



TIMBRO

Skandalen Nya Karolinska

Anders Lundberg

TIMBRO • Februari 2013

Om författaren

ANDERS LUNDBERG är läkare och forskare inom sjukvårdens organisation.

© Författaren och Timbro 2013

Omslagsbild: Holger Ellgaard

ISBN 978-91-7566-933-5

www.timbro.se

info@timbro.se

Innehåll

Ett dyrköpt beslut • 4

Introduktion • 5

OFFENTLIG-PRIVAT SAMVERKAN (OPS) • 8

Det misslyckade exemplet: Paddington Health Campus, London • 10

Det framgångsrika exemplet: Norfolk and Norwich University Hospitals • 10

Sammanfattning och rekommendationer om OPS • 11

BAKGRUND • 12

Stockholm: vårdpionjär och testpilot • 12

Karolinska Universitetssjukhuset • 12

Nya Karolinska Solna – en överblick • 13

Nya Karolinska i Stockholms sjukvårdssystem • 14

Övergripande om Framtidens hälso- och sjukvård • 14

Vårdplatser och vårdtillfällen – sjukvårdens hårdvaluta • 16

DEN POLITISKA PROCESSEN BAKOM ETT SUPERSJUKHUS • 17

VÅRDENS LEDARE OM NKS • 27

Varför Nya Karolinska? • 27

Förväntade systemeffekter • 29

Den politiska processen och OPS-avtalet • 31

ALTERNATIVEN TILL NYA KAROLINSKA SOLNA • 35

Alternativen till nybyggnation • 35

Jämförelse mellan alternativen • 35

Därför valde landstinget att bygga nytt • 36

Alternativen till upphandlingen enligt OPS • 37

Jämförelse mellan alternativen • 37

Därför valde landstinget OPS • 39

SLUTSATSER • 41

Vad säger den samlade forskningen och den beprövade erfarenheten om OPS för sjukvård? • 43

Nya och gamla marknader • 43

Demokrati och styrbarhet • 44

Långsiktighet, stabilitet och risk • 45

Kostnader och kostnadseffektivitet • 46

Konkurrens • 46

Kvalitet • 47

Komplexitet • 47

Intervjuer • 49

Referenser • 50

APPENDIX A: Tabeller och beräkningsunderlag • 53

Ett dyrköpt beslut

Inom landstinget cirkulerar en historia som går så här: på den politiska ledningens agenda finns tre punkter. På den första diskuteras inköp av ny kaffebryggare till kansliet. Den andra handlar om att anställa en vikarie. Den tredje handlar om att bygga ett nytt sjukhus, den största investeringen i landstingets historia.

Den första punkten tarvar tre timmars diskussion, den andra trettio minuter och den tredje tre minuter.

Så gick det förstås inte till när Nya Karolinska blev till. I själva verket har processen varit både lång och kantad av konflikter. Men historien sätter ändå fingret på ett kännetecken för politiskt beslutsfattande: en dagordning innebär inte en rangordning – allt är bara enstaka punkter. Och det är inte alltid de viktigaste ärendena får den noggranna uppmärksamhet och seriösa bedömning som de förtjänar.

Den granskning som läkaren och forskaren Anders Lundberg har gjort för Timbro visar tyvärr att processen som har föregått – och följt på – beslutet att bygga det högspecialiserade sjukhuset Nya Karolinska har präglats av en oroväckande kombination av kortsiktighet, käpphåstrastande och önsketänkande från politiskt håll.

Att dessa drag ofta präglar den demokratiska processen innebär inte att detta med rangordning är mindre viktigt. Om beslutet att köpa en ny kaffebryggare var fattat på lösa boliner är det en förlust som absorberas utan vidare i en landstingsbudget på 79 miljarder kronor (2013). Ett beslut om att bygga ett nytt storsjukhus som beräknas kosta stockholmarna 52 miljarder utslaget på 30 år, är något helt annat.

Det vägval som landstinget har gjort kommer att påverka hela Stockholms sjukvård under mycket lång tid. Antalet vårdplatser kommer att minska, trots att trycket på akutsjukvården är hårdare än någonsin. Investeringar som skulle behöva göras på andra håll är låsta i decennier framöver.

Mindre uppmärksammat, men väl så viktigt, är att valet av den nya upphandlingsformen OPS (offentlig-privat-samverkan) med Karolinska som fallstudie riskerar att svartmåla modellen som sådan. Trots att det är en modell som under rätt förutsättningar kan vara ett bra sätt både för att sprida risker och för att få in nytt kapital.

Alla seriösa bedömare är överens om att det inte kommer att gå att finansiera framtidens välfärd med bara skattemedel. Det är alltså inte en fråga om huruvida mer av offentlig-privat partnerskap behövs, utan på vilka villkor det ska ske. Men – och detta är ett viktigt men – om vi ska få ut mer för varje krona krävs inte bara att vi ställer höga krav på skickliga och professionella utförare. Vi måste också kunna kräva kompetenta beställare.

De närmaste åren kommer svindlande summor behöva investeras i åldrande vårdinfrastruktur. Bara inom äldreomsorgen handlar det om 100 miljarder kronor i renoveringar och nybyggen, och då ska man komma ihåg att mer avancerade inrättningar som till exempel sjukhus kostar väsentligt mer att rusta upp. Skandalen Nya Karolinska kan inte göras ogjord. Men vi kan utkräva ansvar och lära av våra misstag.

Karin Svanborg-Sjövall, ansvarig för Timbros välfärdsprogram

Introduktion

DENNA RAPPORT BÖRJADE FÖRFATTAS mitt under pågående häxjakt på generaldirektören för Tillväxtverket, en statlig myndighet som genom frikostigt användande av skattemedel för representation och interna festligheter dragit på sig det svenska folkets samlade vrede. Kritiken mot Tillväxtverket var givetvis befogad. Summorna i det fallet är dock kaffepengar jämfört med de högar av offentliga medel som eldas i värmepannorna i Sveriges välfärdsverksamheter. De största bovarna är inte festprissarna på Tillväxtverket. Kommuner, landsting och stat slösar årligen med hundratals miljarder på misslyckade, felriktade och överdrivna projekt, något som sällan förs upp på agendan. Denna rapport berör ett sådant projekt, Nya Karolinska Solna, NKS, där 52 miljarder kronor och framtiden för Stockholms sjukvårdssystem har satts på spel.

OFFENTLIG-PRIVAT SAMVERKAN I VÄLFÄRDEN – EN NY MODELL I SVERIGE

Den här rapporten var ursprungligen tänkt att ge en inblick i en ny typ av upphandlingsform, ett nytt sätt att sköta utveckling av välfärden. Offentlig-privat samverkan, OPS (eller Public Private Partnership som det kallas på engelska) är en relativt ny företeelse i Sverige. Att låta ett privat företag ta ett större ansvar för att driva infrastrukturen i svensk välfärd är ett nytt grepp i vårt land, men välbeprövat i många andra. Kort sammanfattat går det ut på att en entreprenör inte bara bygger en byggnad (exempelvis ett sjukhus) utan också finansierar och driver detsamma. Metoden är vanlig i framförallt Storbritannien och andra anglosaxiska länder och har använts för att på ett kostnadseffektivt sätt renovera och bygga om delar av landets sjukvårdsstruktur.

På grund av att man under lång tid underlätit att renovera och underhålla sjukhus och andra vårdinrättningar, tvingades man på 1980- och 1990-talen göra stora investeringar för att kunna renovera sjukhus och vårdinrättningar och för att bygga nya. Som en följd av vikande konjunkturer saknades kapital och upphandling till företag som även kunde ta ansvaret för finansieringen, det vill säga OPS-aktörer, blev allt vanligare. Det brittiska exemplet är i högsta grad relevant för den svenska situationen. Vi har nu, precis som Storbritannien hade då, en infrastruktur för vård och omsorg med många år på nacken; de flesta byggnader uppfördes på 1940-, 1950- och 1960-talen och är i stora behov av renoveringar. Dessutom uppstår helt nya behov som ett resultat av de ökade kvalitetskraven på vård och omsorg och dessa kan inte tillgodoses av dagens sjukvårdssystem. Följden blir bland annat att det behövs nya lokaler och ny utrustning. Detta utgör sammantaget en enorm belastning på kommunerna och landstingens investeringsbudgetar. I detta sammanhang är OPS-modellen mycket intressant som en metod inte bara för att effektivisera och kvalitetssäkra, utan också för

att lösa den offentliga sektorns finansieringsproblem. Med största sannolikhet skulle Sverige tjäna på att inte krampaktigt hålla fast vid den traditionella, skarpa uppdelningen mellan offentligt och privat.

ETT LÄRORIKT EXEMPEL

Det finns mycket att lära av andra länders användande av OPS, särskilt inom infrastruktursektorn, där modellen har visat sig synnerligen lämplig. Genom OPS kan den privata sektorn bistå med välbehövligt kapital, kunnsande och erfarenhet och kan ta över stora delar av de risker som är förknippade med avancerade projekt. Erfarenheterna från Sverige är dock mycket begränsade och vår studie rör det enda exemplet från vårdsektorn, Stockholms nya högspecialiserade storsjukhus Nya Karolinska Solna. Våra efterforskningar visade emellertid på ett allt annat än väl genomtänkt och planerat beslut. OPS-modellen hade tvingats fram utan att de grundläggande förutsättningarna för modellens tillämpande var uppfyllda. Landstingets politiker och tjänstemän har gång på gång visat att de saknat tillräcklig kompetens för ett så omfattande och kostsamt uppdrag, och dessutom har de valt att ignorera rekommendationerna från de dyra konsulter som anlåtats. Trots de omfattande resurser man lagt ner och det enorma utredningsarbetet nådde landstinget inte fram hela vägen, och det finns fortfarande många problem att lösa innan sjukhuset är funktionsdugligt. Det står helt klart att OPS är mycket intressant och relevant i ett svenskt sammanhang, men Nya Karolinska Solna är tyvärr ett exempel på hur det inte borde få gå till. Vi hoppas att denna rapport kan bidra till lärdomar om hur OPS bör tillämpas, och att den blir en påminnelse för alla inblandade om att det aldrig är acceptabelt att investera tiotals miljarder kronor utan att i förväg noggrant ha analyserat och planerat var dessa resurser bäst kan göra nytta.

SAMMANFATTNING AV SLUTSATSER

Nya Karolinska Solna är en mycket dyr och omfattande investering som löper över lång tid. Utifrån detta perspektiv har landstinget hantlat hela ärendet med det nya sjukhuset slapp och det har inte funnits tillräcklig politisk insyn eller samsyn. Detta har resulterat i ett projekt som ständigt sprängt sina ekonomiska ramar och som fokuserat mer på fysisk gestaltning och design än verksamhetsinnehåll. Det är svårt att hitta någon som egentligen gillar resultatet, trots att en investering på 52 miljarder kronor borde göra åtminstone någon part glad.

Att prova nya upphandlingsmodeller kan i bästa fall leda till utveckling av den offentliga förvaltningen, lägre kostnader och högre kvalitet. När nya modeller provas bör dock landstinget säkerställa att den egna organisationen är kompetens- och erfarenhetsmässigt mogen för att hantera de nya förutsättningarna. Offentlig-privat samverkan, en upp-

handlingsmodell som låter den privata sfären ta större ansvar för infrastrukturinvesteringar i välfärd, är som nämnts mycket intressant ur ett svenskt perspektiv men landstinget har underskattat utmaningen i att vara pionjär på detta område. Resultatet blir inte bara ett medelmåttigt projekt, det innebär också en betydande risk för att OPS-modellen orättvist svartmålas.

Offentlig-privat samverkan (OPS)

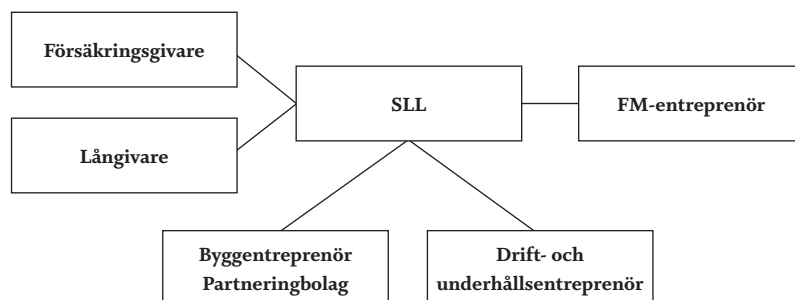
Public-private partnership, på svenska *offentlig-privat samverkan* (OPS) är en variant på upphandling enligt *lagen om offentlig upphandling* (LOU). Enligt LOU måste alla offentligt beställda entreprenader över en viss tröskelsumma upphandlas i konkurrens. Erbjudandet får med andra ord inte ges direkt till en privat utförare. Syftet med LOU är att minska den offentliga sektorns kostnader genom att möjliggöra konkurrens och transparenta upphandlingsprocesser. Vanliga upphandlingar enligt LOU innefattar att bygga infrastruktur såsom vägar och järnvägar eller att driva offentligt finansierade, redan existerande, verksamheter.

OPS är ett nyare sätt att arbeta med upphandlingar som lägger större ansvar på den privata parten och på samverkan mellan den offentliga beställaren och den privata utföraren. Modellen utvecklades i anglosaxiska länder för att komma till rätta med problemet att en traditionell upphandling, framförallt vid nybyggnationer, ofta ger stor belastning på den offentliga budgeten. Den privata entreprenören ersätts då med en klumpsumma i samband med projektets färdigställande, exempelvis byggandet av en väg, så kallad *samverkansentreprenad*. I ett OPS-förfarande tar (ofta) den privata parten ansvaret för finansieringen, byggandet och driften. Ersättningen från det offentliga erhålls, i stället för i en klumpsumma, som löpande avgifter för driften. Därmed medger OPS att det offentliga gör större investeringar i infrastruktur även när det saknas utrymme för hela investeringskostnaden i den aktuella budgeten. I stället ökas det offentliga förvaltningskostnader.

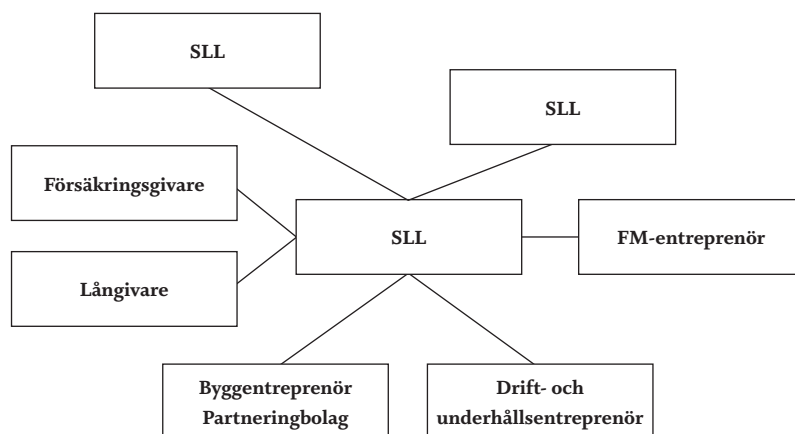
Definitionerna är inte helt entydiga och OPS är internationellt sett ett vidare begrepp än i Sverige. För att reda ut definitionerna beskrivs och exemplifieras de olika modellerna i tabell 1, Appendix A. De två relevanta typerna av upphandling i detta sammanhang är 1) *Samverkansentreprenaden*, där det offentliga agerar både finansiär och ”bygg-herre”, och anlitar i sin tur underleverantörer såsom arkitektbyrå, byggentreprenör och fastighetsförvaltare. Benämns i NKS-sammanhang som nollalternativet, det vill säga det som normalt används för infrastrukturinvesteringar. 2) *Build-Own-Operate-Transfer*, där den privata parten ansvarar för finansiering, byggnation och drift. Efter en avtalad period förs byggnaden över till den offentliga parten. Detta benämns i NKS-sammanhang som OPS-alternativet. I Sverige är upphandling enligt LOU med samverkansentreprenad standard, varför OPS här används för att beskriva modeller där privat sektor förutom byggnation och utveckling även står för drift/förvaltning under en tidsperiod.

OPS som modell har använts i andra sektorer en längre tid, men det är först de senaste årtiondena som det börjar dyka upp OPS-projekt inom välfärdssektorns ramar. De länder där det först tillämpades inom sjukvården var Storbritannien och Australien, och de första större utvärderingarna från dessa erfarenheter har visat på ett blandat resul-

tat. Det är svårt att kategoriskt avfärda eller tillstyrka OPS-modellens förträfflighet; det beror helt enkelt på vilket sammanhanget är, vilka förutsättningar som gäller och vad det offentliga mål med projektet är. I slutet av denna rapport sammanfattas översiktligt de samlade vetenskapliga erfarenheterna av OPS-lösningar ur ett antal centrala perspektiv. För vårt svenska vidkommande hade en löpande jämförelse med LOU-lösningar varit intressant. Då de flesta studier är från andra länder, med andra system, blir jämförelsen snarare resonerande än empiriskt belagd och för stora växlar bör därför inte dras utifrån anpassningen till den svenska situationen.



Figur 1. Organisationsstruktur för klassisk samverkansentreprenad med det offentliga som finansör och byggherre.



Figur 2. Organisationsstruktur för den valda OPS-lösningen, med ett projektbolag (SPC, Special Purpose Corporation) som totalansvarigt för finansiering, byggnation och drift.

DET MISSLYCKADE EXEMPLET:

PADDINGTON HEALTH CAMPUS, LONDON

Paddington Health Campus var ett OPS-projekt med syftet att ersätta tre högspecialiserade universitetssjukhus, forskningsinstitutioner och tillhörande läkarutbildning med ett nytt campusområde. Samtliga byggnader var mycket slitna och det bedömdes inte vara aktuellt med renovering och reparation. Den initiala projektplanen från år 2000 bedömde att konstruktionskostnaderna skulle bli 411 miljoner pund och att campus skulle stå klart 2006.

Projektet försenades upprepade gånger då det saknades lämpliga tomter som kunde hysa en så stor och komplex verksamhet och när projektet slutligen avvecklades 2005 hade de beräknade byggkostnaderna stigit till 894 miljoner pund och inflyttningsdatum flyttats till 2013. Den brittiska riksrevisionen bedömde att misslyckandet till största del berodde på att huvudmännen inte på ett adekvat och djuplodande sätt bedömt riskerna i projektet, samt att man inte varit på samma plan i många avgörande frågor. Man hade kraftigt underskattat komplexiteten i ett så stort projekt med flera involverade parter. Vidare hade huvudmännen inte engagerat adekvat medicinsk specialistkompetens för att kunna bedöma verksamhetens behov och man saknade planer för det kliniska innehållet, vilket ledde till fördyringar och förseningar. Avslutningsvis var det nya sjukhusets plats i Londons sjukvårdssystem inte klargjort, bland annat saknades klarhet i antalet vårdplatser och förväntad patientkapacitet. De totala kostnaderna för planeringsarbetet uppgick till cirka 15 miljoner pund, men den största förlusten (enligt revisorerna) är förmodligen förseningen i den helt nödvändiga renoveringen och förnyelsen av de byggnader som i dag inrymmer de tre sjukhusen och tillhörande verksamheter. En viktig slutsats i flera av de utvärderingsrapporter som togs fram var att många av misstagen inte var nya och att det var anmärkningsvärt att hälsodepartementet och andra berörda parter inte förhindrat att tidigare misstag i tillämpningen av OPS upprepades.

Fallet Paddington Health Campus finns bland annat beskrivet i brittiska riksrevisionens utvärdering (Bourn 2006) samt i en rapport från brittiska underhuset (House of Commons Committee of Public Accounts 2006).

DET FRAMGÅNGSRIKA EXEMPLET:

NORFOLK AND NORWICH UNIVERSITY HOSPITALS

Norfolk and Norwich University Hospitals (NNUH) var det första stora sjukhuset att byggas med OPS-upphandling (PFI i Storbritannien, *Private Finance Initiative*) och startskottet för en moderniseringsvåg av det engelska sjukhusbeståndet. Sjukhuset skulle ersätta det föråldrade Norfolk and Norwich Hospitals med ett självförsörjande akutsjukhus med de flesta specialiteter och 989 vårdplatser. Spadtaget för den

första etappen togs 1998 och 2001 kunde vårdverksamheten flytta in, 20 veckor före utsatt tid. Projektet höll budget. Kort därpå byggdes ytterligare 144 vårdplatser. Driften av sjukhuset har sedan dess varit relativt smärtfri och inga större avvikelser i vare sig vårdkvalitet eller byggnadens kvalitet har rapporterats. Det faktum att sjukhuset byggdes inom ramen för OPS/PFI retade däremot många och skapade debatt. Politiker begärde en särskild granskning sedan det blivit känt att projektbolaget, efter att framgångsrikt ha byggt sjukhuset i tid och enligt budget, lyckades förhandla ned räntorna på sina lån. Resultatet blev att projektbolaget kraftigt kunde öka sin vinst, vilket väckte ont blod hos en del skattebetalare. Brittiska riksrevisionen (NAO) kunde emellertid visa att projektbolaget delade vinsten med sjukhusets stiftelse, som fick 30 procent av vinsterna från den omförhandlade låneräntan. Samma studie påpekade att projektbolaget förvisso kunnat bidra med ytterligare vinstdelning men att de redan varit mer generösa än vad som krävts (10 procent enligt avtalet).

Investeringskostnaden var något mer blygsam än för NKS, 229 miljoner pund (motsvarande drygt 3 miljarder svenska kronor i 1998 års penningvärde, cirka 3,7 miljarder kronor i 2011 års penningvärde). Det är jämförbart med cirka en fjärdedel av NKS investeringskostnad. Den årliga avgiften till projektbolaget (2008) var cirka 43 miljoner pund, motsvarande cirka 530 miljoner svenska kronor. NKS har en beräknad årlig driftskostnad på cirka 1,5 miljarder kronor. En beräkning från 2004 ger slutsumman 1,16 miljarder pund, motsvarande 14,23 miljarder svenska kronor (2004 års penningvärde), att jämföra med NKS 52 miljarder kronor (2012 års penningvärde).

Fallet Norfolk and Norwich University Hospitals finns beskrivet i ett informationsblad från sjukhusets ägarstiftelse (Norfolk and Norwich University Hospitals 2008), samt i brittiska riksrevisionens granskning av revisionen av låneräntan (National Audit Office 2005).

SAMMANFATTNING OCH REKOMMENDATIONER OM OPS

- OPS är generellt lite dyrare än traditionella upphandlingar, men håller mycket oftare tids- och budgetramarna för projektet.
- OPS-modellen lämpar sig bättre för väl definierade projekt med begränsad osäkerhet och variation med avseende på projektets förutsättningar. Experimentella, långsiktiga projekt med oförutsägbara ramar lämpar sig dåligt för OPS.
- Det finns inga tydliga belägg för signifikanta kvalitetsskillnader mellan OPS och traditionell upphandling.
- Risk finns för att det offentliga måste rädda projekt som står på svag ekonomisk grund, en risk som ökar för mindre, privata aktörer.

Bakgrund

STOCKHOLM: VÅRDPIONJÄR OCH TESTPILOT

Stockholm är i vanlig ordning något av en udda fågel i Sverige. Landstinget är Sveriges största sett till befolkning, samtidigt som det är koncentrerat till den relativt begränsade yta som utgörs av Stockholms län. Inte nog med att befolkningstätheten är hög, den ökar också ständigt, med 30 000–40 000 invånare varje år (Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning 2011). Det är inte så att bara unga människor flyttar till Stockholm, utan likt övriga Sverige växer i Stockholm andelen äldre snabbare än befolkningen som helhet (Bager-Sjögren 2012). Stockholmslänarna är också jämförelsevis välutbildade och har goda inkomster (Statistiska centralbyrån 2012). Alla dessa faktorer tillsammans bidrar till att sätta stark press på länets sjukvårds- och omsorgsverksamheter. Kostnaderna är höga och medborgarnas krav på kvalitet och service likaså. För att över huvud taget klara av att fortsätta leverera välfärdstjänster har Stockholms läns landsting, SLL, tidigt tvingats vara i framkant när det gäller att utveckla vårdorganisationen. Staden har till och med gett sitt namn till den svenska varianten av New Public Management, *Stockholmsmodellen*, som bygger på att vårdgivare ersätts efter prestation och i fri konkurrens mellan utförare. Denna modell växte ursprungligen fram i Thatchers Storbritannien under 1980-talet, försvenskades i Stockholm och är nu i princip förhärskande i hela Sverige.

Man kan förstås fråga sig hur relevanta Stockholms erfarenheter är, då de flesta landstingen är betydligt mindre, sett till befolkning. Det kanske tydligaste exemplet är Jämtland, ett glesbygdslandsting i ordets rätta bemärkelse med en yta större än Nederländerna och en tiondel av Stockholms befolkningsunderlag. Trots detta följs Stockholms strävanden att effektivisera och bättre organisera vården på nära håll av andra landsting som inte själva har resurserna eller kompetensen att experimentera. Därmed blir erfarenheterna från Stockholm intressanta både för de nära två miljoner människor som erhåller sin vård från landstinget och för de övriga sju miljoner svenskar vars hemlandsting tillämpar klipp-och-klistra för att med inspiration från Stockholm hantera de egna utmaningarna.

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Dagens Karolinska Universitetssjukhuset är en mastodont. Tillsammans med Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus är det Sveriges i särklass största vårdorganisation. På de två huvudsajterna arbetar 15 000 medarbetare med att sköta 1 736 vårdplatser och 6 400 sjuksköterskor och biomedicinska analytiker, 2 500 läkare, 2 100 forskare och 250 professorer har i dag sjukhuset som sin arbetsplats.

Karolinska Universitetssjukhuset är också en ekonomisk jätte. 2011

omsatte verksamheten 14,7 miljarder kronor. Jämför med landstingets totala omsättning i budget på cirka 78 miljarder kronor 2013 (Karolinska Universitetssjukhuset 2012).

De senaste åren har dock personalantalet justeras ned en del, eftersom sjukhuset, på grund av landstingets krav på fortlöpande effektiviseringar, tvingats dra ned kraftigt för att hålla en ständigt snävare budget. Resultatet har tydligt framgått i medierna: massiva överbeläggningar, kaos på akutmottagningarna och usel arbetsmiljö (Haimi 2012; Folcker Aschan 2012). Sjukhuset har flera gånger fått erinringar om vite från Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket. En särskild granskning av Karolinska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus genomförd av Dagens Nyheter sommaren 2012 visade dessutom att marginalerna är små i den befintliga verksamheten (Persson & Folcker Aschan 2012).

Siffror som DN har tagit fram visar hur situationen har sett ut, dag för dag, på Karolinska och Skånes universitetssjukhus under sommaren. Allra värst var situationen på Karolinska den 4 juli då sjukhuset hade 78 överbeläggningar och 36 patienter dessutom vårdades på helt fel avdelning. Det är den högsta siffran sedan registreringarna påbörjades för ett par år sedan.

Lars-Erik Holm, generaldirektör på Socialstyrelsen, reagerar skarpt på uppgiften.

På KS bör man fråga sig: Hur kan detta hända? Överbeläggningar är inget som drabbar ett sjukhus, utan något som man i högsta grad kan planera för att inte ha.

Om så är fallet föll planeringen inte särskilt väl ut. Under februari 2013 drabbades Sverige av en influensaepidemi, som slog så hårt mot akutsjukvården i Stockholm att Karolinska Universitetssjukhuset tvingades införa stabsläge. Patienter avvisades från akuten och operationer ställdes in. Flertalet representanter från olika personalgrupper och yrkeskategorier varnade öppet i media för att Karolinska inte längre kan garantera en patientsäker vård.

NYA KAROLINSKA SOLNA – EN ÖVERBLICK

Nya Karolinska Solna är projektnamnet på den sjukhusbyggnad som växer upp jämte Karolinska Institutet och det nuvarande Karolinska Universitetssjukhuset, Solna. Sjukhuset är tydligt profilerat mot högspecialiserad vård och ska inte tillhandahålla några större volymer bas-sjukvård. Samtidigt ska sjukhuset ta över större delen av det vårduppdrag som Karolinska Universitetssjukhuset Solna har i dag, detta med cirka 30 procent färre vårdplatser än tidigare (Nya Karolinska Solna

2012). På de 320 000 kvadratmeter som uppförs under totalt sju års tid ska hela det nya sjukhuset rymmas, allt i nya lokaler (Nya Karolinska Solna 2012). Det var åtminstone tanken. Efter nya beräkningar av vårdbehoven har förutsättningarna ändrats och i den nuvarande planen ska stora delar av det gamla sjukhuset kvarstå och integreras i det nya sjukhuset. Bland annat kommer barnsjukvården, som tidigare var en av NKS paradverksamheter, att ligga kvar i sin nuvarande form på Astrid Lindgrens Barnsjukhus. I dagsläget beräknas antalet vårdplatser öka på övriga vårdinrättningar i landstinget, både för att kompensera för minskningen på NKS och för att hantera det växande vårdbehovet. Landstingets egna beräkningar visar att antalet vårdtillfällen behöver öka med arton procent till 2018 (Stockholms Läns Landsting 2011).

NYA KAROLINSKA I STOCKHOLMS SJUKVÅRDSSYSTEM ÖVERGRIPANDE OM FRAMTIDENS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Sjukhuset är bara en liten del av landstingets sjukvårdssystem och Nya Karolinska Solna utvecklas som en del av en apparat som förser drygt två miljoner människor med sjukvård. Landstingets strategiarbete, som stakar ut hur sjukvården ska utvecklas de kommande decennierna, bedrivs av naturliga skäl löpande. De senaste två upplagorna av strategin kallas *Stockholms SjukvårdsSystem (3S)*, publicerad 2004, och *Framtidens hälso- och sjukvård (FHS)*, slutpublicerad 2011. Strategierna är inte bara ett sätt att utveckla vården, de är ett nödvändigt verktyg för att landstingets ekonomi ska gå ihop. Enligt slutrapporten för FHS är det nödvändigt att sjukvården kan effektivisera med ytterligare 1 procent per år, utöver de 2 procent som redan utkrävs av verksamheterna. Regeringskansliets grupp för framtidens välfärd bedömde i en rapport från 2010 att det är teoretiskt rimligt att effektivisera vården och omsorgen 1 procent årligen, det vill säga en tredjedel av landstingets interna målsättning (Mossler et al. 2010).

Den stora belastningen på sjukvårdssystemet har flera bakomliggande orsaker¹:

- Den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning, utan tydliga indikationer på att sjukligheten minskar. Med andra ord blir vi äldre men inte friskare, något som ställer större krav på medicinska interventioner.
- Kraftiga befolkningsökningar på 25 000–40 000 personer årligen som kräver stora investeringar i vårdens infrastruktur och kapacitetsutbyggnad. En prognos visar att mellan 2008 och 2018 kommer antalet vård dagar att öka med 16 procent och antalet öppenvårdsbesök med 15 procent.
- Kostnaderna för den ständigt förbättrade medicinska vården ökar.

1. Enligt Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltnings framtidsrapport (Stockholms Läns Landsting 2009b).

3S- och FHS-strategierna har varit vägledande för många av de stora förändringar som genomförts (och som man planerar att genomföra), i andra fall kan man ana att strategierna formats för att passa redan fattade beslut. Ett exempel är 3S, som rekommenderade en ökad differentiering av vårdnivåerna genom att flytta den absoluta majoriteten av högspecialiserad vård till universitetssjukhusen och slå samman dessa till ett enda, något som verkställdes samma år i och med fusionen av Karolinska sjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus AB. På samma sätt föreslog 3S-strategin att övriga sjukhus och öppenvården skulle få ta över större delen av Karolinskas respektive Huddinges bassjukvård, vilket av naturliga skäl föranledde en utredning om omfördelning av vårdplatser.

Den senaste upplagan av strategin, Framtidens hälso- och sjukvård, kan sammanfattas i ett antal huvudpunkter som alla syftar till högre tillgänglighet, högre kvalitet och delaktighet samt högre effektivitet:

- Patienter ska få bättre förutsättningar för egenvård, förebyggande insatser och kontakt med vården på distans genom utveckling av e-hälsotjänster och kommunikationsplattformar. Exempel på detta, som redan används i verksamheten, är Vårdguiden och Mina vårdkontakter.
- SLL:s vårdgivare ska arbeta förebyggande i större utsträckning och särskilda riskgrupper ska ägnas extra uppmärksamhet.
- Husläkaren ska vara första kontaktpunkt, gatekeeper och koordinator av vårdinsatser för alla patienter.
- Omhändertagandet av folksjukdomar och vanliga, icke slutenvårdskrävande tillstånd flyttas i större utsträckning till öppenvård och geriatrik.
- Medicinska "mellanvårdsformer" ska spela en större roll i vårdproduktionen. Det som åsyftas är en tredje vårdnivå, mellan primärvården och slutenvården, vilken huvudsakligen ska ges på så kallade *specialistcentrum* som i öppenvårdsform kan erbjuda specialistvård, ofta i samverkan med primärvård och slutenvård.
- Tillgängligheten och vårdproduktionen i primärvården och den öppna specialistvården förbättras genom vårdval och etableringsfrihet som syftar till att stimulera till snabb tillväxt av fler vårdgivare.
- Akutsjukvården och akutsjukhusens resurser ska tydligare reserveras för de patienter som är i behov av dessa. Patienter ska styras om från akutmottagningarna till andra öppenvårdsformer. Antalet vårdplatser vid akutsjukhusen fortsätter därför att minska i förhållande till befolkningen. Däremot ska antalet vårdtillfällen öka med 41 000 till 2016, och av dem beräknar man att 20 000 ska kunna tillhandahållas på akutsjukhusen, och ytterligare 20 000 i geriatrik, ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) och palliativ vård. Hälften av de läkarbesök som görs på akutsjukhusen flyttas ut till öppenvården utanför akutsjukhusen.
- Geriatriken byggs ut.

VÅRDPLATSER OCH VÅRDTILLFÄLLEN

– SJUKVÅRDENS HÅRDVALUTA

Två av de viktigaste måtten på ett sjukvårdssystemets kapacitet och produktion av vård är: 1) antal fysiska vårdplatser och 2) det antal vårdtillfällen som dessa vårdplatser kan användas till. Sveriges landsting har de senaste tjugo åren stadigt minskat antalet vårdplatser. Orsaken till detta är inte huvudsakligen brist på ekonomiska resurser utan den medicinska vetenskapens snabba utveckling. Den patient som för tjugo år sedan fick en hjärtinfarkt kunde behöva vårdas på sjukhus i tre veckor. I dag kan ett framgångsrikt omhändertagande leda till att patienten kan gå hem efter tre till fyra dagar. Två andra viktiga orsaker var ädelreformen, som innebar att kommunerna tog över omsorgen om de äldre, samt psykiatrireformen som innebar att stora delar av den psykiatriska slutenvården fasades ut. Resultatet är att antalet vårdplatser kunnat minskas, en utveckling som accelererats av de stora ekonomiska utmaningar som landstingen ställts inför de senaste tio åren. Vårdplatser är nämligen kostsamma; ett dygn på sjukhus kostar mellan 4 000 och 10 000 kronor, beroende på medicinsk specialitet. Intensivvård är ofta tiofalt dyrare.

Stockholms läns långtidsutredning, som är en del i projektet Framtidens hälso- och sjukvård, har gjort tillbakablickar på utvecklingen av vårdplatser och vårdtillfällen för att kunna göra prognoser om framtidens behov. Mellan 1994 och 1997 minskade antalet vårdplatser med cirka 30 procent i den dåvarande finanskrisens spår, och fram till 2007 har minskningen varit i snitt 4 procent. Samtidigt har antalet vårdtillfällen minskat med i genomsnitt 6,2 procent i riket mellan 1998 och 2003. Minskningen av såväl antalet vårdplatser som antalet vårdtillfällen har nu i princip stannat av i Stockholm, och en mindre ökning har skett både för vårdtillfällen och vårdplatser de senaste åren (Stockholms Läns Landsting 2009a).

Prognoserna för framtidens vårdbehov i Stockholm, baserade på en befolkningsökning om i snitt cirka 30 000 personer årligen samt den demografiska utvecklingen, pekar på ett ökat behov om drygt 17 procent. Hur ska då detta behov tillgodoses? Nya Karolinska kommer att producera totalt fler vårdtillfällen, cirka 65 000 jämfört med 60 000, men antalet vårdplatser minskar. Denna ekvation ska gå ihop genom kortare vårdtillfällen, snabbare patientflöden och större andel öppenvård. För att täcka det bortfall i vårdplatser som uppstår på Karolinska kommer övriga akutsjukhus i Stockholmsregionen samt flertalet närsjukhus att byggas ut. Så mycket som en tredjedel av vården ska dock inte längre erbjudas på akutsjukhusen; mer än 20 000 vårdtillfällen, det vill säga motsvarande Södertälje och Norrtälje sjukhus tillsammans, ska "flytta ut på stan" till de specialistcentrum som landstinget hoppas ska etableras. Tabell 3, Appendix A, redovisar förändringarna för respektive sjukhus, sett till antalet vårdtillfällen.

Den politiska processen bakom ett supersjukhus

2001 – startskottet: utredare rekommenderar nytt sjukhus

År 2001 är startskottet för det som tio år senare ska bli Nya Karolinska Solna. Då beslutar landstingsstyrelsen om en utredning med målet att kartlägga behov och förutsättningar för ett nytt universitetssjukhus som ska ersätta det åldrande Karolinska sjukhuset. Stockholms Nya UniversitetsSjukhus-utredningen, SNUS, diskuterar för- och nackdelar med en renovering av befintliga lokaler alternativt nybyggnation och föreslår det sistnämnda (Stockholms Läns Landsting 2002b). Skälet är att kostnaderna för renovering blir i princip jämförbara med dem för nybyggnation, samt att gamla Karolinska sjukhuset inte bedöms kunna klara de krav vad gäller lokaler och faciliteter som man förväntar sig av ett toppmodernt sjukhus.

Utredningsgruppen för det nya universitetssjukhuset drar för övrigt slutsatsen att ett nytt universitetssjukhus är så tätt integrerat med det övriga sjukvårdssystemet att det är i princip omöjligt att gå vidare med processen utan att också utreda hur Stockholms sjukvård ska se ut i framtiden.

En omdaning av Karolinska sjukhuset till ett modernt och internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus måste gå hand i hand med förändringar inom andra delar av landstingets sjukvårdssystem.

Vidare skriver utredningsgruppen att man inte rekommenderar någon specifik modell för upphandling, men att man avråder från OPS-lösningar. Detta är en inställning som kommer att ändras med tiden, och när bygget faktiskt blir av blir det i form av en sådan OPS-modell som tydligt avstyrks i SNUS-utredningen.

Modellen med privatfinansiering genom partnerskap (PPP) har studerats särskilt. Utredningens bedömning så som läget är för närvarande är att denna modell inte bör användas. Skälen är dels de högre kostnaderna, dels de risker som är förknippade med att vara svensk pionjär inom PPP-området.

2003 – det nya sjukhusets plats i Stockholms sjukvård

I mars 2003 beslutade landstingsstyrelsen i enlighet med SNUS-utredningens förslag att ett nytt sjukhus skulle byggas i Solna, att detta skulle ske i form av ett nybygge och inte en tillbyggnad och att verksamhetsprofilen skulle vridas allt mer mot högspecialiserad vård. Vidare föreslog man en ökad profilering mellan Huddinge och Karolinska. Arbetet med att se över hela sjukvårdssystemet samt Karolinska sjukhuset och Huddinge Universitetssjukhus inbördes relation fortsatte med

3S-utredningen, Stockholms SjukvårdsSystem. Rapporten presenterades i september 2004 och byggde vidare på många av slutsatserna i SNUS-utredningen:

- Koncentration av högspecialiserad vård, kraftigt minskad bassjukvård/utlokalisering av bassjukvård till andra sjukhus och öppenvård
- Minskat akutflöde, avgränsning till akuta ambulansfall samt remissfall
- Minskat antal vårdplatser till cirka 600 inklusive barnsjukhuset
- Profilerings av verksamheter mellan Huddinge och Solna
- Det nya sjukhuset ska vara en motor för forskning, innovation och utveckling av vården.

I rapporten beräknades det att investeringsbehovet uppgick till max 12 miljarder kronor (Stockholms Läns Landsting 2004b). Utredningen kom i ett skede då det nyligen beslutats att föra samman Huddinge Universitetssjukhus AB och Karolinska sjukhuset till en gemensam förvaltning.

2005 – formgivningstävlingen leder vägen

I en skrivelse till SLL:s landstingsstyrelse 6 juni 2005 föreslår landstingsrådsberedningen och föredragande landstingsråd Dag Larsson att sätta planerna på ett nytt universitetssjukhus i Solna, såsom specificerat i 3S-utredningen, i verket. Startskottet ska, enligt beslutsunderlaget, vara en arkitekttävling med de översiktliga verksamhetsplanerna från 3S-utredningen som enda underlag. Vidare skriver man att:

Principbeslutet om att fortsätta planeringen för ett nytt universitetssjukhus i Solna innebär ett godkännande av utgångspunkten att det i första hand skall byggas ett helt nytt universitetssjukhus i Solna

samt att:

utgångspunkten, precis som det beskrivs i 3S-utredningen, är dock att det nya universitetssjukhuset kommer att bli mindre än det nuvarande sjukhuset.

På samma möte tas beslut om övriga förslag från 3S-utredningen, såsom att bassjukvård successivt ska flyttas ut till de övriga akutsjukhusen samt att närsjukvården ska stärkas (Landstingsstyrelsen diariernr LS 0409-1729 2005).

I juni samma år, två månader senare, fattar landstingsfullmäktige beslut i enlighet med förslaget (Landstingsrådsberedningen diariernr LS 0502-0309 2005). Ytterligare ett år senare, i september 2006, beslutar landstingsstyrelsen enligt rekommendation från juryn för formgivningstävlingen. Vinnare blir förslaget *Forum Karolinska* och upp-

hovsmännen White Arkitekter anlitas för den fortsatta formgivningen och ett programkontor upprättas (Landstingsrådsberedningen diariernr LS 0608-1486 2006). Ännu är dock inte ett formellt beslut om att bygga Nya Karolinska Solna taget.

2008 – stora planer – för allt utom verksamheten

Den 6 april 2008 tas nästa steg i den politiska processen. Landstingsfullmäktige beslutar då, i enlighet med ett förslag från landstingsstyrelsen, att anta ett programförslag som ska vägleda det fortsatta arbetet (Landstingsstyrelsen diariernr LS 0710-1039 2008). Vidare beslutas om en övre gräns för nybyggnadsvolymen om 335 000 kvm samt en nybyggnadsinvestering om 14,1 miljarder kronor i 2007 års penningvärde. Landstingsstyrelsen får i uppdrag att återkomma med förslag till finansieringslösning och upphandlingsform till landstingsfullmäktige 10 juni 2008.

Ambitionerna för det nya sjukhuset, som står att utläsa i programförslaget och beslutsunderlaget, är stora:

Nya Karolinska Solna (NKS) är ett av Stockholms läns landstings mest omfattande projekt någonsin och kommer att ha stor betydelse inom en lång rad områden.

Sjukhuset ska vara navet i ett regionalt och nationellt sjukvårdssystem som är internationellt konkurrenskraftigt. Nya Karolinska ska vara ett specialistsjukhus för regionen med inriktning på högspecialiserad och specialiserad vård och ska inta en central roll vid utvecklingen av stockholmsregionen till ett biomedicinskt kraftcentrum.

Nya Karolinska Solna skapas för att kunna stå i minst ett sekel. Planeringen bygger på maximal generalitet, vilket innebär att alla former av sjukvård ska kunna bedrivas här i framtiden. Verksamheter ska också kunna flytta eller förändras med minsta möjliga störningar på andra omgivande verksamheter.

Av förslaget framgår att det inte är aktuellt att ytterligare specificera verksamhetsinnehållet, varken internt inom NKS eller i relation till resten av Stockholms sjukvårdssystem. Det nya sjukhuset ska vara så plastiskt att det ska kunna erbjuda i princip vilken vård som helst utan större omställningskostnader eller störningar i befintlig verksamhet. Formgivningen har fortsatt stor betydelse:

Grundidéer i gestaltningen av sjukhuset är transparens med hjälp av glas, fasader med reliefer, rikligt med insprängd grönska, samt tegel som är ett signum för Karolinska i Solna. NKS-projektets miljömål är att sjukhuset ska vara fullödigt i sin hänsyn till människan. Nya Karolinska Sjukhuset byggs med utgångspunkt från hållbarhetsperspektivet och utformas på alla nivåer så att den negativa miljöpåverkan minimeras.

Miljöpartiets ledamot protesterar (bland annat) mot att det helt saknas planer för verksamhetsinnehållet och anser att den totala flexibiliteten är något orealistisk.

Det är viktigt att frågan om verksamhetsinnehållet bereds och kommer upp till diskussion i olika fora så snart som möjligt, så att förankringsprocessen hinns med. Landstingsrådsberedningens förslag om att frågan ska återkomma till fullmäktige senast 31 december 2010 riskerar att tolkas som att verksamhetsfrågan kommer helt i otakt med byggnationen. Även om man bygger för maximal flexibilitet är det viktigt med en parallell diskussion och förankringsprocess kring verksamhetsinnehållet. Landstingsstyrelsen ska bereda och successivt föra upp dessa frågor till diskussion och inriktningsbeslut i fullmäktige. Målet är att processerna kring byggnation och verksamhetsinnehåll ska löpa parallellt i en öppen diskussion.

I samma beslut föreslår landstingsstyrelsen att ett separat NKS-kansli inrättas och att direktören för det dåvarande programkontoret, Lenart Persson, blir förvaltningsdirektör med start från 1 maj 2008.

2008 – förslag till ny modell för finansiering och upphandling

Mycket snart efter beslutet att bygga ett nytt universitetssjukhus i april 2008 kan landstingsstyrelsen lägga fram ett förslag till fullmäktige om finansiering och val av upphandlingsform. Den snabba handläggningen har en enkel förklaring; ärendet är redan grundligt utrett. Redan hösten 2007 presenterade revisions- och strategibyrån Öhrlings PwC (i dag endast PwC) en utredning som jämförde traditionell *samverkansentreprenad* med *offentlig-privat samverkan (OPS)* (PwC 2007). Ett tredje alternativ, som i princip utgörs av OPS-modellen men med offentlig finansiering, skrotas tämligen omedelbart.

PwC skriver:

en OPS-lösning är fördelaktigare för SLL än en samverkansentreprenad. Skälen till denna bedömning är bl a att det sannolikt uppstår en bättre konkurrenssituation vid upphandling av NKS till följd av större internationellt intresse och att riskerna och ansvaret för kostnadsökningar och förseningar lyfts från SLL till det privata konsortiet.

I en internationell utblick mot framförallt Storbritannien pekar man på att OPS-projekt oftare än traditionellt upphandlade projekt håller tidsgränserna och budgetramarna.

Erfarenheterna från Storbritannien visar att 70 procent av traditionellt upphandlade projekt blev försenade jämfört med 20 procent av OPS-

projekten. 73 procent av traditionellt upphandlade projekt blev dyrare än budgeterat mot 20 procent av OPS-projekten.

Vidare avråder rapporten starkt från att även OPS-upphandla så kallade kliniska tjänster, det vill säga den faktiska vårdverksamheten, då de internationella erfarenheterna av detta är negativa. Endast byggnation och drift av så kallade *facility management*-tjänster bör OPS-upphandlas.

En viktig grundförutsättning (den viktigaste?) för valet av OPS-modell är, enligt rapporten från PwC, förekomsten av god konkurrens. Antagandet om god konkurrens ligger till grund för vidare antaganden om lägre kostnader, effektivare byggnationsprocess och innovationer i driften, något som poängteras många gånger i rapporten. Konsultbyrån anger att den varit i kontakt med utländska och svenska konsortier med potential att vara med i upphandlingen och att flera av dessa visat intresse. Vidare rekommenderas att det slutgiltiga valet av leverantör bör ske från ett urval av tre till fem OPS-kompetenta utförare.

OPS kommer att attrahera såväl utländska som svenska anbudsgivare vilket ger god konkurrens och marknadsmässiga priser.

...

En sannolikt bättre konkurrenssituation skapas vid upphandling av NKS till följd av större internationellt intresse.

...

Det finns flera aktörer inom bygg, fastighetsförvaltning och FM med tillräcklig leveransförmåga. En OPS-lösning ökar möjligheten att attrahera internationell konkurrens tack vare betydande kontraktswärde, trots i nuläget osäkerhet avseende antalet framtida OPS-projekt.

...

En OPS-lösning attraherar fler leverantörer och leder till ökad konkurrens och därmed lägre investerings- och driftskostnader.

PwC återkommer många gånger till vikten av en kompetent och förutseende beställarorganisation på landstinget.

Genomförandet av en upphandling av NKS genom OPS ställer stora krav på allsidig kompetens hos beställaren.

Genom etablerandet av en OPS-lösning tvingas SLL att noga analysera och bestämma vilka funktionskrav som ska ställas på NKS. Det innebär bland annat att krav på möjlighet till ombyggnationer – flexibilitet – och formerna för denna måste inarbetas i avtalet.

OPS tvingar SLL att noga analysera och precisera kraven på driften av sjukhuset, då stora förändringar som påverkar OPS-bolagets leveranser skapar klart definierbara merkostnader.

Det digra utredningsarbetet fortsätter med en rapport från revisions-

firman Ernst & Young, som presenteras 28 mars 2008 (Ernst & Young 2008). Precis som PwC föreslår Ernst & Young tre tänkbare finansierings- och upphandlingsmodeller, och förordar även de den renodlade OPS-lösningen. Kort sammanfattat innebär den att projektbolaget ansvarar för design, byggnation, finansiering och drift av sjukhuset under hela kontraktstiden. Huvudargumentationen för OPS-lösningen är i stort sett överensstämmande med den från PwC:

NKS är ett stort och komplext projekt, och SLL saknar erfarenhet av liknande projekt. Detta innebär att projektet är riskfyllt och därigenom lämpar sig särskilt väl för OPS som genomförandeform då grunden i OPS är just en optimerad riskfördelning.

Vidare antas OPS medföra ökad produktionseffektivitet och tidshållning, samt ökad innovationskraft tack vare livscykel-tänkandet. Det faktum att SLL är försäkrade mot förseningar och fördyringar lyfts också fram. Avslutningsvis varnar Ernst & Young för frestelsen att gå in med delfinansiering för att sänka upplåningskostnaderna:

SLL riskerar att bli "gisslan" där en privat aktör kan utnyttja det faktum att SLL sitter "på två stolar". Mot denna bakgrund ska ett alternativ där SLL helt eller delvis är långgivare användas med försiktighet.

Ernst & Young delar uppfattningen att det borde finnas goda förutsättningar att få in flera anbud i upphandlingen och därmed god konkurrens.

2008 – beslut och kontrovers kring OPS

På landstingsfullmäktige 10 juni 2008 lägger landstingsstyrelsen fram ett förslag till finansierings- och upphandlingsmodell enligt ett förslag framtaget av landstingsdirektören (Landstingsstyrelsen diariernr LS 0804-0429 2008). Alternativ 1 innebär en OPS-lösning där projektbolaget ansvarar för finansieringen. Alternativ 2 innebär en klassisk samverkansentreprenad. Beslutet utfaller till förmån för alternativ 1, med en mycket viktig bisats:

att genomförandet av ovanstående endast sker om förväntad konkurrens kan uppnås avseende bl a antal anbudsgivare, kostnadsnivå, kvalitet, m m. Om så inte är fallet ska OPS-upphandlingen avbrytas.

som i de slutgiltiga möteshandlingarna omformulerats till:

att genomförandet av ovanstående endast sker om förväntad konkurrens kan uppnås.

En förutsättning för att OPS-modellen ska kunna användas är med andra ord att god konkurrens om uppdraget att bygga NKS föreligger. I annat fall ska samverkansentreprenad användas. S-, V-, och MP-ledamöterna i landstingsstyrelsen reserverar sig på det beredande landstingsstyrelsemötet och hänvisar i sin reservation till att det i maj (innan landstingsstyrelsens beredande möte 27 maj) fanns en blocköverskridande överenskommelse om att använda samverkansentreprenad i stället för OPS.

Torsdagen den 15 maj hölls sedan gruppledaröverläggning med samtliga gruppledare rörande finansiering och upphandlingsform för det nya universitetssjukhuset. På överläggningen överenskoms att en traditionell samverkansentreprenad skulle bli modellen för upphandlingen av NKS-projektet. Finanslandstingsrådet sammanfattade överenskommelsen med att det som nu återstod var att majoriteten och oppositionen tillsammans skulle utforma förslagsskrivelsen till landstingsstyrelsen och att en gemensam pressträff skulle planeras.

Av någon anledning frångås nu denna breda överenskommelse utan att förnyade samtal tagits upp med oppositionens gruppledare. Ärendet är av sådan vikt att ytterligare samtal över blockgränserna borde ligga i samtliga partiers intresse innan detta viktiga beslut fattas. I landstingsdirektörens tjänsteutlåtande dras slutsatsen att den bästa modellen för NKS-projektet är den som kan vinna en bred politisk enighet över blockgränserna.

2009 och 2010 – OPS-upphandling och tilldelningsbeslut

Efter beslutet om OPS-modell genomförs en upphandling som sköts av landstingets FoUU-utskott samt NKS-kansliet, och den 20 april 2010 fattar landstingsstyrelsen tilldelningsbeslut. Beslutsunderlaget, som tagits fram av landstingsdirektören och landstingsrådsberedningen, är hemligstämplat med hänvisning till lagen om offentlig upphandling (Landstingsstyrelsen diariernr LS 1003-0255 2010a). I protokollet står bland annat följande beslut:

- 6) genomförandet av OPS-upphandlingen har inneburit att kravet på förväntad konkurrens som förutsatts i tidigare beslut har uppnåtts.
- 7) tilldela anbudsgivare A kontrakt för OPS-uppdraget att konstruera, bygga, driva, underhålla och finansiera den nya sjukhusanläggningen i Solna, Nya Karolinska Solna.

Vidare påminner landstingsstyrelsen om att det är hög tid att fastställa ett mer detaljerat verksamhetsinnehåll:

- 4) uppdra till landstingsstyrelsen att före utgången av 2011 fastställa mer preciserat verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska Solna, samt

hur verksamheten ska organiseras i förhållande till övrig befintlig hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Oppositionen, bestående av S, V och MP, deltar inte i beslutet.

Den 4 maj träffas landstingsfullmäktige, med Nya Karolinska som enda fråga på dagordningen. Den borgerliga majoriteten förordar landstingsstyrelsens förslag, medan S, V och MP yrkar att OPS-upphandlingen ska avbrytas och man ska göra en ny upphandling. Fullmäktige går på landstingsstyrelsens förslag, och det blir därmed känt att ”projektbolag A” är ett konsortium bestående av den svenska byggjätten Skanska och det brittiska investmentbolaget Innisfree.

Invändningarna från Socialdemokraterna, framförallt företrädd av dåvarande oppositionslandstingsrådet Ilija Batljan, gick ut på att OPS-upphandlingen skulle medföra onödigt höga kostnader för finansieringen och att landstinget borde avbryta upphandlingen för att kunna förhandla fram mer fördelaktiga avtal. Enligt en beräkning av densamme landar investeringskostnaden inte på 14,5 miljarder, utan på 20,95 miljarder. Thomas Magnusson från Vänsterpartiet ifrågasatte om den konkurrens som var en grundförutsättning för OPS-modellen verkligen funnits, då endast en anbudsgivare anmält sig (Landstingsstyrelsen anförandeprotokoll 2010-05-04 diariernr LS 1003-0255 2010).

Vårt förslag är att man i dag ska avbryta upphandlingen. Huvudskälet till det är helt enkelt att vi inte har fått förväntad konkurrens genom att få in bara ett anbud. Tyvärr är det ju så att vi har fått bara ett anbud. Och tyvärr kan vi därmed inte beräkna hur det hade kunnat se ut. Det beslut som landstingsfullmäktige tog om att få förväntad konkurrens kan därmed inte anses vara uppfyllt. Så enkelt är det.

Dessutom är det så – vilket för mig är helt häpnadsväckande – att vi ska fatta beslut om att förväntad konkurrens har uppnåtts. Hur kan vi fatta beslut om något som vi inte vet?

Den som drar sig till minnes vad landstingets konsulter skrev, minns att båda firmorna bedömde att 1) konkurrens sannolikt skulle uppstå för NKS och 2) att det är en förutsättning för att projektet ska få kostnader som är jämförbara med dem för samverkansentreprenad. Avsaknad av konkurrens gör OPS till ett mindre fördelaktigt alternativ (PwC 2007; Ernst & Young 2008). Landstingsrådet Stig Nyman besvarar kritiken och hävdar att konkurrens bör definieras som att ”Lagen om offentlig upphandling har efterlevts” och att ”de olika parterna haft olika förväntningar på vad som menas med konkurrens” (Landstingsstyrelsen anförandeprotokoll 2010-05-04 diariernr LS 1003-0255 2010).

Kort därpå, den 21 maj 2010, skriver oppositionslandstingsrådet Ilija Batljan (S) på DN Debatt med anledning av fördyringar och orimligheter i OPS-upphandlingen (Batljan 2010):

Nya Karolinska är den sämsta affären i landstingets historia. Beräkningar ... visar att skattebetalarna betalar 17 miljarder för mycket för NKS. Med hänsyn till ränta-på-ränta-effekter rör det sig om en blåsning på cirka 30 miljarder för perioden 2010–2040. Det handlar om grekisk bokföring i landets näst största parlament. En historiskt usel affär.

På ett möte med landstingsfullmäktige bara drygt två veckor senare, 7 juni 2010, beslutas om en ändring av OPS-avtalet och partierna kommer fram till en bred uppgörelse kring denna. Kritiken kring bristen på konkurrens kvarstår dock (Landstingsstyrelsen diariernr LS 1003-0255 2010b). Förändringen består av att betalningar från SLL till projektbolaget tidigareläggs, något som omvandlar OPS-upphandlingen till en hybrid mellan en OPS-lösning där projektbolaget ansvarar för finansieringen och en OPS-lösning där beställaren står för finansieringen. Syftet med att SLL står för en större del av investeringskostnaderna är att projektbolaget då behöver låna upp mindre pengar och därmed får lägre räntekostnader, vilket medger att bolaget kan begära ut lägre löpande förvaltningsavgifter av SLL. Nackdelen med detta upplägg är att delar av risken förs över från projektbolaget till SLL, något som går emot grundtanken med OPS. Vidare behöver SLL ta upp ett eget lån för att betala projektbolaget och detta lån påförs ränta. Denna kan dock antas vara lägre än den ränta projektbolaget har möjlighet att erhålla (PwC 2007; Ernst & Young 2008).

2010 – bygget inleds

Inte ens tre månader senare, den 3 september 2010, tar kronprinsessan ”första spadtaget” och bygget av Nya Karolinska inleds. Första inflyttningen beräknas ske 2016.

2012 – rykten om fördyringar

I en uppmärksammat artikel från 20 april 2012 påstår Dagens Industri att OPS-avtalet, som är knappt två år gammalt, är i fara. Orsaken ska vara oroväckande fördyringar av projektet. Enligt uppgifter till tidningen har landstingsledningen gett två externa konsultfirmor i uppdrag att se över situationen. Affärsjuristerna på Mannheimer Swartling, som assisterat landstinget i upphandlingsprocessen, ska enligt Dagens Industri, ”se över möjligheterna att bryta avtalet” med Swedish Hospital Partners AB, SHP. McKinsey, en av världens största managementkonsultbyråer, får i uppdrag att utreda varför en patientsäng på Nya Karolinska är så mycket dyrare än på jämförbara sjukhus.

Landstingsdirektören tillbakavisar påståendet och hävdar att det visserligen finns krav på landstinget att dra åt svångremmen för att klara finansieringen av sjukvården, men att detta ingalunda betyder att avtalet ska rivas upp. Det socialdemokratiska oppositionslandstingsrådet,

Helene Hellmark Knutsson, reagerar kraftfullt och kräver att sekretessen ska hävas.

Kort därpå, i juni, står det klart att landstinget avbryter upphandlingen av Nya Karolinskas omfattande IT- och kommunikationsinfrastruktur. Orsak: alla anbud låg långt över budgetramarna (Eriksson 2012).

Vårdens ledare om NKS

VARFÖR NYA KAROLINSKA?

Det politiska prestigeprojektet Nya Karolinska Solna, norra Europas förnämsta sjukhus, var i grunden resultatet av enkel matematik och konstaterandet att det ofta är billigare att bygga nytt än att renovera. Detta enligt chefen för enheten för *Framtidens hälso- och sjukvård*, Henrik Gaunitz. Som matematiker och ekonom har han ett förflutet på finans- och socialdepartementen, där han huvudsakligen sysslat med sjukvårdsfrågor. Sedan några år tillbaka leder han arbetet med Stockholms Läns Landstings stora strategi för framtidens hälso- och sjukvård, FHS. Projektet har haft föregångare som på samma tema försökt hantera det jättelika sjukvårdssystemet. I början av 1990-talet kom 3S-utredningen, *Stockholms Sjukvårdssystem*. Henrik Gaunitz anser att Nya Karolinska är en pragmatisk lösning, inriktad på att lösa konkreta behov.

Det hela började med praktiska skäl, att KS måste renoveras. En av grundförutsättningarna är att NKS ska bli mindre, och detta inte enbart av ekonomiska skäl utan också för att vården ska bli billigare och bättre.

Om det slutgiltiga projektet blivit den pragmatiska, behovsorienterade lösning – i form av en ren ersättningsbyggnad till ett föråldrat Karolinska sjukhuset – som tjänstemän och politiker ursprungligen tänkt sig, vill han inte uttala sig om.

Torbjörn Rosdahl, finanslandstingsråd och ordförande i landstingsstyrelsen, tycker inte att det var ett alternativ att renovera, eftersom det skulle ha blivit så pass dyrt.

Alternativet till NKS var att renovera den befintliga sjukhusbyggnaden i Solna. Beslutet att utreda alternativet att bygga nytt togs 2001. Bakgrunden till beslutet var i första hand bedömningen att det skulle krävas ca 7 miljarder kronor i investeringar under en 10-års period för upprustning och modernisering av den befintliga anläggningen. Investeringens storlek, kombinerat med komplexiteten i att bygga om anläggningen, ansågs motivera ett närmare studium av alternativet att istället satsa på en helt ny anläggning. Om resultatet av studien hade blivit att det hade varit dyrare och sämre att bygga nytt istället för att renovera, så får man förmoda att det istället för NKS hade blivit ett renoverat sjukhus i Solna, möjligen med precis samma diskussioner som dagens om kostnader och finansieringsformer.

Värt att notera är att det nya sjukhuset har en investeringsbudget på drygt 14 miljarder kronor, det vill säga dubbla den summa som Torbjörn Rosdahl nämner. Mer om de ekonomiska konsekvenserna av de olika alternativen under avsnittet "Alternativen till Nya Karolinska Solna".

Thomas Flodin, överläkare i kardiologi på Karolinska Universitets-

sjukhuset i Huddinge och mångårig ordförande i den inflytelserika sammanslutningen Stockholms Läkarförening, är inte kategoriskt emot ett nytt sjukhus, men ifrågasätter starkt professionaliteten i processen.

Tyvärr var man mycket ytlig i behovsanalysen och man gick istället snabbt över till att studera och utvärdera hur man skulle kunna bygga nytt. Landstingsledningen gjorde, enligt min bedömning, aldrig en seriös jämförelse mellan alternativen. En behovsanalys hade mycket väl kunnat komma till slutsatsen att ett nybygge inte alls blev billigare utifrån de faktiska behoven. Dit kom man emellertid inte, då man inte ens försökte.

Thomas Flodin understryker att detta problem ingalunda är NKS-specifikt. Redan det föregående projektet som sedan fått utgöra grund för NKS, *Stockholms Nya Universitetssjukhus (SNUS)*, saknade grundlig behovsanalys. När NKS-projektet påbörjades på riktigt kom arkitekttävlingen först på dagordningen, långt innan verksamhetsinnehållet tagit form.

Återigen fick byggnaden diktera verksamhetens förhållanden. Först upplevde folk, som brukligt, att det är trevligt med nya byggnader och nya resurser. När det gick upp för alla att antalet vårdplatser och anställda skulle minska kraftigt blev det av naturliga skäl mindre positiva toner.

Thomas Flodin framhåller att NKS aldrig varit särskilt uppskattat utanför den politiska sfären, en inställning som knappast förbättrats av att landstinget tydligt prioriterat allt utom just sjukvården. I början av 2012 annonserade kulturlandstingsrådet att 118 miljoner av NKS-pengarna ska gå till konst i det nya sjukhuset, något som av många inom vården togs emot som ett dåligt skämt (Stockholms Läns Landsting 2012). Aftonbladet räknade snabbt ut att det motsvarade årslönen för nästan 400 sjuksköterskor, något som inte togs väl emot då Karolinska nyligen gjort sig av med över 800 anställda och kategoriskt vägrat höja lönen för sjuksköterskor (Sundell 2011). Thomas Flodin:

Huskroppens utformning har fått styra husets verksamhet, och arkitekternas begränsningar har blivit husets begränsning.

Torbjörn Rosdahl kommenterar det faktum att sjukhuset är mycket påkostat, inte bara med avseende på den medicinska vården, utan även när det gäller gestaltning och servicenivå:

Nya Karolinska Solna blir ett modernt sjukhus där Karolinska Universitetssjukhuset kommer att bedriva högspecialiserad sjukvård och världsledande forskning och utbildning. Det är rätt att satsa för att Sverige ska fortsätta ha världsledande sjukvård. Gällande enkelrum är det av

medicinska skäl som det är viktigt att hålla patienter separerade för att minska spridning av sjukhusrelaterade sjukdomar.

Helene Hellmark Knutsson, socialdemokratiskt landstingsråd i opposition, håller med om att det varit för lite fokus på vad sjukhuset ska innehålla och för mycket diskussioner kring utformningen, något som oppositionen också lyft fram i debatterna i landstingshuset.

Man har varit förblindad av att "nu ska vi få världens finaste universitetssjukhus", som om det skulle räcka. När det gäller NKS fanns ingen klar bild för vilken typ av verksamhet som ska bedrivas, förrän huset redan var halvvägs byggt. Inte heller har relationen till Huddinge tydligt strukturerats.

FÖRVÄNTADE SYSTEMEFFEKTER

Henrik Gaunitz ser, i linje med det stora projektet Framtidens hälso- och sjukvårds vision, att anledningen till att man kan satsa mer pengar på en mindre byggnad med färre vårdplatser är att vården blir allt mer stratifierad. Det uppdrag landstinget har i dag innefattar ett bredare uppdrag: allt från basal antibiotikaföreskrivning på en vårdcentral till science fiction-liknande högintensiv vård till en kostnad av flera hundra tusen kronor per vårdplats och dygn. Med Nya Karolinska tar Stockholm steget mot nästa nivå; inte bara det medicinska omhändertagandet ska bli bättre. Han lyfter också fram betydelsen av NKS-projektet som en "katalysator" för övrig utveckling inom vården.

När man förstod att NKS skulle bli verklighet så insåg folk från både politiker- och tjänstemannahåll att det nu blir nödvändigt att göra övriga förändringar, eftersom ett nytt sjukhus är på G.

Enligt beräkningar i landstingets långsiktiga strategi för sjukvården, *Framtidens hälso- och sjukvård*, måste vården effektiviseras med totalt 3 procent årligen för att landstingets budget ska hålla.

Helene Hellmark Knutsson är mycket oroad över hur landstinget ska hantera andra nödvändiga investeringar och menar att NKS låser landstingets förmåga att följa förändringar i befolkningens behov. Hon lyfter fram det faktum att landstinget har stora investeringsbehov som behöver tillgodoses de kommande tio åren, och att detta kommer att bli en stor utmaning.

NKS är den största enskilda pådrivaren av investeringskostnader, och det finns inget vi kan göra åt det. Det finns ju ett avtal, vilket låser fast stora poster i budgeten som vi inte kan göra något åt. Man fattar inte hur låst man är och hur lite man kan påverka.

Torbjörn Rosdahl är inte lika orolig och hänvisar hela tiden till att investeringarna är i linje med den investeringsstrategi som landstinget har utarbetat.

Behovet av investeringar inom såväl sjukvård som trafik har lett till en översyn av hela beslutsprocessen. Med ett samlat grepp över landstingets totala investeringsbehov har vi skapat förutsättningar för att klara av de kommande årens investeringar, med volymer runt 65 miljarder över en femårsperiod.

NKS förvärrar på många sätt problemen, inte bara på grund av de höga fasta kostnaderna, utan också för att minskningen i vårdkapacitet måste fördelas på andra verksamheter, som därmed måste öka i omfattning. Helene Hellmark Knutsson:

Nu blir det en trippel kapacitetsfråga; dels det faktum att vi bygger ett för litet sjukhus, dels för att det dröjer länge, dels att befolkningen växer snabbare än väntat. Det är inte en fråga om politisk färg, vi är nog alla överens om att flera av de andra sjukhusen behöver renoveras och byggas ut inom snar framtid.

När det gäller renoveringsbehovet är Helene Hellmark Knutsson och Torbjörn Rosdahl överens om att det kommer att krävas omfattande investeringar även i andra vårdinrättningar inom den kommande tioårsperioden. Finanslandstingsrådet lyfter fram den långsiktiga strategin som lösningen på detta problem.

Där ingår både utveckling och renovering av andra sjukhus, utökande av antalet vårdplatser och en övergripande plan för var vården ska bedrivas för att förbättra för patienterna.

Nya Karolinska prioriteras tillsammans med en modernisering och upprustning av både Södersjukhuset och Danderyds sjukhus samt flera andra stora satsningar för att få en utbyggd och bättre sjukvård för länets växande befolkning. Bland de åtgärder som redan är beslutade märks en satsning på 2,3 miljarder kronor på en ny akutmottagning och en ny behandlingsbyggnad på SÖS, vilken beräknas skapa uppemot 150 nya vårdplatser. Vi satsar också uppemot 2 miljarder kronor på ny akut- och behandlingsbyggnad samt ombyggnationer till vårdavdelningar.

Vi satsar uppemot en miljard kronor på att rusta upp och modernisera våra sjukhus. Först ut är Sollentuna, Sabbatsberg och Dalens sjukhus, där vi kommer att skapa runt 350 nya vårdplatser.

En av de metoder som landstinget ämnar tillämpa i enlighet med FHS är att utlokalisera vård från akutsjukhusen till mindre kostsamma öppenvårdsinrättningar. Läs mer om detta i avsnittet "Nya Karolinska i

Stockholms sjukvårdssystem”. Torbjörn Rosdahl håller inte med om att Nya Karolinska leder till kompromisser på andra områden.

Alliansen har sedan 2006 gjort stora satsningar på ökad kvalitet och tillgänglighet i sjukvården. Särskilt fokus har legat på att förbättra primärvården genom valfrihetsmodellen, Vårdval Stockholm. Detta arbete har resulterat i 40 nya vårdcentraler, flera hundra nya läkare och kapade vårdköer. Detta arbete fortsätter nu med ytterligare satsningar på att göra sjukvården än mer jämlik.

En förklaring till varför NKS måste få kosta som man ofta anför, även när det leder till att vården i övrigt blir lidande, är att NKS ska driva utvecklingen. Detta är något som Henrik Gaunitz också understryker. Genom en ny sjukhusstruktur där vården inte organiseras efter medicinska specialiteter utan efter ”teman” såsom *inflammation*, *cancer* och *regenerativ medicin* är tanken att gamla gränser ska suddas ut och patienten ska sättas i centrum; förebilder är amerikanska toppkliniker såsom Mayo Clinic och Cleveland Clinic. Om patientens vårdbehov förändras ska också sjukhuset, sömlöst, byta de tjänster som tillhandahålls. Thomas Flodin gläds åt entusiasmen men menar att den stundtals nästan är barnsligt naiv.

Visionen ger uttryck för att ”här bygger vi nytt, inte bara ett hus utan en ny sjukhusstruktur och en ny kultur”. Sjukhuset skulle vara pionjär för ”den nya vårdlogiken”. Det är klart att man måste jobba med utveckling och våga experimentera i viss utsträckning, men då kan man inte samtidigt räkna på att verksamheten ska kunna leverera resultat direkt och till en högre effektivitetsnivå än tidigare.

DEN POLITISKA PROCESSEN OCH OPS-AVTALET

Det som orsakat mest politisk kontrovers i fallet Nya Karolinska är utan tvekan valet av upphandlingsmodell. Oppositionen har motsatt sig att NKS upphandlas som OPS, både på grund av risken för ökade kostnader och för att modellen inte prövats på vårdområdet i Sverige. Helene Hellmark Knutsson tror mycket väl att OPS kan åtnjuta bredare politiskt stöd så länge förutsättningarna är de rätta.

Jag är personligen skeptisk till OPS-upplägget för Nya Karolinska. Inte för att det nödvändigtvis är en dålig upphandlingsmodell, men varför måste man välja OPS för det absolut mest avancerade projektet man kan tänka sig? När vi var på studiebesök i London för att titta på sjukhus som byggts med OPS-avtal så konstaterade vi att det generellt var sjukhus som tillhandahöll bassjukvård och akutsjukvård, inte superspecialiserad vård. Där har man en klar bild av vilken typ av vård som ska bedrivas, och det har vi inte ens idag när det gäller Nya Karolinska. Jag

tycker absolut att man ska kunna använda OPS-lösningar men ser inte varför det är fördelaktigt att använda det på de mest komplexa projekten.

Torbjörn Rosdahl delar inte den uppfattningen, utan menar att komplexiteten i Nya Karolinska är ett av de viktigaste skälen till varför OPS-lösningen är attraktiv.

Risken för fördyringar och förseningar är mycket stor i ett så komplext projekt, därför har ett enigt landstingsfullmäktige valt att avtala bort dessa risker så att de inte kan drabba landstingets skattebetalare. Just komplexiteten var en av anledningarna till att det är positivt med OPS. Upplägget innebär ju en tydligare riskfördelning, där det från början klargörs vem som står risken för olika typer av förseningar eller komplikationer i projektet. Att skriva ett avtal som sänker landstingets risk är naturligtvis mer attraktivt om projektet är komplext.

Kritiken mot OPS-modellen dämpades efter att landstingsfullmäktige fattat beslut i juni 2008, men ett knappt år senare skulle oppositionens ilska åter väckas till liv. Enligt beslutet från fullmäktige i juni 2008 var grundförutsättningen för en OPS-upphandling att konkurrens uppstod men när ridån äntligen föll visade det sig att det endast fanns ett anbud, från det svenska byggbolaget Skanska och den brittiska investeringsfonden Innisfree. De borgerliga föreslog gemensamt att landstingsfullmäktige skulle anse att upphandlingen var utförd i konkurrens eftersom den skett enligt LOU, något oppositionen ifrågasatte. Torbjörn Rosdahl konstaterar att landstingsfullmäktige var enigt.

Det avtal som landstinget har om en OPS-lösning för Nya Karolinska Sjukhuset i Solna beslutades av ett enigt landstingsfullmäktige med alla sju partier.

Helene Hellmark Knutsson menar att det konkreta beslutet inte helt speglar verkligheten och att det fanns många viktiga frågetecken kring upphandlingen, inom både majoriteten och oppositionen. Det som skapade särskilt upprörda känslor var beslutet att anse att upphandlingen skett i konkurrens, trots att bara ett anbud inkommit. Helene Hellmark Knutsson säger:

Man var så fast beslutna om OPS-modellen att man inte var beredd att ge upp den ens när det stod klart att det bara fanns en anbudsgivare. Detta trots att det tydligt var stipulerat i fullmäktigebeslutet att fler än en anbudsgivare, det vill säga konkurrens, var en förutsättning för att OPS-modellen skulle användas.

Torbjörn Rosdahl menar att det faktum att upphandlingen utlysts enligt LOU är skäl nog för att upphandlingen ska anses ha skett i konkurrens.

Mot bakgrund av den internationella finanskrisen som kom abrupt under hösten 2008, när OPS-upphandlingen inleddes, och den osäkerhet detta ledde till inom hela näringslivet, inklusive byggbranschen, bedömdes det att en anbudsgivare var tillräckligt i konkurrenshänseende.

I bedömningen att gå vidare trots bara en anbudsgivare låg också kravet på uppföljningsarbete, där benchmarking mot andra liknande projekt blev ett viktigt instrument för att se till att anbudet kunde analyseras och kostnadsbedömas av NKS-förvaltningen.

Avslutningsvis vill Torbjörn Rosdahl påminna om att även om det inte blev någon konkurrens i själva huvudupphandlingen, så utesluter inte det konkurrens mellan underleverantörerna till Swedish Hospital Partners, som bygger Nya Karolinska.

I avtalet finns också flera delar som har utsatts för konkurrens mellan flera budgivare, medan andra delar, exempelvis de servicetjänster som finns i avtalet, kommer att konkurrensutsättas på marknaden med jämna mellanrum.

Thomas Flodin anför att upphandlingsmodellen bara är en liten del av allt det som borde belysas, ifrågasättas och skärskådas när det gäller NKS. Orsaken till att detta inte sker är, om man får tro Thomas Flodin, att de flesta ledande politiker i landstinget själva har varit involverade i ärendet i någon fas.

NKS är på sätt och vis ett blocköverskridande process med S och M där båda partierna bundit upp sig och gjort det till ett delat prestigeprojekt. Ingen har egentligen ifrågasatt projektet eftersom alla har "ägarförhållande" till det.

Helene Hellmark Knutsson håller med om att den borgerliga majoriteten inte ensam bär skulden. Som skäl till varför kritiken ibland blir lite tafatt anger hon frågans komplexa natur: politiker i landstinget har sällan erfarenhet av att bygga universitetssjukhus eller sakkunskap om hur man gör det, och de tvingas därför förlita sig på tjänstemännen. Förmågan att formulera kritik blir därmed också avtrubbad.

Man måste ha extremt kompetent ledningsfolk omkring sig, det fungerar inte med dussintjänstemän, man måste ha de bästa personerna omkring sig, något vi ibland har svårt med. De duktigaste människorna inom vården vill av naturliga skäl vara "i vården", vilket gör det svårt att rekrytera de bästa, de som har tyngd och trovärdighet.

Detta var också en viktig anledning till att OPS-modellen var mycket populär i många läger. Genom att OPS-upphandla NKS fick landstinget möjlighet att överlämna den komplicerade planeringen, byggnationen

och driften av sjukhuset till en andra part. Samtidigt kan beställaren av naturliga skäl inte helt avsäga sig kontrollen, eftersom det är beställaren som ansvarar för att utforma kravspecifikationen. Helene Hellmark Knutsson:

Det är förstås alltid en osäkerhet att göra saker själv. Skanska har trots allt byggt flertalet sjukhus runt om i världen, och den kompetensen kände man nog att man saknade in-house. Det var skönt att ”köpa” sig den kompetensen.

Problemet är att vi är i ett ständigt underläge gentemot Skanska, när det gäller avtalsskrivning, byggnation m m. Min åsikt är att du som beställare måste vara minst lika kompetent, helst lite mer kompetent, än utföraren i en upphandling. Skanska har ett stort övertag och vi försöker mest undvika att göra större fel. Just det att man saknar referenser gör att man hela tiden famlar i mörkret.

Torbjörn Rosdahl håller med, och inflikar att möjligheten att få ta del av spetskompetens när det gäller byggnation av stora sjukhus var en av de viktigaste skälen för OPS-modellen. Detta var en av förklaringarna till att man valde att gå vidare trots att man bara fått ett anbud.

Anbudsgivaren [Swedish Hospital Partners, författarens anmärkning] kunde redovisa stor och mångårig erfarenhet av väl genomförda stora internationella sjukhusprojekt med OPS-finansiering. Den föreslagna finansieringen ansågs både solid och trovärdig trots den pågående finanskrisen. Deltagarna i projektbolaget bedömdes som seriösa och välrenommerade.

I en rapport från brittiska underhusets kommitté för offentliga utgifter konstateras det, baserat på utredningsmaterial från finansdepartementet, att ”den offentliga sektorn måste ha bättre färdigheter och få bättre rådgivning i den tidiga planeringen av ett projekt. Alldeles för ofta, när det verkligen gäller, saknar den offentliga sektorns beställare erfarenhet och lider brist på stöd från experter. Utan adekvat stöd är det inte möjligt med framgångsrika projekt”. I den stora renoveringen av Londons tunnelbana tillämpades OPS och resultatet utvärderades av brittiska riksrevisionen NAO, som drog ett antal slutsatser som är relevanta i NKS-sammanhanget. Bland annat underskattades kraftigt komplexiteten, framförallt eftersom beräkningarna och avtalen inte tog tillräcklig hänsyn till att verksamheten skulle pågå parallellt med renoveringen och att projektet därför inte gick att genomföra i förväntad takt.

Alternativen till Nya Karolinska Solna

Hur sjukvården ska organiseras i framtiden och valet mellan olika strategier för att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens portalparagrafer, är en av landstingets absolut tyngsta politiska frågor. Balansen mellan kostnadseffektivitet och tillgänglighet är en sådan prioritering, men även öppenvård i förhållande till slutenvård, somatisk vård i förhållande till psykiatrisk och hög specialisering i förhållande till bassjukvård är politiska prioriteringsfrågor som är av oerhört komplex natur och ofta gränsar till den medicinska sfären. Likväl ligger de faktiska prioriteringsbesluten nästan alltid i politikernas händer, oavsett om de är medvetna om det eller inte.

Det kan verka onödigt men det kan ändå vara värt att poängtera att det till varje fattat beslut alltid finns minst ett alternativ, och i realiteten nästan alltid flera. Såväl politiker i beslutsställning som medborgare och andra externa granskare måste ständigt jämföra och värdera alternativen. Även i fallet Nya Karolinska Solna fanns (och finns) vägval att göra men ofta lyfts det valda alternativet fram som "det enda tänkbara". Den typen av tänkande är skadligt, då det är det politiska systemets syfte att genom intellektuell evolution sortera fram det bästa tänkbara alternativet. Vår uppfattning är att projektet Nya Karolinska Solna bitvis präglats av ett tunnelseende och att flera betydelsefulla vägval inte belysts tillräckligt. Denna slutsats har också präglat mycket av det politiska motståndet mot projektet.

I detta kapitel lyfter vi upp vägvalsfrågorna till ytan och gör ett försök att skärskåda hur välgrundade besluten var. Värt att notera är att dessa resonemang till sin natur är mer spekulativa och resonerande än andra avsnitt i denna rapport. Då vi saknar det underlag och den utredningsstab som landstinget har till sitt förfogande, är detta snarare en syntes av det befintliga materialet som finns offentligt publicerat.

ALTERNATIVEN TILL NYBYGGNATION

Grundantagandet får vara att det dåvarande Karolinska sjukhusets lokaler i stor utsträckning var utslitna och omoderna. Till förnyelsen av Karolinska Solna, och därmed förnyelsen av en betydande del av Stockholms universitetssjukvård, fanns teoretiskt sett tre alternativ: 1) endast renovering/upprustning av befintliga byggnader, 2) partiell nybyggnation i anslutning till, och renovering/upprustning av, befintliga byggnader och 3) ett helt nytt sjukhus, väsentligen fristående från det befintliga sjukhuset.

JÄMFÖRELSE MELLAN ALTERNATIVEN

Frågan om att bygga nytt eller att renovera ställs flera gånger i landstingets olika utredningar och med tiden blir alternativet med en helt

ny sjukhusbyggnad allt mer favoriserat. Torbjörn Rosdahl anger som orsak till att Nya Karolinska ska byggas från grunden att det helt enkelt blir billigare så.

Det kräver inte mycket ansträngning för att inse att verkligheten är mer komplex än så. Beräkningarna av kostnaderna för de respektive alternativen har varierat med tiden, men beräkningarna gjorda 2002 och 2004 visade att det skulle vara något dyrare att renovera jämfört med att bygga nytt, se tabell 5, Appendix A. Utfallet har emellertid visat sig bli något annat, även om det av flera skäl är något svårt att göra direkta jämförelser (se tabell 6, Appendix A).

DÄRFÖR VALDE LANDSTINGET ATT BYGGA NYTT

Varför valde landstinget att bygga nytt, trots att det på goda grunder går att ifrågasätta att detta var ett ekonomiskt sunt beslut? Orsakerna till detta kan vi endast teoretisera om utifrån de uttalanden som gjorts.

En möjlighet att skapa nya strukturer – ut med det gamla, in med det nya

Inom sjukvården finns en stark organisationskultur som är svår att rubba och för politiker som vill fatta obekväma beslut är det ofta enklare att helt enkelt börja om på ny kula. Att detta var en anledning till att bygga nytt blir tydligt om man ser till det faktum att landstinget från början upprättade en separat förvaltning, NKS-förvaltningen, som var fristående från det nuvarande Karolinska Universitetssjukhuset. Till NKS-förvaltningen kunde förvaltningsdirektören Lennart Persson (nu sjukhusdirektör på Akademiska sjukhuset i Uppsala) handplocka den personal och de ledare som kunde tänka sig att arbeta i enlighet med NKS-förvaltningens målsättning. På så sätt fick man också en möjlighet att komma runt besvärliga arbetsrättsliga situationer eftersom all personal på det gamla Karolinska Solna automatiskt skulle sägas upp när det gamla sjukhuset avvecklades. Detsamma gäller arbetsformer; genom det nya sjukhuset fick man inte bara en möjlighet att ta bort de fysiska hindren för nya sätt att arbeta i form av otidsenliga lokaler, det blev också möjligt att rita om vårdprocesserna från början. Ut med det gamla, in med det nya. Denna nydaning satte Karolinska Universitetssjukhusets sjukhusdirektör Birgir Jakobsson stopp för genom att inte tillåta den egna personalen att arbeta för NKS-förvaltningen. Den tilltänkta handplockningsprocessen till NKS fick således en rejäl törn och politikerna avskaffade till slut den helt fristående NKS-förvaltningen. Byggnationen lades under en förvaltning och programkontoret, som ansvarar för att utforma NKS vårdinnehåll, sorterar hädanefter under Karolinska Universitetssjukhuset och biträdande sjukhusdirektören. Från och med denna tidpunkt övergick NKS från att vara ett helt nytt sjukhus med ny personal, nya arbetssätt och ny kultur, till en ersättningsbyggnad till gamla Karolinska. Både Birgir Jakobsson och Lennart Persson har fått flera möjligheter att uttala sig men har valt att avstå.

Det är alltid coolare att bygga nytt

Det går inte att komma ifrån att politiker och tjänstemän vill bli ihågkomna för något och då är onekligen ”Europas modernaste universitetssjukhus” mycket mer spännande än en kontinuerlig renovering av ett befintligt sjukhus. Att formgivningstävlingen och den fysiska gestaltningen ständigt fått komma före vårdens behov styrker denna slutsats.

ALTERNATIVEN TILL UPPHANDLINGEN ENLIGT OPS

Grundantagandet får vara att ett nytt sjukhus, med projektnamnet Nya Karolinska Solna, ska byggas på södra delen av sjukhusområdet i Solna och att detta ska ha en vårdvolym motsvarande drygt 60 procent av det gamla Karolinska sjukhuset.

Två konkreta alternativ övervägdes, traditionell upphandling och OPS-upphandling (offentlig-privat samverkan/public-private partnership). Utredning av och resonemang kring dessa två alternativ återfinns huvudsakligen i följande dokument: *Rapport från utredningen om nytt universitetssjukhus* (SNUS-utredningen) från 2002 (Stockholms Läns Landsting 2002a), *Byggnation av nytt universitetssjukhus – Stockholms SjukvårdsSystem* (3S-utredningen) från 2004 (Stockholms Läns Landsting 2004a), *Utvärdering av alternativa lösningar för finansiering och drift av Nya Karolinska Solna*, från konsultbyrån PwC 2007 (PwC 2007) samt *Utvärdering av OPS som genomförande- och finansieringsform för NKS*, från konsultbyrån Ernst & Young 2008 (Ernst & Young 2008).

JÄMFÖRELSE MELLAN ALTERNATIVEN

Landstinget kan inte beskyllas för att inte noggrant ha kartlagt förutsättningarna för OPS-modellen jämfört med traditionell upphandling. Förutom de två stora utredningarna om ett nytt universitetssjukhus, SNUS och 3S, har de kostsamma konsultbyråerna PwC och Ernst & Young tagit fram var sitt omfattande material med case-analyser om vad respektive upphandlingsmodell skulle innebära, samt rekommendationer om hur landstinget bör agera. Nedan följer en genomgång av rekommendationerna utifrån ett antal viktiga perspektiv.

Marknadens mognad

Marknaden för klassisk entreprenadupphandling i Sverige är, till skillnad från OPS-marknaden, väletablerad och mogen. Alla fyra rapporter varnar för detta, men ser det samtidigt som en möjlighet, om NKS-projektet kan medföra ett genombrott för OPS på den svenska marknaden och om projektet har tydligt stöd inte bara från landstinget utan även från regeringen. PwC betonar att det är kostsamt för anbudsgivare att etablera sig på OPS-marknaden och att det knappast räcker med ett enda projekt för att en kritisk massa av anbudsgivare ska våga

engagera sig. Det måste vara tydligt att det finns fler projekt i pipeline. Med andra ord – om SLL är berett att ta sig an rollen som pionjärer på OPS-marknaden och lyckas få med sig andra beslutsfattare kan satsningen bli lyckad.

Demokrati och styrbarhet

Styrbarheten är av naturliga skäl större i nollalternativet eftersom landstinget är sin egen byggherre och lättare kan omförhandla underleverantörers kontrakt. Transparensen borde rent formellt bli sämre då projektbolaget vid en OPS-lösning har större friheter att tillämpa sekretess. Samtidigt, vilket PwC betonar, tvingar en OPS-lösning landstinget att vara tydliga med krav och förväntningar, något som stimulerar till öppenhet.

Långsiktighet, stabilitet och risk

Risköverföringen är en av OPS-lösningens största fördelar. PwC skriver:

I Nollalternativet kommer SLL att bära den huvudsakliga "livscykelrisken" detta bland annat eftersom det inte kommer att finnas någon entreprenör som har ansvaret för både byggnation och drift.

Det är också riskhanteringen som SLL betalar för, genom projektbolagets avkastningskrav. I utbyte mot en något högre kostnad får landstinget garantier att inte behöva drabbas av ökade kostnader vid förseningar eller kvalitetsbrister. Detta är förstås under förutsättning att projektbolaget inte går i konkurs. Om så vore fallet faller riskerna med projektet åter i landstingets knä.

Konkurrens

Såväl landstingets egna utredningar som de externa utredarnas rapporter nämner konkurrens som en viktig faktor för att man ska kunna sänka kostnaderna och stimulera innovation. Både PwC och Ernst & Young bedömer att sannolikheten för att få konkurrens är god och att den kan komma att sänka investeringskostnaderna till den nivå där OPS blir lönsamt i förhållande till nollalternativet. PwC uppskattade att åtminstone 3–5 anbudsgivare borde vara intresserade. Vi vet nu, med facit i hand, att detta grundantagande var felaktigt.

Kostnader och kostnadseffektivitet

Nollalternativet skulle, enligt beräkning från PwC, innebära en hyra på 3 450 kr/kvm. Detta är att jämföra med OPS-lösningen på 3 860–4 075 kr/kvm. För att OPS ska bli mer attraktivt behövs en eller flera av följande förutsättningar uppnås:

- Minskad investeringskostnad om cirka 1 000–1 200 Mkr (cirka 7 procent lägre).

- Försening av byggnationen med cirka 1 år för traditionellt alternativ.
- Minskad lokalyta om cirka 45 000 kvm.

Detta är, enligt samma utredare, rimligt att uppnå genom den förväntade större konkurrens som en OPS-lösning medför.

Kvalitet

Ingen bedömning av kvalitetsskillnader mellan OPS- och nollalternativet har gjorts, men värt att notera är att OPS-lösningen medför ett incitament för projektbolaget att satsa på kvalitet i byggnationen eftersom man även ansvarar för drift och underhåll de första 30 åren.

Komplexitet

Budskapet i PwC:s och Ernst & Youngs rapporter är att en beställare som inte är van vid projekt med den komplexitet som NKS innebär tjänar på att välja OPS-lösningen. Stora internationella konsortier besitter denna kompetens och kan därför undvika de misstag och de risker som landstinget riskerar att utsätta sig för som byggherre. Samtidigt poängteras att en kompetent och erfaren utförare kräver en minst lika kompetent beställare, för att inte avtalet ska bli ofördelaktigt. Slutsatsen bör vara att oavsett val av upphandlingsmodell ställer NKS mycket stora krav på landstingets beställarorganisation.

DÄRFÖR VALDE LANDSTINGET OPS

Möjlighet till lägre risk, lägre kostnad och högre kvalitet

Såväl landstingets eget utredningsarbete som det som gjorts av externa experter talade för att det fanns stora potentiella fördelar med ett OPS-upplägg, om rätt förutsättningar förelåg. I de framgångsrika exemplen från andra länder framgår det tydligt att OPS kan sänka kostnader, höja kvaliteten, minska risken och öka tillförlitligheten i infrastrukturinvesteringar. Lika tydligt framgår det att OPS kan fördyra, försena och minska kvaliteten om upplägget inte genomförs på rätt sätt med rätt grundförutsättningar. Utredningarna pekade även på att ”rätt förutsättningar” (däribland god konkurrens) med god sannolikhet skulle kunna uppnås, vilket talade till OPS-modellens fördel.

Tunnelseende

Föreställningen om att det alltid, oavsett förutsättningar, är mer gynnsamt att låta den privata sfären driva utvecklingen inom offentlig sektor har legat till grund för mycket av processen.

Missstro till den egna beställarorganisationen

Det framkommer gång på gång att landstinget bedöms sakna den kompetens som krävs för att hantera ett så komplext projekt som NKS, var-

för OPS-modellen förefaller attraktiv. Landstinget kan då begränsa sitt beställaruppdrag till en funktionsbeställning och lämna planering och verkställande åt projektbolaget.

Politisk opportunism

Politikerna i Storbritannien stod i slutet av 1980-talet inför samma situation som svenska politiker gör nu: stora investeringar behövs för att renovera och modernisera välfärdsinfrastrukturen. När det egna kapitalet saknas, och den politiska risken med skattehöjningar eller neddragningar på andra områden är för stor, blir OPS ett mycket intressant alternativ som tillåter politikerna att skicka notan för investeringar till framtiden.

Slutsatser

En grundlig behovsanalys saknades och form fick gå före funktion

Det framgår med all önskvärd tydlighet att det saknas en tydlig behovsanalys och en bedömning av vilken funktion Nya Karolinska Solna förväntas fylla. I de initiala utredningarna, SNUS och 3S, talas det om ett ”högspecialiserat sjukhus” men mer utförligt än så blir det i princip aldrig. I stället blir Nya Karolinska Solna en politisk utopi om ett världsledande sjukhus, utan någon djupare tanke om vad det är som ska göra sjukhuset världsledande och vilken funktion det ska ha i Stockholms enorma och komplexa sjukvårdsapparat. Framtidens hälso- och sjukvård, generalplanen för Stockholms framtida sjukvård, får utformas runt Nya Karolinska Solna i stället för tvärtom. Långt innan det finns ens en preliminär plan för verksamhetsinnehållet så utlyste politikerna en arkitekttävling. Det visar sig senare, när bygget redan påbörjats, att det vinnande förslaget inte kan inrymma de för ett högspecialiserat sjukhus nödvändiga verksamheterna varför landstinget tvingas besluta att behålla delar av det slitna gamla Karolinska sjukhuset.

Innovationsutrymmet konkurrerar med ordinarie verksamhet

I den politiska visionen för Nya Karolinska Solna ingår att sjukhuset axlar rollen som innovationsmotor, inte bara i Stockholms sjukvård utan även på nationell nivå. Man ämnar bryta upp gamla ingrodda föreställningar om hur vård ska organiseras utifrån medicinska specialiteter och vårdavdelningar. Trots de högt ställda förväntningarna på de innovativa insatser som man tror att Nya Karolinska kommer att göra för svensk sjukvård, tar man i kalkylerna inte hänsyn till att innovationer kostar. Omställning, utveckling och förändring av en organisationskultur tar tid och det är vanligt att verksamheter inte når upp till motsvarande produktivitet förrän efter minst två till tre års tid (värt att notera kan vara att Toyota, industrikoncernen som uppfann Lean, räknar med att motsvarande process aldrig tar mindre än tio år). I fallet Nya Karolinska så förväntas sjukhuset prestera minst lika bra, och helst bättre, än jämförbara sjukhus kort efter att det satts i drift.

Kostnaderna låser landstingets investeringsbudget

Nya Karolinska Solna innebär en stor belastning på landstingets budget de kommande 30 åren. Även om man förutsätter att kostnaden var nödvändig och att den hade uppstått ändå, så kvarstår faktum att OPS-upphandlingen låser landstinget vid det avtalade upplägget. Flexibiliteten blir i princip obefintlig och landstinget tappar förmågan att anpassa sina investeringar efter en region i mycket snabb förändring och den medicinska vetenskapens än snabbare omdaning.

Tveksamt om OPS är en lämplig upphandlingsmodell för högspecialiserad vård

OPS som upphandlingsmodell i sjukvården är en helt ny företeelse i Sverige, men erfarenheterna från andra länder ger oss ändå möjligheten att dra en del slutsatser. Det står tämligen klart att OPS lämpar sig bättre för infrastrukturprojekt än för komplexa, dynamiska verksamheter såsom högspecialiserad vård. En förutsättning för att OPS ska fungera är att verksamheten är förhållandevis förutsägbar och att såväl beställare som utförare har kompetens nog att upprätta ett tydligt och balanserat avtal. Det framgår tydligt att ingen av dessa förutsättningar uppnåtts. Nya Karolinska Solna är ett alldeles för komplicerat och svårförutsägbart projekt för att man ska kunna dra fördelar av OPS-modellen.

Stora projekt kräver mycket hög beställarkompetens

Ledande personer, såväl inom landstinget (politiker, tjänstemän) som utomstående (konsulter, revisorer, anbudsgivare), uppger stor tveksamhet om projektets omfattning och komplexitet. Det gäller inte endast det faktum att projektets tänkta verksamhet, sjukvården, är komplex utan också den komplexitet som de enorma dimensionerna, det långa tidsperspektivet och avsaknaden av referensprojekt medför. Landstingsrevisorerna konstaterar att det saknas tydliga referensobjekt utöver landstingets egna beräkningar, något som inte bara medför problem för beställaren utan också skrämmer bort potentiella anbudsgivare. En sista komplicerande faktor är den nya upphandlingsmodellen OPS, hitintills oprövad i Sverige inom vårdsektorn.

Om något landsting i Sverige bör ha förutsättningarna att hantera denna utmaning, så är det Stockholms Läns Landsting. Skattebasen är mer än 10–15 gånger större än i flera andra svenska landsting, och därmed finns omfattande administrativa och analytiska resurser under det egna taket. Detta faktum till trots anlitar landstinget frekvent externa konsultbyråer för att komplettera landstingets interna kompetens, och det ofta sent i processen. Ett sådant exempel är uppdraget till Mannheimer Swartling och McKinsey från 2012 att ”se över hur Nya Karolinska kan göras billigare”, två år efter avtalets undertecknande. Det går att ifrågasätta om landstinget besitter den beställarkompetens som förutsätts för att man framgångsrikt ska kunna hantera projekt av Nya Karolinska Solnas omfattning.

Sekretesskyddet blev en förbannelse

Kontroverserna kring Nya Karolinska har varit många och dessutom underblåsts av det sekretesskydd som omgärdat större delen av projektet och hela upphandlingen. En av den politiska sfärens grundpelare, offentlighetsprincipen, blir satt ur spel och omintetgör möjligheterna till en saklig granskning. Inte ens den politiska oppositionen har medgetts full insikt, vilket kan anses anmärkningsvärt i en upphandling som sträcker sig ända till 2040.

Offentlig-privat samverkan är en intressant modell

Att det finns mycket att hämta från upphandlingsmodeller med stor andel offentlig-privat samverkan råder det inget tvivel om. I Sverige är erfarenheten liten men många andra länder, däribland Storbritannien, har lång erfarenhet och har hunnit utveckla rutiner och strukturer för OPS som medger mer träffsäker tillämpning av denna modell. Om/när OPS-marknaden i Sverige mognar kommer förutsättningarna säkerligen att bli bättre för att framgångsrikt använda denna modell även här. OPS har mycket att tillföra; förutom den offentliga sektorns behov av nytt kapital och nya tankesätt kan den privata sektorn tillföra vitamininjektioner i form av kunskapsöverföring och effektiviseringar. Vi har mycket att vinna på att inte kasta ut barnet med badvattnet, men för att etablera OPS som en trovärdig modell på den svenska marknaden krävs en professionalitet från de styrande som lyst med sin frånvaro i det studerade exemplet.

VAD SÄGER DEN SAMLADE FORSKNINGEN OCH DEN BEPRÖVADE ERFARENHETEN OM OPS FÖR SJUKVÅRD?

Erfarenheten av OPS inom Sveriges gränser må vara begränsad, men den är desto större i den anglosaxiska världen. Storbritannien, Australien och Kanada är länder vars OPS-projekt regelbundet skärskådas av forskare och ett stort antal artiklar finns publicerade. I nedanstående litteraturstudie har den aktuella forskningen om tillämpningen av OPS på sjukvården sammanställts. Den fullständiga genomgången av de viktigaste studierna finns i Appendix A, men sammanfattas kort nedan.

Särskilt viktiga aspekter som belyses är marknadens mognad, demokrati och styrbarhet, långsiktighet, stabilitet och risk, kostnader och kostnadseffektivitet, kvalitet, komplexitet, vinst, offentligt-privat utbyte och innovation.

NYA OCH GAMLA MARKNADER

Det framkommer tydligt i litteraturen att det är en stor skillnad mellan så kallade OPS-mogna marknader och de där OPS-modeller bryter ny mark. Flera studier antyder att marknader som till stor del bygger på förvaltning och där förutsättningarna är relativt välkända lämpar sig bättre för OPS. De projekt som gäller plastiska marknader med hög teknologisk och vetenskaplig utveckling, såsom hälso- och sjukvårdssektorn, är svårare och det krävs då att själva utvecklingsuppdraget tydligt ingår i OPS-upphandlingen, eftersom det på förhand är svårt att specificera vad slutresultatet ska bli. En annan vanlig lösning är att det offentliga tar ett större ansvar för utvecklingsdelen och den privata aktören sköter mer förvaltningsbetonade delar (Vrangbaek 2008; McKee et al 2006). OPS blir attraktivt när utföraren kan dra nytta av skalfördelar, vilket talar för att det behövs en marknad för OPS för att modellens

fördelar ska kunna nyttjas. På marknader med få OPS-projekt, eller där utsikten till fler projekt är dålig, är incitamenten för anbudsgivarna att kliva in eller stanna kvar på marknaden låga (De Bettignies & Ross 2004). Att utveckla nya marknader tar mycket resurser i anspråk. Om lagstiftning och riktlinjer är otydliga kan projektet bli onödigt dyrt och innebära ökade risker. En outvecklad marknad riskerar även att leda till mindre konkurrens (Vrangbaek 2008).

DEMOKRATI OCH STYRBARHET

Det faktum att politiska majoriteter kan ändras, och att viktiga beslut därmed snabbt kan rivas upp eller ändras, samt att detta ofta leder till ökade kostnader och försvårar långsiktiga strategier är en välkänd baksida av demokratin. Genom OPS-upphandlingar med långa kontraktstider kan denna risk reduceras och ett mer långsiktigt perspektiv vidmakthållas, eftersom politikerna har litet eller inget inflytande över verksamheten när väl tilldelningsbeslutet är fattat. Detta är dock inget ensidigt positivt argument, för även om långsiktighet uppnås (och därmed ofta kostnadseffektivitet) kommer den till ett pris: den lagstadgade demokratin får mindre inflytande (Joumard et al 2004). Samtidigt riskerar snävt och allt för detaljerat specificerade OPS-uppdrag att göra det svårare för verksamheten att anpassa sig i takt med omvärlden. Ett sådant exempel som lyfts fram i en aktuell dansk studie är leverans av vårdtjänster. För bara tio år sedan var inneliggande (sluten) vård mycket vanligare än i dag, då vi i stor utsträckning gått över till öppen vård och vård i hemmet. En OPS-upphandling med utgångspunkt i den då vanligaste vårdformen (sluten vård) skulle bli avsevärt dyrare än det nuvarande öppenvårdssystemet, om den inte inkluderade incitament för den privata aktören att följa med i utvecklingen (Vrangbaek 2008). McKee och medarbetare visar på liknande problem med flexibilitet i Storbritannien.

Ofta är bolagen som lämnar in anbud mycket bättre rustade för att lyckas i en OPS-upphandling än vad den offentliga sektorn är. Den offentliga parten saknar för det mesta kompetens och erfarenhet. En av de viktigaste framgångsfaktorerna vid OPS-upphandlingar torde därför vara en stark offentlig beställare med kompetens som kan matcha anbudsgivarna (McKee et al 2006). Konsultbyrån VTI utvärderade på uppdrag av riksdagens trafikutskott användandet av OPS i framförallt infrastrukturprojekt. Man beskriver i en talande passus betydelsen av tydlighet och förutsägbarhet som en förutsättning för framgångsrika OPS-projekt:

För att ett OPS-projekt över huvud taget ska ha förutsättningar att bidra till förbättrad samhällsekonomisk effektivitet måste det kontrakt som skrivs mellan parterna vara väl genomtänkt. Framför allt det faktum att avtalen normalt omfattar mycket lång tid innebär att många oförutsedda händelser kommer att kunna inträffa under avtalstiden. Otillräckligt genomtänkta kontrakt riskerar att skapa en obalans då avtal ska omför-

handlas och kan medföra betydande merkostnader för skattebetalarna jämfört med de avtal som ingås i samband med traditionella avtal. Väl utformade överenskommelser mellan parterna är därför en absolut förutsättning för att OPS ska vara motiverade (Nilsson & Pyddoke 2007).

Sammanfattningsvis måste ett avvägande göras: om flexibilitet och demokratiskt inflytande är viktigt, är inte OPS lämpligt. Om tilltron till politiker och systemet är lägre, eller om investeringen är av mindre kontroversiell karaktär, lämpar sig OPS bättre.

LÅNGSIKTIGHET, STABILITET OCH RISK

Ett av de viktigaste argumenten för OPS-lösningar är att de flyttar en stor del av risken vid omfattande investeringar från skattebetalare och offentlig förvaltning till en privat aktör, som av naturliga skäl är mycket mån om att hushålla med resurser, bevaka verksamhetens prestationer och introducera rätt sorts incitament. Den privata aktören tar sedan betalt av det offentliga i form av förvaltningsavgifter, alternativt en klumpsumma när projektet är avslutat. När denna princip fungerar är risköverföringen förmodligen OPS-modellens starkaste kort (Joumard et al 2004). Bevis föreligger för att den privata sektorn lyckas väl med att hålla deadlines och budget. Innan OPS/PFI-reformen var en majoritet av projekten försenade och drog över budget. I dag gäller det motsatta för OPS/PFI-projekt (Grimsey & Lewis 2005).

OPS-projekt är framförallt intressanta i projekt där den privata sektorn är bättre på att hantera projektets inneboende risker. Den privata sektorn är exempelvis bättre på att bygga på tid och enligt budget, medan den offentliga är bättre på att hantera risker förknippade med politiskt känsliga projekt (De Bettignies & Ross 2004). En annan viktig aspekt är att OPS fungerar som bäst när den privata parten bär risker på utgiftssidan, till exempel konstruktionskostnader, renoveringskostnader och personalkostnader, men sämre på inkomstsidan. Projekt utan garanterad inkomst för projektbolaget medför ofta höga riskpremier, vilket fördyrar (Vining & Boardman 2008).

Även om inga sådana exempel hittats inom sjukvårdssektorn finns ett flertal fall där den offentliga parten tvingats köpa ut den privata, på grund av konkurs eller brister i samarbetet. Storbritannien har i samband med den ekonomiska krisen fått svårigheter att hantera flera OPS-kontrakt (McKee et al 2006). Det är av naturliga skäl svårt att räkna på sannolikheten för att denna risk ska realiseras, och därför saknas bra mått på vad en lämplig ”riskpremie” för OPS-projekt bör ligga på. Risken för så kallad ”bail-out” är av naturliga skäl mindre för stora, väletablerade koncerner med stabil ekonomi. Samtidigt tenderar de projekt där större aktörer dominerar att bli oligopolstrukturer eftersom små spelare sällan har en chans att vara med och konkurrera (Vrangbaek 2008).

KOSTNADER OCH KOSTNADSEFFEKTIVITET

Det går att anföras att OPS-projekt gör det möjligt att göra infrastruktur-investeringar även om det inte finns utrymme i budgeten. Ofta tar den privata aktören investeringskostnaderna i utbyte mot att kunna ta mer betalt för löpande tjänster framöver. Samtidigt får detta sägas vara ett motargument, eftersom populistiska och mindre långsiktiga politiker får en möjlighet att göra stora investeringar som inte drabbar den egna budgeten, men på lång sikt kraftigt ökar det offentliga fasta utgifter. För ett landsting kan det sistnämnda vara förödande, då skatteintäkter ofta är den enda inkomstkällan och fasta tillgångar som kan omvandlas till kapital för att balansera budgeten saknas.

Kostnaderna för OPS-projekt är generellt lite högre, som ett resultat av att privata låntagare i princip alltid betalar högre låneränta än offentliga. De ökade kostnaderna kan till viss del motverkas genom att den offentliga parten ger lånegarantier, ett slags borgenärskap. Detta medför dock att ett av huvudsyftena med OPS, minskad risk för beställaren, går förlorad, åtminstone med avseende på finansiering (Joumard et al 2004). Generellt har det offentliga bättre villkor för upplåning av investeringskapital, men detta gäller inte alltid. Vissa offentliga ekonomier är kraftigt belånade och får därmed sämre räntevillkor än vad en stabil partner i den privata sektorn kan erhålla (De Bettignies & Ross 2004).

Ytterligare en faktor som bidrar till att OPS-projekt blir lite dyrare är att upphandlingsprocessen ofta är komplicerad och dyrbar. I Sverige, där lagen om offentlig upphandling medför att upphandling alltid måste äga rum över en viss tröskelkostnad, kan det antas att OPS-lösningar är jämbördiga med eller marginellt dyrare än LOU, eftersom OPS-upphandlingar på grund av den inneboende komplexiteten ofta är mer krävande (McKee et al 2006).

En viktig faktor som avgör kostnaderna för ett projekt är hur väl det håller tiden; projekt som drar ut på tiden medför inte bara ökade kostnader för färdigställandet utan också för ersättningsåtgärder. I sjukvårdsfallet är konsekvenserna av förseningar ofta uppenbara; när det nya sjukhuset dröjer tvingas man driva det gamla parallellt en tid. Förespråkare för OPS-projekt har ofta anfört punktlighet som ett argument, något som också bekräftas i en studie av engelska OPS-projekt (Grimsey & Lewis 2005).

KONKURRENS

OECD påpekar i rapporten *Enhancing the effectiveness of public spending* (Joumard et al 2004), en förutsättning för framgångsrika OPS-projekt är förekomsten av konkurrens och transparens. I de fall där en eller ett fåtal aktörer är dominerande över längre tid riskerar man att beställar-utförar-perspektivet går förlorat och ett slags symbiotisk tvåvägs beroendeställning uppstår; den offentliga aktören är så beroende av

den privata för att klara den basala tjänsteförsörjningen att tröskeln för att konkurrensutsätta är mycket hög. Den privata aktören å andra sidan har större incitament att snedvrída marknaden och utnyttja sina kunskapsfördelar om den offentliga beställaren för att genom osund konkurrens behålla greppet om OPS-uppdraget (Joumard et al 2004). Även kontraktstiden är relevant; långa kontrakt innebär att konkurrensen på längre sikt helt avskaffas och ett "temporärt monopol" uppstår, där det blir olönsamt för andra aktörer att försöka effektivisera och förbättra verksamheten. Detsamma gäller storleken och komplexiteten: Mycket stora OPS-projekt är så komplexa och omfattande att endast en eller ett fåtal anbudsgivare har möjlighet att delta. Detta riskerar att minska konkurrensen (McKee et al 2006). Värt att notera är att många av dessa invändningar även gäller LOU-modellen.

De största positiva effekterna av konkurrens återfinns i anbuds-skedet. Om inte tillräcklig konkurrens kan uppnås finns allvarlig risk att skattebetalarna inte får ett kostnadseffektivt alternativ (De Bettignies & Ross 2004).

KVALITET

När det gäller kvalitet är det mycket svårt att dra några som helst slutsatser, av flera anledningar: 1) många projekt har inte planerats på ett sådant sätt att det gått att mäta kvaliteten, 2) kvalitet är generellt sett ett komplicerat mått i sektorn, 3) det saknas adekvata referensprojekt, 4) de bakgrundsfakta som är nödvändiga för att skapa prognoser om kvalitet saknas. Det går att argumentera (rent deduktivt) för att OPS medför såväl högre som lägre kvalitet. Högre därför att den privata aktören investerar mer i kvalitet för att kunna minska på underhåll och renovering i framtiden. I de fall där brukaren, och inte det offentliga, står för ersättningen är incitamenten för högre kvalitet fler men detta är föga relevant i sjukvårdskontexten. Kvaliteten kan antas bli lägre eftersom den privata aktören måste gå med vinst och därför hanterar ökade kostnader genom att sänka kvaliteten. Det finns dock inte belägg för något av antagandena, vilket flertalet studier pekar på (Thompson & McKee 2004; McKee et al 2006; Vrangbaek 2008; Joumard et al 2004).

Kontraktet mellan den offentliga och den privata parten bör innehålla specifikationer för hur kvalitet ska mätas, annars finns risk för att den privata partens förmåga att tillhandahålla kvalitet kommer att ifrågasättas (De Bettignies & Ross 2004).

KOMPLEXITET

Litteraturen är tämligen enig när det gäller komplexitetsdimensionen; ju mer komplext ett upphandlingsprojekt är, desto sämre lämpar det sig för upphandling (oavsett modell, men särskilt när det gäller OPS).

Förklaringen är relativt enkel. När ett omfattande, komplext projekt ska beställas och upphandlas ställs stora krav på både beställare och utförare. Ofta finns endast en eller ett fåtal utförare som kan medverka i budgivningen vilket leder till bristande konkurrens. Vidare är det svårt för beställaren att specificera upphandlingen eftersom behoven ändras löpande och ofta inte går att förutse till fullo (McKee et al 2006).

Sjukvården förändras snabbt, genom att sjukdomsmönster, diagnostik och behandlingsmetoder ändras. Även befolkningens krav spelar in och i dag finns väsentligt högre krav på även de icke medicinska delarna av vården. Samtidigt är OPS-projekt ofta specificerade ned till minsta detalj, med klausuler om böter vid avtalsbrott, i stället för funktionsspecificerade. En viktig förändring i Storbritannien är övergången till allt mer öppenvård, där behovet av sjukhusbyggnader blir mindre och de sjukhusbyggnader som behövs har annorlunda behov. Särskilt utmanande är komplexiteten i stora undervisnings- och forsknings-sjukhus. Det beror inte bara på den medicinska vårdens komplexitet utan också på att så många parter är involverade i och har ett intresse av sjukhusets funktioner. Inom vårdsektorn är med andra ord mindre och väldefinierade verksamheter mer lämpade för OPS än universitets-sjukhus och högspecialiserade kliniker.

Storbritannien är det land som oftast fått agera förebild för tillämpningen av OPS och dess motsvarighet till vår riksrevision, *National Audit Office* (NAO), som har stått för mycket av SLL:s grundkunskap om OPS, har skrivit spaltmeter om när OPS lämpar sig och vilka förutsättningar som bör gälla. Erfarenheterna kommer från mer än 20 års erfarenhet av OPS (och andra upphandlingsformer som inkluderar finansiering från privata aktörer) i olika sektorer, såväl vägar som fängelser, skolor och sjukhus. Det exempel som tydligast liknar Nya Karolinska Solna är det avblåsta jätteprojektet Paddington Health Campus, Londonregionens försök att bygga ett nytt campus för tre av stadens stora sjukhus med tillhörande Medical School. Den brittiska riksrevisionen anmärkte framförallt på att projektet var för stort och komplext för både beställare och utförare att hantera och därför ledde till oacceptabla risker för båda parter, något som till slut blev projektets dödsdom. Planeringskostnaderna hade vid det laget uppgått till 15 miljoner pund (Bourn 2006).

Intervjuer

Thomas Flodin, överläkare och ordförande i Stockholms Läkarförening, 4 juni 2012

Henrik Gaunitz, planeringschef Framtidens hälso- och sjukvård, 29 augusti 2012

Helene Hellmark Knutsson, oppositionslandstingsråd Socialdemokraterna,
Stockholms Läns Landsting, 10 september 2012

Torbjörn Rosdahl, finanslandstingsråd Moderaterna, Stockholms Läns Landsting,
korrespondens hösten 2012

Intervjuer har även erbjudits bland andra:

Ilija Batljan, f d oppositionslandstingsråd

Birgir Jakobsson, sjukhusdirektör, Karolinska Universitetssjukhuset

Lennart Persson, f d direktör, NKS-förvaltningen

Referenser

- Bager-Sjögren, L (2012), *Prognoser över behovet av äldreomsorg i Sveriges kommuner fram till 2030*. Stockholm.
- Batljan, I (2010), Nya Karolinska den sämsta affären i landstingets historia. *Dagens Nyheter*. <<http://www.dn.se/debatt/nya-karolinska-den-samsta-affaren-i-landstingets-historia>>.
- Bourn, J (2006), *The Paddington Health Campus scheme*. London. <www.nao.org.uk>.
- Charpentier, C & Samuelsson, L A (1999), *Effekter av en sjukvårdsreform : en analys av Stockholmsmodellen*. Sollentuna: Nerenius & Santérus. <<http://library.kib.ki.se/record=b1024817~S6>>. [Hämtad 4 december 2012.]
- De Bettignies, J-E & Ross, T W (2004), The economics of public-private partnerships. *Canadian Public Policy / Analyse de Politiques*, 30(2):135. <<http://www.jstor.org/stable/3552389?origin=crossref>>.
- Eriksson, P (2012), Högt pris tvingar Nya Karolinska att avbryta. *Upphandling24*. <<http://upphandling24.idg.se/2.1062/1.455345/hogt-pris-tvingar-nya-karolinska-att-avbryta>>. [Hämtad 4 november 2012.]
- Ernst & Young (2008), *Utvärdering av OPS som genomförande- och finansieringsform för NKS : slutrapport*. Stockholm. <http://www.nyakarolinskasolna.se/Global/OPS/EY_NKS OPS_Slutversion_28_mars_2008.pdf>.
- Folcker Aschan, A (2012), Vilken patient ska man prioritera. *Dagens Nyheter*. <<http://www.dn.se/nyheter/sverige/vilken-patient-ska-man-prioritera>>. [Hämtad 10 september 2012.]
- Grimsey, D & Lewis, M K (2005), Are Public Private Partnerships value for money? *Accounting Forum*, 29(4):345–378. <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S015598205000037>>. [Hämtad 17 juli 2012.]
- Haimi, R (2012), Fler sköterskor ska fixa akutkaos. *Dagens Nyheter*. <<http://www.dn.se/sthlm/fler-skoterskor-ska-fixa-akutkaos>>. [Hämtad 10 september 2012.]
- House of Commons Committee of Public Accounts (2006), *Paddington Health Campus Scheme*. London. <<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmpubacc/244/244.pdf>>.
- Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (2011), *Framtidens hälso- och sjukvård : slutrapport*. Stockholm.
- Höijertz, D (2008), *Arlandabanan : en studie av ett offentligt-privat samarbete*. Kulturgeografiska institutionen, Uppsala Universitet.
- Journard, I. et al. (2004), *Enhancing the effectiveness of public spending : experience in OECD countries*. OECD Economics Department Working Papers 380. The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Karolinska Universitetssjukhuset (2012), Om Karolinska : Karolinska Universitetssjukhuset. www.karolinska.se. <<http://www.karolinska.se/OM/Om-sjukhuset/>>. [Hämtad 10 september 2012.]
- Landstingsrådsberedningen diariernr LS 0502-0309 (2005), *Arkitektävlan avseende nytt universitetssjukhus i Solna*. Stockholm.
- Landstingsrådsberedningen diariernr LS 0608-1486 (2006), *Inriktning av det fortsatta arbetet avseende nytt universitetssjukhus i Solna*. Stockholm.
- Landstingsstyrelsen anförandeprotokoll 2010-05-04 diariernr LS 1003-0255 (2010), *Anförandeprotokoll LS 2010-05-04*. Stockholm.
- Landstingsstyrelsen diariernr LS 0409-1729 (2005), *Inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting*. Stockholm.

Landstingsstyrelsen diariernr LS 0710-1039 (2008), *Förslag om byggnation av nytt universitetssjukhus i Solna (NKS) samt godkännande av projektprogram*. Stockholm.

Landstingsstyrelsen diariernr LS 0804-0429 (2008), *Finansiering och val av upphandlingsform för det nya universitetssjukhuset i Solna*. Stockholm.

Landstingsstyrelsen diariernr LS 1003-0255 (2010a), *Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus – beslut om övergripande verksamhetsinnehåll samt förslag till tilldelningsbeslut avseende funktionsupphandling i offentlig privat samverkan (OPS)*. Stockholm.

Landstingsstyrelsen diariernr LS 1003-0255 (2010b), *Ändring av OPS-tilldelningsbeslut 10-06-08*. Stockholm.

McKee, M, Edwards, N & Atun, R (2006), Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11):890–896.
<<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2627548&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>.

Mossler, K et al (2010), *Den ljusnande framtid är vård : delresultat från LEV-projektet*. Finansdepartementet: Stockholm.

National Audit Office (2005), *The refinancing of the Norfolk and Norwich PFI Hospital : how the deal can be viewed in the light of the refinancing*. London.

Nilsson, J & Pyddoke, R (2007), *Offentlig-privat samverkan kring infrastruktur : en forskningsöversikt*. Linköping. <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utdredningar/Rapporter-fran-riksdagen/Offentlig-privat-samverkan-kri_GVoWFR2/?html=true>.

Norfolk and Norwich University Hospitals (2008), Norfolk and Norwich University Hospitals Private Finance Initiative.
<http://www.nao.org.uk/publications/0506/the_refinancing_of_the_norfolk.aspx>.

Nya Karolinska Solna (2012), Snabba fakta om NKS – Nya Karolinska Solna. <http://www.nyakarolinskasolna.se/sv/Det-nya-sjukhuset/Fragor-Svar/>>. [Hämtad 9 september 2012.]

Persson, A & Folcker Aschan, A (2012), Patienter i fara på överbelagda sjukhus. *Dagens Nyheter*. <<http://www.dn.se/nyheter/sverige/patienter-i-fara-pa-overbelagda-sjukhus>>. [Hämtad 10 september 2012.]

PwC (2007), *Utvärdering av alternativa lösningar för finansiering och drift av Nya Karolinska Solna*. Stockholm.

Statistiska centralbyrån (2012), *Sveriges befolkningsstatistik*. <http://www.scb.se/Pages/ProductTables____25795.aspx>. [Hämtad 9 september 2012.]

Stockholms Läns Landsting (2002a), *Rapport från utredningen om nytt universitetssjukhus*. Stockholm.

Stockholms Läns Landsting (2002b), *Utredningen om nytt universitetssjukhus (SNUS)*. Stockholm.

Stockholms Läns Landsting (2004a), *3S-utredningen : Stockholms SjukvårdsSystem*. Stockholm.

Stockholms Läns Landsting (2004b), *Byggnation av nytt universitetssjukhus*. Stockholm.

Stockholms Läns Landsting (2009a), *Framtidens hälso- och sjukvård : fysiska och personella resurser i hälso- och sjukvården i SLL*. Stockholm.

Stockholms Läns Landsting (2009b), *Framtidens hälso- och sjukvård : huvudrapport*. Stockholm.

Stockholms Läns Landsting (2011), *Framtidsplan för hälso- och sjukvården : första steget i genomförandet*. Stockholm.

Stockholms Läns Landsting (2012), *Konstnärliga gestaltningsuppdrag för 118 miljoner kronor till Nya Karolinska*. <<http://www.sll.se/sll/templates/PressReleasePage.aspx?id=60682>>. [Hämtad 9 september 2012.]

Sundell, C (2011), Landstinget satsar 118 miljoner – på konstverk. *Aftonbladet.se*. <<http://www.aftonbladet.se/nyheter/article13629798.ab>>. [Hämtad 9 september 2012.]

Thompson, C R & McKee, M (2004), Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 67(3):281–291. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15036816>>. [Hämtad 5 mars 2012.]

Vining, A R & Boardman, A E (2008), Public-private partnerships in Canada : theory and evidence. *Canadian public administration*, 51(1):9–44.

Vrangbaek, K (2008), Public-Private Partnerships in the health sector : the Danish experience. *Health economics, policy, and law*, 3(Pt 2):141–163. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18634625>>. [Hämtad 28 september 2012.]

APPENDIX A: Tabeller och beräkningsunderlag

Tabell 1. Modeller för privat-offentlig samverkan inom sjukvårdssektorn, anpassad från McKee et al (2006).

Modell	Beskrivning
Franchising	Driften av redan existerande sjukhus upphandlas från privat utförare, "traditionell" upphandling enligt LOU-modell. I sjukvårds-Sverige mest känt genom Capio S:t Göran, men det är samma princip som gäller för lokaltrafiken, hemtjänsten och äldreboenden på många orter.
Samverkansentreprenad	Det offentliga agerar både finansiär och "byggherre", och anlitar i sin tur underleverantörer såsom arkitektbyrå, byggentreprenör och fastighetsförvaltare. Benämns i NKS-sammanhang som nollalternativet, det vill säga det som normalt används för infrastrukturinvesteringar.
DBFO (design, build, finance, operate)	Ett privat konsortium planerar, bygger, finansierar och driver sjukhusets icke-medicinska verksamheter.
BOO (build, own, operate)	Offentlig sektor köper tjänster av ett privat konsortium under en fast kontraktstid (vanligtvis 20–40 år). Byggnaden och tillhörande verksamheter tillhör konsortiet.
BOOT (build, own, operate, transfer)	Som BOO-modellen, men verksamheterna och byggnaden överförs till det offentliga under eller efter kontraktstidens slut. Här ingår i NKS-fallet även finansiering. Benämns i NKS-sammanhang OPS-alternativet, med den skillnaden att SLL erhåller äganderätten till fastigheterna i ett tidigare skede.
BOLB (build, own, lease back)	Som BOO-modellen, men offentlig sektor leasar byggnaden och driver egen verksamhet i denna.
Alzira	Ett privat konsortium sköter allt: design, byggnation, finansiering och drift av såväl medicinsk som icke-medicinsk verksamhet. För Alziraprojektet, som gett modellen dess namn, betalar det offentliga en kapitierungsersättning, det vill säga en fast summa för varje medborgare som Alzira ansvarar för. Har sviktande vetenskapligt stöd och SLL avråddes från denna modell av sina konsulter.

Tabell 2. Karläggning av potentiella risker vid tillämpandet av OPS-projekt är en av de viktigaste förutsättningarna för ett lyckat projekt. Tabellen visar en översikt av risker; gemensamma sådana samt fördelade på den privata respektive den offentliga parten. Anpassat från Vrangbaek (2008).

Risk för privat part	Gemensamma risker	Risk för offentlig part
Driftsrisk: oförutsedda förändringar förenade med driften, exempelvis minskade vårdvolym, högre driftskostnader.	Förhandlingsrisk: ekonomiska risker och prestigeförlust till följd av förhandlingsprocesser.	Risker för skattebetalare: risk för konkurs hos privat part, som måste räddas av offentlig part. Risk för att framtida demokratiska beslut orsakar kontraktsbrott och därmed straffavgifter.
Regleringsrisker: förändring av reglerande ramverk som negativt påverkar förutsättningarna.	Konstruktions- och implementeringsrisk: förändrade förutsättningar för genomförandet av projektet som inte kan kontrolleras av någon part. Leder ofta till konflikter.	Regleringsrisker: överdrivet eller felaktigt användande av regleringar kan urholka förtroendet från privat part.
Resursinlåsning: Investerare binder kapital som hade kunnat ge bättre avkastning på annat håll.	Kontraktsrisk: risken förenad med långa kontrakt som binder kapital och engagemang samt minskar flexibiliteten.	Moralisk risk: användandet av OPS-lösningar kan öka risken för korruption och favorisering av vissa aktörer.
	Affärsklimat: risk för försämrade relationer mellan offentlig och privat part. Risk för monopol- och oligopol-situationer.	Politisk legitimitet: oförmåga att förutsäga volatilitet i det demokratiska systemet.
		Kompetenserosion: risk för att OPS-projekt dränerar kompetens hos offentlig part.

Tabell 3. Antal vårdtillfällen, utfall för 2011 och beräknat antal för 2018, utifrån landstingets långsiktiga strategi (Stockholms Läns Landsting 2011).

Enhet	Utfall 2011	Plan 2018
Nya Karolinska Solna (inkl Thorax och ALB) ²	0	64 200
Karolinska Solna (inkl Thorax och ALB)	60 200	0
Karolinska Huddinge	6 800	50 500
Södersjukhuset	57 150	62 150
Capio S:t Göran	28 850	34 850
Danderyd	43 750	48 750
Södertälje	11 250	12 250
S:t Erik	1 650	1 650
TioHundra	6 950	7 950
Övrig somatisk specialistvård	12 000	13 575
Specialistcentrum	0	15 000
Stödjande vård	0	4 000
Geriatrisk	27 400	32 000
ASIH, palliativ vård	3 200	5 300
Specialiserad rehab	5 900	7 300
Psykiatri, samtlig	34 700	34 700
Övrigt	200	200
Totalt	340 000	401 500
Skillnad i %		18 %

2. Thoraxbyggnaden samt Astrid Lindgrens Barnsjukhus (ALB) ingick inte i den ursprungliga planeringen för Nya Karolinska Solna, men har efter beslut i landstinget bevarats för att klara behovet av vårdplatser.

Tabell 4. Sammanfattning av föreslagna investeringar i Stockholms hälso- och sjukvård 2013–2022 enligt FHS (Stockholms Läns Landsting 2011).

	Mkr
Norrtälje sjukhus	–
Danderyds sjukhus	1 903
Karolinska Solna, exkl NKS ³	1 320
S:t Görans Sjukhus	1 252
S:t Eriks sjukhus	–
Södersjukhuset	3 209
Karolinska Huddinge	2 910
Södertälje sjukhus	1 200
Sjukhus med specialistcentrum, geriatrik och psykiatri	2 515
Övriga strategiska investeringar	120
Summa: Strategiska investeringar	14 430
Ersättningsinvesteringar ⁴	6 900
Rationaliseringsinvesteringar	4 000
Utrustningsinvesteringar	2 826
Summa investeringar	28 156

Tabell 5. Beräkningar av investeringskostnad för renovering, partiell nybyggnation respektive total nybyggnation.

	Helt ny sjukhusbyggnad 3S (2004)	Helt ny sjukhusbyggnad SNUS (2002)	Partiell nybyggnation ⁵	Nollalternativet ⁶
Byggekalkyl	6 500–7 000 Mkr	5 300 Mkr	7 400–8 000 Mkr	8 000–11 000 Mkr
Utrustningsinvesteringar, räntekostnader	2 000–3 500 Mkr ⁷	?	?	?
Övriga associerade kostnader ⁸	1 530–1 580 Mkr	2 290 Mkr	1 950–2 000 Mkr	2 300 Mkr
Summa	10 030–12 580 Mkr	7 590 Mkr	9 350–10 000 Mkr	9 900–12 900 Mkr

3. Observera att investeringarna i NKS inte alls redovisas i den tioåriga investeringsplanen.
4. "åtgärder som behövs för att avhjälpa brister och klara myndighetskrav för att vidmakthålla befintlig produktion med befintlig verksamhet."
5. Såsom beräknat av SNUS-utredningen (Stockholms Läns Landsting 2002a).
6. Såsom beräknat av ledningen för Karolinska sjukhuset.
7. Uppskattningar från NKS-kansliet.
8. För detaljer, se Stockholms Läns Landsting 2004a.

Tabell 6. Färskare beräkningar av investeringskostnader för Nya Karolinska, efter att beslutet om att bygga nytt fattats. Notera att direkt jämförelse med tabell 5 bör ta hänsyn till att penningvärdet förändrats samt att 2007 och 2012 års siffror ej är direkt jämförbara, se fotnoter. Om inget annat anges gäller siffrorna för beräkningsårets penningvärde.

Investeringskostnader	NKS (2007) Generalentreprenad	NKS (2012) OPS
Entreprenadkostnader	8 500 Mkr	?
Byggherrekostnader	3 410 Mkr	?
Övriga kostnader	393 Mkr	?
Total investerings- och byggherrekostnad	12 303 Mkr	14 500 Mkr
Kreditkostnader	1 800 Mkr	1 800 Mkr ⁹
Totalt	14 103 Mkr ¹⁰	16 300 Mkr ¹¹

9. Eftersom ingen kreditkostnad redovisas för 2010 års siffror, har samma summa som för 2007 år antagits. Korrekt angivande av aktuella siffror hindras av det faktum att avtalet med projektbolaget är sekretessbelagt.

10. Beräknat i 2007 års penningvärde, ej indexerat (NKS-kansliet).

11. Beräknat i 2010 års penningvärde, indexerat fram till byggherrens slut 2017 (NKS-kansliet).