet inom välfärden

I kapitel 7 är syftet att visa hur effektivitet och kvalitet påverkas av konkurrens och att mer verksamhet bedrivs i enskild regi, särskilt vilken betydelse förekomsten av vinstdrivande företag har. Med andra ord är detta ett nyckelkapitel, där vi kan förvänta oss att utredningens kärnfråga besvaras: leder vinst till sämre kvalitet i välfärden?

7.1 Utgångspunkter för och förutsättningar för att bedöma effektivitet och kvalitet

Utredningen menar i avsnitt 7.1.4 att en sådan slutsats bör bygga på effektstudier, och konstaterar att effektstudier är relativt sällsynta. Detta kan inte tolkas på annat sätt än att utredningen menar att tillfredsställande underlag saknas för att kunna bedöma vinstens och konkurrensens effekter. Ändå har utredningen gått vidare enligt hypotesen att vinst ger sämre kvalitet.

7.3 Hälso- och sjukvården

I fortsättningen av kapitlet redovisas fler iakttagelser som direkt undergräver denna tes. I avsnitt 7.3.1 nämns två undersökningar av patientnöjdheten. I den ena får privata mottagningar högre betyg för helhetsintryck, och i den andra uppgav en något högre

³ Webbenkät bland Vårdföretagarnas medlemsföretag i november 2016 med 502 svarande.

⁴ ibid

andel av patienter vid privata vårdcentraler att de hade en fast läkarkontakt. Utredningens uppfattning är att det av Stockholms läns landstings jämförelser av akutsjukhusen inte går att dra slutsatsen att privat drivna Catio S:t Görän är mer kostnadseffektivt. Också undersökningar i USA "visar på lite olika resultat".

Utredningens påståenden om Catio S:t Görän måste ifrågasättas. Innan sjukhuset upphandlades första gången år 2000 gick det med förlust, alltså måste en del av stockholmarnas skattepengar som var avsedda för vård istället användas till att täcka sjukhusets underskott. Idag är vården på sjukhuset 10-15 procent billigare för landstinget än jämförbar vård på andra sjukhus i Stockholm. Landstingets jämförelser med övriga akutsjukhus visar att Catio S:t Görän har minst lika god kvalitet och tillgänglighet som övriga, att de har mer nöjda patienter, mer nöjda medarbetare och alltså lägst kostnad för att producera vård.

I Dagens Medicins rankning Sveriges bästa sjukhus återfinns de sjukhus som drivs helt, eller delvis, privat i det absoluta toppskiktet. I kategorin mindre sjukhus kom lasarettet i Motala, där halva verksamheten drivs av Aleris på andra plats. På tredje plats kom Catio S:t Görans sjukhus och på fjärde plats Bollnäs sjukhus. Toppresultatet i Dagens Medicins undersökning bekräftar vilken nytta landstingen har av samarbete med skickliga privata vårdgivare.⁵

I avsnitt 7.3.1 tycker sig utredningen dock ha hittat belägg för att offentlig vård har en högre medicinsk kvalitet än enskilt driven vård. Utredningen hänvisar till en rapport från Vårdanalys (2012) och menar att en analys inom Svenska höftprotesregistret skulle visa att privat drivna kliniker hade sämre kvalitet. Resultatet uppstår efter att materialet justerats för patientsammansättningen. Justeringen gjordes för att privata kliniker hade tagit emot en större andel patienter med lägre risk. Vi vill dock påpeka att Vårdanalys manar till försiktighet när det gäller att dra slutsatser av resultatet, eftersom högriskpatienter inte omfattas av Vårdvalet. Därmed vet vi inget om hur de privata klinikerna hade lyckats om de också fått operera högriskpatienter.

I de följande avsnitten resonerar utredningen kring effekterna av vårdvalsreformen. Vi vill påminna om att regeringen dragit tillbaka uppdraget att utreda vårdvalets framtid. Resonemangen tycks ha kommit med i utredningen på grund av utredarens personliga antipatier mot reformen. I avsnitt 7.3.2 hävdar utredningen att det inte går att dra slutsatser om tillgänglighet och kontinuitet efter vårdvalsreformen. Vi menar dock att tillgängligheten ökat. Sedan vårdvalet infördes har 450 000 fler svenskar fått en vårdcentral inom fem minuters körtid med bil.⁶ Enligt Vårdanalys är det endast en procent av Sveriges befolkning som i dag har ett reseavstånd på mer än 20 minuter med bil till sin närmaste vårdcentral. Vårdanalys har vidare konstaterat att fyra av fem patienter, tack vare vårdvalet, numera har minst två vårdcentraler i närheten att välja mellan.⁷

I SKL:s nationella patientenkät i primärvården framgår att patienterna upplever att kontinuiteten är bättre hos de privat drivna vårdcentralerna. 64 procent av patienterna hos de privata vårdcentralerna uppger att de får träffa samma läkare vid sina besök hos

⁵ Dagens Medicin nr 1-3, 2017: *Sveriges bästa sjukhus 2016*

⁶ Konkurrensverket (2012) *Val av vårdcentral – Förutsättningarna för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen*

⁷ Myndigheten för vårdanalys (2014) *Låt den rätte komma in*

vårdcentralen. Motsvarande siffra för de landstingsdrivna vårdcentralerna är 47 procent.⁸ Läkarförbundets undersökning bland läkarna i primärvården bekräftar bilden av bättre kontinuitet. 73 procent av läkarna vid privat drivna vårdcentraler är nöjda med att kunna erbjuda fast läkarkontakt, medan endast 45 procent av läkarna vid landstingsdrivna vårdcentraler är det.⁹

Vårdvalets fördelningseffekter diskuteras i avsnitt 7.3.3. Mönstret går igen, utredningen menar att det är svårt att se någon effekt. Vi menar dock att det finns tydliga indikationer på att vårdvalets positiva effekter kommit alla patientgrupper till del, inte minst de med störst vårdbehov. Vårdanalys har visat att vårdvalet inte har påverkat jämlikheten i sjukvården negativt. Patienter med låg utbildning och låg inkomst använder primärvården mer, både före och efter vårdvalets införande. Patienter med allvarligare sjuklighet har, sedan vårdvalet infördes, i absoluta tal ökat antalet läkarbesök mer än andra patienter i alla de tre granskade landstingen. I två av de tre landstingen har patienterna med allvarlig sjukdom också ökat sitt vårdnyttjande mer relativt sett än andra.¹⁰ Också när det gäller kostnader och kvalitet menar utredningen att det inte går att dra slutsatser om vårdvalsreformens effekt. Såväl Vårdanalys som en expertgrupp hos ESO har dock konstaterat att tillgängligheten i primärvården ökat inom en i stort sett konstant kostnadsram¹¹.

7.4 Socialtjänsten

Också på Socialtjänstens område, avsnitt 7.4, har utredningen svårt att hitta belägg för tesen att vinst leder till sämre kvalitet. I avsnitt 7.4.1 hittas inga större skillnader vad gäller klagomål och anmälningar. Vad gäller brukarundersökningar påpekas att den Socialstyrelsen genomförde 2015 visade på en något högre sammantagen nöjdhet bland boende i offentligt drivna äldreboenden. Vi vill påpeka att denna skillnad var uträddad i motsvarande undersökning 2016. I brukarundersökningar för såväl hemtjänst som personlig assistans konstaterar utredningen att privata alternativ får bättre omdömen.

Utredningen hänvisar till en studie av Arwidsson och Westerberg från 2012 som visade att personaltäthet och utbildningsnivå tenderar att vara lägre för företag som ägs av riskkapitalbolag. Det är anmärkningsvärt att utredningen i sammanhanget inte nämner att dessa bolag trots detta lyckas bättre än sina konkurrenter på de flesta kvalitetsindikatorer som studien omfattar.¹²

Utredningen ifrågasätter också den så kallade Östersundsstudien, som visade att ett privat äldreboende lyckades något bättre till väsentligt lägre kostnad än ett identiskt offentlig drivet boende.

Utredningen konstaterar också att det inte finns belägg för påståendet att de ökande kostnaderna för personlig assistans skulle bero på privata utförares intresse att göra

⁸ Vårdföretagarna (2016) *Patienttoppen 2016*

⁹ Läkarförbundet (2016) *Specialistläkarnas förutsättningar att ge god vård och service på vårdcentralerna*

¹⁰ Vårdanalys (2016) *Vårdval och jämlik vård inom primärvården*

¹¹ Vårdanalys (2014) *Låt den rätte komma in* samt Andersson, Janlöv, Rehnberg ESO (2014) *Konkurrens, kvalitet och kontrakt – hälso- och sjukvård i privat regi*

¹² Arwidsson och Westerberg (2012): *Profit Seeking and the Quality of Eldercare*, s 34.

vinst. Det kan också, enligt utredningen, bero på att brukares behov tas tillvara olika hos privata respektive offentliga utförare.

Det finns sammanfattningsvis inte något som tyder på att det är lönsamt att tillhandahålla välfärdstjänster med låg kvalitet eller att de mest lönsamma välfärdsföretagen har lägre kvalitet än andra.¹³

7.5 Sammanfattning och slutsatser

I kapitlets sammanfattning konstaterar utredningen att skillnaderna är små och kunskaperna bristfälliga när det gäller regiformer.

Vårdföretagarna menar att det underlag som presenteras i kapitlet är ofullständigt och i flera avseenden feltolkat. Utredningen gör vad den kan för att ifrågasätta allt som indikerar att grundförutsättningen för utredningen - att vinst ger sämre kvalitet - är fel, vilket är i princip alla kvalitetsjämförelser, analyser och forskning som rör svensk vård och omsorg.

Men även om utredningen hade rätt i sitt ifrågasättande av dessa fakta skulle det ju inte räcka för att dra slutsatsen att vinst påverkar kvalitet och effektivitet negativt. Det skulle kräva att de samlade utvärderingarna verkligen visade att privata vinstdrivande alternativ håller lägre kvalitet än de som drivs offentligt.

Det vore fullkomligt absurt om Riksdagen med detta som underlag skulle besluta att ersätta dagens system med ett annat, särskilt som utredningen inte ens försöker att styrka att detta nya system skulle leda till bättre kvalitet och högre effektivitet.

Kap 8 Välfärden är ingen vanlig marknad

I avsnitt 8.3 förs ett resonemang om vinstsyftets för- och nackdelar. Här förekommer en rad ostyrkta påståenden, till exempel: "Som framgår av avsnitt 7 finns tydliga indikationer på att konkurrensen och/eller den ökande andelen privat regi inom skolväsendet och inom hälso- och sjukvården haft segregerande effekter eller bidragit till segregation".

Som vi konstaterar ovan framgår detta inte alls av kapitel 7 i utredningen. Stödet för påståendet om att konkurrens i vården missgynnar dem med störst behov skulle möjligen vara analysen av höftprotesregistret, men även den haltar som sagt, om uttrycket tillåts.

Vi vill här redovisa våra argument för att vinsten behövs och varför vinstbegränsning eller vinststopp skulle skada vår välfärd.

¹³ Henrik Jordahl och David Sundén (2016) *Vinstbegränsning i välfärden – Om välfärdsutredningens utgångspunkter och de samhällsekonomiska konsekvenserna av att begränsa välfärdsföretagens vinster*. Svenskt Näringsliv.

Vinstbegränsning eller vinststopp är fel väg därför att:

- Vinst är en bekräftelse på kvalitet och effektivitet
- Med bra uppföljning, valfrihet och konkurrens är det den som levererar bra vård som går med vinst
- Vårdföretag måste fritt förfoga över sitt överskott och kunna dela ut vinst, precis som alla andra aktiebolag, så att de som satsat i företaget har möjlighet att få något tillbaka. Detta är en förutsättning för att företaget ska kunna locka till sig kapital och därmed kunna starta och utvecklas.
- Möjlighet till utdelning är särskilt viktig för små företag, där företagaren inte sällan avstår från lön för att långt senare, om och när företaget lyckas gå med överskott, få kompensation för lönebortfallet i form av utdelning.
- Vinst gör det möjligt att bygga upp buffert i verksamheten för att klara svängningar i efterfrågan eller oförutsedda kostnadsökningar.
- Problemet är inte utförare som är effektiva, håller budget och lyckas gå med vinst. Problemet är utförare som är ineffektiva och går med förlust.

Vinstfrågan går inte att diskutera som en isolerad fråga. Vinsten är central för alla aktiebolag och det är inte möjligt att lagstifta bort vinster utan att samtidigt lagstifta bort de enskilda företagen. Även om vinsten är central och nödvändig innebär det inte per definition att det är den främsta drivkraften.

Varför behövs vinster?

Företagsamma människor måste kunna få en återbäring/vinst för sin arbetsinsats, precis som den som är anställd har rätt till sin lön. Vinsten behövs för att ersätta för risk som tas när pengar satsas i företaget och för att bygga upp medel i företaget för att kunna göra framtida investeringar. Vinsten behövs också för att bygga upp en ekonomisk stabilitet i företaget så att tillfälliga nedgångar kan klaras.

Om de som satsar pengar i företaget inte kan få ersättning för den risk som tas kommer de flesta företag i välfärden på sikt att avvecklas. Utan företag kommer heller inte någon reell mångfald av aktörer inom välfärden att finnas. Då finns heller inte någon reell valfrihet för patienter och brukare.

Vinstutdelningen krävs alltså för att någon ska vilja investera privata pengar i välfärden. I praktiken satsar ingen pengar i ett företag om det knappt ger mer än bankräntan samtidigt som det finns en risk att du inte får något tillbaka om företaget inte uppnår lönsamhet. Erfarenheten från SVB-bolagen visar detta. Sedan SVB-formen infördes 2006 har det varit fullt möjligt för entreprenörer att starta sin verksamhet i den bolagsformen. I dag finns endast fyra verkamma SVB-bolag inom vård och omsorg enligt Bolagsverket (vilket kan jämföras med ca 12 000 aktiebolag). Två är försatta i konkurs. De andra är omvandlade stiftelser. Det är en tydlig indikation på att entreprenörer föredrar att arbeta i en verksamhet där det är möjligt att gå med överskott.

Påverkas kvaliteten av vinst och vinstutdelning?

Ja – positivt. Företag har drivkrafter att minska onödiga kostnader, göra ständiga förbättringar och vara effektiva och innovativa. Men då krävs att företagen får bedriva sin verksamhet utan onödiga restriktioner och med förutsägbara regler. De mekanismer

som skapar kvalitet och värde på andra områden fungerar likadant när det gäller välfärdstjänster.

Det finns inte något som tyder på att det är lönsamt att tillhandahålla välfärdstjänster med låg kvalitet, eller att de mest lönsamma välfärdsföretagen har lägre kvalitet än andra.¹⁴

Ska inte skattemedel gå till verksamheten snarare än till vinst?

Om kvalitet är i fokus är det viktigaste för politiken att säkerställa att skattemedlen används på bästa sätt i verksamheten. Att skattemedel går till verksamheten är inte någon garant för en god kvalitet. Det viktigare är snarare att resurserna används på rätt sätt. De bästa verksamheterna är långt ifrån alltid de dyraste. För att få till en kvalitetsutveckling som samtidigt är kostnadseffektiv krävs konkurrens och för konkurrens krävs möjligheter till återbäring/vinst.

Ersättningen till privata vård- och omsorgsgivare är oftast den samma, eller lägre, än ersättningen till verksamheten i offentlig regi. Därigenom får skattebetalarna ut lika mycket, eller mer, verksamhet för skattemedlen. I synnerhet om man också beaktar att verksamhet i offentlig regi inte sällan går med underskott. Till exempel gick den landstingsdrivna primärvården med underskott i 16 av 21 landsting år 2015. I sju av tio kommuner som har LOV går den kommunalt drivna hemtjänsten med underskott. Det ekonomiska läget i den offentligt drivna vården och omsorgen är en viktig fråga i diskussionen om skattemedel används på rätt sätt, men den har utredningen inte tagit upp alls.

Varför kan enskilda företag gå med stora överskott?

Utredaren har under utredningens gång frågat oss vad förklaringen kan vara till att enskilda företag kan visa höga marginaler. För det första är det väl så vanligt att verksamheter har svårt med sin ekonomi inom vård och omsorg. Priserna pressas i både LOU-upphandlingar och LOV-system. Men i de fall företag redovisar goda resultat kan det finnas flera skäl. Här är de viktigaste:

1. Nöjda kunder. Den som kan leverera god kvalitet och ha nöjda brukare/patienter samt beställare samtidigt som man hushållar med resurserna kommer långsiktigt att ha bättre marginal än den som har missnöjda kunder. God kvalitet genererar hög beläggning och stadig efterfrågan.
2. Nöjda medarbetare. Bra verksamhet kännetecknas exempelvis av låga sjuktal, låg personalomsättning, hög kontinuitet i ledarskap och bra kontroll på inköpsprocesser. Allt detta bidrar till sänkta kostnader i kombination med god kvalitet.
3. Innovation. Om ett företag utvecklar eller förändrar verksamheten genom till exempel en effektivare behandlingsmetod eller ett effektivare arbetssätt blir lönsamheten högre fram tills att även konkurrenterna tillägnat sig innovationen, och därmed genom lägre priser driver ned marginalerna.

¹⁴ Henrik Jordahl och David Sundén (2016) *Vinstbegränsning i välfärden – Om välfärdsutredningens utgångspunkter och de samhällsekonomiska konsekvenserna av att begränsa välfärdsföretagens vinster*. Svenskt Näringsliv.

4. Brister i offentlig drift, ovana vid upphandling. Om den ursprungliga offentliga verksamheten varit ineffektiv kan en duktig entreprenör som tar över verksamheten arbeta på ett bättre sätt och därmed sänka kostnaderna och samtidigt leverera god kvalitet. Kommunen får tjänsten till lägre kostnad, samtidigt som företaget gör ett överskott. Denna effekt uppstår dock oftast bara vid den första upphandlingen. Nästa gång verksamheten handlas upp brukar marginalen minska avsevärt.
5. Företagets kapitalstruktur. Ett typiskt exempel är att om företaget hyr sin lokal kommer hyran som kostnad i rörelsen. Om företaget äger fastigheten blir det ingen hyreskostnad, och endast avskrivningen belastar rörelseresultatet men inte räntekostnaden. Detta kan i många fall göra en skillnad på runt tio procentenheter i rörelsemarginal.
6. Beläggningsnivån. Många verksamheter, till exempel gruppboenden enligt LSS, kan inte räkna med full beläggning hela tiden. Ett gruppboende måste kunna gå runt även om bara exempelvis fem av sex platser är belagda. Om platserna under en period är mycket efterfrågade blir rörelsemarginalen stor under perioden.
7. Tidsfaktorn. Marginalen ett visst räkenskapsår är ett meningslöst mått. T ex har en friskola, eller verksamhet enligt LOV (med pengsystem), startkostnader innan den ens har kommit igång vilket gör att uppstartsperioden ofta innebär stora underskott som ägaren rimligtvis måste få en chans att tjäna igen. Ett annat exempel är entreprenadupphandlingar, där kontraktstiden ofta kan vara kort, t ex tre år. Företaget har startkostnader som inte täcker intäkterna det första året. Första verksamhetsåret går ofta knackigt då verksamheten byggs upp eller omstruktureras. År två går i bästa fall bra och år tre börjar förberedelserna för ny upphandling eller avveckling. År fyra kommer kostnaderna för avveckling. Vilket av dessa årsbokslut för företaget som levererar en upphandlad tjänst visar "rätt marginal"? Företagets anbud utgår från en kalkyl som täcker in hela avtalsperioden. Samma problem finns inom LOV-området där uppstartsperioden ofta innebär stora underskott som ägaren rimligtvis måste få en chans att tjäna igen.
8. Ägaren arbetar i verksamheten. Företag där ägaren är aktiv i verksamheten uppvisar ofta högre marginal då hen ofta tar ut en relativt låg lön och i stället, när finanserna så tillåter, tar ut utdelning. Av lätt insedda skäl syns detta tydligast i små företag.
9. Koncerner. Gemensamma kostnader inom koncernen kan hanteras olika i olika koncerner. Detta gör att marginalen i dotterbolag inte går att jämföra med varandra.
10. Behov av att bygga upp finansiell stabilitet. För att stå emot t ex minskning i intäkterna till följd av tillfälligt eller permanent färre patienter/brukare krävs tillräcklig ekonomisk buffert. För att bygga upp en sådan stabilitet krävs goda rörelsemarginaler. I upphandlingar ställs även krav om ekonomisk stabilitet för att få medverka som leverantör.
11. Behov av att bygga upp medel för investering och expansion. För att göra investeringar behövs såväl egna som lånade medel. Möjligheten att låna beror i sin tur på att företaget har en stabil ekonomi med god soliditet. Att expandera ett framgångsrikt koncept till fler brukare genom att t ex öppna fler enheter kräver att det finns lönsamma enheter och/eller ackumulerat kapital som kan kompensera för den ekonomiska förlust som en expansion normalt innebär de första åren.

Till detta kommer att personalintensiva företag generellt har högre vinstmarginal i förhållande till kapital än kapitalintensiva företag då de har mindre fasta tillgångar såsom maskiner och kapital. Istället utgör humankapital den stora insatsfaktorn, vilket inte syns i balansräkningen i företaget. Detta gäller i särskilt hög grad inom vård och omsorg. Humankapitalet består dels av medarbetarna och deras kompetenser, dels av arbetsmetoder, stödsystem och andra immateriella tillgångar som gör att verksamheten kan bedrivas mer effektivt. Värdet av detta skulle i den föreslagna modellen vara noll, och således inte ha något värde av att byggas upp. Vinst och resultatmått relaterade till kapital blir därför missvisande för dessa branscher.

8.2 Vanliga marknader och välfärdens marknader

I avsnitt 8.2.2 hävdas att besparingar i valfrihetssystem som uppstår när privata utförare effektiviserar inte kommer skattebetalarna till godo utan hamnar hos utföraren i form av vinst. Det är fel – när vinsten används för att höja kvaliteten eller investering i ytterligare välfärd ger det ytterligare valuta för skattepengarna. När motsvarande offentliga utförare går med förlust måste de offentliga utförarna lära av de privata. Om också offentliga utförare lyckas sänka sina kostnader går det även i ett valfrihetssystem att sänka ersättningen, eller höja kraven utan att öka ersättningen.

I samma avsnitt hävdar utredningen att det finns en inbyggd motsättning mellan att å ena sidan upprätthålla kvalitet genom inträdeskrav och å andra sidan att skapa konkurrens genom många utförare. I teorin är detta förstås riktigt. Men höga inträdeskrav är inget unikt. I många andra branscher ställs mycket höga krav utifrån till exempel miljöhänsyn eller människors säkerhet och hälsa, men vi lyckas ändå upprätthålla en konkurrens som gynnar konsumenterna.

I avsnittet påpekas att kvalitetsinformation ofta inte är tillgänglig för beställare eller brukare av välfärdstjänsterna. Därmed kan det vara svårt att göra rationella val. Detta är dock inte unikt för vård och omsorg, utan detsamma gäller många komplexa tjänster och varor. Det kan i sammanhanget påtalas att landsting och kommuner gjort vissa insatser för att öka tillgången till information och jämförelser. Många privata vård- och omsorgsgivare har också på egen hand arbetat för att minska informationsunderskottet, genom egna kvalitetsindex, kvalitetsbokslut och kvalitetsinformation om deras verksamheter på webbplatser etc.

Här finns fortsatt en stor utvecklingspotential. Vårdföretagarna tar redan ett stort ansvar genom krav på medlemsföretagen att vara transparenta vad gäller kvalitetsarbete, ägarförhållanden med mera, och ingår i samarbetet med övriga parter om webbplattformen Välfärdsinsyn. Även stat, landsting och kommuner kan göra mycket mer för att göra informationen tillgänglig och underlätta människors val. Ju bättre information, desto mer kan valfriheten bli kvalitetsdrivande.

Utredningen har också rätt i påpekandet att omfattande förfrågningsunderlag i upphandlingar kan stänga ute mindre aktörer. Också här finns en utvecklingspotential. Upphandling av vård och omsorg bör enligt Vårdföretagarnas mening fokusera mer på utfall och resultat. Ett sätt kan vara att upphandla mer funktion istället för att detaljstyra utförarnas innehåll och organisation, något som ger förutsättningar för mångfald och utveckling av välfärdstjänsterna.

I avsnittet hävdar utredningen att vikten av kontinuitet inom välfärdstjänster gör att många i praktiken inte byter utförare, även om verksamheten håller låg kvalitet. Vi

instämmer i att kontinuiteten är viktig. Konkurrensen har också bidragit till ökad kontinuitet, till exempel inom primärvården där patienter i högre grad får träffa samma läkare hos de privata utförarna. Vi vill samtidigt påpeka att möjligheten att byta utförare är kvalitetsdrivande. Det kan räcka med överhängande hotet om att byta för att en vårdgivare ska förbättra sig.

Kap 9 Skäl för en reglering av vinster i välfärden

Vårdföretagarna anser att det för förtroendet för den gemensamt finansierade välfärden är angeläget att varje skattekrona används rätt och att medborgarna kan känna sig trygga med att den som behöver vård och omsorg får det. Det är vidare viktigt att säkra att de aktörer som verkar på huvudmännens uppdrag är seriösa och bidrar med verksamhet av hög kvalitet för medborgarna.

Vårdföretagarna menar mot den bakgrunden att utredningen kommer till fel slutsatser på en rad väsentliga punkter.

Utredningen menar att det faktum att det idag inte finns vinstregleringar ökar *”risken för att oseriösa aktörer genom bedrägerier eller andra former av kriminalitet försöker föra medel ur välfärden”*. I nästa mening skriver utredningen att en reglering skulle *”hantera de avarter i form av övervinster som förekommit i välfärden...”*. Varje enskilt fall av kriminalitet är allvarligt, oavsett om det är fall i privat eller offentlig regi. Oseriösa aktörer ska hållas borta från välfärden.

Men det som utredningen kallar *”övervinster”* och *”avarter”* är däremot högst vanliga rörelsemarginaler hos seriösa privata vård- och omsorgsgivare, som gör stor nytta för patienter och brukare. Det är anmärkningsvärt att utredningen inte ser att det är två helt olika frågor, utan kopplar samman kriminalitet i välfärdssektorn med frågan om vinst hos vanliga vårdföretag. Det är oförskämt av utredningen mot alla seriösa privata vård- och omsorgsgivare att göra sådana kopplingar.

9.2 Välfärdens legitimitet

Utredningen argumenterar för att en vinstreglering behövs för välfärdsystemens legitimitet. Vårdföretagarnas bedömning är att andra frågor än vinst har stor betydelse för välfärdssystemens fortsatta legitimitet. Det handlar till att börja med om patienterna och brukarnas nöjdhet med vårdgivarna.

I Socialstyrelsens årliga mätningar av brukarnöjdheten inom äldreomsorgen är den sammantagna nöjdheten inom hemtjänsten lika hög eller något högre i privat regi jämfört med offentlig regi. Andelen äldre som anser att de alltid eller ofta kan påverka tider när personalen kommer, alltid eller oftast kommer på avsatt tid är högre i privat regi. Motsvarande gäller för äldreboenden i privat regi.¹⁵

I SKL:s nationella patientenkät för primärvården är patientnöjdheten hos privat drivna vårdcentraler högre än hos de landstingsdrivna vårdcentralerna. När det gäller kontinuitet i kontakterna får de privat drivna mottagningarna väsentligt högre betyg än

¹⁵ Socialstyrelsen (2016) Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016- En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende

de landstingsdrivna av patienterna. När det gäller övriga kvalitetsparametrar är skillnaderna mindre, men entydiga.¹⁶

Det handlar också t ex om i vilken mån patienter kan få god vård inom rimlig tid. De privata vårdgivarna är idag en förutsättning för att hälso- och sjukvården ska fungera. Nästan 24 miljoner patientbesök gjordes hos privata vårdgivare i hälso- och sjukvården under 2015¹⁷. Därtill kommer alla de operationer och andra behandlingar som patienter får i slutenvård hos privata vårdgivare. Utan de privata vårdgivarna skulle vårdköerna öka dramatiskt.

En annan fråga av avgörande betydelse för välfärdens legitimitet är att det finns äldreboenden för de äldre som inte längre kan bo kvar hemma. De privata omsorgsgivarna står idag för en mycket stor del av utbyggnaden av särskilt boende i äldreomsorgen. 26 procent av nybyggandet av äldreboenden sker, enligt Boverkets statistik, i privat regi. I delar av landet är siffran väsentligt högre. I Stockholms stad bedöms hela 65 procent av det förväntade nytillskottet av särskilt boende för äldre ske av privata aktörer. Utredningens förslag äventyrar detta viktiga tillskott av äldreboendeplatser. Kommunerna kommer ensamt behöva ansvara för nybyggandet, öka sin upplåning och stå ensamt för den ekonomiska risken.

Medborgarnas syn på valfrihet och vinstförbud

När opinionsinstitutet Ipsos i en opinionsundersökning frågade medborgare vad som är viktigt för att sjukvården ska utvecklas på ett bra sätt i framtiden var det endast tre procent som alls berörde vinstfrågan. Betydligt viktigare bedömdes t ex mer personal, kortare vårdköer, fler vårdplatser och utbildning/kompetensutveckling. När det gällde äldreomsorg var bilden likartad, även om andelen som nämnde vinst var något högre, åtta procent. Det innebär att 92 procent bedömde att helt andra faktorer, som mer personal och personalkontinuitet var viktigare för äldreomsorgen.¹⁸

När det gäller svenska folkets attityd till vinster i välfärden finns det, som utredningen själv konstaterar, en paradox. Opinionsen är å ena sidan starka anhängare av valfrihet i välfärden, å andra sidan skeptiska till vinstutdelning. Men om medborgarna måste välja, vilket är då viktigast? Det har Ipsos undersökt. 60 procent av medborgarna svarar att det är viktigast att själv kunna välja mellan såväl privata företag som kommuner och landsting, medan endast 25 procent svarar att det är viktigast att det införs ett förbud mot vinstutdelning för företag som bedriver verksamhet inom skola, vård och omsorg.¹⁹ Så i valet mellan fortsatt valfrihet eller vinstförbud anser en klar majoritet att valfriheten är viktigast.

9.3 Välfärdsområdet är ingen vanlig marknad

Vem tillfaller effektivitetsvinsterna?

Utredningen menar att svårigheter att mäta alla aspekter av kvalitet medför risk för suboptimering och brukarselektering. Vårdföretagarna vill påpeka att det inte finns

¹⁶ Vårdföretagarna (2016) *Patienttoppen 2016*

¹⁷ SKL:s verksamhetsstatistik för hälso- och sjukvården 2015

¹⁸ David Ahlin, analytiker hos Ipsos (2016):

<https://opinionslaget.wordpress.com/2016/08/28/opinionen-i-vinstfragan-rymmer-till-synes-motstridiga-asikter/>

¹⁹ ibid

några optimala styrsystem i välfärden, men de flesta studier tyder på att förekomsten av privata vård- och omsorgsgivare i sig inte har lett till sådana problem inom vård och omsorg.²⁰

Utredningen menar vidare att kommuner och landsting inte kan tillgodogöra sig de privata aktörernas eventuella effektivitetsvinster. Vårdföretagarna är av motsatt uppfattning. Det är en "win-win-situation" när landsting och kommuner upphandlar verksamhet, eller inför valfrihetssystem enligt LOV/vårdval. Genom upphandling får huvudmannen, tack vare konkurrensen, tjänsten till bästa möjliga kvalitet till visst pris, eller, som i många fall, till lägsta pris. Som exempel kan nämnas att sjukvården vid Capio S:t Görans sjukhus är 10-15 procent billigare för landstinget än jämförbar vård på andra sjukhus i Stockholms läns landsting. Genom upphandling får kommunen eller landstinget också en referenspunkt i förhållande till den egna regin.

I valfrihetssystem kostar den privat drivna vården eller omsorgen inte en krona mer än den offentligt drivna. Det kan snarare konstateras att kommunernas och landstingens egenregiverksamhet inte förmår att driva sin verksamhet på den ersättning som huvudmännen ger de privata aktörerna, utan går med förlust. Sedan vårdvalets start har den landstingsdrivna primärvården kostat skattebetalarna nästan en miljard kronor mer än motsvarande privat driven verksamhet²¹. I sju av tio kommuner som infört LOV i hemtjänst går den kommunala verksamheten med underskott²². Utan de privata aktörerna hade de offentliga utgifterna blivit än högre.

Risk för att offentliga monopol ersätts med privata?

Utredningen skriver i avsnitt 9.5 att det inte har blivit den stora mångfald i utbudet som var tanken när valfrihetsreformerna infördes och att brukarnas möjlighet att välja tjänster med olika innehåll därför är begränsade. Vårdföretagarna vill betona vilket ansvar huvudmännen har när det gäller att skapa förutsättningar för mångfald. Kommuner och landsting har i alltför hög grad detaljreglerat verksamheten genom sin utformning av regelböcker, förfrågningsunderlag och ersättningssystem.

Vi ser dock många exempel på ökad mångfald, t ex att privata hemtjänstanordnare kan möta behovet av hemtjänst på olika språk och äldreomsorgsföretag som Kavat Vård som erbjuder äldreboenden med språklig och kulturell inriktning. I Göteborg har den privat drivna vårdcentralen Västerläkarnas särskilda äldremottagning tjänat som förebild för de satsningar som sedan gjorts i Region Skåne och Stockholms läns landsting på verksamhet anpassad till äldre patienters behov.

Utredningen ser en fara att stora koncerner köper upp mindre företag och får en allt större del av den privata vård- och omsorgsmarknaden. Utredningen ser behov av att vända den utvecklingen och stimulera fler idéburna och mindre aktörer. De vinstbegränsande regler som utredningen föreslår i kapitel 10 slår dock blint. De slår hårdast mot små aktörer, men också mot stora aktörer. Lika hårt mot idéburna aktörer

²⁰ Vårdanalys (2016) *Vårdval och jämlik vård inom primärvården*, Svenskt Näringsliv (2016) *Jämlik vård och fria vårdval* samt KI och SLL (2014) *Fem år med husläkarsystemet inom vårdval Stockholm*

²¹ Vårdföretagarna (2016): *Vårdval med förhinder – villkor, verklighet och visionen om en starkare primärvård*

²² SKL. (2016) *Ersättningssystem i hemtjänst 2015*.

som mot vinstdrivande vårdföretag. Utredningens förslag skulle slå ut många mindre aktörer och därmed minska mångfalden.

Den privata vård- och omsorgen är en småföretagarbransch. Mer än nio av tio företag har färre än tio anställda. Även sett till omsättning dominerar de mindre aktörerna. De tio största vårdföretagen står tillsammans för mindre än 40 procent av den privat drivna vården och omsorgens totala omsättning, d v s 60 procent av omsättningen står mindre aktörer för²³. I sammanhanget vill vi också betona att kommuner och landsting fortsatt är de dominerande aktörerna, som på sina håll har monopolställning.

Vårdföretagarnas bedömning är en annan än utredningens. Stabila och förutsägbara villkor är det viktigaste för att en mindre privat aktör ska se en framtid för sitt företag och våga fortsätta på egen hand. I det politiska läge som vinstdebatten har försatt den privat drivna vården i är de framtida förutsättningarna osäkra och oförutsägbara, i synnerhet för en liten aktör. Större företag vittnar om att mindre företag kontaktat dem med önskemål om att bli uppköpta.²⁴ Regering och riksdag har ett stort ansvar att ge långsiktiga spelregler.

Vinstreglering stryker den privat drivna vården och omsorgen

Utredningen sammanfattar i avsnitt 9.6 sin bedömning och menar att en orimligt stor andel av skattemedlen avsatta för välfärden inte används i den och att vinsterna behöver regleras. Vårdföretagarna anser att varje reglering av vinsterna är en fel väg att gå och kommer att skada välfärden.

De privata vård- och omsorgsgivarna bidrar till att utveckla kvaliteten i välfärden och till en större effektivitet med skattepengarna. De privata vård- och omsorgsgivarna har bidragit till att utveckla kvalitetskonkurrensen, så att medborgarna får valmöjligheter i välfärden. Mängder av entreprenörer bidrar med nytänkande i välfärden. Anställda i vård och omsorg har fått fler arbetsgivare att välja bland. Tack vare investeringar med privat kapital kan de privata vårdgivarna dessutom bidra till att möta välfärdsutmaningarna med t ex nya äldreboenden på ett sätt som kommunerna inte skulle klara på egen hand. Allt detta riskerar utredningens förslag att strypa. Att en vinstreglering – som dessutom i praktiken är ett vinstförbud – inte skulle påverka valfrihet och företagande i välfärden är önsketänkande från utredningens sida.

Kap 10 Tillstånd för att få motta offentliga medel

Vårdföretagarna avstyrker utredningens samtliga förslag i kapitel 10 om tillstånd för att få motta offentliga medel samt krav på vinstbegränsning. De innebär i praktiken ett vinstförbud. Den konsekvensanalys som utredningen har gjort av förslagen är undermålig. Förslagen skulle få förödande konsekvenser för den svenska välfärden.

Vårdföretagarna vänder sig mot utredningens ordval ”tillstånd för att **få motta** offentliga medel”, som signalerar en felaktig syn på relationen mellan huvudmännen och de privata vård- och omsorgsgivarna. Det är inte fråga om någon bidragsgivning från huvudmännens sida, där vårdgivarna är mottagare. Vårdföretagen utför tjänster på huvudmännens uppdrag och får avtalad ersättning för dem.

²³ Grant Thornton (2016): *Vårdrapporten – Hur mår den privata vård- och omsorgssektorn i Sverige?*

²⁴ Sundling *Pressade vinster i välfärden*. Dagens Samhälle 2015-04-30

Nedan analyserar vi utredningens förslag och deras konsekvenser närmare.

10.2 Reglering bör ske genom tillstånd

Utredningen menar att kravet på vinstreglering bör införas inom ramen för en tillståndsprovning, riktad till samtliga privata aktörer med offentlig finansiering. Utredningen konstaterar att en nackdel med ett sådant tillståndskrav är att det innebär en ökad administration. Utredningen menar dock att de kostnader som detta skulle innebära är motiverade mot det stora behovet av vinstreglering.

Vårdföretagarna är av motsatt uppfattning. Att införa ett sådant tillståndskrav skulle innebära att en enorm byråkrati skulle behöva byggas upp för att hantera och följa upp sådana tillstånd. Uppföljning efter uppföljning har visat att de privata vård- och omsorgsgivarna har lika bra, eller bättre, kvalitetsresultat än den kommunalt eller landstingsdrivna verksamheten.²⁵ Mot den bakgrunden vore det direkt bakvänt att lägga stora samhällsresurser på en tillståndsprovning kopplad till vinstbegränsningar, som inte leder till kvalitetsförbättring i vård och omsorg.

10.3 Vilken verksamhet samt vilka utförare som omfattas av kravet

Då Vårdföretagarna avstyrker tillståndskrav kopplat till vinstbegränsning avstyrker vi följaktligen utredningens förslag i avsnitt 10.3. Det föreslagna regelverket skulle skada de verksamheter som utredningens förslag omfattar.

10.4 Närmare om kravet på tillstånd

Utredningen föreslår att endast juridiska personer som kan visa att offentliga medel, utöver ett tillåtet rörelseresultat, kommer att gå till den verksamhet som de är avsedda för ska få tillstånd. Verksamhet som omfattas av krav på tillstånd ska bedrivas i separat juridisk person. Utredningen föreslår vidare en rad restriktioner som varken skulle gagna brukare/patienter, anställda eller berörda verksamheter. Vårdföretagarna avstyrker samtliga förslag och motiverar närmare nedan.

Enligt utredningens förslag får den **juridiska personen inte bedriva annan verksamhet**. Det skulle dels kunna innebära en sammanblandning av medel, dels att de juridiska personen "inte ska kunna använda sina offentliga kontrakt för att sälja in andra tjänster".

Vårdföretagarna anser att utredningens förslag saknar såväl ett patient- och brukarperspektiv som en analys av vad förslaget skulle få för effekter för medarbetarna. Förslaget tar till exempel bort möjligheten att driva ett café eller en restaurang i ett äldreboende. Något som förekommer idag och som öppnar upp för andra närboende äldre och för anhöriga att äta lunch, eller delta i aktiviteter på äldreboendet. Förslaget skulle också innebära att hemtjänstföretag eller privat drivna äldreboenden inte längre skulle kunna erbjuda sina brukare kompletterande RUT-tjänster. I många kommuner är biståndsbedömningen för hemtjänst stram. Många äldre och deras anhöriga önskar mer hjälp än den som kommunen beviljar och kompletterar därför med RUT-tjänster. Utredningens förslag innebär att privata omsorgsgivare inte längre skulle kunna erbjuda den äldre samma personal för tjänster som är offentligt, respektive privat, finansierade (men offentligt subventionerade). Förslaget skulle därmed innebära minskad

²⁵ Stockholms läns landsting (2015): *Benchmarking av akutsjukhusens effektivitet - Kärnverksamheterna på Danderyds sjukhus, Capio S:t Görans sjukhus och Södersjukhuset*, Vårdföretagarna (2016) *Patienttoppen 2016*. Socialstyrelsen (2016) *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*, Nordic Healthcare Group (2015) Slutrapport Östersundsstudien. Östersunds kommun.

personalkontinuitet och trygghet för äldre och andra som, utöver biståndsbedömd äldreomsorg, köper kompletterande RUT-tjänster.

Om äldreomsorgsföretag inte längre kan erbjuda såväl biståndsbedömd hemtjänst och RUT-tjänster i sin verksamhet kommer det också att påverka förutsättningarna för företagen som arbetsgivare att kunna erbjuda sina anställda heltidstjänster. Idag kan arbetsgivaren för sina anställda flexibelt pussla ihop såväl biståndsbedömda uppdrag som RUT-uppdrag hos olika brukare.

Det är också svårt att se värdet för patienter av att t ex en privat driven vårdcentral med särskilt fokus på förebyggande åtgärder mot ohälsa inte skulle längre kunna erbjuda kompletterande hälsofrämjande insatser utanför den landstingsfinansierade vårdens ram. En privat driven rehabmottagning skulle inte längre kunna komplettera sin verksamhet med friskvård, i form av t ex gym eller massage. Den privata barnmorskemottagningen skulle inte längre få driva sin gravidyoga. Den privat drivna vårdcentralen på orten skulle inte längre kunna driva också företagshälsovård, för medarbetare som arbetar hos arbetsgivare i närheten. Det skulle inte heller bli möjligt för patienter att ta sina resevaccinationer på vårdcentralen. Privata vårdgivare skulle inte längre kunna ta emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring och på så sätt nyttja sina lokaler och sin personal optimalt. Mot bakgrund av de höga ohälsotalen vore sådana regler knappast till nytta, vare sig för patienten eller samhället. På detta område har utredningen återigen inte gjort någon konsekvensanalys.

Att tvinga vårdföretag att starta nya separata bolag för att separera offentligt och privat finansierade tjänster skulle också innebära fördyringar för vårdföretag, krångla till välfungerande verksamhet och i en del fall riskera den ekonomiska stabiliteten i verksamheten. Såväl mindre som större vårdföretag skulle vara tvungna att finansiera, starta och driva separata bolag för de tjänster som brukare och patienter betalar helt eller delvis privat. Det är en oskälig inskränkning av näringsfriheten som leder till att resurserna inte används så effektivt som möjligt.

Utredningen föreslår vidare att **underentreprenörer ska omfattas av krav på tillstånd**. Utredningen skriver att kravet enbart gäller verksamhet som drivs enligt någon av de aktuella lagarna och exemplifierar med att städverksamhet ska kunna läggas ut på annan aktör utan tillståndskrav. Förslaget innebär dock en rad gränsdragningsproblem. Ska företag som ordnar sociala aktiviteter på äldreboenden omfattas? Kommer förslaget omfatta anlitaandet av bemanningsföretag vid tillfälliga toppar i verksamheten? Andra branscher riskerar att dras in i tillståndskarusellen. Vårdföretagarna anser att utredningen inte bedömt konsekvenserna för andra branscher på ett tillfredsställande sätt.

När det gäller juridiska personer med tillstånd föreslår utredningen att **medel för verksamhet gällande en av de berörda lagstiftningarna inte får föras över till verksamhet som regleras av en annan lagstiftning** (som också omfattar tillståndskraven). Ekonomin för respektive verksamhet måste särredovisas. Den juridiska personen måste dessutom söka **flera tillstånd för verksamhet enligt olika lagstiftning**. Utredningen tycks ha förbisett det faktum att insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen ofta är en integrerad del av t ex den äldreomsorgsverksamhet enligt socialtjänstlagen som omsorgsföretag driver på kommunens uppdrag. Det gör att det ofta är samma brukare som åtnjuter de båda tjänsterna. Förslaget att särredovisa en juridisk persons ekonomi utifrån respektive lagstiftning blir därför mycket märkligt. Vi har vidare svårt att

se på vilket sätt det skulle gynna samhället om ett vårdföretag med goda resultat inom hälso- och sjukvården skulle hindras att investera en del av det resultatet i ny verksamhet inom äldreomsorgen, eller tvärtom. Förslagen skulle hindra investeringar och enbart innebära byråkratiskt krångel för vårdföretagen och inte någon fördel ur ett samhällsperspektiv. Det samma gäller utredningens förslag angående **koncerner**, där det inte ska vara tillåtet att fritt föra medel mellan olika bolag inom koncernen. Istället för att krångla till det för vårdföretag som bidrar med nya investeringar i välfärden borde framgångsrikt vårdföretagande bejakas. Utredningen lägger sitt fokus på att begränsa de framgångsrika vård- och omsorgsföretagen snarare än att komma tillrätta med brister hos utförare - privata eller offentliga - som inte levererar tillräckligt goda resultat.

10.5 Aktörernas rörelseresultat ska begränsas

Utredningen föreslår att en juridisk persons rörelseresultat ska begränsas till en andel av det operativa kapitalet. I avsnitt 10.5.1 preciseras förslaget till att det tillåtna rörelseresultatet ska beräknas som en avkastningsränta på bokfört operativt kapital och att den ska bestämmas till statslåneräntan vid föregående räkenskapsårs utgång ökad med sju procentenheter.

Vårdföretagarna principiella uppfattning är att varje reglering av företags vinster är skadlig för välfärdens utveckling. Beslutsfattare i regering, riksdag, kommuner och landsting bör istället lägga fokus på att utveckla, följa upp och redovisa kvaliteten i all välfärdsverksamhet, oavsett regi. Det är den enda rimliga vägen framåt för att säkerställa att skattemedel används till det de är avsedda till.

Vårdföretagarna avstyrker utredningens förslag. Förslaget innebär i praktiken ett vinstförbud för företag i vård och omsorg och skulle få förödande konsekvenser för välfärden om det genomfördes. Konsekvenserna fördjupas nedan.

Stark kritik från de forskare vars analyser förslaget baserar sig på

Utredningens underlag för bedömning och förslag till vinstbegränsning har blivit starkt kritiserade i den offentliga debatten av de forskare och externa experter som utredningen lutar sig mot, och/eller har anlitat för att göra underlaget till beräkningar.

Forskaren Joachim Landström, fil doktor i företagsekonomi vid Uppsala Universitet, gjorde de första kalkylerna och underlagen till utredningen. Landström förklarar i en debattartikel i Dagens Nyheter (16/9-16) att om ett vinsttak överhuvudtaget ska sättas måste hänsyn tas till att även alla immateriella tillgångar i företaget och värdeskapande investeringar, annars blir en reglering ett i praktiken statligt övertagande av välfärdssektorn. Att inte ta hänsyn till dessa faktorer är *"i det närmaste att i praktiken införa ett förbud mot privat företagande i välfärdssektorn."*²⁶ Landström är starkt kritisk till hur utredningen använt hans underlag. I en artikel i Dagens Samhälle säger Landström att utredaren *"tog mina slutsatser, slet dem i småbitar och slängde bort nästan allt. Det han behöll ändrade han på för sina syften"*. Han menar att modellen skulle tvinga företag i likvidation och förslaget är direkt oseriöst.²⁷

²⁶ Joachim Landström debattartikel *"Reepalus vinsttak leder till förstatligad välfärdssektor"* Dagens Nyheter 2016-09-16

²⁷ Dagens Samhälle nr 35:2016 *Forskare hoppade av Reepalus utredning: Mina slutsatser slets i småbitar*

När Joachim Landström avsåde sig fortsatta uppdrag från utredningen tog forskaren Tomas Hjelström, fil doktor i företagsekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm, vid som expert och gjorde de slutliga kalkylerna till utredningen. I Dagens Samhälles artikel, som refereras ovan, menar Hjelström att bristen med utredningens beräkningsmodell är att *”kapitalbasen ofta blir kraftigt underskattad och att en reglering baserad på denna kapitalbas riskerar att ge en väldigt låg normalavkastning.”*²⁸

Utredningen hänvisar till ekonomie doktor Mikael Runstens forskning. I Dagens Industri skriver Runsten att utredningen använder hans forskning helt felaktigt. Han menar att regleringsförslaget i praktiken leder till ett vinstförbud för ett stort antal företag. Han skriver att *”utredningens slutsats att blunda för de mjuka värdena och samtidigt sätta ett vinsttak baserat på att de heller inte finns vore inte bara dumt utan helt förödande för utvecklingen av företagen i välfärdssektorn.”*²⁹

Utredningen lutar sig mot Mikael Runstens forskning i avsnitt 10.5.1, där utredningen påstår att vård- och omsorgsföretagen gör stora ”övervinster”. Mikael Runstens avhandling behandlar den ekonomiska redovisningens oförmåga att fånga upp vissa typer av satsningar bland företagets tillgångar och att det skapar mätfel. I Dagens Industri skriver Runsten att utredningens slutsats att *”välfärdsföretag inte kan sägas präglas av sådana investeringar”* är absurd. Han förklarar att av försiktighets skull får många mjuka investeringar inte redovisas som en tillgång i den ekonomiska redovisningen. *”Det hindrar förstås inte att denna typ av tillgångar de facto finns och till och med kan vara den helt dominerande tillgången för ett företag”*, påpekar Runsten.³⁰

Runsten exemplifierar med att *”i välfärdssektorn är det uppenbart att det är oerhört centralt att utveckla personalen, att skapa nya vård- eller lärprocesser, och att hitta sätt att skapa engagerade kolleger som delar sina erfarenheter och hjälper nyanställda att snabbt bli duktiga i sina roller. Detta är exempel på satsningar som kräver mycket resurser, tar tid att implementera och om resultatet blir lyckosamt kan satsningen bära frukt under många år. Den försiktiga redovisningen tillskriver dock inte dessa satsningar något värde alls, tvärtom kostnadsförs de omedelbart.”* Runsten påpekar det orimliga i att de därmed skulle vara värdelösa enligt utredningens synsätt.³¹

Felaktigt om ”övervinster”

Utredningen konstaterar i avsnitt 5.5 att rörelsemarginalen i välfärdsföretagen var lägre än i tjänstesektorn i stort. Utredningen menar dock att i relation till bokfört operativt kapital skulle lönsamheten i välfärdsföretagen vara betydligt större än i tjänstesektorn som helhet och menar därför att det skulle finnas betydande ”övervinster” i dessa företag. Vårdföretagarna anser att jämförelsen haltar och att slutsatsen därför blir felaktig. Nedan förklarar vi närmare.

PwC har, på Svenskt Näringslivs uppdrag, gjort en oberoende analys av det vinsttak som utredningen föreslår. PwC konstaterar att utredningens jämförelse mellan avkastningen på bokfört operativt kapital för välfärdsbolagen och tjänstesektorn saknar relevans. De två grupperna är inte jämförbara då tjänstesektorn som helhet innehåller branscher

²⁸ ibid

²⁹ Mikael Runsten debattartikel *”Reepalu använder min forskning helt felaktigt”* Dagens Industri 2016-11-16

³⁰ ibid

³¹ ibid

som, till såväl verksamhet som struktur av tillgångar, är påtagligt olika välfärdsföretagen. Inom tjänstesektorn finns dels branscher (t.ex. bemanning, rekrytering och kontorstjänster) som i stor utsträckning synes likna välfärdsföretagen, dels branscher som förefaller vara av en helt annan karaktär både avseende verksamhet och tillgångsstruktur ("kapitalintensiva branscher", t.ex. fastighetsbolag och telekommunikationsbolag).³²

Variationen i tjänstesektorn är med andra ord stor när det gäller bokfört operativt kapital. PwC har analyserat det operativa kapitalet i de olika branscherna i tjänstesektorn baserat på såväl i) genomsnittligt bokfört operativt kapital per företag i branschen, ii) bokfört operativt kapital per omsatt krona och iii) bokfört operativt kapital per anställd. Kapitalintensiva tjänstebanscher som fastighet och telekommunikation har dels högt bokfört operativt kapital, dels står de för den dominerande delen av hela tjänstesektorn operativa kapital. Enligt PwC är det bokförda operativa kapitalet lågt bland välfärdsföretagen, oavsett om det uttrycks som ett genomsnitt per företag eller i relation till omsättningen eller antalet anställda. Det beror på att de har begränsade behov av anläggningstillgångar (därför att de ofta hyr och inte äger sina lokaler) samt driver en personalintensiv verksamhet. Det stora antalet anställda i vårdföretagen skapar en löneskatteskuld (=rörelseskuld) som därmed minskar det bokförda operativa kapitalet.³³

Analysen ovan visar sammanfattningsvis att det inte är lämpligt att, som utredningen, jämföra avkastning på bokfört operativt kapital inom hela tjänstesektorn. Variationen inom tjänstesektorn är för stor för det. Därmed faller en av grundpelarna i utredningens analys. Slutsatserna om "övervinster" blir följaktligen felaktiga.

I praktiken ett vinstförbud

Vårdföretagarna bedömer att utredningens konsekvensanalys är undermålig. Vi delar den bedömning som de citerade forskarna gör ovan att förslagen vore direkt förödande för företag verksamma i vård och omsorg. Det kommer inte att vara möjligt att fortsätta driva verksamhet om utredningens förslag blir verklighet.

Som nämndes i avsnittet om kap 10.5 ovan har PwC på Svenskt Näringslivs uppdrag gjort en analys av utredningens förslag till vinstreglering. PwC gör bedömningen att "*förslaget närmast kan beskrivas som ett vinstförbud*". Anledningen är att företagen i välfärden har ett lågt bokfört operativt kapital, vilket vi redogjorde för ovan. I praktiken skulle det omöjliggöra fortsatt företagande i vård och omsorg. Företagen kommer att ha små möjligheter att bygga upp ekonomiska buffertar, vilket skulle göra dem mycket sårbara för ekonomiska störningar.³⁴

PwC har beräknat effekterna för utredningens förslag om en högsta tillåten rörelsemarginal i relation till bokfört operativt kapital och funnit att för 77 procent av företagen i välfärden kommer den högst tillåtna rörelsemarginalen vara under två procent.

Närmare en fjärdedel av företagen har ett negativt bokfört operativt kapital. Dessa företag är inte på fallrepet, utan det negativa operativa kapitalet beror på att de har hög

³² PwC (2016): *Avkastning på bokfört operativt kapital i välfärdsbolag*

³³ ibid

³⁴ PwC (2016) *Avkastning på bokfört operativt kapital i välfärdsbolag*

andel personalkostnad och inte äger lokaler eller behöver investera i dyr utrustning. Att det operativa kapitalet blir negativt beror på att rörelseskulderna, som bland annat utgörs av löneskatter för de anställda, är högre än rörelsetillgångarna, som bland annat består av ägda lokaler eller utrustning. Dessa företag skulle, med utredningens förslag, inte få gå med vinst alls, utan tvingas gå med förlust.³⁵ Detta visar det orimliga i utredningens sätt att sätta vinsttak relaterat till det operativa kapitalet och utredningens totala avsaknad av konsekvensanalys.

PwC har närmare analyserat vad den högst tillåtna rörelsemarginalen skulle bli för företagen i några olika sektorer i välfärden med utredningens förslag. Tabellen nedan visar hur kraftiga effekterna skulle bli.

Utredningens förslag innebär att 80 procent av de privat drivna vårdcentralerna inte skulle få ha en rörelsemarginal som ens uppgick till två procent. En fjärdedel av vårdcentralerna skulle inte få göra något överskott alls.

75 procent av de privata omsorgsgivarna som driver äldreboenden och 88 procent av företagen som driver hemtjänst och andra sociala insatser för äldre skulle tvingas ner till rörelsemarginaler under två procent.

94 procent av de privata assistansanordnarna skulle tvingas sänka sin rörelsemarginal till under två procent. 39 procent av assistansföretagen skulle inte få göra överskott alls.

Högst tillåtna rörelsemarginal vid utredningens vinsttak i vård och omsorg

Accepterad rörelsemarginal vid vinsttak	Under 0 %	0-0,99 %	1-1,99 %	2-2,99 %	3-3,99 %	4-4,99 %	5-5,99 %	6-6,99 %	7-7,99 %	8-8,99 %	9-9,99 %	Över 10 %
Andel företag %												
Vårdcentral primärvårdsmottagning med läkare SNI 86.211	25	36	19	7	2	2	2	1	1	1	0	3
Äldreboende SNI 87.301	15	43	17	5	7	2	0	1	2	0	0	8
Hemtjänst och öppna sociala insatser för äldre SNI 88.101	16	54	18	4	1	1	2	0	0	0	1	3
Personlig assistans och öppna sociala insatser för personer med funktionsnedsättning SNI 88.102	39	46	8	2	0	1	0	0	0	0	0	2

Källa: PwC (2016) *Avkastning på bokfört operativt kapital i välfärdsbolag*, s 10

³⁵ ibid

Analysen från PwC visar vidare att många små vårdföretag skulle drabbas. 86 procent av samtliga välfärdsföretag som skulle tvingas till en rörelsemarginal under två procent är små företag, med färre än tio anställda.³⁶

Utan buffert ingen framtid för verksamheten

Som ovan konstaterats skulle närmare 80 procent av de privata vård- och omsorgsgivarna tvingas sänka sina rörelsemarginaler till under två procent och i många fall ännu mer. Men vad skulle det innebära i praktiken?

PwC har räknat ut hur många månader det skulle ta för dessa företag att, med utredningens förslag till regler, spara ihop till en buffert motsvarande tre respektive tolv månaders omsättning (förutsatt att allt överskott läggs i buffert). För ett företag med en rörelsemarginal mellan 0,5-2 procent skulle det ta 12,5-50 år att spara ihop till en buffert motsvarande tre månaders intäkter. Att bygga en buffert som motsvarar 12 månaders omsättning skulle ta 50-200 år.³⁷

Beräkningen från PwC visar hur orimligt utredningens förslag är. I realiteten blir det omöjligt för privata vård- och omsorgsgivare att bygga upp en buffert för oförutsedda utgifter, eller skiftande intäkter under året. Se mer om detta nedan.

Betydelsen av buffert kan illustreras med de regelförändringar som Försäkringskassan gjorde inom personlig assistans, där myndigheten från och med den 1 oktober 2016 övergick till efterskottsbetalning från att tidigare haft förskottsbetalning av ersättningen. Förändringen innebar att de privata utförarna blev tvingade att spara ihop eller ta lån motsvarande minst två månadslöner för alla anställda då ersättningen helt uteblev under detta tidsintervall.³⁸

Utredaren har i olika sammanhang hävdad att det knappt finns några affärsmässiga risker för de privata företagen i välfärden och att det därför inte finns behov av överskott. Men, som PwC pekar på i sin rapport, har välfärdsföretagen behov av buffert av två anledningar:

1. Volatila intäkter

Inom vård och omsorg finns flera anledningar till att intäkterna under perioder kan skifta i verksamheten. Låt oss ge några exempel. Ett exempel är privat drivna HVB-hem – varav många är nischade, för t ex ungdomar med mycket specifika behov - som ofta har ramavtal med flera olika kommuner, men inga garantier om beläggning av sina platser. Ett annat exempel är alla de privata vård- och omsorgsgivare som verkar inom ramen för LOV och vårdval, där ändrade regler eller ändrad ersättning från kommunen eller landstingets sida plötsligt kan försämra företagets ekonomi drastiskt. Ett ytterligare exempel är att de vård- och omsorgsgivare som upphandlas med LOU inte kan vara säkra på att få fortsätta driva verksamheten när avtalet går ut. Det kan vara en annan vårdgivare som vinner anbudet.

³⁶ ibid

³⁷ ibid

³⁸ Försäkringskassans webbplats:

<https://www.forsakringskassan.se/myndigheter/assistansanordnare/efterskottsbetalning>

2. *Ej flexibel kostnadsbas*

Hysesavtalen är ofta bundna på lång tid och det är inte ovanligt att de sträcker sig mellan 5 och 15 år. Om företaget går sämre under en period finns begränsad, eller ingen möjlighet, att sänka lokalkostnaderna. Alla våra medlemsföretag i vård och omsorg är seriösa arbetsgivare med kollektivavtal för sina anställda. Den som har fast anställd personal har långsiktiga åtaganden som arbetsgivare och därmed små, eller inga, möjligheter att snabbt sänka sina personalkostnader om intäkterna plötsligt skulle vika.

Utredningens förslag till vinsttak skulle kraftigt begränsa vård- och omsorgsföretagens möjligheter att bygga upp en buffert, i en verksamhet där intäkterna kan skifta och kostnadsbasen inte är flexibel. Det innebär en ökad risk för dessa företag.

Privata vård- och omsorgsgivare skulle, med utredningens förslag, kunna gå omkull redan vid relativt små förändringar i de ekonomiska förutsättningarna. Det skulle direkt drabba deras patienter och brukare som plötsligt inte skulle kunna få vård och omsorg längre av den verksamhet som de valt. Det skulle drabba vårdföretagens anställda, som plötsligt blir av med sin anställning. Det skulle också drabba vårdföretagens uppdragsgivare, oftast kommuner och landsting, som plötsligt måste ta ansvar för ett större antal patienter och brukare i den offentligt drivna vården och omsorgen. Denna risk konstaterar utredningen vid upprepade tillfällen i betänkandet. På sidan 701 står *"Kommunerna bör därför redan idag ha beredskap för att ta sitt lagstadgade ansvar om privata aktörer försvinner. Under en övergångsperiod kan risken för att kommunerna måste ta över verksamhet komma att öka"*. I våra löpande kontakter med ansvariga i kommuner och landsting är det just ekonomisk buffert och den ekonomiska stabiliteten hos mindre vårdgivare som kommer upp till diskussion som orosmoment. Utredningens förslag, som stryker möjligheten att bygga upp ekonomisk stabilitet, är direkt motstridigt mot ambitionen om ordning och reda i välfärden.

En ökad risk, utan kompensation i form av avkastning, kommer också att försvåra för privata vård- och omsorgsgivare att finna finansiärer och kapital för sin verksamhet. Vilken privat investerare har intresse av att lägga kapital i en verksamhet där det saknas möjligheter att få medlen att förränta sig? Vilka banker och finansinstitut är beredda att ställa upp med lån och bankgarantier till verksamheter som lever på små ekonomiska marginaler? Och hur står sig viljan att investera i en sektor med vinstbegränsningar kontra möjligheten att investera i sektorer utan motsvarande begränsning?

I förlängningen kommer båda dessa konsekvenser – att befintlig verksamhet inte går att driva utan buffert samt svårigheter att få nytt kapital - att leda till färre privat drivna verksamheter i vård och omsorg och därmed en minskad mångfald och valfrihet för brukare och patienter.

Svängningar i bokfört operativt kapital påverkar

Bokfört operativt kapital är en ögonblicksbild av företaget ställning vid bokslutet. Att basera tillåtet rörelseresultat för hela verksamhetsåret på denna ögonblicksbild kan ge absurda konsekvenser, t ex:

1. Personalens inestående/sparade semester är en rörelseskuld som minskar det bokförda operativa kapitalet i vårdföretaget. Ju fler semesterdagar medarbetarna sparar desto lägre rörelseresultat kommer alltså tillåtas.

2. En kommun tidigarelägger sina betalningar till dagen före årsskiftet i stället för någon dag in på det nya året. Konsekvensen blir att vårdföretagets bokförda operativa kapital sjunker och därmed sänks också högsta tillåtna rörelseresultat.

Detta är två enkla exempel på att faktorer helt utanför företagets kontroll påverkar vinsttaket. Den vårdföretagare som planerat företagets ekonomi noga, men överraskas av en tidigarelagd ersättning riskerar alltså sanktionsavgift och om det upprepas – indraget tillstånd.

10.5.3 Möjlighet att kompensera för negativt rörelseresultat

Utredningen föreslår, i syfte att underlätta nyföretagande och för privata aktörer att kunna klara år med sämre resultat, att det ska vara möjligt att kompensera negativa rörelseresultat samt dålig lönsamhet som uppkommit under de tre föregående räkenskapsåren.

Vårdföretagarna menar att detta är feltänkt. Att bygga upp en buffert i efterhand, när väl förlusterna kommit, fungerar inte. En buffert måste byggas upp i förväg. Men eftersom den tillåtna rörelsemarginalen i alla händelser får vara högst två procent över tid för den stora majoriteten företag kommer konstruktionen av en eventuell buffert att sakna betydelse, eftersom den tillåtna rörelsemarginalen inte kommer att kunna skapa en tillräcklig buffert för förlustår. Vidare kommer färre ägare att vilja sätta in en buffert i förskott om den beläggs med begränsade möjligheter att förränta sig.

10.6 Otillåtna värdeöverföringar samt

10.9.4 Tillsynsmyndigheternas ekonomiska granskning

Utredningen föreslår i avsnitt 10.6 att inga överföringar från den juridiska personen får göras utöver det högst tillåtna rörelseresultatet. I avsnitt 10.9.4 föreslår utredningen att tillsynsmyndigheten ska granska företagets ekonomiska redovisning utifrån denna regel. Vårdföretagarna avstyrker båda förslagen.

Utredningen exemplifierar sitt förslag med att en ägare tar ut en lön som inte är marknadsmässig, eller betalar överpris för sina lokaler. Utredningen fortsätter sina exempel med att företaget köper in eller hyr något i sin verksamhet till ett pris som inte är marknadsmässigt motiverat eller som inte är motiverat i verksamheten.

Vårdföretagarna konstaterar att utredningens förslag innebär att den föreslagna tillståndsmyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), inte bara skulle granska varje företags redovisning på en övergripande nivå, utan förväntas begära in detaljerad redovisning av företagets verksamhet. I praktiken skulle det kunna innebära granskning av hyresavtal, samt inköp och andra transaktioner, d v s enskilda verifikationer och kvitton i företaget. Det är ett mycket ingripande förslag i företagets verksamhet, som det inte finns fog för. För att inte tala om vilken byråkrati som skulle krävas hos IVO för att på allvar kunna ta sig an ett sådant granskningsuppdrag inom en rimlig handläggningstid.

Att göra bedömningar av vad som är att betrakta t ex vad som är en marknadsmässig lön för en VD är dessutom en grannlaga uppgift. Det lönespannet är stort. Likaså vad som är en marknadsmässig hyra för lokaler. Våra medlemsföretag erfar att hyreskostnaderna kan skilja flera hundra procent för lokaler inom en och samma kommun.

10.8 Ansvariga myndigheter samt

10.9 En effektiv tillsyn

Vårdföretagarna avstyrker utredningens förslag om att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska pröva om kraven för att få motta offentlig finansiering är uppfyllda.

IVO har ett mycket viktigt uppdrag – att svara för tillståndsprovning och tillsyn inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och verksamhet enligt LSS. Deras fokus är att bidra till att säkra kvalitet och patientsäkerhet, oavsett i vilken regi verksamheten bedrivs. Det vore fel att flytta deras fokus till ekonomisk granskning.

IVO har och har haft hög arbetsbelastning och därför svårt att hantera tillståndsärenden inom socialtjänst och LSS inom rimliga tidsramar. Enligt IVO:s webbplats i början av januari 2017 handlade myndigheten då tillståndsansökningar enligt SoL som inkommit under april 2016, d v s handläggningstiden var minst nio månader lång. Myndigheten har inte heller möjlighet att lägga den tid och kapacitet på tillsyn som skulle behövas.

Utredningens förslag innebär ett helt nytt uppdrag för myndigheten, som ligger vid sidan om deras huvuduppgift och nuvarande kompetensområde. Det bedömer vi som mycket olyckligt. Om IVO ska kunna fullgöra de uppgifter som utredningen föreslår skulle det innebära att en mycket stor administration skulle behöva byggas upp hos myndigheten och kompetens rekryteras som myndigheten idag saknar. Inte heller ser vi att det finns någon annan myndighet som bör göra sådan provning.

10.9.5 Sanktioner

Vårdföretagarna avstyrker utredningens förslag om möjlighet till sanktioner mot de vårdföretag som har rörelseresultat som överstiger det enligt utredningen tillåtna. Det är direkt kontraproduktivt för samhället att inte stimulera företag att driva sina verksamheter så effektivt som möjligt. Se vidare resonemang om hur skadligt det vore för samhällsekonomin i vårt svar angående avsnitt 23.14.

10.12 Avgifter

Då Vårdföretagarna avstyrker samtliga förslag som rör regler för vinstbegränsningar avstyrks följaktligen också förslag om avgifter kopplade till dessa.

10.13 Krav på att verksamhet bedrivs som juridisk person

Utredningen föreslår att enbart juridiska personer ska kunna bedriva verksamhet inom vård och omsorg på landstings och kommuners uppdrag. Vårdföretagarna delar bedömningen att de allra flesta privata aktörer är juridiska personer. Men som utredningen konstaterar förekommer det såväl inom personlig assistans, som inom hälso- och sjukvården, t ex fysioterapeuter eller specialistläkare som verkar på den nationella taxan. Då Vårdföretagarna ser inte ser anledning att införa tillstånd kopplade till vinstreglering ser vi heller ingen anledning att sätta upp detta hinder för enskilda näringsidkare. Vårdföretagarna avstyrker förslaget.

Kap 11 Regleringen är förenlig med EU-rätten

Utredningen konstaterar att de lagda förslagen är förenliga med EU-rätten. Vårdföretagarna delar inte denna syn och instämmer i Svenskt Näringslivs remissvar avseende kapitel 11:

- Vård- och omsorgstjänster enligt SoL, HSL och LSS är att betrakta som en ekonomisk aktivitet och omfattas av EU-rätten.
- Frågan om att bedöma om det föreligger ett gränsöverskridande intresse är så komplex att det inte lämpar sig att överlåta till varje enskild myndighet.
- Kriterierna för när ett kontrakt har bestämt gränsöverskridande intresse inom vård och omsorg är alltid uppfyllt i Sverige.
- Vårdföretagarna delar Svenskt Näringslivs sammantagna slutsats att utredningens förslag strider mot EU-rätten eftersom de inte är nödvändiga, proportionella och innebär en otillåten diskriminering av svenska företag.

Kap 13 Ägar- och ledningsprövning av offentliga och privata aktörer

Innan vi kommenterar förslagen i kapitlets olika avsnitt vill vi göra tre principiella ställningstaganden angående ägar- och ledningsprövning, samt tillståndspflicht:

1. **Vårdföretagarna tillstyrker ägar- och ledningsprövning för privata utförare i all offentligt finansierad vård och omsorg.**
 Brukare, omsorgstagare och patienter ska kunna känna sig trygga med att alla utförare är seriösa. Vårdföretagarna ser positivt på etableringskrav som syftar till att säkra att aktörer i välfärden har ett seriöst engagemang och förutsättningar att bedriva en verksamhet av hög kvalitet. Det stärker skyddet för brukare och omsorgstagare och kan bidra till att stärka förtroendet för privat driven vård och omsorg. System som håller oseriösa aktörer borta gynnar alla de vård- och omsorgsgivare som håller god kvalitet.
2. **Prövning av ägare och ledning bör ske på organisationsnivå – inte verksamhetsnivå**
 Vårdföretagarna menar att regeringen måste säkra att en ägar- och ledningsprövning blir en smidig och effektiv process hos tillståndsmyndigheten. Detta av omsorg om såväl skattemedlen som en effektiv verksamhet hos vård- och omsorgsgivare, som inte bör stoppas av orimliga handläggningstider eller onödig byråkrati. En ägar- och ledningsprövning bör rimligen ske på organisationsnivå, inte för varje enskild verksamhet. En aktör som har genomgått en godkänd ägar- och ledningsprövning bör inte prövas igen när denne startar, eller tar över, ytterligare en verksamhet. Det är då redan prövat att aktören har en seriös och lämplig ägare samt ledning.
3. **Tillståndspflicht också för offentligt driven verksamhet**
 Mot bakgrund av att patienterna och brukarna i välfärden ofta befinner sig i utsatta situationer, och konsekvenserna av kvalitetsbrister kan bli allvarliga, behövs ändamålsenliga regleringar som skyddar dem. Inte desto mindre haltar skyddet för den enskilde brukaren, beroende på om hen får stöd från en privat respektive offentligt driven verksamhet. Detta trots att utifrån ett medborgar- och brukarperspektiv är skyddsbehovet detsamma, oavsett i vilken regi som verksamheten bedrivs.

Genom tillståndskrav för privat, men inte offentlig verksamhet, läggs ribban olika. De strikta kompetenskrav som IVO ställer på vem som får vara föreståndare för ett privat drivet äldreboende eller LSS-boende gäller inte för motsvarande kommunalt drivna

boenden. Ett äldreomsorgsföretag som driver äldreboende, eller tänker bygga ett nytt äldreboende, måste få lokalerna godkända av IVO i förväg. En kommun kan driva motsvarande verksamhet i dåligt anpassade lokaler, då de sällan blir föremål för tillsyn från tillsynsmyndigheten.

Att den privat drivna, men inte kommunalt drivna, verksamheten omfattas av tillståndsplikt är oacceptabelt ur ett medborgarperspektiv. Det leder också till avsevärda konkurrensnackdelar för de privata omsorgsgivarna i förhållande till den offentliga verksamheten. Det kan också försvåra för kommuner att lägga ut kommunal verksamhet på entreprenad. Det gör att verksamheter riskerar att inte drivas så effektivt och till så hög kvalitet som möjligt.

Vårdföretagarna föreslår att tillståndsplikt bör gälla för såväl privat som offentligt drivna verksamheter. En motsvarande ledningsprövning bör vidare införas för motsvarande kommunala och landstingskommunala funktioner. Kompetens- och lämplighetskraven bör inte vara lägre i offentlig regi. Regeringen bör tillsätta en utredning i syfte att få till stånd sådana lagändringar.

13.4 Krav på insikt, erfarenhet och i övrigt lämplig

Utredningen föreslår att VD eller annan som har ett bestämmande inflytande över verksamheten, styrelse och ägare med ett väsentligt inflytande över verksamheten genom tidigare erfarenhet eller på annat sätt ska styrka att de har den insikt i de gällande föreskrifter som krävs för att bedriva verksamheten. Utredningen föreslår vidare att det krävs att samtliga företrädare för den juridiska personen i övrigt bedöms lämpliga.

Vårdföretagarna tillstyrker förslagen. Emellertid är det viktigt att kravet på tidigare erfarenhet inte tolkas alltför snävt. Nyetablering från seriösa företags sida måste möjliggöras, liksom att företag ska kunna bredda sin verksamhet från t ex vård till omsorg.

När det gäller vilken personkrets som bör lämplighetsprövas vill Vårdföretagarna betona att det måste värderas att det kan finnas andra personer än VD i företagets ledning som har den kompetens som erfordras. Större koncerner letar ofta efter en person med kompetens och erfarenhet att leda en stor organisation och hen bygger sedan en ledningsgrupp omkring sig med kompetenta medarbetare. Det behöver därför inte vara VD som besitter den verksamhetsmässiga kompetensen.

Vårdföretagarna delar utredningens uppfattning att krav inte bör ställas på att varje enskild person i personkretsen har tidigare erfarenhet av verksamhetsområdet och insikt i gällande föreskrifter, utan att en samlad bedömning bör göras.

Prövning på organisationsnivå – inte verksamhetsnivå

Som vi inledningsvis slog fast i vårt svar angående detta kapitel bör ägar- och ledningsprövning ske på organisationsnivå, inte verksamhetsnivå. Vi ställer oss mot bakgrund av ovanstående frågande till att utredningen skriver att *”om sökande redan har tillstånd att bedriva en fristående skola eller HVB-hem kan prövningen bli mindre omfattande än för en sökande som ansöker om att starta en verksamhet för första gången”* (s 435).

Hur reglerna för ägar- och ledningsprövning utformas är vidare väsentligt för att inte hindra förutsättningarna för företagen att strukturera sin verksamhet effektivt. Reglerna får inte bidra till att konservera ineffektiva interna företagsstrukturer. Det är viktigt att lagstiftaren beaktar detta i sina förarbeten till ny lagstiftning. Det måste till exempel vara möjligt att, utan hinder, fusionera redan ägar- och ledningsprövade verksamheter, eller slå ihop dotterbolag inom en koncern i syfte att t ex minska overhead och administration. Likaså måste det vara möjligt för en ägar- och ledningsprövad koncern att utan vidare hinder köpa en annan ägar- och ledningsprövad verksamhet. I dessa fall måste det finnas förenklade rutiner som innebär att endast exceptionella skäl gör att ny tillståndsprövning behöver ske.

Vandel

Vårdföretagarna ser allvarligt på varje form av fusk och brottslighet i välfärden. Det är en fråga om förtroende för vår gemensamma välfärd. Skattemedel ska gå till det de är avsedda för. Varje fall av fusk och/eller kriminalitet urholkar förtroendet för alla aktörer i branschen, även de seriösa. Dessutom drabbar detta i förlängningen framförallt de människor som är i behov av insatserna och stödet. Vi delar utredningens uppfattning att det är angeläget att t ex kunna pröva bulvanförhållanden och att personer med väsentligt inflytande över verksamheten därför bör prövas. När det gäller personlig lämplighet i övrigt och vandel instämmer vi i utredningens förslag.

På detta viktiga område är det angeläget att IVO bygger upp ytterligare kompetens.

13.5 Prövning av långsiktigheten

Vårdföretagarna tillstyrker utredningens förslag om krav på att tillståndsinnehavaren ska ha ekonomiska förutsättningar att uppfylla de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Vi delar utredningens uppfattning att det fanns svårigheter med tidigare förslag från Ägarprövningsutredningen (SOU 2015:7) om krav på att verksamheten ska kunna bedrivas långsiktigt. Inom LOV-system och vårdval är det brukaren/patienten som väljer vårdgivare. För små, nystartade verksamheter som ännu inte byggt relationer med brukare/patienter skulle krav på långsiktig ekonomisk uthållighet bygga etableringströsklar som omöjliggör nyetablering av småföretag.

Brukare och patienter har samtidigt ett skyddsvärt intresse av kontinuitet i verksamheterna. Det är därför önskvärt att de företag som verkar i välfärden har stabil ekonomi och en viss ekonomisk uthållighet. Inom flera områden i vård och omsorg är det t ex vanligt att kommunerna skriver ramavtal med omsorgsgivarna, som inte är garanterade viss beläggning. Dessa vårdgivare måste ha buffert och backup för att klara volymförändringar i det kortare perspektivet. Utredningen exemplifierar med att vårdgivaren skulle kunna visa myndigheten en bankgaranti, eller en ekonomisk prognos som pekar på överskott inom skäligen tid. Detta är frågor som behöver analyseras närmare.

Vårdföretagarna vill vidare markera att utredningens förslag i kapitel 10, om vinstbegränsningar, direkt skulle förhindra ekonomisk stabilitet i vård- och omsorgsföretagen, eftersom de därmed skulle hindras att bygga ekonomisk buffert och därmed heller inte skulle kunna få bankgarantier. Därmed strider utredningens förslag mot dess egna ambitioner.

Frågor om ekonomiska förutsättningar för verksamheten har stor betydelse för såväl möjligheterna att etablera och driva verksamhet, som för brukar- och patientkontinuiteten. Det är därför angeläget att föreskrifter på detta område tas fram i nära samråd med företrädare för den privat drivna vården och omsorgen, för att säkra att de anpassas till respektive verksamhetsområde och inte hindrar etablering av nya verksamheter, till gagn för patienter och brukare.

Det finns också anledning att i sammanhanget peka på huvudmännens ansvar för långsiktigt sunda ekonomiska förutsättningar för verksamheter i vård och omsorg, oavsett regi. I tre av fyra landsting klarar den landstingsdrivna primärvården inte sin verksamhet på den ersättning som de privata vårdgivarna får i vårdvalet, utan går med underskott. I sju av tio kommuner med LOV går den kommunala hemtjänsten back. De bristande ekonomiska villkoren strider mot konkurrensneutraliteten. Det också finns anledning att ifrågasätta om huvudmännen i tillräcklig grad säkrar de ekonomiska förutsättningarna att driva fungerande verksamhet. Vårdföretagarna ser behov av att stärka lagstiftningen för att säkra lika villkor.

13.6 Övriga frågor kring handläggningen

Utredningen föreslår att anmälan om ändringar i ägarkretsen ska ske i skälig tid i förväg. Liknande regler tycks finnas i finanssektorn, men erfarenheterna för berörda aktörer delges inte i utredningen. Vårdföretagarna anser det måste noga analyseras och säkerställas att ny sådan lagstiftning, eller praxis, harmonierar med de regelverk som börsnoterade företag lyder under och inte heller skulle försvåra ändrade ägarförhållanden i onoterade företag. Dessa frågor är inte tillräckligt belysta vare sig under detta avsnitt, eller i kapitlet med konsekvensbeskrivningar och måste därför utredas närmare.

Vårdföretagarna tillstyrker förslaget att de nya kraven på ägar- och ledningsprövning ska omfattas av tillsyn. Det måste dock vara frågan om riskbaserad tillsyn, d v s att tillsynen fokuserar på de verksamheter där det finns indikationer att de fungerar mindre väl. Risker för överbyråkratisering är annars överhängande.

Vårdföretagarna tillstyrker vidare utredningens förslag att verksamhetens tillstånd ska kunna återkallas direkt utan föregående föreläggande om det anses nödvändigt.

Fasta tidsramar för myndighetens handläggning

De långa handläggningstiderna hos IVO idag när det gäller tillståndsärenden är ett allvarligt problem som har stor påverkan på vård- och omsorgsgivarnas verksamhet. En förutsättning för utredningens förslag om tillståndsplikt på ytterligare områden och ägar- och ledningsprövning är att dessa problem löses.

Vårdföretagarna föreslår, med inspiration från motsvarade regler på finansmarknaden, ett system med fasta tidsgränser för myndigheten inom vilken den har att fatta beslut. Har myndigheten inte fattat beslut inom tidsgränsen godkänns ansökan. Liksom på finansområdet bör undantagsfall kunna förekomma, men även förlängd handläggningstid bör regleras i förhand.

När det gäller handläggning vill vi i övrigt hänvisa till vad vi skrivit i det inledande avsnittet om kapitel 13. Se rubriken **Prövning av ägare och ledning på organisationsnivå**.

13.7 Avgifter

Vårdföretagarna avstyrker utredningens förslag om avgifter för ägar- och ledningsprövning. Det är viktigt att inte ytterligare höja etableringströsklarna för mindre företag. Även om avgifterna enligt utredningens bedömning skulle te sig måttliga i det enskilda fallet kan det utgöra ett betydande hinder för ett mindre företag.

Det kan i sammanhang med mer komplicerade ägar- och ledningsprövningar också leda till att betydande belopp faktureras sökande.

13.9 Fler verksamheter enligt LSS bör omfattas av tillståndsplikt

Vårdföretagarna tillstyrker utredningens förslag, då det finns samma behov av att säkra att det är seriösa aktörer i alla former av verksamhet enligt LSS.

Vårdföretagarna föreslår att motsvarande tillståndsplikt införs för kommunalt driven LSS-verksamhet. Se utvecklade resonemang angående detta i vårt inledande avsnitt rörande detta kapitel i betänkandet, där vi föreslår tillståndsplikt för all offentlig vård- och omsorgsverksamhet.

13.10 Hemtjänst

Vårdföretagarna har sedan tidigare, i remissvar till Ägarprövningsutredningens betänkande (SOU 2016:78), tillstyrkt tillståndskrav för hemtjänst.

Vårdföretagarna föreslår att motsvarande tillståndsplikt införs för kommunalt driven hemtjänst. Bristerna i konkurrensneutralitet gentemot kommunens egenregiverksamhet skulle förstärkas vid en tillståndsplikt för enbart privat driven hemtjänst. De privata utförarna skulle - utöver att uppfylla kommunens krav som beställare enligt LOV eller LOU - få sin planerade verksamhet granskad av IVO, medan den kommunala verksamheten inte behöver gå igenom sådan granskning. Hårdare krav skulle därmed ställas på de privata utförarna än på den kommunala verksamheten. Se utvecklade resonemang angående detta i vårt inledande avsnitt rörande kapitel 13 i betänkandet.

13.11 Ledningsprövning av offentlig verksamhet

Utredningen gör bedömningen att ägar- och ledningsprövning inte bör införas för anställda i offentligt driven verksamhet. Vårdföretagarna gör en annan bedömning.

De förtroendevalda som har det yttersta och rättsliga ansvaret i kommunen/landstinget prövas i allmänna val. Det vore olämpligt i förhållande till demokratiska principer om en statlig myndighet skulle pröva och godkänna/underkänna förtroendevalda.

Vårdföretagarna föreslår att tillståndsplikt bör gälla för såväl privat som offentligt drivna verksamheter. En motsvarande ledningsprövning bör vidare införas för motsvarande kommunala och landstingskommunala funktioner. Kompetens- och lämplighetskraven bör inte vara lägre i offentlig regi. Regeringen bör tillsätta en utredning i syfte att få till stånd sådana lagändringar.

Se vidare i vårt inledande avsnitt rörande detta kapitel i betänkandet.

Kap 17 En mer ändamålsenlig reglering av upphandling av välfärdstjänster

Vårdföretagarna vill inleda med två viktiga konstateranden som gjorts tidigare i detta remissvar till kap 11. Det får konsekvenser för hur vi ser på utredningens förslag om reglering av upphandling av välfärdstjänster.

1. **Välfärdstjänster enligt SOL, HSL och LSS är att betrakta som ekonomiska aktiviteter och ska därmed omfattas av EU-rätten.** Utredningen landar i att vård- och omsorgstjänster kanske är att betrakta som ekonomiska. Vårdföretagarna menar att det inte finns några tvivel om att vård- och omsorgstjänster är att betrakta som ekonomiska aktiviteter. De omfattas således av EU-rätten.
2. **Vård- och omsorgstjänster har ett bestämt gränsöverskridande intresse. Därmed är undantagen i upphandlingsbestämmelserna inte tillämpliga.** Enligt Vårdföretagarnas bedömning är kriterierna för när ett kontrakt har ett bestämt gränsöverskridande intresse inom vård och omsorg alltid uppfyllda i Sverige. Det innebär att alla kontrakt, även dem under tröskelvärden, ska omfattas av de grundläggande principerna. Anledningen till detta är att det finns flera internationella vård- och omsorgsföretag verksamma i Sverige. Norlandia, Diaverum och Förenade Care är några exempel. Bland Vårdföretagarnas medlemmar finns företag som bedriver verksamhet i flera Europeiska länder, till exempel Capiro, Attendo och Humana. Detta innebär att det finns potentiella företag som är internationellt verksamma och som är intresserade av att delta i alla valfrihetssystem och lämna anbud i upphandlingar i samtliga kommuner och landsting i Sverige, om de ekonomiska förutsättningarna är de rätta. Vård- och omsorgstjänster har därmed ett bestämt gränsöverskridande intresse. Sverige har alltid valt att reglera offentlig upphandling också under tröskelvärdena samt där det finns undantag i EU-direktivet. Att Sverige har valt en sådan modell beror på att lagstiftaren har sett stora samhällsvinster med att reglera upphandlingen på samma sätt genomgående och därmed även de grundläggande principerna, oavsett upphandlingens storlek eller vilken tjänst det är frågan om. Det blir enklare samtidigt som det säkerställer att skattemedel används på ett korrekt sätt.

17.2.1 Upphandlande myndigheter får organisera upphandlingsförfarandet vid upphandling av välfärdstjänster

Utredningen föreslår att den upphandlande myndigheten själva får organisera upphandlingsförfarandet vid upphandling av välfärdstjänster inom ramen för de grundläggande principerna. Detta kan tyckas vällovt och i en kommun eller ett landsting med mycket god upphandlingskompetens och lång erfarenhet kan detta troligtvis fungera. Men Vårdföretagarna vill peka på risken att denna möjlighet i de flesta fall riskerar att skapa oreda och otydlighet om hur upphandlingen ska gå till.

Det är sedan tidigare känt att upphandlingskompetens inom vård- och omsorgsområdet är mycket skiftande, och i många fall inte tillräcklig, över landets kommuner och landsting. Mot denna bakgrund har regeringen gett Upphandlingsmyndigheten

uppdraget att förstärka upphandlingskompetensen inom vård- och omsorgsområdet (S2015/110FST). Vårdföretagarna anser upphandlingar av så viktiga tjänster som vård- och omsorg tjäna på att vara tydliga, transparenta och förutsebara både för den som upphandlar och för potentiella leverantörer.

Vårdföretagarnas medlemsföretag möter skiftande upphandlingskompetens över landet. Det hänger ofta ihop med kommunens eller landstingets vana att upphandla. Ett sätt att bli en bättre upphandlare är att arbeta med alternativa aktörer. Det finns exempel på kommuner som involverar branschen för att få inspel till framtida upphandlingar. Många kommuner och landsting är också aktiva i nätverk där det sker erfarenhetsutbyte kring upphandling.

17.2.3 Uteslutning och kvalificering av leverantörer

Utredningen föreslår att den upphandlande myndigheten får fastställa objektiva villkor för uteslutning och kvalificering i en upphandling. Vårdföretagarna anser att det är rimligt, det bör vara möjligt att utesluta leverantörer som visat ihållande och allvarliga brister som lett till att kontrakt sagts upp i förtid eller lett till skadestånd eller andra jämförbara påföljder. De nya upphandlingslagar som implementerades i svensk lagstiftning den 1 januari 2017 innehåller utredningens efterfrågade förslag på uteslutning och kvalificering. Möjligheten till nya villkor för uteslutning får dock inte innebära att den leverantör som åtgärdat brister efter kritik från upphandlande myndighet, eller exempelvis åtgärdat brister efter ett vitesföreläggande från Inspektionen för vård och omsorg (IVO), per automatik utesluts från nya kontrakt. Det behöver finnas en fortsatt möjlighet till själv rättning.

17.2.5 Särskilda kontraktsvillkor; arbetsrättsliga hänsyn och skyldigheter

Utredningen föreslår att bestämmelserna om särskilda villkor i 17 kap 1-5 §§ i nya LOU införs vid upphandlingar i enlighet med 19 kapitlet i nya LOU. Vårdföretagarna vill i detta sammanhang påtala att 17 kap 2-5 §§ inte har implementerats efter Riksdagens behandling av proposition 2015/16:195. Möjligheterna att ställa arbetsrättsliga krav finns emellertid. Det är dock tveksamt om denna typ av krav behövs i upphandling av vård- och omsorgstjänster eftersom sektorn knappast kan förknippas med "social dumping". Det finns redan idag ett antal bestämmelser som möjliggör att arbetsrättsliga hänsyn tas och att låga anbud förkastas om detta beror på att arbetsrättsliga hänsyn inte tagits.

17.5.1 Kontrakt under tröskelvärdet utan gränsöverskridande intresse ska inte omfattas av den nya lagen om offentlig upphandling.

Utredningen föreslår upphandling inte behöver ske för kontrakt som understiger tröskelvärdet om 750 000 Euro och som saknar gränsöverskridande intresse. Vårdföretagarna avstyrker detta förslag.

Som konstaterats tidigare i detta remissvar kännetecknas den svenska vård- och omsorgsmarknaden av ett bestämt gränsöverskridande intresse. Vårdföretagarna drar därmed slutsatsen att förslaget inte är tillämpligt på vård- och omsorgstjänster.

Vårdföretagarna anser att förslaget är principiellt fel. Det innebär risk för godtycke när kommuner och landsting kan vända sig direkt till den aktör de önskar ska få kontraktet.

Andra aktörer förlorar därmed möjligheten att konkurrera om kontraktet. Även om utredningen önskar att fler kontrakt skulle tilldelas idéburen sektor finns det inget som tyder på att så skulle vara fallet. Förslaget missgynnar framförallt små företag som är den dominerande företagsformen inom vården och omsorgen. 93 procent av de drygt 12 000 vård- och omsorgsföretagen har färre än 20 anställda.³⁹ Omsorgen och vården om brukare och patienter skulle påverkas negativt. Istället för att få tillgång till den omsorg och vård som bäst motsvarar uppställda krav erbjuds brukare och patienter vård och omsorg av den aktör som kommunen eller landstinget valt ut. Oaktat av kvaliteten i vården eller omsorgen. Vårdföretagarna menar att det heller inte går att utesluta en risk för korruption när kontrakt kan tilldelas på det föreslagna viset.

Vårdföretagarna bedömer att kontrakt inom området vård och omsorg i regel överstiger tröskelvärdet på 750 000 euro. Men enstaka undantag kan förekomma. Vid beräkningen av tröskelvärdet anges på s 536 i utredningen att värdet av liknande kontrakt under ett räkenskapsår ska läggas samman. Det är en svår uppgift att bedöma vad som anses vara liknande kontrakt.

I konsekvensavsnittet (kap 23.3.1) pekar utredningen på att det sannolikt är ett begränsat antal kontrakt som kan komma ifråga. Vårdföretagarna anser att det inte är motiverat att införa en komplicerad särlösning för enstaka upphandlingar. Utredningen har inte kunnat visa på ett tillfredsställande sätt när bestämmelsen skulle kunna vara tillämpbar eller vilka tjänster inom vården och omsorgen som kan bli aktuella. Mot bakgrund av det finns en uppenbar risk att kommunerna inleds i en falsk förhoppning om att de följer EU-rättens bestämmelser när de tilldelar kontrakt under tröskelvärdet. Effekten blir att kommunen och landstinget bryter mot direktivets krav. Det kan leda till fler överprövningar, godtycke och risk för ökad korruption. Det är direkt olämpligt.

Vårdföretagarna vill till detta avsnitt också påpeka att utredningen vid ett flertal tillfällen återkommer till att förslagen i betänkandet syftar till att ”stärka allmänhetens tilltro till den skattefinansierade välfärden”, samt att ”åstadkomma bättre förutsättningar för ökad effektivitet och kvalitet i välfärden”. Vi menar att förslaget om att godtyckligt tilldela kontrakt riskerar att få motsatt effekt. Förslaget öppnar för att låta kommuner och landsting handha skattemedel under tröskelvärdet lite hur som helst utan krav på varken kostnadseffektivitet eller kvalitet. Det bidrar inte till att uppfylla de syften som utredningen säger sig ha med förslagen. Det bidrar inte heller till ordning och reda i välfärden.

Kap 18 Möjligheter att säkerställa återinvestering av vinst vid upphandling

Idéburna aktörer utgör en viktig del av den svenska välfärden, inte minst när det gäller vården och omsorgen om patienter och brukare. En stor del av den idéburna sektorn verksam inom vård och omsorg är medlemmar i Vårdföretagarna.

18.1.1 Reserverad upphandling

Vår bedömning är att utredningens förslag om reserverad upphandling inte skulle underlätta etablering av idéburna aktörer i den svenska vården och omsorgen. Vi avstyrker förslaget.

³⁹ Soliditet/ Bisnode (2015) En undersökning av samtliga vård- och omsorgsföretags årsredovisningar 2014.

Precis som utredningen konstaterar är kraven i bestämmelsen mycket begränsade. Möjligheterna i artikel 77 i LOU direktiven är framtagna i en kontext som är mycket olika svenska förhållanden. Varken föreliggande utredning eller den tidigare utredningen för ett stärkt civilsamhälle (UFC) har kunnat presentera en situation när bestämmelsen skulle kunna vara tillämplig i Sverige. Genomförandeutredningen "Nya regler om upphandling" SOU 2014:51 övervägde möjligheten att införa artikel 77 från EU-direktivet med kom till slutsatsen att denna inte bör genomföras i svenskt rätt. Utredningen kom fram till att "Sammantaget är dessa villkor sådana att regleringen får antas ha ett begränsat praktiskt intresse" S. 332. Regeringens valde att inte införa reserverade kontakt i vissa tjänster i proposition 2015/16:195.

Kontinuitet i vården och omsorgen för patienter och brukare lyfts ofta fram som ett mått på kvalitet. Inom omsorgen handlar det i många fall om tjänster som brukaren är i behov av resten av livet och där insatsen underlättas av att en aktör får ansvaret. Bestämmelsen som nu föreslås går i motsatt riktning eftersom kontrakten som kan tilldelas enligt förslaget handlar om ett kontrakt på tre år. När avtalsperioden löper ut kommer patienten och brukaren tvingas se sig om efter en annan vårdgivare eftersom den aktör som tilldelats kontraktet sannolikhet förlorar all framtida offentlig finansiering. Har kommunen eller landstinget klassificerat avtalet mellan myndigheten och aktören som ett kontrakt med ekonomiska villkor kan aktören efter tre år svårligen få ett kommunalt bidrag, utan att detta kan komma att betraktas om en otillåten direktupphandling. Denna aspekt har utredningen dessvärre inte belyst.

Sannolikt skulle bestämmelsen alltså göra de idéburna aktörerna en björntjänst genom att begränsa framtida finansieringsmöjligheter. Dessutom riskerar kommuner och landsting, liksom i förslaget i 17.5.1, att förledas att tro att de följer EU-rättens bestämmelser. Effekten blir att myndigheterna bryter mot direktivets och fördragets krav på annonsering och likabehandling, vilket kan leda till fler överprövningar, minskad ekonomisk effektivitet och en ökad risk för korruption.

18.1.3 Återinvestering av vinst som upphandlingskriterium

Utredningen föreslår att återinvestering av vinst bör kunna användas som ett tilldelningskriterium eller ett särskilt kontraktsvillkor i en upphandling. Vårdföretagarna delar inte denna bedömning.

Om tilldelningen av ett kontrakt sker på grundval av det anbud som är mest ekonomiskt fördelaktigt, sett ur den upphandlande myndighetens synvinkel, finns olika kriterier kopplade till det föremålet för kontraktet i fråga. Till exempel pris, tekniska fördelar, miljöegenskaper med flera. Varken EU-domstolen eller EU-kommissionen har i någon vägledning angivit att återinvestering av vinst skulle kunna vara ett tilldelningskriterium. Vårdföretagarna anser inte att utredningen heller har lyckats påvisa detta eller på vilket sätt återinvestering av vinst skulle ha koppling till kontraktsföremålet. Det finns alltså en rättslig osäkerhet kring förslaget. Det har också utredningen för ett stärkt civilsamhälle (UFC) sedan tidigare konstaterat.

Vårdföretagarna anser inte att återinvestering av vinst skulle kunna var ett upphandlingskriterium.

Kap 20 En ny lag om valfrihetssystem

Utredningen föreslår att en ny lag om valfrihetssystem (LOV) införs.

20.2 Möjligheten att reservera valfrihetssystem för idéburna aktörer

Utredningen föreslår att det införs en möjlighet att reservera ett valfrihetssystem enligt LOV enbart för idéburna aktörer om det inte föreligger ett gränsöverskridande intresse. Vårdföretagarna avstyrker detta förslag eftersom det alltid finns ett gränsöverskridande intresse inom vård- och omsorgsbranschen i Sverige.

Vårdföretagarna instämmer i Svenskt Näringslivs remissvar i denna del. Svenskt Näringsliv påminner om skäl 114 i direktiv 2014/24/EU. Kortfattat beskriver de att medlemsstater och myndigheter har frihet att tillhandahålla tjänster själva eller organisera sociala tjänster, förutsatt att ett sådant system överensstämmer med principerna om öppenhet och icke-diskriminering.

Enligt Vårdföretagarnas uppfattning, som vi delar med Svenskt Näringsliv, innebär detta att ett LOV-system måste uppfylla principerna om annonsering, öppenhet och icke-diskriminering. Det går alltså inte att diskriminera leverantörer som till exempel inte tillhör idéburen sektor.

För att de fria rörligheterna ska kunna inskränkas måste åtgärden vara icke-diskriminerande, motiverad av tvingande hänsyn till ett allmänintresse och vara ägnad att säkerställa förverkligandet av målet med åtgärden och vara proportionell. Utredningen menar med på sidan 578 med referens till ett mål i EU-domstolen att väl avvägd läkar- och sjukhusvård i den mån det till folkhälsan är väsentligt att upprätthålla en vårdkapacitet eller en sjukvårdskompetens inom det nationella territoriet motiverar en inskränkning i friheterna. Vårdföretagarna vill här understryka att privata vårdgivare idag är nödvändiga för att upprätthålla vårdkapaciteten och tillgängligheten i vården. 44 procent av alla patientbesök i primärvården sker idag hos privata vårdgivare. I sjukvården som helhet tar de privata vårdgivarna hand om 34 procent av patientbesöken. Enligt vårdgarantin ska patienten nå primärvården i samma dag och få en tid för läkarbesök inom en vecka. Under hösten 2016 levde de privat drivna vårdcentralerna i högre utsträckning upp till vårdgarantins krav än de landstingsdrivna mottagningarna. De privata vårdgivarna bidrar till att lyfta primärvårdens tillgänglighetsresultat.⁴⁰ Även i den specialiserade vården bidrar de privata vårdgivarna till nödvändig kapacitet i sjukvården och till att korta väntetider. Det gäller i synnerhet i Stockholms läns landsting där stora delar av den planerade specialistvården har lagts ut hos privata vårdgivare, genom vårdval, men det gäller också i många andra landsting.

Samma mönster återfinns inom äldreomsorgen. 24 procent av alla utförda hemtjänsttimmar sker av privata omsorgsgivare och 19 procent av de äldre som bor på särskilt boende bor i ett boende som drivs i privat regi. 65 procent av alla som har beviljad personlig assistans har valt en privat utförare. Mot bakgrund av detta får det anses vara bortom allt tvivel att privata vård- och omsorgsgivare är nödvändiga för att upprätthålla vårdkapacitet och tillgänglighet.

⁴⁰ SKL:s webbplats Väntetider i vården. Resultat hösten 2016

Vårdföretagarna anser inte att det är rättsligt möjligt att diskriminera privata vård- och omsorgsföretag i ett valfrihetssystem enligt LOV och avstyrker därför förslaget om reserverade valfrihetssystem.

20.3 En ny lag om valfrihetssystem bör införas

Utredningen menar att LOV inte är någon form av upphandling, därför föreslår utredningen att en ny lag om valfrihetssystem (LOV) införs.

Idag är LOV uppbyggd på begrepp och definitioner som hämtats från upphandlingslagstiftningen. Utredningen menar att LOV bör kopplas loss från upphandlingslagstiftningen och istället anpassas till en nationell reglering. Utredningen menar att detta skulle göra LOV mer tydlig och lättillgänglig.

Vårdföretagarna vill med bestämdhet hävda att det finns starka fördelar med att LOV har stora likheter med LOU. Det råder inget tvivel om att LOV handlar om ett kontrakt som sluts mellan myndigheten och leverantören och att det därför finns all anledning att reglera detta förfarande som en upphandlingslag. Dessutom blir det också transparent och lättförståeligt för de aktörer och kommuner/ landsting som erbjuder tjänster inom både upphandling och valfrihetssystem. Det ger bättre förutsättningar för myndigheterna att kunna göra ett korrekt arbete och det skapar förtroende för systemet för alla inblandade aktörer.

För Vårdföretagarnas medlemsföretag fungerar LOV i regel bra. I de fall när LOV-system inte fungerar handlar det ofta om osunda villkor och låg ersättning, inte om själva upphandlingslagstiftningen i sig.

Vårdföretagarna anser därför att upphandlingslagstiftningens principer ska gälla fortsättningsvis i LOV.

20.4 De grundläggande principerna

Utredningen föreslår att de grundläggande principerna ska gälla vid förfaranden enligt LOV när det finns ett gränsöverskridande intresse. Som Vårdföretagarna tidigare gjort gällande i detta remissvar är vi av den uppfattningen att det alltid föreligger ett gränsöverskridande intresse när det gäller vård- och omsorgstjänster. Vi menar därför att de grundläggande principerna ska gälla i alla sammanhang.

20.5 – 20.7 Annonsering, grunder för uteslutande och avslutande

De förslag som utredningen presenterar i avsnitten 20.5- 20.7 har Vårdföretagarna inget särskilt att kommentera kring. Det är lämpligt att samma uteslutningsgrunder som anges i Upphandlingslagstiftningen också används i LOV. En sådan reglering underlättar för kommuner och landsting som använder sig av båda systemen. Det blir också transparent och lättförståeligt för de aktörer som erbjuder tjänster inom både upphandling och valfrihetssystem.

20.8 Förvaltningslagen ska tillämpas vid handläggningen av ärenden enligt LOV

Utredningen föreslår att Förvaltningslagen ska tillämpas vid handläggningen av ärenden enligt LOV. Vårdföretagarna avstyrker förslaget eftersom en konsekvens av förslaget är att rätten till rättsmedel begränsas, se analys av den begränsningen i 20.9 nedan.

20.9 Möjligheten att pröva beslut i domstol

Vårdföretagarna avstyrker förslaget som utredningen lägger i avsnitt 20.9. Vi har starka invändningar mot att möjligheten att ansöka om rättelse enligt nuvarande reglering ersätts med förvaltningsrättsliga bestämmelser om överklagande av beslut. Det leder till att rättsmedlen begränsas för privata vård- och omsorgsgivare.

Idag finns två överklagande paragrafer, dels den där vård- och omsorgsgivaren kan klaga på förfrågningsunderlaget om det bl.a. strider mot de grundläggande principerna, och dels den som anger att vård- och omsorgsgivaren har rätt att klaga om denne inte blir godkänd i valfrihetssystem. Det är vår uppfattning att det är mycket viktigt att båda dessa möjligheter till överklagan kvarstår.

Om den första överklagandegrunden skulle tas bort, vilket utredningen föreslår, innebär det att om en kommun eller ett landsting skapar ett valfrihetssystem som inte är öppet för alla aktörer så går detta beslut inte att överklaga. Vi delar Svenskt Näringslivs uppfattning i deras remissvar om att detta innebär ett diskriminerande krav som strider mot EU-rätten och rätten till rättsmedel. Enligt EU- domstolen gäller dock en rätt till effektivt rättsligt skydd av de rättigheter som följer av unionsrätten, och det ankommer på medlemsstaterna att inrätta system för rättslig prövning som gör det möjligt att säkerställa rätten till ett verksamt rättsligt skydd. För att ett prövningsförfarande ska vara effektivt krävs också att den beslutande myndigheten redovisar sina skäl för beslutet.

LOV har en styrka jämfört med Upphandlingslagstiftningen; flexibilitet. När kommuner och landsting ser ett förändrat behov, eller upptäcker oönskade effekter, ger LOV möjligheten att relativt omgående förändra villkoren i regelböckerna och förfrågningsunderlagen. Det är bra. Men det finns också en baksida med denna flexibilitet. Den gör leverantörerna beroende av förståelse hos kommunen/ landstinget om att plötsliga förändringar i villkoren kan påverka utförarnas förutsättningar kraftigt. Styrkeförhållandet mellan myndigheten och leverantören är väldigt olika. Vi har under förra året sett flera exempel på kostnadsdrivande pålagor som inte mötts med ökade ersättningsbelopp, plötsliga sänkningar av ersättningen, större förändringar i kraven med kort framförhållning. T.ex. nya krav på att samtliga hemtjänstleverantörer i en kommun ska utföra larmtjänster eller ansvara för utförandet av kommunal hälso- och sjukvård. Det här visar hur viktigt det är att vård- och omsorgsgivarna fortsatt kan överklaga innehållet i regelböcker och förfrågningsunderlag när kraven inte är proportionerliga, konkurrensneutrala, likabehandlande, när ersättningsbeloppen inte hänger med kraven etc. Det är ett sätt att se till att tjänsterna inte underprissätts och att det går att leva upp till de kvalitetskrav som ställs. Det är viktigt för att säkra vården och omsorgen om patienterna och brukarna.

Vårdföretagarna noterar att utredningen inte alls övervägt effekterna av ändringar i rättsmedlen för företagen. Detta är en stor brist. Det får anses självklart att redovisa konsekvenserna för dem vars rättsmedel förändras, särskilt i detta fall när det handlar om en försämring. Det är inte rimligt att gå vidare med ett förslag som i detta avseende är undermåligt analyserat. Mot bakgrund av det som anförts avstyrker Vårdföretagarna förslaget.

Kap 21 Samverkan med idéburen sektor

Utredningen har haft i uppdrag att utreda hur idéburen verksamhet ska kunna utvecklas och få en mer framskjuten roll som utförare i välfärden. Utredningens förslag lägger i denna del inte några skarpa förslag. Våra idéburna medlemmar hos Vårdföretagarna påpekar ofta hur viktigt det är även för idéburen sektor att göra ekonomiska överskott för att långsiktigt kunna utveckla verksamheten⁴¹. De förslag som utredningen lägger om vinsttak, i kapitel 10, skulle stjälpa förutsättningarna för våra idéburna medlemmar att växa och vore därför direkt kontraproduktiva. Förslagen hindrar möjligheterna att bygga buffert eller kapital som krävs för investeringar i idéburen verksamhet, liksom för andra privata vård- och omsorgsgivare.

Förslagen om att en organisation inte ska kunna föra medel från en verksamhet inom ramen för en lagstiftning till en verksamhet inom en annan lagstiftning skulle försvåra möjligheterna, inte bara för vinstdrivande företag, utan också för våra idéburna medlemmar att utveckla nya verksamheter på olika områden i välfärden.

Stabila och förutsägbara villkor är det viktigaste för att såväl ickevinstdrivande som vinstdrivande verksamheter ska kunna fortsätta utvecklas i vård och omsorg. Här har såväl regering och riksdag som kommuner och landsting en hemläxa att göra.

Kap 23 Konsekvenser av förslaget

23. 1 Förslag om tillstånd för att motta offentliga medel

I vårt svar angående kapitel 10 avstyrker Vårdföretagarna utredningens samtliga förslag om tillstånd för att få motta offentliga medel samt krav på vinstbegränsning. Den konsekvensanalys som utredningen har gjort av förslagen är undermålig. I vårt svar till kapitel 10 redogör vi under respektive förslag för vilka konsekvenser de skulle få. Sammantaget skulle utredningens förslag i praktiken innebära ett vinstförbud. Utan möjlighet till överskott skulle de privata vård- och omsorgsgivare som idag verkar i välfärden inte kunna fortsätta sin verksamhet. Förslagen skulle därmed få förödande konsekvenser för den svenska välfärden.

Vi vidareutvecklar vår bedömning av konsekvenserna i respektive avsnitt nedan.

23.1.1 Alternativa sätt att uppnå utredningens syfte

Vårdföretagarna har allt sedan utredningens start varit kritisk till regeringens direktiv till utredningen. Förslagen i utredningens betänkande kan möjligen anses svara mot de direktiv som regeringen gav utredningen. Men syftet och de frågor som utredningen i sitt arbete har haft att ta ställning till har varit fel ställda och haft fel utgångspunkt för den som har ambition att fortsätta utveckla den svenska välfärden. Det är inte vinstintressen som är utmaningen i välfärden, utan hur vi säkrar kvalitet och effektivitet i välfärdens verksamheter. Hur vi attraherar unga människor att söka sig till välfärdens viktiga yrken och får de nu yrkesverksamma att vilja fortsätta arbeta där. Hur vi

⁴¹ Direktör Stefan Nilsson, Ersta Diakoni debattartikel "Därför måste vi få tjäna pengar", Expressen 2013-06-14

finansierar välfärden framöver mot bakgrund av de demografiska utmaningarna och förväntningarna från medborgarna på välfärden.

23.1.2 Konsekvenser för företag och idéburna organisationer

Omöjliggör vårdföretagande

Vi kan konstatera att utredningen inte ens gjort en ansats till försök att bedöma vad förslaget till vinstbegränsning skulle få för konsekvens för de företag och idéburna organisationer som berörs. Vår bedömning är att utredningens förslag i praktiken blir ett vinstförbud som omöjliggör fortsatt företagande i vård och omsorg.

Som vi har visat i vårt svar till kapitel 10 skulle utredningens förslag, enligt revisionsföretaget PwC, innebära att närmare 8 av 10 välfärdsföretag vara tvungna att begränsa sina rörelsemarginaler till två procent eller mindre. 1 av 4 företag skulle inte tillåtas gå med vinst alls om förslaget blev verklighet, därför att de har negativt bokfört operativt kapital. Det beror på att vård- och omsorgsföretag har stor andel personalkostnader, begränsade behov av investeringar i utrustning och sällan äger sina lokaler.⁴²

Flera forskare som utredningen anlitat, eller baserar sina analyser på, kommer till liknande slutsatser. Fil dr Joachim Landström menar att modellen skulle tvinga företag i likvidation och att förslaget i det närmaste innebär att *"införa ett förbud mot privat företagande i välfärdssektorn"*.^{43 44} Fil doktor Tomas Hjelström menar att bristen med utredningens beräkningsmodell är att *"kapitalbasen ofta blir kraftigt underskattad och att en reglering baserad på denna kapitalbas riskerar att ge en väldigt låg normalavkastning."*⁴⁵ Ek dr Mikael Runstens forskning menar att *"utredningens slutsats att blunda för de mjuka värdena och samtidigt sätta ett vinsttak baserat på att de heller inte finns vore inte bara dumt utan helt förödande för utvecklingen av företagen i välfärdssektorn."*⁴⁶

Det låga vinsttak som blir följden av utredningens förslag gör att företag i vård och omsorg inte skulle tillåtas bygga upp någon buffert för oförutsedda händelser eller kostnader. Enligt PwC skulle det för ett företag med en rörelsemarginal om 0,5-2 procent ta 12,5-50 år att bygga upp en buffert motsvarande tre månaders intäkter.⁴⁷ För att kunna vara en seriös och långsiktig vård- och omsorgsgivare krävs marginaler och buffert i verksamheten. Förslaget innebär att de allra flesta privata vård- och omsorgsgivare skulle gå i konkurs, eller bli tvungna att lägga ner sin verksamhet om förslaget blir verklighet. Utredningens förslag är därmed direkt motstridigt mot de berättigade förväntningar som kommuner och landsting som upphandlande

⁴² PwC (2016) *Avkastning på bokfört operativt kapital i välfärdsbolag*

⁴³ Joachim Landström debattartikel *"Reepalus vinsttak leder till förstatligad välfärdssektor"* Dagens Nyheter 2016-09-16

⁴⁴ Dagens Samhälle nr 35:2016 *Forskare hoppade av Reepalus utredning: Mina slutsatser slets i småbitar*

⁴⁵ ibid

⁴⁶ Mikael Runsten debattartikel *"Reepalu använder min forskning helt felaktigt"* Dagens Industri 2016-11-16

⁴⁷ PwC (2016) *Avkastning på bokfört operativt kapital i välfärdsbolag*

myndigheter har på ekonomisk stabilitet hos de privata vård- och omsorgsgivare som de knyter avtal med.

Förslagen slår hårdare mot småföretag i vård och omsorg

Utredningens förslag till vinsttak skulle drabba alla vård- och omsorgsgivare, men de mindre vårdföretagen allra hårdast. Analysen från PwC visar att 86 procent av samtliga välfärdsföretag som skulle tvingas till en rörelsemarginal under två procent är små företag, med färre än tio anställda.⁴⁸

Ett sätt för företag inom vård och omsorg att försöka överleva utredningens förslag skulle vara att köpa sina lokaler så att de äger dem själva, istället för att hyra dem av en fastighetsägare. På det sättet ökar vårdföretaget öka sitt operativa kapital och tillåts därmed en högre rörelsemarginal. Det är dock svårt att se ett enda värde för kommuner och landsting som uppdragsgivare, för brukare och patienter, för vårdföretaget eller för samhället i stort i att vårdföretag binder kapital i fastigheter istället för att hyra av professionella fastighetsförvaltare. Det skulle också snedvrída konkurrensen inom vård och omsorg, eftersom mindre vårdföretag i lägre utsträckning än stora har ekonomiska förutsättningar att köpa lokaler. Det innebär att de mindre vårdföretagen skulle slås ut först om regeringen förverkligar utredningens förslag.

Då förslaget innebär att ett litet vårdföretag, för att kunna bygga buffert, också måste köpa lokaler/fastigheter, sätts nästan oöverstigliga etableringshinder upp för de sjuksköterskor, undersköterskor, socionomer och andra som funderar på att starta egen verksamhet inom vård och omsorg.

På detta sätt minskar förslagen mångfalden i vården drastiskt. Se vidare under nästa rubrik.

Hårt slag mot idéburna sektor

Den idéburna verksamheten inom vård och omsorg skulle drabbas särskilt hårt av utredningens förslag om vinsttak. Även de idéburna verksamheternas rörelsemarginal ska begränsas i relation till deras operativa kapital. Dessa verksamheter kan inte be sina ägare om kapitaltillskott för att försöka klara utredningens förslag till regler. En del idéburna verksamheter äger sina egna lokaler och har därför ett visst bokfört operativt kapital, men långtifrån alla.

Våra idéburna medlemmar hos Vårdföretagarna påpekar ofta hur viktigt det är även för idéburna sektor att göra ekonomiska överskott för att långsiktigt kunna utveckla verksamheten. Ett generellt vinst- eller överskottstak skulle omöjliggöra större investeringar av t ex dyr röntgenutrustning, satsningar på forskning och utveckling av nya verksamheter.⁴⁹

Förslagen om att en organisation inte ska kunna föra medel från en verksamhet inom ramen för en lagstiftning till en verksamhet inom en annan lagstiftning skulle försvåra möjligheterna, inte bara för vinstdrivande företag, utan också för idéburna organisationer att bidra på olika områden i välfärden.

⁴⁸ ibid

⁴⁹ Direktör Stefan Nilsson, Ersta Diakoni debattartikel "Därför måste vi få tjäna pengar", Expressen 2013-06-14

Risk för likvidation även av stora vårdföretag

Utredningen diskuterar i ett avsnitt vilka konsekvenser vinsttaket skulle få för större företag och koncerner som vuxit genom uppköp. Utredningen menar sammantaget att *”konsekvenserna för verksamhetsföretagen bör vara begränsade”*.

Det är en synnerligen lättvindig slutsats mot bakgrund av den underlagsrapport som fil dr Joachim Landström, lämnade till utredningen. Landström pekade på att utredningens modell för vinsttak bland annat skulle tvinga välfärdsföretagen till mycket stora nedskrivningar av goodwill, det vill säga värden för förvärvade bolag. För att klara sig skulle företagen behöva ge ut nya aktier, för många miljarder. Landström bedömer i sin underlagsrapport flera namngivna stora vård- och omsorgskoncerner vara illa ute om modellen genomförs, då de har alla goodwill som överstiger det egna kapitalet. *”Det finns därför en icke obetydlig likvidationsrisk för dessa företag”*, menar utredningens egen expert.⁵⁰

Om utredningens expert har rätt i sin farhåga skulle många tusentals anställda, brukare och patienter drabbas, liksom mängder av kommuner och landsting runt om i landet.

Regler som förhindrar effektiv resursanvändning

Utredningen har inte heller tillräckligt belyst konsekvenserna av sina förslag om att juridiska personer med tillstånd inte ska få driva annan verksamhet och inte heller får föra medel mellan verksamheter som drivs enligt olika lagstiftningar. I Vårdföretagarnas svar angående utredningens förslag i kapitel 10.4 har vi gett en rad exempel på hur utredningens förslag skulle försvåra för företagen och ibland förhindra att ny verksamhet kommer till stånd. Det kommer försvåra för vård- och omsorgsgivarna att nyttja sina resurser effektivt, krångla till välfungerande verksamhet, förhindra ekonomisk stabilitet samt drabba patienter, brukare och anställda. Vi ber att få hänvisa vidare till vårt svar angående kapitel 10.4.

”Övervinster som ska återföras till verksamheten”

Utredningen ägnar ett stort antal sidor i konsekvenskapitlet till att försöka påvisa hur stora de beräknade ”övervinsterna” är i välfärden som helhet och i dess olika sektorer. Som Vårdföretagarna har visat i vårt svar angående kapitel 10 grundar sig utredningens beräkningar på felaktiga antaganden.

PwC har i en analys visat att privat driven vård och omsorg har litet bokfört operativt kapital. De privata vård- och omsorgsgivarna har begränsade behov av anläggningstillgångar (därför att de ofta hyr och inte äger sina lokaler) samt driver en personalintensiv verksamhet. Det stora antalet anställda i vårdföretagen skapar en löneskatteskuld (=rörelseskuld) som därmed minskar det bokförda operativa kapitalet. Enligt PwC saknar det relevans att ställa rörelsemarginalen i relation till det operativa kapitalet i företaget. Används istället gängse lönsamhetsmått finns inga ”övervinster” i den privat drivna vården och omsorgen.⁵¹

Utredningen bygger därmed luftslopp om hur mycket resurser som kommer att kunna återföras i verksamheten. Den verkliga effekten av utredningens förslag blir att de flesta privata vårdgivare blir tvungna att lägga ner sin verksamhet.

⁵⁰ Dagens Samhälle (2016-08-31) *Välfärdsbolag kan tvingas i konkurs*

⁵¹ ibid

23.1.3 Konsekvenser för brukare

En stor del av befolkningen nyttjar privat driven vård och omsorg

Om utredningens förslag blev verklighet och mängder av privata vårdgivare skulle tvingas läggas ner skulle det drabba en stor del av den svenska befolkningen. Det är väldigt många patienter och brukare som valt privata vård- och omsorgsgivare och som nyttjar deras tjänster inom vård och omsorg. Siffrorna talar sitt tydliga språk:

- Under 2015 gjordes nästan 24 miljoner patientbesök hos privata vårdgivare i hälso- och sjukvården. Det motsvarar 35 procent av alla patientbesök i sjukvården.⁵²
- 482 av landets vårdcentraler är privat drivna. 45 procent av alla patientbesök i primärvården gjordes hos dem år 2015.⁵³
- I oktober 2015 fick närmare 41 000 äldre personer sin hemtjänst av en privat omsorgsgivare. 24 procent av alla hemtjänststimmar utförs av privata hemtjänstanordnare.⁵⁴
- Drygt 17 000 äldre personer bodde i ett privat drivet äldreboende. Det motsvarar 19 procent av alla som bor i äldreboende.⁵⁵
- Nästan 13 000 personer med funktionsnedsättningar fick år 2015 personlig assistans av privata assistansanordnare.⁵⁶
- 57 procent av alla HVB drevs 2015 i privat regi.⁵⁷

Kontinuiteten hotas

Om utredningens förslag genomförs riskerar många brukare och patienter att förlora den vård- eller omsorgsgivare som de har valt. Hur viktigt det är med kontinuitet i vård och omsorg, för kvalitet, trygghet och patientsäkerhet kan inte nog betonas. Det gäller i synnerhet äldre och sköra patienter och brukare, samt personer med kronisk sjukdom. Långvariga och förtroendefulla relationer mellan brukare/patienter och personal som arbetar hos privata vård- och omsorgsgivare riskerar att gå om intet om verksamhet tvingas lägga ner.

Omöjligt för kommuner och landsting att möta behoven i offentlig regi

Utredningen bedömer att *"inte kan uteslutas att ett antal verksamheter helt avvecklas och att vissa enskilda huvudmän och privata utförare försvinner, vilket kan drabba brukare... och att det är viktigt att kommunerna har beredskap för att möta de behov som eventuellt uppstår"* i samband med det. Vårdföretagarna anser att utredningen grovt underskattar dessa risker. De privata vård- och omsorgsgivarna är viktiga – för att inte säga oersättliga - partners för kommuner och landsting idag. Det skulle få oöverstigliga konsekvenser för brukare och patienter om verksamheten i kommuner och

⁵² SKL:s verksamhetsstatistik hälso- och sjukvård 2015

⁵³ ibid

⁵⁴ Socialstyrelsen (2016) *Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2015*.

⁵⁵ ibid

⁵⁶ Försäkringskassans webbplats samt Socialstyrelsen (2015) *Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS*

⁵⁷ Enligt mail från IVO, nov 2015

landsting plötsligt skulle ta hand om behoven hos alla de patienter och brukare som idag får sin vård och omsorg av privata vård- och omsorgsgivare, om de skulle tvingas att lägga ner. Redan idag brottas många landsting med långa vårdköer och brist på vårdplatser på sjukhusen. Äldre och personer med funktionsnedsättning tvingas inte sällan vänta på en plats på äldreboende eller bostad med särskild service.

I en undersökning bland socialchefer i Sveriges kommuner från 2016 framkommer att 73 procent anser att de sannolikt eller absolut inte skulle klara sitt uppdrag utan tillgång till fristående utförare inom social omsorg.⁵⁸

Vi ifrågasätter om kommuner och landsting har kapacitet att ta hand om de stora volymer besök och behandlingar och det stora platsbehov som det är fråga om. Vår bedömning är därför att utredningens förslag är ett stort hot mot välfärden.

Påverkan på valfriheten samt patient- och brukarnöjdhet

Om utredningens förslag genomförs riskerar det att få negativ inverkan på patient- och brukarnöjdheten i välfärden. Valfriheten i vård och omsorg är viktig för medborgarna. 90 procent av medborgarna anser att man ska kunna välja bort en vårdgivare man inte är nöjd med.⁵⁹ Om privat drivna verksamheter tvingas att lägga ner kommer valfriheten för den enskilde inte längre finnas kvar. Det skulle också få till följd att många av de verksamheter som har högst patient- och brukarnöjdhet skulle försvinna.

I SKL:s nationella patientenkät för primärvården är patientnöjdheten hos privat drivna vårdcentraler högre än hos de landstingsdrivna vårdcentralerna. När det gäller kontinuitet i kontakterna får de privat drivna mottagningarna väsentligt högre betyg än de landstingsdrivna av patienterna. När det gäller övriga kvalitetsparametrar är skillnaderna mindre, men entydiga.⁶⁰

Olika studier har genom åren visat att patienterna har förväntningar på en bättre tillgänglighet i sjukvården. I en internationell studie som publicerades nyligen av Vårdanalys framkommer att svenska patienter upplever en sämre tillgänglighet jämfört med andra länder.⁶¹ I SKL:s nationella patientenkät 2015 ansåg drygt 18 procent att de inte fått besöka sin vårdcentral inom rimlig tid. I SKL:s mätningar av måluppfyllelsen av vårdgarantin framgår dock att de privata vårdcentralerna bidrar till en mer tillgänglig primärvård än annars skulle vara fallet.⁶²

När det gäller äldreomsorgen är nio av tio äldre mycket eller ganska nöjda sammantaget med hemtjänsten. Åtta av tio äldre är mycket eller ganska nöjda med sitt äldreboende. Det är få som svarar att de är missnöjda. Det finns små skillnader mellan privat och kommunal hemtjänst och särskilt boende, framförallt i de delar som gäller möjligheterna att påverka omsorgen. Fler i gruppen äldre med hemtjänstutförare i privat regi uppger att de kan påverka tiderna för insatserna, att personalen kommer på avtalad tid och att de får information i förväg om något förändras.⁶³

⁵⁸ Skop (2016). *Rapport till Svenska Vård Mars 2016*

⁵⁹ Demoskop 2016. *Allmänheten om välfärdsföretag*. Undersökning genomförd på uppdrag av Vårdföretagarna.

⁶⁰ Vårdföretagarna (2016) *Patienttoppen 2016*

⁶¹ Vårdanalys (2016) *Vården ur befolkningens perspektiv 2016*

⁶² SKL [Väntetider i vården](#)

⁶³ Socialstyrelsen (2016) *Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende*

Nischade verksamheter hotade av förslagen

En annan viktig aspekt är att det finns många exempel på privata vård- och omsorgsgivare som har nischat sin verksamhet på behov som den offentligt drivna vården inte har lyckats möta. Det handlar till exempel om hemtjänst och äldreboenden med särskild språklig och kulturell inriktning. Det är behov som kommer att öka framöver. Tack vare privat drivna verksamheter har patienter och brukare med särskilda behov kunnat få sina behov tillgodosedda. Om välfärden ska sägas omfatta alla är det av största vikt att dessa typer av verksamheter, nischade mot särskilda behov, kan fortsätta och nya utvecklas.

23.1.4 Övergripande samhällsekonomiska konsekvenser samt 23.1.5 Offentligfinansiella konsekvenser

Skilda ekonomiska utgångspunkter i kommunal och privat driven verksamhet

I de underliggande resonemangen bakom utredningens förslag om vinsttak skymtar ett anslagstänk och erfarenheterna av ettårsbudgeteringen i kommuner och landsting. Tilldelade resurser ska användas här och nu. Nästa år tillförs nya resurser i den offentliga budgeten.

Ur ett företagsperspektiv är det en felaktig utgångspunkt. En privat vårdgivare måste med nödvändighet ha flera års planeringshorisont i sin verksamhet. Denne måste vara noga med sin budget för att överleva och utvecklas. Det finns starka incitament att hålla nere onödiga kostnader och vara sparsam för att senare kunna utveckla verksamheten.

Soliditeten i vårdföretaget hänger nära ihop med ansvaret gentemot tredje man, gentemot patienter och brukare, men också gentemot den som t ex hyr ut verksamhetens lokaler. Det är en fundamental skillnad gentemot kommunal och landstingskommunal förvaltning, som har skattemedel i ryggen.

Vinstreglerna skapar fel incitament – motverkar effektivitet

Som utredningens förslag är konstruerat skulle de allra flesta vårdföretag (se tabell i svar angående avsnitt 10.5) tillåtas så liten rörelsemarginal att de inte får någon buffert i verksamheten. Men även för de vårdföretag som t ex äger fastigheter skulle vinstbegränsningsreglerna ge direkt oönskade incitament ur ett samhällsperspektiv.

Utredningens förslag till lagregler skulle ta bort incitamenten att driva en så effektiv verksamhet som möjligt. Om vårdgivaren lyckas öka sina lönsamhet, t ex genom nya smarta lösningar som sänker kostnaderna i verksamheten, riskerar denne att slå i vinsttaket, bli föremål för sanktioner från tillsynsmyndighetens sida och till och med riskera sitt tillstånd. Utredningens förslag ger de privata vårdgivarna incitament att slösa med resurser för att inte slå i vinsttaket. Sådana förslag måste bedömas som skadliga för samhällsekonomin.

Utredningens förslag skulle vidare leda till att vård- och omsorgsföretag tvingas prioritera att bygga upp kapitalbildning för att få en acceptabel rörelsemarginal. Utredningen har inte visat några vinster med att tvinga företag att göra så framför att till exempel satsa på kompetensutveckling och vidareutveckling av vårdtjänsterna. Det är av mindre betydelse för vårdtjänstens kvalitet om ett vårdföretag äger lokaler och inventarier, än om vården utförs av rätt personal, med effektiva arbetsmetoder och

kvalitetsuppföljning.

Risk för stora kostnadsökningar för kommuner och landsting

Kommuner köpte år 2015 vård- och omsorgstjänster av privata vårdföretag för 39 miljarder kronor. Landstingen köpte samma år sjukvårdstjänster av privata vårdföretag för 30 miljarder kronor.⁶⁴ Genom att nyttja konkurrens i entreprenadupphandlingar, ramavtal och LOV-system har kommuner och landsting ambitionen att hålla nere kostnader och främja kvalitet. Konkurrensen förbättrar möjligheterna för bra styrning, och Leif Anjous forskningsprojekt vid Stockholms universitet visar att kommuner och landsting som är resultatorienterade är särskilt framgångsrika. Flera studier har vidare visat att konkurrensutsättningen i sjukvården har lett till högre produktivitet.⁶⁵

Ansvariga politiska beslutsfattare i kommuner och landsting brottas med kostnadsutvecklingen i den kommunala och landstingsdrivna verksamheten. SKL ger i sin senaste Ekonomirapport en oroande bild av ekonomin i kommuner och landsting. De pekar på stora verksamhetsmässiga och ekonomiska utmaningar de kommande åren och understryker behovet av effektivisering.⁶⁶

Kvalitetskonkurrens kommer fortsatt vara ett viktigt verktyg för kommuner och landsting för att nyttja varje skattekrona så effektivt som möjligt. Som vi konstaterade i vårt svar avseende kapitel 9 är det oftast en "win-win-situation" när landsting och kommuner upphandlar verksamhet, eller inför valfrihetssystem enligt LOV/vårdval. Som exempel kan nämnas att sjukvården vid Capio S:t Görans sjukhus är 10-15 procent billigare för landstinget än jämförbar vård på andra sjukhus i Stockholm.

I valfrihetssystem kostar, i teorin, den privat drivna vården eller omsorgen inte en krona mer än den offentligt drivna. I praktiken kan vi konstatera att kommunernas och landstingens egenregiverksamhet inte förmår att driva sin verksamhet på den ersättning som huvudmännen ger de privata aktörerna, utan går med förlust. Som exempel kan nämnas att år 2015 gick den landstingsdrivna primärvården i med underskott 16 av 21 landsting. Sedan vårdvalets start uppgår de totala underskotten i den landstingsdrivna primärvården till nästan en miljard kronor.⁶⁷ I sju av tio kommuner som infört LOV i hemtjänst går den kommunala verksamheten med underskott.⁶⁸

Tyvärr är det inte unikt för den landstingsdrivna primärvården att den inte förmår att driva verksamheten på den givna ersättningen. Mellan 2012-2014 ökade underskotten på 19 större sjukhus i landstingen med 1,2 miljarder kronor.⁶⁹ De stora budgetöverdragen i sjukvården innebär att ytterligare skattemedel måste täcka upp förlusterna.

Mot bakgrund av budgetunderskotten i stora delar av den landstingsdrivna och kommunalt drivna vården och omsorgen, samt utmaningen att finansiera välfärden framöver vore det direkt kontraproduktivt att införa regler som inte stimulerar

⁶⁴ SKL (2016) *Köp av verksamhet 2015*

⁶⁵ Svenskt Näringsliv (2014) *Konkurrensutsättningens inverkan på produktivitet och effektivitet i svensk välfärd*

⁶⁶ SKL (2016) *Ekonomirapporten, oktober 2016*

⁶⁷ Vårdföretagarna (2016) *Vårdval med förhinder – villkor, verklighet och visionen om en starkare primärvård*

⁶⁸ SKL. (2016) *Ersättningssystem i hemtjänst 2015.*

⁶⁹ Sanandaji, Nima (2016): *Förluster i välfärden – en studie av svenska sjukhus.* ECEPR.

vårdgivare att använda resurserna så effektivt som möjligt. Det vore vidare kontraproduktivt att införa regelverk som försvårar för privata vård- och omsorgsgivare att fortsätta sina verksamheter. Då skulle kommuner och landsting inte längre hade möjlighet att nyttja privata vård- och omsorgsgivares kraft och kompetens, utan måste driva motsvarande verksamhet i offentlig regi. Risken för ökade offentliga budgetunderskott är därmed överhängande. Den offentliga sektorn behöver dessutom det omvandlingstryck som kvalitetskonkurrensen från privata vårdgivare bidrar till.

Behov av privat kapital i välfärden

De privata vård- och omsorgsgivarna står idag för en ansevärd del av verksamheten sjukvården och omsorgen. Det skulle få stora återverkningar på kommunernas och landstingens egna verksamheter om de privata vård- och omsorgsgivarna blev tvungna att lägga ner.

Vi behöver fler företagsamma människor, idéer och mer investeringar i välfärden, inte färre och mindre. Vi står inför stora demografiska och ekonomiska utmaningar i den svenska vården och omsorgen. Bidraget som välfärdsföretagen och deras ägare gör borde ses som ett välkommet tillskott till finansieringen av välfärden.

Det privata kapital som de privata vårdgivarna och deras ägare bidrar med är viktiga tillskott till finansieringen av välfärden och en förutsättning för att kommuner och landsting ska klara växande behov. Alla goda krafter behövs för att klara av den utmaning välfärden står inför. Det visar inte minst SKL:s och andras beräkningar av det så kallade finansieringsgapet. Privata vårdgivare bidrar med stora investeringar i vård och omsorg, som landsting och kommuner annars hade behövt göra. Omsorgen måste moderniseras - vi behöver främja kvalitet och utveckling, förbättra samverkan mellan vård och omsorg och det behövs fler och nya typer av äldreboenden. De privata omsorgsgivarna står idag för en stor del av all utbyggnad av äldreboenden, och klarar detta tack vare att de har starka ägare i ryggen.

Om vinsttak införs skulle kommuner och landsting få kraftigt ökade investeringsbehov framöver. Dels handlar det om de lokaler och den utrustning som privata vård- och omsorgsgivare idag äger när de driver vård 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. Detta i ett läge då kommuner och landsting står inför stora investeringsbehov i sina offentligägda vårdlokaler. Enbart inom sjukvården beräknas landstingen fram till 2024 behöva investera mellan 91-128 miljarder kronor i offentligägda vårdlokaler för att möta behoven som följer av de demografiska förändringarna och förslitningen av sjukhus, vårdcentraler och andra befintliga lokaler.⁷⁰

I Boverkets enkät till kommunerna år 2016 uppgav en tredjedel (109 kommuner) att de har brist på äldreboendeplatser. Då har Sverige inte ens kommit in i den kraftiga ökningen av andelen 80-åringar som förväntas från år 2020. Det kommer att kräva avsevärda investeringar i nya äldreboenden.

Utredningens förslag skulle hämma rekryteringen av personal till vård och omsorg

⁷⁰ Almega och HUI Research (2014) *Välfärdsskulden – investeringsbehov i skola och vårdlokaler*

I en tid där en av de stora utmaningarna för vården och omsorgen generellt är behovet av personal och svårigheten att rekrytera sådan är det anmärkningsvärt att utredningen inte alls belyser detta problem. Än mindre sätter sina förslag i relation till kompetensförsörjningen för branschen. Vårdföretagarnas bedömning är att utredningens förslag skulle försvåra möjligheterna att rekrytera kvalificerad personal till vård och omsorg framöver.

Privata vårdföretag är en viktig del av arbetsmarknaden inom vård och omsorg. De privata vård- och omsorgsgivarna sysselsatte år 2013 167 000 personer, räknat på både hel- och deltidstjänster. Alla omfattas de av utredningens förslag. Som exempel kan nämnas att 40 procent av sjukvårdspersonalen i primärvården arbetar på privat drivna vårdcentraler och att 15 procent av personalen i äldreomsorgen arbetar i verksamheter som drivs i privat regi.⁷¹ Hela 70 procent av alla personliga assistenter arbetar hos privata assistansanordnare.⁷²

Rekryteringsbehoven till vård och omsorg är stora. Fram till 2023 behövs 225 000 nya medarbetare i den svenska vården och omsorgen om inga förändringar görs i arbetssätt och bemanning. Ungefär 60 procent av det totala behovet beror på pensionsavgångar. Övriga 40 procent, cirka 90 000 nya medarbetare, beror på en ökad efterfrågan på vård och omsorg till följd av att andelen yngre och äldre i befolkningen ökar.⁷³ Mot den bakgrunden är det oroande att så få unga väljer att söka till gymnasiets vård- och omsorgsprogram och vill arbeta i äldreomsorgen. När det gäller högskoleutbildad personal inom hälso- och sjukvården råder stor brist på legitimerad personal inom flera specialistområden.

För att kunna rekrytera kvalificerad personal till vården och omsorgen måste verksamheten upplevas som attraktiv. Det behövs vidare en mångfald av arbetsgivare. Flera arbetsgivare i samma kommun eller landsting ger möjligheter, för den som trivs i yrket, att byta arbete och på så sätt göra karriär och påverka sin inkomst och sina villkor. Vården och omsorgens entreprenörer är därför viktiga för att klara kompetensförsörjningen.

Utredningens förslag riskerar att försämra villkoren för personal i vård och omsorg

Enligt Läkarförbundet upplever läkare verksamma i primärvården att små privat drivna vårdcentraler har bättre förhållanden på nästan alla områden, bland annat bättre kontinuitet, nöjdare läkare, nöjdare personal, bättre arbetsmiljö, mer tid för kompetensutveckling och nöjdare patienter⁷⁴. Den bilden bekräftas i en forskningsstudie från SNS, som visar att de privat drivna vårdcentralerna i högre grad lyckas attrahera och behålla duktig och kunnig personal i sina verksamheter⁷⁵. Även Konkurrensverket pekar på att landstingen bör bejaka de privata vårdgivarna som i större utsträckning har fast

⁷¹ SKL (2016) *Köp av verksamhet*

⁷² SCB 2016. Avser år 2014.

⁷³ SKL (2014) *Så möter vi rekryteringsutmaningarna i vården och omsorgen*

⁷⁴ Ove Andersson och Sven Söderberg, Läkarförbundet: *Mångfald skapar trygghet och kontinuitet för patienten*. Läkartidningen 2015-12-01

⁷⁵ Angelis, Häger Glengård och Jordahl (2016) *Att styra en vårdcentral. Hur går det till och vad kan förbättras?* SNS

läkarbemanning⁷⁶.

Även blivande medarbetare i vården har, i en undersökning bland studerande till sjuksköterska, barnmorska och fysioterapeut, en mer positiv syn på att arbeta hos privata vårdgivare än i landstinget. De upplever att privata arbetsgivare inom vården erbjuder bättre möjligheter att påverka arbetsituationen, löneutvecklingen och karriärmöjligheterna. Dessutom upplever de att det är lättare att få gehör för egna idéer om hur verksamheten kan utvecklas. Nästan sex av tio blivande barnmorskor bedömer att de skulle ha bäst förutsättningar att påverka sin arbetsituation och få gehör för sina idéer hos en privat arbetsgivare. Motsvarande siffra för den landstingsdrivna vården är en av 10.⁷⁷

Den ökade mångfalden av arbetsgivare inom vård och omsorg har också betydelse för löneutvecklingen i dessa kvinnodominerade sektorer. Lönestatistiken visar att såväl undersköterskor som sjuksköterskor i genomsnitt har högre lön hos privata vård- och omsorgsgivare än i kommuner och landsting.⁷⁸

Sjukfrånvaron bland vården och omsorgens medarbetare är generellt hög även om det sedan länge är känt att den är lägre bland medarbetare inom privat sektor. I en ny rapport från Försäkringskassan framkommer att sjukfrånvaron är betydligt lägre i privat sektor för nästan alla delbranscher inom välfärden. När det gäller boenden för äldre och funktionshindrade är antalet sjukskrivningsdagar 26 procent högre för kommunala boenden, och för den delsektor som rymmer hemtjänst och personlig assistans är de 14 procent högre. För vårdcentraler, öppna specialistmottagningar och tandläkarverksamhet är sjukfrånvaron 41 procent högre för offentlig drift jämfört med privat med samma mått.⁷⁹

Medarbetare inom privat vård och omsorg mer nöjda på flera områden än sina kollegor i offentliga verksamheter. Enligt Jobbhälsobarometern är medarbetare inom privata verksamheter mer nöjda med sin lön, upplever i högre grad att man hinner med sina arbetsuppgifter inom ordinarie arbetstid och fler anser att man kan påverka både den fysiska och den psykiska arbetsmiljön.

Sammantaget menar Vårdföretagarna att förslag som kraftigt begränsar förekomsten av privata arbetsgivare inom vården och omsorgen riskerar att försämra villkoren för medarbetarna. Det är inte en produktiv väg framåt för att möta det stora rekryteringsbehov som vården och omsorgen har.

Utredningens förslag hämmar innovation

Det finns en rad konkreta exempel på innovationer och privata entreprenörer som går före och utvecklar vården. Här är några:

- Digitala sjukvårdstjänster som KRY och Min Doktor.

⁷⁶ Konkurrensverket (2015) *Hyrläkare i primärvården – en kartläggning av landstingets upphandlingar och kostnader*

⁷⁷ Novus (2014) *Frågor om framtida arbetsgivare och karriärmöjligheter – vårdstudenter*. Undersökningen är genomförd på uppdrag av Vårdföretagarna.

⁷⁸ Vårdförbundets medlemsstatistik år 2016 samt lönestatistik för undersköterskor år 2015 från SKL och Vårdföretagarna

⁷⁹ Försäkringskassan (2016) "Sjukfrånvaro per bransch och sektor"

- Remeo, Sveriges första klinik för patienter i behov av avancerad andningsvård och rehabilitering, som överbryggar gapet mellan den traditionella intensivvården, vårdavdelningen och hemmet. Remeo vann 2016 Grant Thorntons innovationspris.
- Vårdcentralen Västerläkarna i Göteborg, som stått modell för de särskilda äldremottagningar som flera landsting nu satsat på.
- Robotkatten, som Attendo tillsammans med Mälardalens högskola för att öka livskvaliteten hos personer med demenssjukdom.
- Appen "ShowMyDay" som Humana bidragit till, en app som hjälper till att strukturera vardagen för dem med stora behov av detta

Vårdföretagarnas bedömning är att utredningens förslag om vinsttak skulle hämma innovationstakten i vård och omsorg. Utan möjligheter att få rimlig lönsamhet finns inga incitament för drivna entreprenörer att ta risker och utveckla nya lösningar på behoven i vård och omsorg.

Kostnader för IVO:s nya uppdrag

Utredningen gör bedömningen att varje tillståndsansökan skulle ta en timme att handlägga och att tillståndskostnaden därmed skulle bli cirka 700 000 kronor per år. Vad gäller tillsynen bedömer utredningen att tidsåtgången är 16 timmar per företag och år samt att den totala kostnaden för tillsyn skulle uppskattas till 121 miljoner kronor per år.

Vårdföretagarna gör bedömningen att de uppskattningar som utredningen gör av tidsåtgång och kostnader för myndigheten är optimistiskt räknade mot bakgrund av den detaljerade granskning och tillsyn som utredningen föreslår, t ex när det gäller att bedöma marknadsmässiga löner och hyra av lokaler. Vår bedömning är att denna granskningsprocess kommer att ta betydande resurser i anspråk. Än viktigare är att de ökade samhällskostnaderna till IVO för denna prövning inte skulle innebära en enda ny satsad krona på kvalitetssäkring. Vårdföretagarna anser att det är fel väg att gå. IVO behöver istället stärka sitt arbete med kvalitet och tillsyn av all berörd verksamhet, oavsett regi.

23.1.6 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Utredningen menar att det finns *"ingen anledning att tro att förslagen kommer att få någon negativ inverkan på jämställdheten mellan kvinnor och män"*. Vårdföretagarna delar inte den bedömningen. Utredningens förslag är ett dråpslag mot kvinnors företagande. De skulle också drastiskt minska mängden alternativa arbetsgivare inom den kvinnodominerade vården och omsorgen. Vi utvecklar resonemangen nedan.

Dråpslag mot kvinnors vårdföretagande

Vårdföretagarna har tidigare i remissvaret visat att utredningens förslag i praktiken innebär ett vinstförbud och därmed riskerar att försätta ett stort antal vårdföretag i konkurs. En majoritet av de företag som skulle drabbas leds av kvinnor, eftersom kvinnor dominerar som företagsledare bland vård- och omsorgsföretagen. Nedan redovisas senast tillgänglig statistik från SCB (år 2014) som åskådliggör det⁸⁰:

⁸⁰ SCB RAMS/Entreprenörskapsdatabasen. Statistik över operativa företagsledare år 2014. SNI-kod 86-88, med undantag för 86909, 88910, 88994 samt sektorkod 23-24.

- Närmare 7 000 kvinnor leder företag inom vård och omsorg.
- 55 procent av företagsledarna inom vård och omsorg är kvinnor.
- Uppdelat på sektorer inom vård och omsorg är andelen kvinnor som leder företag högst i äldreomsorgen. 71 procent av äldreomsorgsföretagen har en kvinna som företagsledare.
- Fördelningen av operativ makt i vårdföretagen är jämställd i både stora och små vårdföretag. Av de drygt 12 700 vårdföretag som SCB redovisar i sin statistik är de flesta små. Bland de minsta vårdföretagen, med färre än tio anställda, är andelen företagsledare som är kvinnor 56 procent. Endast 72 vårdföretag har 250 anställda eller fler. Andelen kvinnor som leder dessa större företag är 47 procent. Med andra ord leds i stort sett lika många av de största företagen av en kvinna som av en man.

Utredningen nonchalerar vårdföretagandets viktiga betydelse för jämställdheten i Sverige. Möjligheten till företagande inom vården har öppnat för en stor mängd kvinnor, med tidigare vårderfarenhet från offentlig sektor, att starta och driva företag. Företagandet har gett dem större frihet och ökat självbestämmande i yrkeslivet jämfört med att vara anställd.

I vård- och omsorgssektorn är andelen kvinnor som leder företag nästan dubbelt så stor som i näringslivet i stort. Det faktum att det finns många kvinnor med erfarenheten att leda och utveckla företag i vårdsektorn kan också få positiva effekter för jämställdheten i hela näringslivet. Kvinnors företagande inom vård och omsorg innebär att det finns fler kvinnor med företagarkeriter som kan rekryteras till företagsledningar och bolagsstyrelser i övriga näringslivet.

Andelen företagsledare som är kvinnor i vård och omsorg överträffar det övriga näringslivet med råge. Utredningen har dock rätt i att andelen kvinnor som är företagsledare i vård och omsorg inte än är i paritet till andelen kvinnor som arbetar inom vård och omsorg. Vi anser att i en så kvinnodominerad sektor som vård och omsorg bör kvinnorna också dominera i toppskiktet. Politiken bör därför ge förutsättningar för en fortsatt utveckling av kvinnors företagande i vård och omsorg. Problemet är dock att utredningens förslag går i direkt motsatt riktning. De omöjliggör för kvinnor (och män) att utveckla framgångsrika privat drivna verksamheter inom vård och omsorg.

Förslagen stryper alternativen på arbetsmarknaden

Ett perspektiv som saknas i utredningens konsekvensbeskrivning är förslagets betydelse för medarbetarna i vård och omsorg. Vården och omsorgen är en starkt kvinnodominerad sektor på arbetsmarknaden. En stor majoritet av de sysselsatta är kvinnor.

Framväxten av fler privata vård- och omsorgsgivare har på de flesta orter i landet inneburit att kvinnor (och män) med vårdutbildningar har fått fler arbetsgivare än kommunen eller landstinget att välja bland. Valfrihetsreformerna har inte bara skapat kvalitetskonkurrens för verksamhet i såväl privat som offentlig regi till gagn för patienter och brukare, utan också bidragit till ökad konkurrens på arbetsgiversidan på arbetsmarknaden. Medarbetare som inte trivs på sin arbetsplats i vården, upplever att hen inte har tillräckligt inflytande eller får tillräcklig uppskattning för sitt arbete har numera möjlighet att välja bort den arbetsplatsen och söka sig till en annan arbetsgivare. Den ökade möjligheten till rörlighet på arbetsmarknaden inom vården och omsorg bedömer vi också som en fortsatt viktig faktor för kompetensförsörjningen i vården (se också vårt svar angående avsnitt 23.1.4).

Den ökade mångfalden av arbetsgivare inom vård och omsorg har också betydelse för löneutvecklingen i dessa kvinnodominerade sektorer. Lönestatistiken visar att såväl undersköterskor som sjuksköterskor i genomsnitt har högre lön hos privata vård- och omsorgsgivare än i kommuner och landsting.⁸¹

Om utredningens förslag genomförs kommer det att innebära att många av de alternativa arbetsgivarna för medarbetare i vård och omsorg kommer att behöva lägga ner sin verksamhet. På många orter i landet riskerar det att i vårdsektorn åter bli en monopolsituation på arbetsmarknaden, med endast kommunen och landstinget som arbetsgivare. Det vore en stor nackdel för alla de kvinnor (och män) som arbetar inom vård och omsorg.

Vården och omsorgen som integrationsmotor

Utredningen har förbisett vårdens och omsorgens roll som integrationsmotor. Vård- och omsorgssektorn kan ofta erbjuda personer med utländsk bakgrund ett första steg in på arbetsmarknaden. Bland de anställda är andelen utrikesfödda högre inom vård- och omsorgssektorn än inom andra branscher. Till exempel är 32 procent av läkarna och 23 procent av de personliga assistenterna födda i andra länder än Sverige, jämfört med övriga arbetsmarknadens 14 procent⁸².

Drygt en femtedel av vård- och omsorgsföretagen har en företagsledare med utländsk bakgrund⁸³. Dessa företag skulle drabbas lika hårt av utredningens förslag som andra vård- och omsorgsföretag. Detta har dock särskild betydelse för integrationen, eftersom chefer med utländsk bakgrund tenderar att i mycket högre grad anställa människor med utländsk bakgrund, i jämförelse med chefer med svensk bakgrund⁸⁴.

⁸¹ Vårdförbundets medlemsstatistik år 2016 samt lönestatistik för undersköterskor år 2015 från SKL och Vårdföretagarna

⁸² SCB (2013) *Yrkesstrukturen i Sverige 2011*

⁸³ Tillväxtverket (2014) *Mångfald i näringslivet. Företagens villkor och verklighet 2014*.

⁸⁴ Vårdföretagarna (2015) *Mångfald ger välfärd för alla*

Flera privata vård- och omsorgsgivare går i bräschen när det gäller att bidra till integration av nyanlända i Sverige. Som exempel kan nämnas Ambea, som i avtal med Arbetsförmedlingen, erbjuder praktik för nyanlända i Vardagas och Nytidass verksamheter. Andra exempel är Capios samarbete med Arbetsförmedlingen för att, med praktikplatser, hjälpa läkare med utländsk examen att snabbare få svensk läkarlegimation och Sophiahemmet, vars privat drivna högskola startat kompletterande utbildning för läkare med utländsk examen i samma syfte.

Avslutande kommentarer

Vårdföretagarna konstaterar sammanfattningsvis att det skulle skada den svenska välfärden allvarligt om utredningens förslag om vinsttak infördes. Det skulle få stora konsekvenser för brukare och patienter, för berörda vård- och omsorgsföretag, för kommuner och landsting och för samhällsekonomin.

Vi förväntar oss att regeringen inte går vidare med betänkandets förslag om vinsttak eller andra former av vinstregleringar.

Istället bör regeringen fokusera på välfärdens verkliga utmaningar. Vårdföretagarna bidrar gärna i det viktiga arbetet.

Med vänlig hälsning

Håkan Tenelius
Näringspolitisk chef
Vårdföretagarna

Karin Liljeblad
Näringspolitisk expert

Sabina Joyau
Näringspolitisk expert

Bifogas:

Rapport PwC (2016): *Avkastning på bokfört operativt kapital i Välfärdsbolag*



Avkastning på bokfört operativt kapital i välfärdsbolag

27 december 2016

*PwC, 113 97 Stockholm, Besöksadress: Torsgatan 21,
Telefon 08-555 330 00, Telefax 08-555 330 01, www.pwc.com/se*

1	<i>Sammanfattande slutsatser</i>	3
2	<i>Uppdrag och bakgrund</i>	4
3	<i>Bokfört operativt kapital i tjänstebolag</i>	5
4	<i>Utredningens val av jämförelsegrupp</i>	6
5	<i>Vinsttakets innebörd för tillåten rörelsemarginal</i>	9
6	<i>Effekten på Välfärdsbolagen om vinsttaket införs</i>	11
7	<i>Ansvarsbegränsning</i>	13
8	<i>Appendix</i>	14

1 Sammanfattande slutsatser

PwC har fått i uppdrag av Svenskt Näringsliv att genomföra en oberoende analys av det vinsttak som kommit som förslag i Valfärdsutredningen ”*Ordning och reda i välfärden*” (publicerad 8 november 2016).

Utredningens förslag är att begränsa välfärdsbolagens rörelseresultat till statslåneränta med tillägg av sju procentenheter multiplicerat med bolagens bokförda operativa kapital. I utredningen görs gällande att det är skäligt med hänsyn till att välfärdsbolagens avkastning på bokfört operativt kapital överstiger den avkastning som är rådande i tjänstesektorn som helhet.

Vi har genom analyser presenterade i denna rapport kommit fram till följande slutsatser;

- 1. Avkastning på bokfört kapital är ett avkastningsmått som framförallt är applicerbart på kapitalintensiva bolag.** Att beräkna avkastning på bokfört operativt kapital på tjänstebolag med små bokförda tillgångar ger lätt orimliga/intetsägande resultat med oändligt hög avkastning.
- 2. Utredningens jämförelse mellan avkastningen på operativt kapital för välfärdsbolagen och tjänstesektorn saknar relevans.** De två grupperna är inte jämförbara då tjänstesektorn som helhet innehåller branscher som är, till såväl verksamhet som tillgångsstruktur, påtagligt olika välfärdsbranschen.
- 3. Förslaget från välfärdsutredningen är formulerat som ett vinsttak men mynnar i praktiken ut i ett vinstförbud för de allra flesta företagen.** Med anledning av att vinsttaket sätts i relation till välfärdsbolagens mycket låga bokförda operativa kapital blir accepterad rörelsemarginal så låg att förslaget i praktiken kan betraktas som ett vinstförbud.
- 4. Välfärdsbolagens möjlighet att bedriva sin verksamhet blir påtagligt begränsade om utredningens förslag blir verklighet.** Det faktum att bolagen kommer att ha små möjligheter att bygga upp ekonomiska buffertar innebär att verksamheterna blir mycket sårbara för ekonomiska störningar.

2 Uppdrag och bakgrund

PwC ("PwC" eller "Vi") har fått i uppdrag av Svenskt Näringsliv att i en oberoende analys i) diskutera innebörden av att mäta avkastning på bokfört operativt kapital i tjänstebolag, ii) studera ekonomisk data avseende avkastning på bokfört operativt kapital för välfärdsbolag samt iii) behandla konsekvenser ett vinsttak kan förväntas ha på välfärdsbolag.

Den 8 november 2016 publicerade Valfärdsutredningen utredningen "*Ordning och reda i välfärden*" ("Utredningen"). Utredningens förslag är att begränsa välfärdsbolagens rörelseresultat till statslåneränta med tillägg av sju procentenheter multiplicerat med bolagens bokförda operativa kapital ("vinsttaket").¹ Utredningen gör gällande att vinsttaket är motiverat med anledning av att avkastningen på bokfört operativt kapital är högre inom välfärdsbolag än vad den är för andra tjänstebolag.

Det finns anledning att analysera effekterna av att använda det föreslagna vinsttaket, framförallt för att det bokförda värdet av företags tillgångar är baserat på redovisningsprinciper och inte nödvändigtvis korrelerar med marknadens värdering av motsvarande tillgångar.

Med "Välfärdsbolag" syftar vi i denna rapport på aktiebolag inom SNI 85 (Utbildning), SNI 86 (Hälso- och sjukvård) samt SNI 87-88 (Omsorg). Dessa bolag anses i denna rapport utgöra "Välfärdsbranschen". Eftersom målet är att göra en analys av de privatägda Välfärdsbolagen, har vi exkluderat offentligt ägda Välfärdsbolag.

¹ Som definition av operativt kapital har vi genomgående i denna rapport använt oss av Svenska Finansanalytikers Förenings (SFF) rekommendationer, d v s operativt kapital definieras som summan av nettoskuld, minoritetsintressen och eget kapital, alternativt som balansomslutningen minskad med likvida medel*, finansiella tillgångar och icke räntebärande skulder.

*Vi har i det operativa kapitalet inkluderat kassa upp till 10% av omsättningen, i enlighet med Utredningens förslag

3 Bokfört operativt kapital i tjänstebolag

Utredningens förslag är att införa vinstbegränsningar i Välfärdsbolag som ska baseras på måttet ”avkastning på bokfört operativt kapital”. PwC diskuterar innebörden av måttet och förklarar varför det saknar relevans för verksamheter som inte är kapitalintensiva.

Ett företags bokförda operativa kapital definieras som totala tillgångar exklusive finansiella tillgångar, likvida medel och icke räntebärande skulder.

Definition bokfört operativt kapital

$$\text{Bokfört operativt kapital} = \text{Totala tillgångar} - \text{Finansiella tillgångar} - \text{Likvida medel} - \text{Rörelseskulder}$$

De totala tillgångarna i balansräkningen kan sägas bestå av de tre kategorierna i) anläggningstillgångar (t.ex. byggnader och maskiner) ii) finansiella tillgångar (t.ex. aktier) samt avslutningsvis omsättningstillgångar (t.ex. varulager, kundfordringar och likvida medel).

Tillgångar som däremot inte bokförs på balansräkningen är t.ex. personal, egenutvecklade varumärken, strukturerade processer och kundrelationer (”mjuka tillgångar”). Anledningen till att de mjuka tillgångarna inte bokförs på balansräkningen är framförallt att skydda företagens långivare. De mjuka tillgångarna är inte lika lätta att sälja i det fall att ett företag får betalningssvårigheter, och fungerar därför inte lika bra som garanti vid utlåning. Att dessa tillgångar har ett värde kan bli styrkas av att börsvärdet av företag ofta överskrider värdet på de bokförda tillgångarna, eller att uppköpspriset vid en transaktion är högre än värdet på de bokförda tillgångarna.

Företag har olika behov av anläggningstillgångar respektive mjuka tillgångar, beroende på den verksamhet som de bedriver. Industrieföretag har behov av fabriker och maskiner för att kunna producera produkter, medan många tjänstebolag driver sin verksamhet med hjälp av personal, kundrelationer och välutvecklade processer. Följaktligen får företag med en hög andel anläggningstillgångar ett högt bokfört operativt kapital medan företag med mjuka tillgångar får ett lågt bokfört operativt kapital.

Sverige har historiskt varit ett industriland där företagets vinst har varit beroende av maskiners produktion. Att mäta avkastning i relation till bokfört operativt kapital har därför varit användbart då det hjälpt till att besvara frågan om hur stor avkastning ett köp av en maskin (eller annan anläggningstillgång) gett. Om ett företag däremot har begränsat med anläggningstillgångar på sin balansräkning blir det oklart vad måttet mäter.

Avkastning på bokfört operativt kapital

$$\text{Avkastning på bokfört operativt kapital} = \text{Rörelseresultat} / \text{Bokfört operativt kapital}$$

För t.ex. apputvecklare eller stadsguider (yrkesutövare som i princip saknar anläggningstillgångar) har det ingen relevans att mäta avkastningen på anläggningstillgångar. I dessa fall är det mängden arbetstid, antalet lärotimmar och hur många kundrelationer som skapats som är av intresse. Om avkastningen för dessa yrkesutövare mäts på bokfört operativt kapital skulle den framstå som mycket hög. Om avkastningen istället mättes på de faktiska tillgångarna (de mjuka) skulle en mer sanningsenlig bild träda fram.

Vår bedömning är därmed att måttet avkastning på bokfört operativt kapital inte är anpassat för att appliceras på den tjänstesektor som byggt sin verksamhet på mjuka tillgångar.

4 Utredningens val av jämförelsegrupp

Utredningen jämför avkastningen för Välfärdsbolag med samtliga bolag verksamma inom tjänstesektorn. PwC granskar jämförelsegruppen och kan konstatera att den inkluderar företag som skiljer sig åt både avseende verksamhet och tillgångsstruktur. PwC:s slutsats är att tjänstesektorn som helhet inte är jämförbar med Välfärdsbolagen.

I Utredningen görs det gällande att tjänstesektorn som helhet kan användas som jämförelsegrupp till Välfärdsbolag med anledning av att båda dessa grupper, enligt utredningen, präglas av lågt bokfört operativt kapital.

Vi har undersökt vilka branscher som innefattas i Utredningens definition av tjänstesektorn och huruvida dessa kan anses jämförbara avseende verksamhet och tillgångsstruktur (tjänstesektorns branscher är listade i tabellen nedan). Vi finner att det inom tjänstesektorn dels finns branscher (t.ex. bemanning, rekrytering, kontorstjänster) som i stor utsträckning synes likna Välfärdsbolagen, dels branscher som förefaller vara av en helt annan karaktär både avseende verksamhet och tillgångsstruktur ("Kapitalintensiva branscher", t.ex. fastighetsbolag och telekommunikationsbolag). I nedanstående tabell har vi markerat de Kapitalintensiva branscherna med grått och Välfärdsbolagen med rosa.

Tjänstesektorn, SNI 45-96²

45 handel med och serviceverkstäder för motorfordon och motorcyklar	73 reklam- och marknadsföringsbyråer; marknadsundersökningsbyråer o.d.
46 parti- och provisionshandel utom med motorfordon	74 andra företag inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik
47 detaljhandel utom med motorfordon och motorcyklar	75 veterinärkliniker
49 landtransportföretag; rörtransportföretag	77 uthyrningsfirmor
50 rederier	78 arbetsförmedlingar, rekryteringsföretag, personaluthyrningsföretag o.d.
51 flygbolag	79 resebyråer och researrangörer; turistbyråer
52 magasin och serviceföretag till transport	80 företag för bevakning och säkerhetstjänst, detektivbyråer
53 post- och kurirföretag	81 företag för fastighetsservice samt skötsel och underhåll av grönytor
55 hotell, semesterbostäder, vandrarhem, campingplatser m.m.	82 kontors- och andra företagstjänstföretag
56 restauranger, cateringföretag, baren och pubar	85 utbildningsväsendet
58 förlag	86 enheter för hälso- och sjukvård
59 film-, video och tv-programföretag, ljudinspelningsstudior och fonogramutgivare	87 vårdhem och bostäder med omsorg
60 radio- och tv-bolag	88 sociala öppenvårdsenheter, socialkontor
61 telekommunikationsbolag	90 enheter för konstnärlig och kulturell verksamhet samt underhållningsverksamhet
62 programvaruproducenter, datakonsulter o.d.	91 bibliotek, arkiv och museer m.m.
63 informationstjänstföretag	92 spel- och vadhållningsföretag
68 fastighetsbolag och fastighetsförvaltare	93 sport-, fritids- och nöjesanläggningar
69 juridiska och ekonomiska konsultbyråer	94 intresseorganisationer och religiösa samfund
70 huvudkontor; konsultbyråer inom pr och kommunikation samt företags organisation	95 reparationsverkstäder för datorer, hushållsartiklar och personliga artiklar
71 arkitektkontor, tekniska konsultbyråer, tekniska provnings- och analysföretag	96 andra konsumenttjänstföretag
72 forsknings- och utvecklingsinstitutioner	

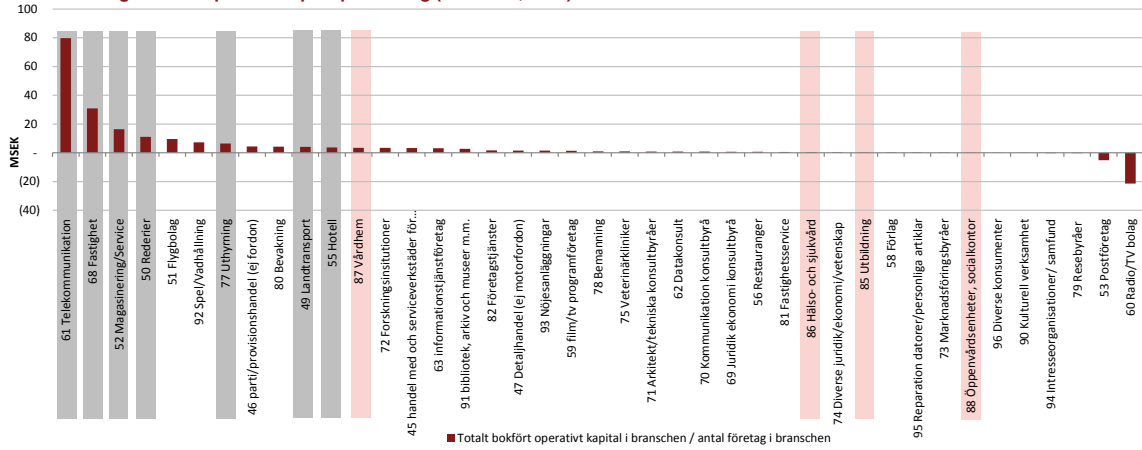
För att avgöra huruvida tjänstesektorn är en enhetlig grupp bolag, och relevant som jämförelsegrupp till Välfärdsbolagen, har vi analyserat det bokförda operativa kapitalet per bransch i tre olika avseenden (se nästa stycke). Resultaten är illustrerade i diagrammen nedan,

² Vi har använt Utredningens definition av tjänstesektorn (SNI 45-99). SNI 97-99 har dock blivit exkluderat på grund av att information om dessa branschkoderna ej funnits tillgängliga via SCB.

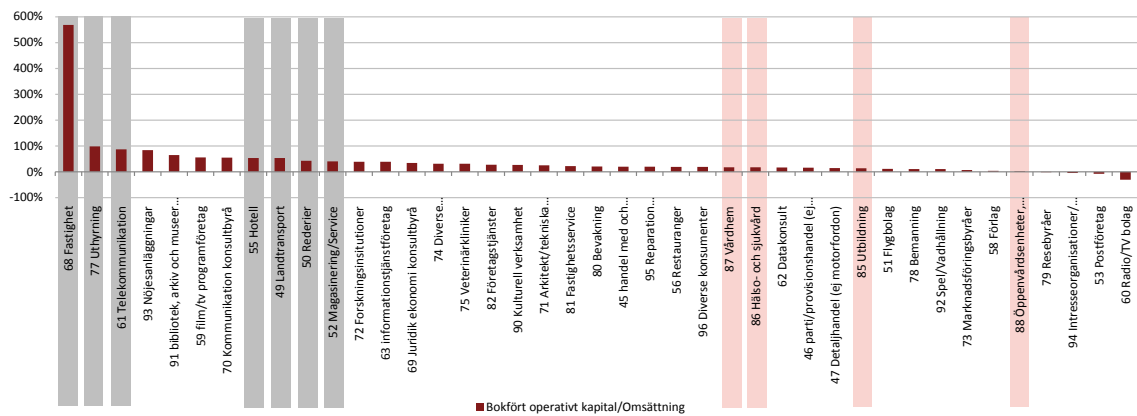
där de Kapitalintensiva branscherna är markerad med grått och Vårdförbolagen är markerade med rosa.

Vi har analyserat det operativa kapitalet i de olika branscherna baserat på i) genomsnittligt bokfört operativt kapital per företag i branschen, ii) bokfört operativt kapital per omsatt krona och iii) bokfört operativt kapital per anställd. Diagrammen visar sammantaget att det bokförda operativa kapitalet är lågt i vårdförbranschen, oavsett om det uttrycks som ett genomsnitt per företag eller i relation till omsättningen eller antalet anställda. Genom att visa på relationen mellan operativt kapital och omsättning respektive antal anställda framgår att det låga operativa kapitalet per företag i vårdförbranschen inte kan förklaras av att företagen i sig skulle vara små.

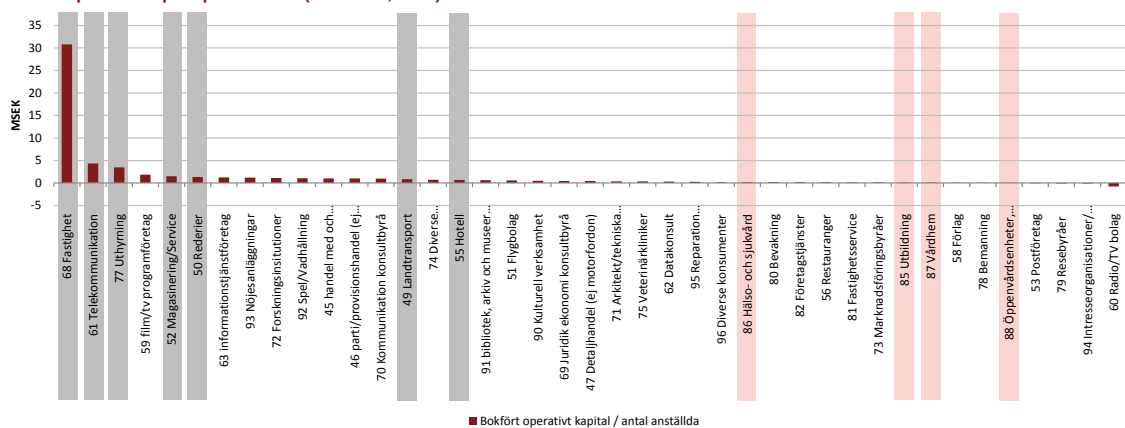
Genomsnittligt bokfört operativt kapital per företag (SNI 45-96, 2014)



Bokfört operativt kapital som andel av omsättning (SNI 45-96, 2014)



Bokfört operativt kapital per anställd (SNI 45-96, 2014)



Not: Diagrammen är baserad på data hämtad från SCB

Som illustrerat i diagrammen är variationen stor avseende bokfört operativt kapital inom tjänstesektorn. Branscher med vanligtvis mycket anläggningstillgångar har högt bokfört operativt kapital (framgår tydligt avseende de Kapitalintensiva branscherna) medan branscher med litet behov av anläggningstillgångar, där verksamheten framförallt drivs av tillgångar i form av personal och välutvecklade processer, har lågt bokfört operativt kapital (t.ex. Vårdförböragen). Diagrammen visar särskilt att bokfört operativt kapital inom fastighet, telekommunikation och uthyrning utgör en stor andel av hela tjänstesektorns bokförda operativa kapital.

I diagrammet ovan ser vi även negativt bokfört operativt kapital i vissa branscher, vilket uppkommer när ett företags tillgångar (anläggningstillgångar och rörelsetillgångar) är mindre än dess rörelseskulder. Denna situation förekommer i exempelvis postbranschen som präglas av små anläggningstillgångar och en stor andel förutbetalda intäkter.

Att Vårdförböragen har lågt bokfört operativt kapital är naturligt med hänsyn till deras i) begränsade behov av anläggningstillgångar (framförallt grundat i att Vårdförböragen oftast hyr och inte äger sina lokaler) samt ii) det stora antalet anställda inom Vårdförböragen som skapar en påtaglig löneskatteskuld (rörelseskuld) och därmed minskar det bokförda operativa kapitalet.

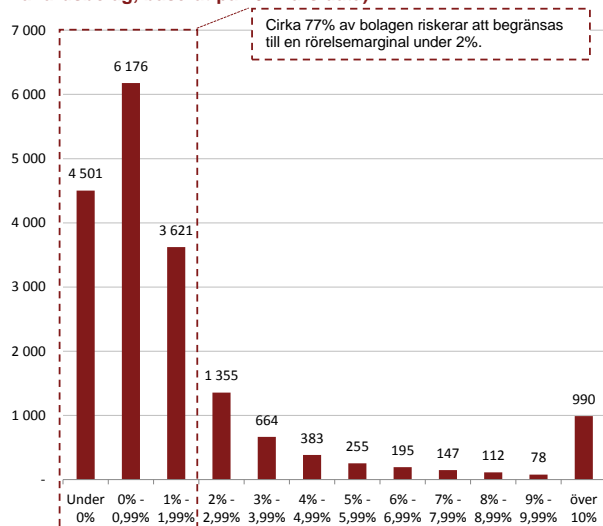
Med anledning av den stora variation som existerar mellan de bolag som är definierade som tjänstebolag finner vi att jämförelser med gruppen som helhet inte är lämpliga avseende avkastningen på bokfört operativt kapital. Vårdförböragen bör, för att jämförelsen ska bli relevant, jämföras med branscher som till sin verksamhet, och därmed även tillgångsstruktur, liknar Vårdförböragen.

5 Vinsttakets innebörd för tillåten rörelsemarginal

Utredningen gör gällande att förslaget syftar till att stävja övervinster. PwC har analyserat de konsekvenser förslaget skulle få på Vårdförböragens rörelsemarginal och finner att förslaget närmast kan beskrivas som ett vinstförbud.

Som diskuterats i föregående avsnitt har Vårdförböragen ett lågt bokfört operativt kapital. Vi har därför beräknat vilka effekter som skulle följa på Vårdförböragens rörelseresultat om vinsttaket infördes. Resultaten av analysen är illustrerade i diagrammet nedan.

Accepterad rörelsemarginal vid vinsttak (SNI 85-88, Vårdförbolag, baserat på 2014 års data)



Not: Tabellen baseras på data från Serrano-registret. Företag med ofullständig data för beräkning av operativt kapital samt de som saknar omsättning är exkluderade från denna analys.

I vår analys av 18 477 Vårdförbolag, illustrerad i ovanstående diagram, noterar vi att 4 501 (c. 24%) av Vårdförbolagen har ett negativt operativt kapital vilket skulle innebära att dessa bolag förbjuds erhålla avkastning om Utredningens förslag blir verklighet. Ovanstående diagram synliggör även att majoriteten av Vårdförbolagen (c. 77%) kommer att begränsas till en rörelsemarginal under 2%.

När vi gör motsvarande analys uppdelat på segment inom Vårdförbranschen ser vi att flera segment skulle komma att påverkas mycket kraftigt, illustrerat i tabellen nedan.

Accepterad rörelsemarginal vid vinsttak, Vårdförbolagens fördelning inom respektive segment (baserat på 2014 års data)

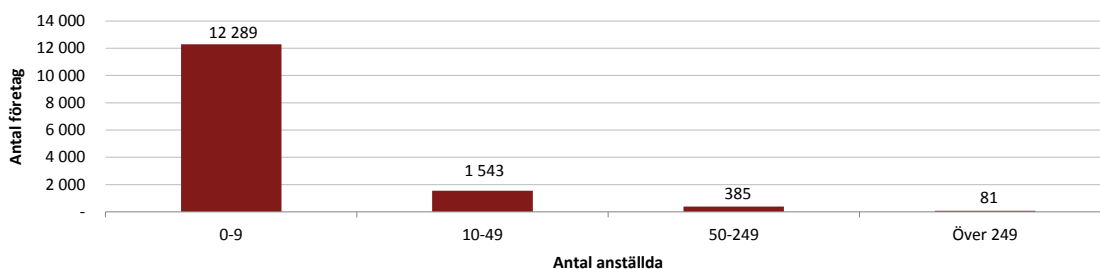
Bransch	Under 0%	0% - 0,99%	1% - 1,99%	2% - 2,99%	3% - 3,99%	4% - 4,99%	5% - 5,99%	6% - 6,99%	7% - 7,99%	8% - 8,99%	9% - 9,99%	över 10%
SNI 85-88 Vårdförbolag	24%	33%	20%	7%	4%	2%	1%	1%	1%	1%	0%	5%
85.1 Förskoleutbildning	21%	64%	5%	2%	2%	0%	1%	1%	1%	0%	0%	2%
85.2 Grundskoleutbildning	22%	59%	7%	2%	3%	2%	1%	1%	1%	0%	0%	2%
85.3 Gymnasial utbildning	21%	40%	13%	7%	4%	2%	1%	1%	2%	1%	1%	7%
86.211 Primärvårdsmottagningar med läkare m.m.	25%	36%	19%	7%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	0%	3%
87.301 Vård och oms. särskilda boenden för äldre	15%	43%	17%	5%	7%	2%	0%	1%	2%	0%	0%	8%
88.101 Öppna sociala insatser för äldre personer	16%	54%	18%	4%	1%	1%	2%	0%	0%	0%	1%	3%
88.102 Öppna sociala insatser för personer med f.hinder	39%	46%	8%	2%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	2%

Not: Tabellen baseras på data från Serrano-registret (Företag med ofullständig data för beräkning av operativt kapital samt de som saknar omsättning är exkluderade från denna analys). Se appendix för diagram på denna data. SNI 88.102 Öppna sociala insatser för personer med funktionshinder domineras av personlig assistans.

Tabellen gör exempelvis gällande att c. 94% av bolagen inom 88.102 (Öppna sociala insatser för personer med funktionshinder) kommer att begränsas till en rörelsemarginal under 2%.

Vi har också studerat hur storleken på de Välfärdsbolag som kommer att begränsas till en rörelsemarginal under 2%, diagrammet nedan illustrerar resultatet.

Välfärdsbolag med accepterad rörelsemarginal under 2% (vid avkastningstak), uppdelat på antal anställda (SNI 85-88, Välfärdsbolag, baserat på 2014 års data)



Not: Tabellen baseras på data från Serrano-registret.

Diagrammet synliggör att 12 289 (c. 86%) av de bolag som riskerar att begränsas till en rörelsemarginal under 2% är bolag med färre än 10 anställda.

6 Effekten på Välfärdsbolagen om vinsttaket införs

Utredningen gör gällande att ett centralt mål med Välfärden är en ökad mångfald för brukarna. Vi bedömer att förslaget på avkastning på bokfört operativt kapital riskerar att motverka detta genom att göra det mycket svårt för privata välfärdsaktörer (särskilt de små) att fortsätta driva sin verksamhet.

Genom analyser i föregående kapitel har det klartgjorts att Utredningens förslag om ett vinsttak kommer att innebära att majoriteten av välfärdsbolagen kommer att begränsas till en rörelsemarginal under 2%. Av dessa är 86% bolag med färre än 10 anställda.

Nedan presenteras en tabell över hur många månader det tar att spara ihop till olika buffertar (3 och 12 månaders omsättning) under olika rörelsemarginaler (under förutsättningen att all vinst går till bufferten).

		Rörelsemarginal			
		2,0%	1,5%	1,0%	0,5%
Buffert	3 månader omsättning	150	200	300	600
	12 månaders omsättning	600	800	1 200	2 400

Scenarioanalysen gör alltså gällande att det tar mellan 150-600 månader (12,5-50 år) att spara in till en buffert motsvarande 3 månaders intäkter inom ett rörelsemarginalintervall om 0,5%-2%. En buffert motsvarande 12 månaders omsättning i samma rörelsemarginalintervall tar hela 600-2 400 månader (50-200 år). Vår bedömning är att en rörelsemarginal över tid om högst två

procent som regel är otillräcklig i Vårdförbranschen för att driva en ekonomiskt sund och stabil verksamhet.

Effekterna av förslaget om ett vinsttak på operativt kapital innebär i realiteten att det blir svårt för Vårdförbolagen att bygga upp en buffert för oförutsedda utgifter. Vårdförbolagen har behov av en buffert av framförallt följande anledningar;

1. **Snabbt föränderliga intäkter.** Intäkterna förändras snabbt då det inte finns några långsiktiga åtaganden från patienter eller elever. Dessutom är de olika institutionerna mycket beroende av de offentliga ersättningsmodellernas utformning. Anpassning till ändrade regler kan drastiskt försämra Vårdförbolagens ekonomi under en övergångsperiod.
2. **Ej flexibel kostnadsbas.** Hyresavtal är ofta bundna på lång tid och det är inte ovanligt att de sträcker sig mellan 5 och 15 år. Om företaget går sämre under ett år finns begränsad eller ingen möjlighet att sänka lokalkostnaderna. Med hänsyn till existerande arbetsmarknadsregleringar avseende fastanställningar är även personalkostnader att betrakta som icke flexibla.

Att vinsttaket begränsar möjligheten att bygga upp en buffert, i en bransch präglad av volatila intäkter och en icke flexibel kostnadsbas, innebär en ökad risk för Vårdförbolagen. Vår bedömning är att en ökad risk, utan kompensation i form av avkastning, i förlängningen kommer att innebära färre aktörer och försämrade mångfald på marknaden för privat välfärd.

De bolag som i första hand kommer att drabbas av vinsttaket är de som har ett lågt bokfört operativt kapital i förhållande till omsättningen. Vår bedömning är att de största aktörerna, på grund av sin storlek och ekonomiska stabilitet, kommer att ha större möjlighet än de mindre att finansiera ökat bokfört operativt kapital (t.ex. genom köp av lokaler som tidigare hyrts), och därmed tillåtas att ha en högre rörelsemarginal. De aktörer som saknar motsvarande storlek och ekonomiska stabilitet har inte samma möjligheter att finansiera investeringar genom banklån, och dessa aktörer riskerar därför att bli dem som begränsas kraftigast av det föreslagna vinsttaket.

7 Ansvarsbegränsning

Denna rapport har endast upprättats för Svenskt Näringsliv. PwC har inte utan föregående skriftligt samtycke ansvar mot en tredje man som tar del av och förlitar sig på rapporten.

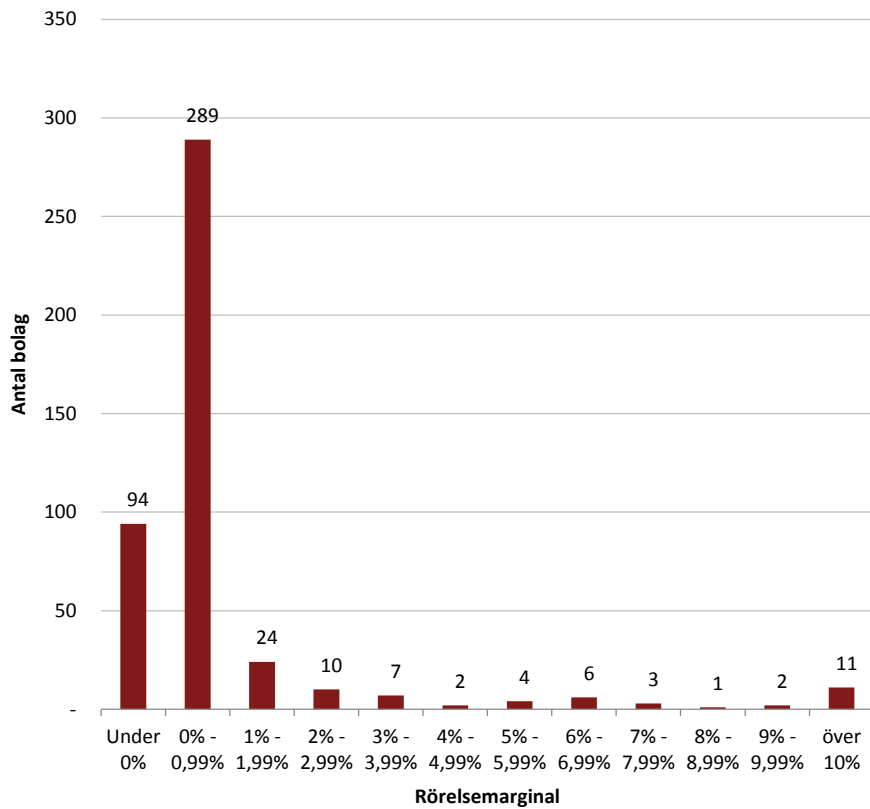
PwC tar inget ansvar för slutsatser, analyser och tolkningar som annan gör med utgångspunkt i denna rapport.

PwC tar inget ansvar för felaktigheter eller mångtydigheter i de datakällor som rapporten bygger på.

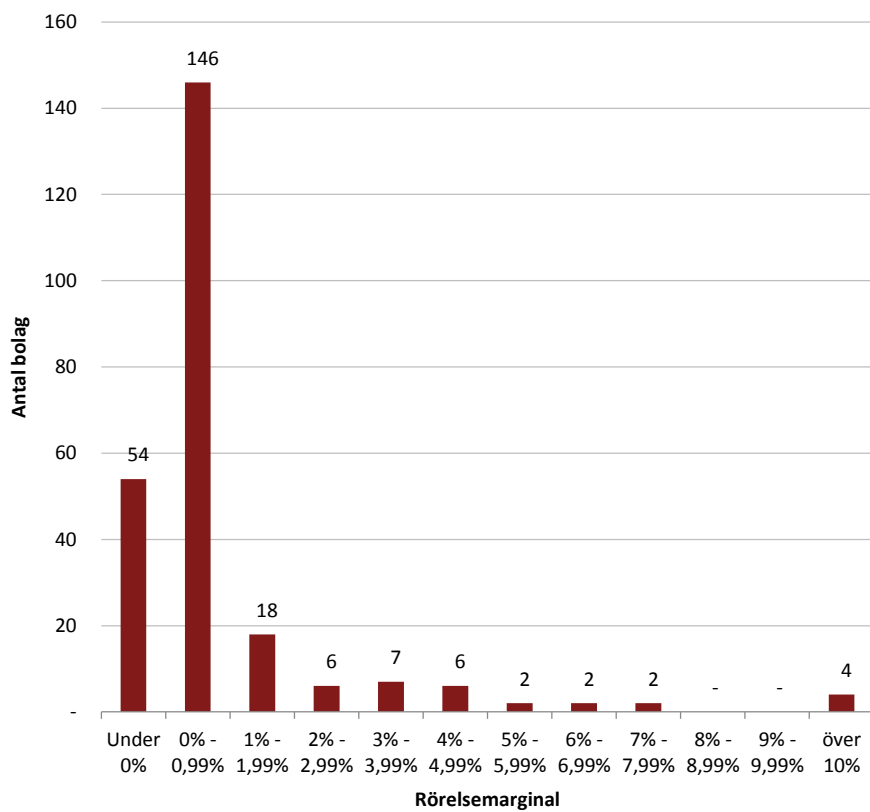
I övrigt gäller ansvar enligt FARs allmänna villkor för rådgivningstjänster 2014:1.

8 Appendix

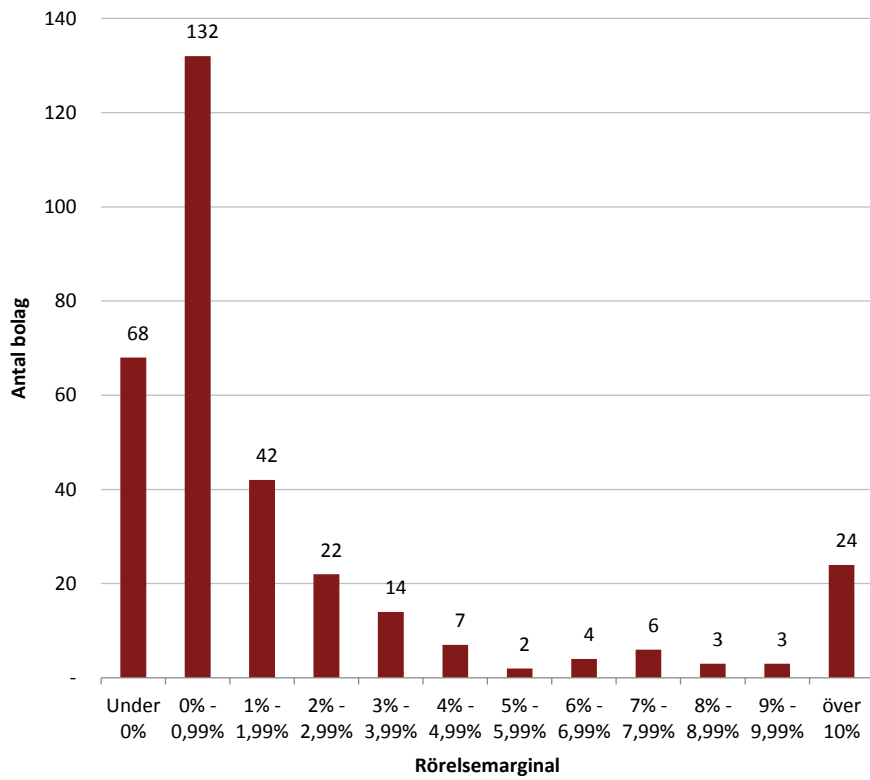
Accepterad rörelsemarginal vid vinsttak (SNI 851, Förskoleutbildning, baserat på 2014 års data)



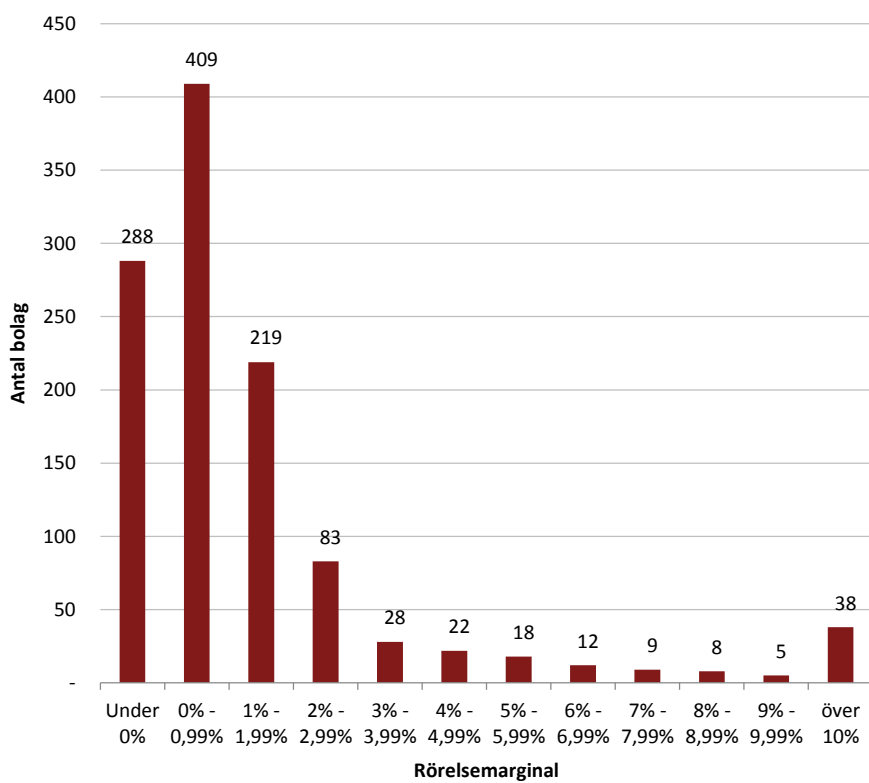
Accepterad rörelsemarginal vid vinsttak (SNI 852, Grundskoleutbildning, baserat på 2014 års data)



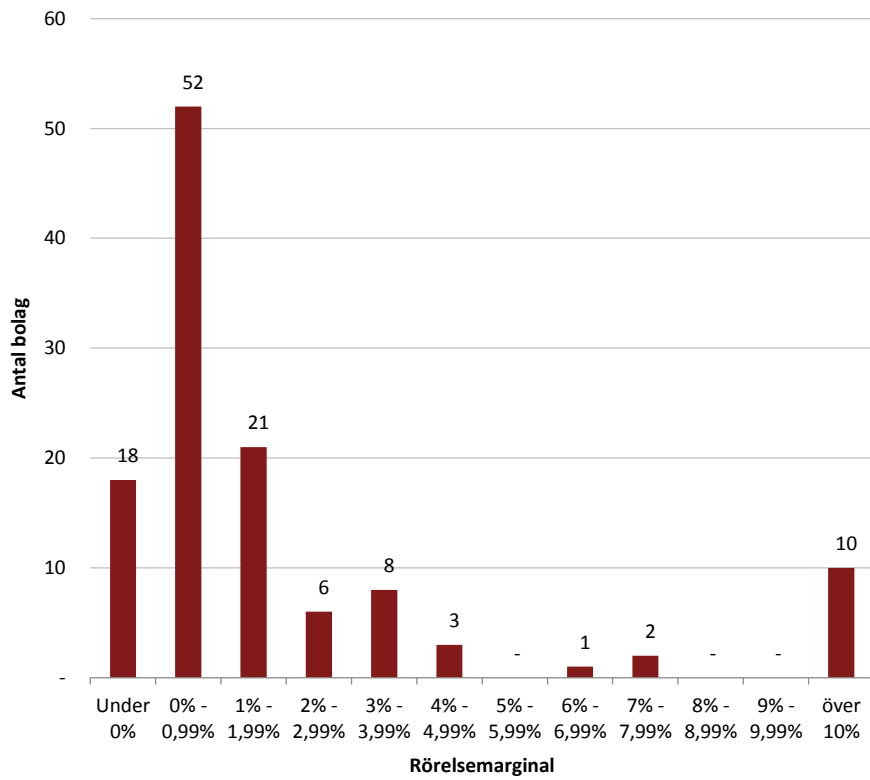
**Accepterad rörelsemarginal vid vinsttak (SNI 853,
Gymnasial utbildning, inkl kommunal vuxenutbildning i
privat regi, baserat på 2014 års data)**



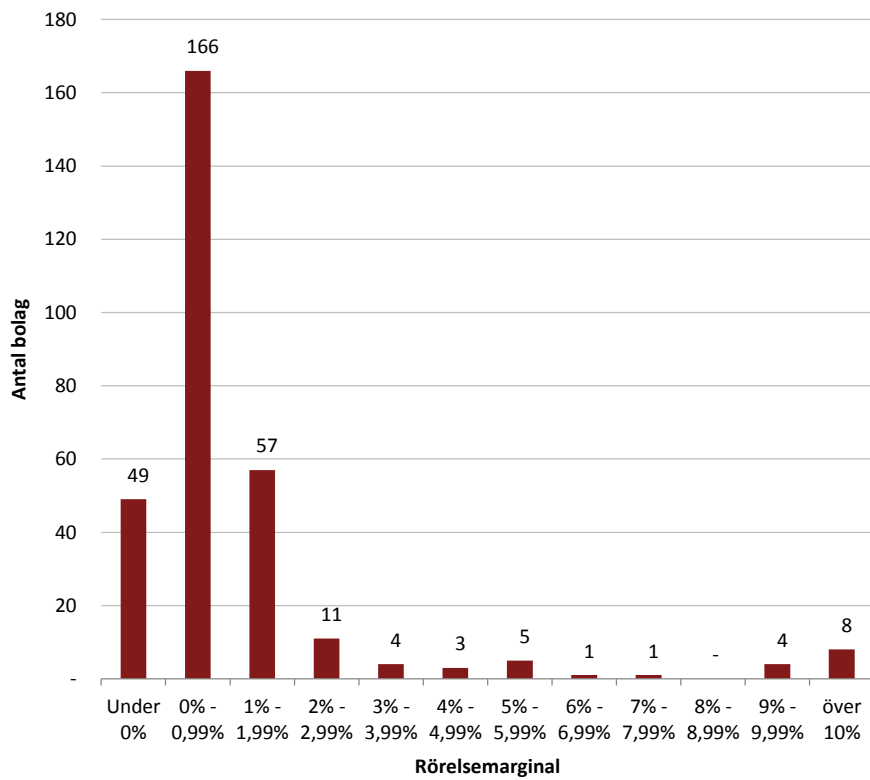
**Accepterad rörelsemarginal vid vinsttak (SNI 86 211,
Primärvårdsmottagningar med läkare m.m., baserat på
2014 års data)**



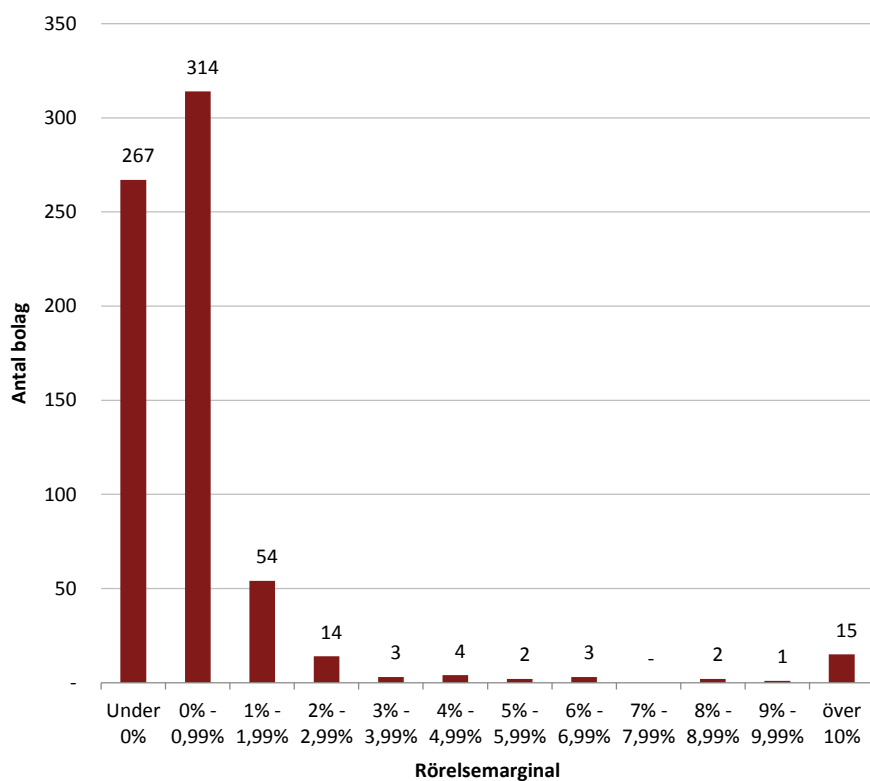
**Accepterad rörelsemarginal vid vinsttak (SNI 87 301,
Vård och oms. särskilda boenden för äldre, baserat på
2014 års data)**



**Accepterad rörelsemarginal vid vinsttak (SNI 88 101,
Öppna sociala insatser för äldre personer, baserat på
2014 års data)**



**Accepterad rörelsemarginal vid vinsttak (SNI 88 102,
Öppna sociala insatser för personer med
funktionshinder, baserat på 2014 års data)**



Not: SNI 88 102, Öppna sociala insatser för personer med funktionshinder, domineras av personlig assistans