

Privata företag inom skola, vård och omsorg i Storbritannien, Frankrike, Tyskland och Tjeckien - en översikt

Innehåll

Förord	2
Inledning	3
Möjlighet för privata företag att bedriva vinstgivande verksamhet med offentlig finansiering	4
Skillnader och likheter med Sverige	4
Storbritannien (England)	6
Sjukvård	6
Äldreomsorg	8
Barnomsorg	9
Skola	10
Frankrike	13
Sjukvård	13
Äldreomsorg	14
Skola och förskola	16
Tyskland	19
Sjukvård	19
Äldreomsorg	20
Barnomsorg	22
Skola	23
Tjeckien	25
Sjukvård	25
Äldreomsorg	26
Barnomsorg	27
Skola	28

Förord

Att tillåta vinstsyftande företag inom välfärdssektorn påstås ibland vara en specifikt svensk företeelse. Det är inte sant. Denna rapport ger en övergripande bild av hur de viktigaste välfärdssektorerna är uppbyggda och organiserade i Storbritannien, Frankrike, Tyskland och i Tjeckien. Den redogör också för i vilken utsträckning det finns privata utförare inom vård, skola och omsorg, graden av valfrihet och om vinst tillåts i de aktuella länderna

Inom både vården och äldreomsorgen tillåts vinstsyftande företag i Storbritannien, Frankrike, Tyskland och Tjeckien. Av en parallell som studie som Svenskt Näringsliv gjort framgår att detta är förhållandet även i övriga nordiska länder. Undantaget i de undersökta länderna är skolan. Det finns privata skolor i dessa länder, men de får inte vara vinstsyftande om de finansieras med offentliga medel. Däremot förekommer ofta betydande skolavgifter för att få gå i sådana privat drivna skolor. Där har vi kommit längre i vår svenska modell genom att plånboken inte styr elevernas möjlighet att välja skola. Att duktiga elever oavsett ekonomiska förutsättningar kan välja de bästa skolorna är viktigt för hela samhällets utveckling.

Att ha möjlighet att göra vinst är av stor betydelse för nyinvesteringar och utveckling av nya verksamheter. Utan den möjligheten begränsas mångfalden och människors möjligheter att välja – oavsett om det handlar om vård, omsorg eller skola.

Anders Morin

Svenskt Näringsliv
Ansvarig Valfärdsolitik

Inledning

Vi har en intensiv debatt om förutsättningar, krav och villkor för företagande inom vård, skola och omsorg i Sverige. Under de senaste decennierna har vi gjort betydande reformer, som kontinuerligt behöver följas upp och vidareutvecklas. I detta arbete behöver vi dra lärdom av andra länder och vidga perspektiven; såväl för att inte råka ut för oönskade effekter som att fastna i osäkerhet inför oprövade alternativa lösningar.

Sverige är inte unikt att ha privata vinstdrivande organisationer som utförare av välfärdstjänster. I flera länder har privata vinstdrivande företag inom till exempel vården traditionsenligt agerat med finansiering i form av obligatoriska försäkringar, där både valfriheten för patienten och omfattningen av företagande varit stora. Ibland är de privata företagen en mindre, parallell del som snarast kompletterar de offentliga utförarna. Generellt sett går emellertid trenden, framför allt inom omsorgen av barn och äldre, mot att få in privata aktörer på samma marknad som de offentliga aktörerna, med hjälp av beställar-utförar-system, solidarisk finansiering, en högre grad av valfrihet för brukarna och att myndigheterna får en upphandlande och kontrollerande funktion snarare än att utföra tjänsterna. I denna utveckling är Sverige jämförelsevis långt framme, men utvecklingen har skilda utgångspunkter i de olika europeiska länderna. Där vi öppnat upp för privata aktörer men behållit vår solidariska finansiering, agerar andra länder i Europa för att i högre utsträckning nu få in både nya och befintliga privata aktörer som tidigare haft privat finansiering, inom främst barn- och äldreomsorg, i samma system som de offentligt finansierade tjänsterna. En solidarisk finansiering i kombination med en uppväxande mångfald och valfrihet har blivit resultatet av reformarbetet, och för oss som inte har en tradition av privata aktörer, liksom för de andra länderna, behöver förutsättningar och regelverk uppmärksammas och följas upp.

I denna rapport beskrivs förutsättningarna för företag inom välfärdstjänsterna barnomsorg, grundskola, hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. Den visar en bild av konkurrens och marknadslösningar på välfärdens område som är väl så hög och ofta högre än i Sverige. Det finns i de europeiska länderna en trend mot både mer mångfald och valfrihet, men även mot mer solidarisk finansiering. Syftet med rapporten är att ge perspektiv till vår välfärdspolitiska debatt och stimulera det vidare arbetet med att skapa förutsättningar på dessa marknader som leder till god kvalitet, mångfald, valfrihet och effektivitet.

Möjlighet för privata företag att bedriva vinstgivande verksamhet med offentlig finansiering

Område	Tjeckien	Frankrike	Tyskland	Storbritannien
Sjukvård	Ja	Ja	Ja	Ja
Äldreomsorg	Ja	Ja	Ja	Ja
Skola	Nej*	Nej	Nej	Nej

* Privata företag inom skolverksamhet i Tjeckien får finansiering motsvarande 50-80 procent av vad som ges till offentliga skolor. Skolan kan ansöka om ytterligare finansiering men signerar då ett kontrakt med en klausul att de måste reinvestera allt eventuellt överskott i verksamheten. Icke-vinstdrivande skolor måste också reinvestera eventuellt överskott i verksamheten.

Barnomsorg är inte medtagen i tabellen då förskola och barnomsorg i de olika länderna inte innebär samma sak och varierar med barnens ålder, från omsorg med eller utan offentlig finansiering utförd av diversifierade aktörer, till skolverksamhet med samma regelverk som skolan.

Skilnader och likheter med Sverige

Inom samtliga sektorer finns stora likheter med Sverige. Det gäller främst strävan att uppnå effektivitet och kvalitet genom konkurrens på en marknad där myndigheter reglerar och kontrakterar utförare av olika slag, privata, offentliga, frivilligorganisationer etc, samtidigt som finansieringen är solidarisk. I vissa länder och sektorer är den offentliga finansieringsgraden låg som till exempel inom omsorgen om yngre barn. I några länder och sektorer finns parallella marknader med helt privat finansiering och privata utförare till exempel vissa skolor i Storbritannien och viss vård i Storbritannien och Tyskland.

Sjukvård

Modeller med offentlig finansiering och privat marknad för tjänsternas utförande har ökat, vilket har ställt krav på en utveckling av beställar-utförarmodeller, med ersättningssystem för att styra mot effektivitet, tillgänglighet, kvalitet med mera. Finansieringen är i form av skatt eller obligatorisk sjukvårdsförsäkring. I Tyskland och Storbritannien finns också en andel, 12 respektive 10 procent av befolkningen, som är finansierad med privata sjukvårdsförsäkringar. Flera länder, som till exempel Frankrike och Tyskland, har av tradition en välutvecklad marknad med betydande valmöjligheter för medborgarna och i övriga länder har marknadsmekanismerna ökat; både när det gäller sjukhus, specialistvård och primärvårdsklinik.

Äldreomsorg

Här inkluderar vi hemtjänst och äldreboenden i äldreomsorgen. Strukturerna skiljer sig relativt mycket åt mellan länderna både vad beträffar andelen offentlig finansiering, andelen privata vinstdrivande utförare och andelen som är helt utanför den offentliga omsorgen och därmed är både privat finansierad och utförd. I vissa länder kompletteras den formella omsorgen med betydande insatser av närstående. Den svarta marknaden för dessa tjänster är även omfattande i de länder som har låg offentlig finansiering. Generellt för länderna gäller dock att privata företag får göra vinst, valfriheten är stor och att beställare-utförare modeller har ökat, samt att de privata företag som bedriver äldreomsorg har ökat kraftigt. Dessa får offentlig finansiering och länderna kännetecknas av att förutsättningarna ska vara desamma mellan de olika typerna av aktörer i denna sektor.

Barnomsorg

Inom barnomsorgen är privata aktörer vanliga i alla länder. Barnomsorg får i samtliga länder offentlig finansiering, men i olika utsträckning och avgifter tas ut. För de yngre barnen är det vanligt med privata lösningar som ligger utanför pedagogisk verksamhet och offentlig finansiering. Det är dock, framför allt i Tyskland, en pågående expansion av det offentliga åtagandet i detta segment, och i denna expansion spelar de privata utförarna en betydelsefull roll. Privata och offentliga aktörer drivs ofta sida vid sida på samma marknad, med offentlig finansiering och inspektion av myndigheterna. De privata aktörerna är av olika slag och de är normalt inte förhindrade att generera vinster, men de är ofta icke-vinstdrivande organisationer, religiösa organisationer, föräldrakooperativ etc. Förskolor för de lite äldre barnen med offentlig finansiering är antingen av tradition icke-vinstdrivande, eller ingår i den kommunala skolan.

Skola

Även när det gäller skolor finns privata och statliga skolor som samexisterar inom samma system. I Storbritannien finns ett relativt omfattande parallellt privat system med höga avgifter. I Frankrike, Tjeckien och Tyskland får privata skolor offentlig finansiering. Smärre avgifter tas dock ofta ut i såväl offentliga som privata skolor med offentlig finansiering, och i vissa fall har de privata skolorna relativt höga avgifter. Det är normalt sett icke-vinstdrivande organisationer som bedriver skolverksamhet i de studerade länderna, som frivilligorganisationer och kyrkor. Skolor är genomgående statligt reglerade, offentligt inspekterade, lokalt administrerade och med begränsat marknadstillträde. Närhetsprincipen är viktig vid val av skola men i samtliga länder finns utrymme för kundval i mån av plats. I flera länder sker också ett urval baserat på skolresultat vid antagningen, även i förhållandevis unga år.

Storbriannien (England)

Sjukvård

Ansaret för hälso- och sjukvårdssektorn i England fördelas utifrån en hierarki där lagstiftning, regelverk mm bestäms centralt, medan ansaret för styrning, planering och kvalitetssäkring ligger på ett tiotal regionala myndigheter. Ansaret för sjukvården på lokal nivå ligger på 151 primärvårdsorganisationer som var och en täcker ett definierat geografiskt område. Dessa primärvårdsorganisationer följs upp utifrån målsättningar som avspeglar både hur resurserna används och befolkningens hälsa. För sjukhusen går utvecklingen mot mer självständighet, och de granskas i ett system som har utvecklats sedan 1999.

Finansiering, vinst och avgifter

Hälso- och sjukvården är till största delen, över 80 procent, offentligt finansierad genom skatter. Såväl primär-, öppen specialist- som sjukhusvård tillgodoses till största delen av den offentliga sjukvården, även om vissa delar finansieras med patientavgifter eller andra betalningar för vissa läkemedel etc.

Cirka 80 procent av hälso- och sjukvårdens centrala budget går till primärvårdsorganisationerna utifrån en fastställd formel för kapitering. Dessa primärvårdsorganisationer har en fast budget och ansvarar för att handla upp utbudet av vården inom sitt område. De handlar upp och sluter avtal med utförare, både allmänläkare, specialistläkare och akutsjukhus, som kan erbjuda denna vård inom detta geografiska område genom nationellt bestämda kontrakt. Sedan 1999 har det skett stora förändringar i betalningar för utförda vårdtjänster, särskilt i sjukhussektorn där prestationsbaserad ersättning infördes 2003–2004. Även allmänläkarna och specialistläkarna har fått förändrade villkor genom att system med målrelaterade ersättningar har utvecklats.

Beslut om avgifter för patienterna tas centralt. Beslut om prioriteringar och utbud av tjänster tas dock lokalt (även om det finns centrala rekommendationer), vilket givit upphov till lokala variationer.

Valfrihet

Allmänläkarna i engelsk sjukvård spelar en roll som grindvakter åt mer specialiserade tjänster och sjukhusvård, för vilket remisser krävs.

Under senare år har det skett en fundamental förändring i patientens valfrihet i engelsk sjukvård. I teorin har patienterna alltid kunnat välja allmänläkare bland dem som funnits inom närområdet, och de har också kunnat välja sjukhus, åtminstone om deras allmänläkare varit villig att skriva remiss till det önskade sjukhuset. I praktiken har inte valmöjligheterna varit så stora som i teorin och patienterna har i många områden fått hålla till godo med de läkare som funnits tillgängliga och de sjukhus som läkaren remitterat dem till. Förstärkta möjligheter för patienternas val av utförare har varit en politisk vilja under senare år, bland annat genom bättre information och ökad makt att välja sjukhus utifrån var det finns tillgänglighet eller andra preferenser.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

Den offentligt finansierade primärvården utförs på olika sätt. Dels finns det allmänläkare med egen klinik som har kontrakt med primärvårdsorganisationen och ersätts av denna för utförda tjänster. Allmänläkarna kan dock också vara anställda av större kliniker som ingår i ett vinstdrivande företag. Primärvårdsorganisationerna har rätt att välja vilka utförare man ämnar skriva kontrakt med och upprättar en lista över vårdgivare inom sitt geografiska område som erbjuder vård med offentlig finansiering.

I den offentligt finansierade sjukhusvården finns specialistläkare och annan vårdpersonal som är anställda i de offentliga sjukhusen. Dessa har under 1990-talet utvecklats från att vara statliga sjukhus till icke-vinstdrivande organisationer med större självständighet än tidigare.

Ett smalt marknadssegment med privat vård finns parallellt med detta offentliga system som främst finansieras av de privata försäkringslösningarna och egenavgifter, men viss finansiering från den offentliga budgeten går även till privata vinstdrivande sjukhus för att komplettera det offentliga vårdutbudet. Det har varit en ambition att i ökad utsträckning utnyttja det privata utbudet av sjukhusvård med offentlig finansiering.

Den högspecialiserade vården inom den offentliga vården är ofta ansluten till forskningsinstitutioner och patienterna remitteras vanligen till denna vård genom specialistläkarna. Det förekommer att enheter med högspecialiserad vård erbjuder sina tjänster även till dem som betalar privat.

Massiva reformer har genomförts sedan slutet på 1990-talet, men vissa aspekter av brittisk sjukvård är oförändrade. Den är fortfarande huvudsakligen offentligt finansierad med en fortfarande smal privatfinansierad sektor vid sidan av den offentliga. Tillgång till sjukhusvård och specialisttjänster kontrolleras fortfarande av allmänläkarna. Sedan 1990-talet finns uppdelningen i beställare-utförare där modeller, organisationer och processer har utvecklats.

Det som har förändrats mest under de senaste decennierna är ersättningssystemen till sjukhusen, ökningen i privat finansiering, ökad självständighet hos sjukhusen, introduktion av kundvalsmodeller för sjukhusvård, nya ersättningssystem och kontrakt för allmän- och specialistläkare samt nya system för inspektion och uppföljning av utförare som följer med beställare-utförare modeller.

Marknadsandelar

Allmänläkare är vanligen egna företagare som får gå med vinst.

Andelen privata sjukhusbäddar (vinstdrivande och icke-vinstdrivande) i relation till totala antalet sjukhusbäddar är dock relativt få i England, runt 6 procent, vilket kan jämföras med 21 procent i genomsnitt för EU, 35 procent i Frankrike och 27 procent i Tyskland (år 2006)

Cirka 12 procent av befolkningen täcks av privata sjukvårdsförsäkringar, vilka till största delen ger tillgång till vård i den privata sektorn.

Äldreomsorg

Finansiering, vinst och avgifter

När det gäller finansieringen är cirka 10 procent av den formaliserade äldreomsorgen rent privatfinansierad. De övriga 90 procent av kostnaderna ingår i den offentligt finansierade omsorgen och i denna står egenavgifterna för cirka 25 procent och därutöver står kommunen tillsammans med den nationella myndigheten (NHS) för resten. Ansvar för äldreomsorgen både vad gäller planering och finansiering, är delat mellan kommunerna och den nationella hälsovårdsmyndigheten.

Behovsprövning görs av individerna som nyttjar tjänsterna. Om ett paket av omsorgstjänster behövs för en individ görs en bedömning av individens möjligheter att själv betala för tjänsterna. Det är fullt möjligt för individen att med egna medel själv köpa de omsorgstjänster som hon eller han anser sig behöva av någon privat utförare. Medborgarna kan även få direkta bidrag för omsorgstjänster, för att med ambitionen om ökad valfrihet kunna välja omsorgstjänsterna själva, och även kunna samla olika typer av sociala tjänster i en ”personlig budget”. I praktiken har detta dock inte utvecklats till en större omfattning.

Priserna för utförarnas tjänster är reglerade, medan de helt privatfinansierade utförarna själva sätter sina priser. Priset bestäms av kommunen och nationella myndigheten och regleras sedan årligen via uppräknningar. Ibland kan det för utförarna finnas möjligheter att påverka priset, antingen genom att påverka sin kvalitetsrating hos CQC (Care Quality Commission) och därmed få ett annat pris, eller genom att påverka vårdtyngden hos de brukare man har, och därigenom kunna få en differentierad prissättning.

Företagen inom äldreomsorgen får göra vinst.

Valfrihet

Valfriheten är relativt omfattande. Medborgarna har rätt att välja mellan olika offentligfinansierade alternativ.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

Kommunerna har ansvar att se till att behovet av omsorg täcks för befolkningen inom deras geografiska område. De har också ansvaret att definiera vårdbehovet och se till att informera om och erbjuda vård till dem som är berättigade till detta. Emellertid finns ingen nationell standard som definierar vårdbehov och kriterier för att vara berättigad till stöd. Därför varierar tillgängligheten till offentligt finansierade tjänster i olika delar av England, både vad gäller både finansieringens storlek, och kriterier för när man kan få offentlig finansiering för äldreomsorg.

I början på 1990-talet genomfördes reformer. Dessförinnan fanns liksom i många andra europeiska länder system där de lokala myndigheterna finansierade interna utförare som utförde dessa tjänster med löneanställd personal. Parallellt med detta system användes även vouchers där omsorgstjänster kunde köpas av privata utförare. Dessa finns fortfarande men införandet av en beställar-utförar funktion med både offentliga och privata utförare har blivit tydligare, även om uppläggen kan variera lokalt.

Det ställs inga krav för att få etablera sig på marknaden, utöver att kvalitets- och säkerhetskrav mm ska uppfyllas. Den fria etableringen har lett till en överetablering. En nationell kvalitetskontrollerande myndighet är ansvarig för inspektioner av samtliga utförare av äldreomsorg i England. Alla utförare ges en kvalitetsrating från Poor till Excellent.

Marknadsandelar

Äldreomsorgen i Storbritannien utförs till stor del av privata utförare. Hela 80 procent av marknaden utförs av vinstdrivande organisationer. Till dessa kommer en liten andel för icke vinstdrivande utförare på cirka 5 procent.

De privata utförarna har ökat snabbt och fortsätter att öka. Inom hemtjänsten var marknadsandelen för privata utförare i början på 1990-talet under 10 procent. Även inom äldreboende ökar de vinstdrivande aktörernas andel snabbt; från 12 procent år 1992/1993 till 87 procent 2007/2008. En av orsakerna är att många av de icke-vinstdrivande organisationerna har stora, gamla, förfallna byggnader som behöver renoveras och de har inte kapital att göra detta, utan de köps upp av privata vinstdrivande företag.

Barnomsorg

År 2008 introducerades en reform som innebar att barn upp till 5 års ålder ingår i förskolan (EYFS, Early years foundation stage). EYFS är frivillig och inkluderar barn från födseln upp till fem år. Det ersatte ett tidigare regelverk från 2002 som gällde barn 3–5 år och är del i en utveckling sedan slutet på 1990-talet för att öka tillgängligheten till förskolor och barnomsorg. Ansvaret och skyldigheten att tillgodose behovet lokalt inom ett givet område ligger hos kommunen. Före 2008 gällde detta ansvar endast barn med särskilda behov.

Alla 3–5 åringar är numera berättigade till 15 timmars avgiftsfri förskoleverksamhet som är offentligt finansierad oavsett om utföraren är en offentlig eller privat aktör. Denna verksamhet erbjuds av ett brett spektra av aktörer; offentliga, privata och frivilligorganisationer. Även om det inte finns något krav på att erbjuda offentlig barnomsorg till barn yngre än 3 år finns dessutom privatfinansierad omsorg i form av privata förskolor, dagmammor etc.

Maintained (offentligt driven) barnomsorg för 3–5 åringar består vanligen av förskolor inom grundskolor. Det kan också finnas förskolor inom barnvårdscentraler med bredare utbud av sociala tjänster. Föräldrar kan välja att betala för ytterligare tid utöver de 15 timmar som är offentligt finansierade.

Finansiering, vinst och avgifter

Regeringen ger finansiering till lokala myndigheter för 15 timmars barnomsorg för barn mellan 3–5 år i förskolor som har inspekterats och blivit godkända. Beloppet per barn räknas ut enligt en särskild formel som syftar till att barnen ska få samma finansiella förutsättningar oberoende av om verksamheten är privat, offentlig eller någon frivilligorganisation. Vissa privata förskolor tar dock ut avgifter.

Den offentliga finansieringen inskränker sig till barn mellan 3–5 år. För yngre barn finns privata alternativ med privat finansiering. För barn med särskilda behov och för barn från utsatta miljöer finns offentligt finansierade program med omsorg även för yngre.

Valfrihet

Före slutet av 1990-talet varierade utbudet av barnomsorg kraftigt mellan olika kommuner och områden, men nu har varje kommun ett ansvar att tillgodose behovet inom sitt geografiska område. Sedan 2002 är de skyldiga att erbjuda en god tillgänglighet även i glesbygd och områden med sämre förutsättningar. Sedan 2008 är de även skyldiga att erbjuda ett tillräckligt utbud av barnomsorg för att föräldrar ska kunna arbeta eller studera.

Föräldrar har rätt att önska tillträde till en specifik förskola för sitt barn. Föräldrar undersöker normalt sett hos kommunen var det finns platser. Dessa kan finnas i kommunala eller privata förskolor. I de fall efterfrågan till en specifik förskola är större än utbudet så efterföljs skolans och kommunens antagningspolicy. Kommuner och skolledning har rätt att anta egna antagningsbestämmelser. Emellertid, rekommenderar utbildningsdepartementet att företräde ges till barn med särskilda behov. Andra bestämmelser kan vara närhet, syskonförtur med mera.

Kommunerna bör ta hänsyn till föräldrarnas önskemål när platser fördelas, men det är ingen garanti att få plats hos en särskild förskola. Kommuner bör även informera föräldrarna om att de inte alltid kan räkna med att få barnomsorg alla timmar de önskar och hos den utförare de önskat.

Föräldrar kan välja att placera sina barn hos en privat utförare som har egna antagningsbestämmelser.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

Förskolor och skolor i England har samma system för kvalitetskontroll. En grundläggande ingrediens är självutvärdering, vilket har varit ett betydelsefullt verktyg för skolornas utveckling. Det finns även etablerade system för externa utvärderingar och en myndighet har uppgiften att inspektera både förskolor och skolor. Därutöver ansvarar kommunerna för att samla in uppgifter och utvärdera skolorna inom sitt område, samt att fastställa utbildningsstrategier.

Marknadsandelar

Knappt 80 procent av barnen i förskolan går i en kommunal förskola, medan drygt 20 procent går i en privat självständig förskola (OECD, Education at Glance 2012).

Skola

Obligatorisk skolgång är mellan 5 och 16 år. Denna skolgång är uppdelad i fyra stadier. Vid 11 års ålder övergår eleverna från primary till secondary school. Efter 16 års ålder är inte skolan obligatorisk men de flesta fortsätter studera i någon form. Enligt en lagstiftning från 2008 kommer den obligatoriska skolan successivt fram till år 2015 att utökas till 18 år. Övriga reformer som är på gång rör huvudsakligen uppföljning, inspektion, kursplaner, stadier, information om resultat i övergångar mellan stadier med mera.

De offentligt finansierade skolorna, maintained schools, inkluderar olika legala varianter som kommunala skolor, men även olika frivilligorganisationer. Vissa skolor i de högre skolåren som drivs av privata aktörer, academies, får också offentlig finansiering.

Det finns även privata skolor utan offentlig finansiering. Dessa är juridiskt definierade som independent schools, vilket enligt definitionen är alla skolor där privat aktör erbjuder undervisning till mer än fem elever mellan 5–16 år. Det finns 2 600 independent schools i Storbritannien.

Finansiering, vinst och avgifter

Utbildning är avgiftsfri upp till 19 års ålder i de offentligt finansierade skolorna. Merparten av finansieringen kommer från den statliga budgeten, trots att det är de lokala myndigheterna som har ansvaret för driften av skolan. Den statliga finansieringen täcker både driftskostnader och kapitalkostnader. Finansieringen går från staten via de lokala myndigheterna oavkortat till skolorna enligt statliga riktlinjer och en metod som de lokala myndigheterna själva beslutar.

Academies, får bidragen direkt från staten. Dessa skolor etableras utifrån efterfrågan. Regeringen tar in ansökningar från olika konstellationer; företag, kyrkor, grupper av föräldrar eller lärare, universitet mm som önskar etablera en sådan skola. Academies får inte vara vinstgivande.

De lokala myndigheterna kan besluta om att lägga till ytterligare finansiering på toppen till de offentligt finansierade verksamheterna. Skolorna själva kan också dra in ytterligare medel, till exempel i form av bidrag från föräldrar. Skolorna får lov att be föräldrar om frivilliga bidrag till aktiviteter som äger rum under skoltid. Dessa måste dock vara frivilliga och de som inte har den möjligheten får inte diskrimineras.

Independent schools får ingen offentlig finansiering alls. Merparten av dessa skolor finansieras med avgifter från föräldrarna och ofta även med donationer. De får vara vinstgivande.

Finansieringssystemet i utbildningssektorn är under omprövning med syftet att ge ökad självständighet till de lokala myndigheterna att bedöma var finansieringsbehoven är störst för att förbättra utbildningsresultaten.

Valfrihet

Föräldrarna kan välja skola, men de lokala myndigheterna samt skolornas ledning har rätt att formulera antagningsbestämmelser, även om det finns centrala rekommendationer gällande särskilda behov, närhet, syskonförtur etc. De flesta offentligt finansierade skolor tar inte emot elever utifrån förmåga och skolresultat, men vissa har inträdesprov. Kommuner och skolors antagningsbestämmelser måste enligt lag publiceras årligen.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

Independent schools måste registrera sig i ett statligt register och kan bli tvungna att lägga ner verksamheten om de inte uppfyller tillräckliga kvalitetskrav på undervisningen eller uppvisar andra brister. Skolorna måste uppvisa att de når målen beträffande undervisningens kvalitet, uppvisar en god moral och en bra social utveckling för eleverna, har bra lärare, god skolledning med mera. Dessa självständiga skolor inspekteras regelbundet av en särskild myndighet. De som fått godkänt vid senaste inspektionen inspekteras vart 6:e år och övriga minst vart tredje år, enligt nya regler från 2011. De skolor som underlåter att åtgärda noterade brister kan komma att tas

bort från det statliga registret och får då inte bedriva skolverksamhet. Cirka 80 procent av eleverna på independent schools finns på skolor som tillhör Independent Schools Council som representerar intressen hos åtta organisationer för dessa skolor. Dessa skolor har en egen inspektion som är statligt godkänd.

Försök har gjorts att erbjuda privata aktörer att driva skolor i områden där man ansett att de offentliga skolorna inte har klarat av sin uppgift. Det har dock inte varit något större intresse från privata aktörer att etablera skolor utifrån dessa initiativ. Emellertid fick ett vinstdrivande svenskt företag år 2011 ett tioårigt kontrakt i Suffolk att bedriva en "Free school", en academy, skolan får offentlig finansiering, men får enligt regelverket inte göra vinst. Detta gav upphov till en intensiv debatt i England. Det finns även andra exempel på svenska vinstdrivande företag som etablerat academies i England.

Marknadsandelar

Andelen privat finansierad utbildning på nivån upp till och med motsvarande gymnasiet, uppgår till drygt 20 procent, vilket är högst i Europa (OECD, Education at Glance 2012).

Frankrike

Sjukvård

Den franska strukturen för hälso- och sjukvården är baserad på en skattefinansierad verksamhet med en nationell sjukvårdsförsäkring som i princip täcker hela befolkningen.

Utförarna av vårdtjänsterna är en blandning av egen- eller privatanställda läkare, offentligt anställda läkare, privata vinstdrivande sjukhus, privata icke-vinstdrivande sjukhus och offentliga sjukhus.

Finansiering, vinst och avgifter

Merparten av sjukvårdsförsäkringen finansieras genom skatter (3,9%), sociala avgifter (73,7%), privata försäkringar (14,2%) och egenavgifter (7,6%). Privata försäkringar täcker egenavgifter samt varor och tjänster som har låg subventionsgrad i den offentliga försäkringen. För att minska ojämlikheter i systemet infördes år 2000 en offentlig kompletteringsförsäkring som erbjuds på frivillig basis till utsatta socioekonomiska grupper. Denna försäkring täcker 7 procent av befolkningen.

Det är en trend att öka patienternas medfinansiering. Subventioneringen varierar och sedan 2004 har egenavgifterna ökat, med ambitionen att minska kostnaderna och kontrollera efterfrågan på vårdtjänsterna. Trots att den nationella sjukvårdsförsäkringen har huvudansvaret för medborgarnas sjukvård och täcker ett brett spektra av tjänster så finansierar den bara ungefär tre fjärdedelar av de medel som läggs på hälso- och sjukvård. Detta innebär att det även finns betydande inslag av privatfinansierad vård.

Utförarna av vårdtjänsterna betalas av sjukvårdsförsäkringen, direkt eller av patienter som sedan ersätts för utlägg. Tarifferna förhandlas fram mellan utförarnas och sjukvårdsförsäkringens representanter, och godkänns av ministeriet. Sedan 2004 betalas sjukhusen med en DRG-baserad ersättning per aktivitet, och läkare som är anställda på egna kliniker betalas med "fee-for-service" samt har vissa målbaserade ersättningar. De har inte friheten att sätta sina egna avgifter, utan måste hålla sig till bestämda tariffer. Emellertid finns det läkare som har tillåtelse att ta ut extrabetalning.

De privata och offentliga vårdgivarna agerar sida vid sida i samma system och de privata sjukhusen får vara vinstdrivande. Primärvården består vanligen av läkare som är egenföretagare och som också kan generera vinst.

Valfrihet

Frankrike har av tradition en hög grad av valfrihet för patienter och har relativt få begränsande faktorer inbyggda i systemet. Trots att valfriheten är stor teoretiskt finns det en diskussion i Frankrike om begränsningar i valfrihet i praktiken för patienter i glesa områden eller begränsade ekonomiska resurser. Det har framkommit fall där patienter i glesbefolkade områden fått betala oskäligt höga avgifter.

Medborgarna listar sig hos en husläkare som är första kontakten med hälso- och sjukvårdssystemet. Cirka 80 procent väljer denna väg före att gå till en annan allmänläkare eller specialist och de ekonomiska incitamenten är konstruerade för att styra i denna riktning.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

Staten, sjukvårdsförsäkringssystemet och, i mindre utsträckning lokala och regionala myndigheter, är de parter som ansvarar för politik och regelverk. Läkare med egen praktik har generellt sett etableringsfrihet. De registrerar sig i en paraplyorganisation som förhandlar med de nationella parterna om ersättningsnivåer. För att förbättra vårdtjänsternas geografiska spridning och inriktning utan att minska läkarnas etableringsfrihet så har incitament byggts in i kontrakten för specialiteter som är underdimensionerade och i områden med låg tillgänglighet.

Trenden under de senaste decennierna har varit att lägga över en del av styrning och planering till den regionala nivån, med syftet att få en mer jämlik geografisk fördelning av vårdens tjänster och en bättre tillgänglighet. Nya institutioner skapades, som år 2009 slogs samman till en regional ”one-stop-shop” agence régionale de santé som samlar styrning och finansiering av vård och omsorg för befolkningen inom regionen över traditionella sektorsgränser och olika huvudmän.

Planeringen av vården och dess kapacitet delas av den nationella och regionala nivån. Vårdens kvalitet regleras på den nationella nivån. Läkarna har ingen formell process för att re-certifieras, men måste genomgå kontinuerlig vidareutbildning. Sjukhusen måste genomgå en certifieringsprocess vart fjärde år.

Marknadsandelar

Hälso- och sjukvård som inte kräver sjukhusvård utförs huvudsakligen av läkare med egna praktiker. Runt 40 procent delar en praktik med några kollegor.

En fjärdedel av alla sjukhus och två tredjedelar av vårdplatserna är offentliga. En tredjedel av sjukhusen är icke-vinstdrivande och 40 procent av alla sjukhus är vinstdrivande (20 procent av vårdplatserna). Akutvården utförs till 75 procent av offentliga sjukhus. Privata vinstdrivande sjukhus står däremot för 75 procent av kirurgiska ingrepp som görs över dagen och hälften av alla kirurgiska vårdprocesser. Dessa sjukhus tenderar att specialisera sig på ingrepp som kan göras på rutin och med en jämförelsevis kort vårdtid. Palliativ vård, delar av cancervården och annan långtids-sjukvård utförs ofta med hemsjukvård, med icke-vinstdrivande sjukhus som ansvariga. Dessa sjukhus är också betydande aktörer i rehabilitering.

Äldreomsorg

I Frankrike skapades på 1970-talet den så kallade ”tredje sektorn” för kombinerad vård och omsorg av äldre och funktionshindrade, eftersom man såg behovet av ett särskilt system som inkluderar både vård och omsorg.

År 2010 fick 60 procent av dem som fick offentligt finansierad omsorg hemtjänst, medan övriga 40 procent fick vård och omsorg på äldreboende.

Finansiering, vinst och avgifter

Finansieringen av äldreboende kännetecknas av en relativt hög privat finansiering, endast 20–30 procent av den totala kostnaden (inklusive boende) är offentligt finansierad av myndigheterna. Kostnaderna delas in i tre delar, där cirka 70 procent utgör kostnaden för boende och cirka 30 procent utgör kostnaden för sjukvård och övrig vård. De sistnämnda 30 procenten är reglerade och betalas av den offentliga finansieringen. De 70 procent som står för boende och övriga kringtjänster som städning etc betalas privat.

Företagen som är verksamma inom äldreboende får göra vinst. Det finns ett maxtak för den prisökning ett företag kan ta ut för äldreboende, men däremot är prissättningen fri från början när utgångspriset sätts och endast prisökningen reglerad. Det går därmed att differentiera priserna utifrån boendekvalitet.

Hemtjänsten i Frankrike kännetecknas av ett blandat system som kombinerar offentlig finansiering med privat omsorg i utförandet genom ett ”peng-system” som varit i kraft sedan 2006. Systemet infördes för att skapa en formaliserad marknad för hushållstjänster överlag, och inte enbart omsorgstjänster för äldre. ”Pengen” kan köpas på banker och kan användas till att betala för omsorgstjänster av olika slag; barnomsorg, äldreomsorg och andra tjänster i hemmet. Utläggen för dessa tjänster är avdragsgilla till 50 procent upp till ett tröskelvärde på EUR 12 000 för äldreomsorg. Den som utför tjänsten blir antingen anställd i hemmet eller så betalas ett företag där denne är anställd. Liksom i andra länder utförs även en del äldreomsorg inom den svarta ekonomin av invandrare, men Frankrike har genom detta peng-system en formaliserad äldreomsorg som är relativt omfattande.

Valfrihet

I den senaste strategiska planen (Plan Solidarité Grand Age) betonas vikten av att välja omsorgsform och aktör. I praktiken reduceras dessa ambitioner genom att utbudet är begränsat, och de äldre blir hänvisade till vad som erbjuds. Tillgången till tjänsterna med offentlig finansiering är också prövade utifrån individens behov.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

Den franska marknaden är hårt reglerad och skiljer sig från Tyskland och England som har en friare etableringsrätt. Planeringen av all vård och omsorg för äldre, sjuka, funktionshindrade med mera är samlad i en myndighet som gör regionala planer baserade på behovet av vård och omsorg hos den regionala befolkningen. Myndigheten planerar de kommande kapacitetsbehoven för äldreboende och hemtjänst i detaljerade planer och anger hur många platser som ska nyetableras och upphandlas med offentlig finansiering.

Hemtjänstens utförare auktoriseras och utbudet är beroende av bedömt behov hos befolkningen. 95 procent av platserna på boenden erbjuds äldre omsorgstagare, medan 5 procent reserveras för funktionshindrade.

När det gäller äldreboende så finns olika typer av boenden med mer eller mindre vård i tjänsteutbudet. Det finns därutöver stora geografiska skillnader. Tillväxten i boendeplatser är låg genom den strikta etableringskontrollen, men utnyttjandegraden är hög.

Marknadsandelar

Traditionellt har det i Frankrike funnits många icke-vinstdrivande organisationer som utfört hemtjänst, och vinstdrivande organisationer har varit vanligare när det gäller äldreboenden. De vinstdrivande organisationerna har ökat i betydelse när det gäller äldreboendena under de senaste åren.

Två tredjedelar av marknaden för hemtjänst utförs av privata aktörer, mestadels icke-vinstdrivande organisationer. Den resterande tredjedelen drivs av offentliga enheter. Inga av de stora privata bolagen i Europa är verksamma inom detta segment i Frankrike.

När det gäller äldreboende är marknadsandelen för privata vinstdrivande utförare cirka 25 procent, medan icke-vinstdrivande utförares andel uppgår till 20 procent och offentliga aktörer står för 55 procent.

Skola och förskola

I Frankrikes konstitution står att det är en skyldighet för staten att erbjuda en avgiftsfri obligatorisk utbildning. Skolan är obligatorisk och avgiftsfri från 6 till 16 års ålder. Även de statligt drivna förskolorna är avgiftsfria.

Den franska skolan är uppdelad i ISCED 0 som är från cirka 2–3 års ålder till 6 år och motsvarar en förskola. ISCED 1 som är en grundskola upp till 11 år ålder och ISCED 2, vilket benämns collège och är för elever mellan 11 och 15 år. I slutet av collège görs ett prov, men det är inte en förutsättning att klara detta prov för att gå vidare till nästa steg. Det första året på nästföljande stadium ingår i den obligatoriska skolan för alla. Skolan rekommenderar den efterföljande utbildningens inriktning beroende på tidigare resultat. ISCED 3, lycées är för elever mellan 15–18 år och uppdelas i generella/tekniska eller professionella och avslutas med ett diplom, Baccalaureat.

Förskolan från 3 års ålder är frivillig men är i princip en integrerad del av skolväsendet och merparten av alla 3–6 åriga barn, mellan 97 och 100 procent beroende på region, deltar i denna förskola. Deltagandet i förskolor för barn mellan 2–3 år varierar dock kraftigt, beroende på tillgänglighet, kulturella variationer och lokala policies.

Frankrike är av tradition en centraliserad stat, men sedan 1980-talet har det skett en decentralisering där den lokala nivån i ökande grad övertagit ansvaret för styrning och planering av skolan på lägre nivåer, medan den regionala nivån har ansvaret för collège och lycées.

Lärare och skolledning är statligt anställda och staten ansvarar för kursutformning, målsättningar, anställningar av skolledning och pedagogisk personal och deras vidareutbildning. Den lokala nivån (municipality) ansvarar för skolbyggnader och underhåll av dessa för grundskolan, medan departement och region ansvarar för dessa kostnader för collège respektive lycées. Kommunen ansvarar för läromedel för grundskolan, medan det på högre nivåer är statens ansvar.

Finansiering, vinst och avgifter

Staten finansierar år 2010 54,5 procent av kostnaderna för för- och grundskolan och 64,6 procent av kostnaderna för collège och lycée. Löner till lärare är tre fjärdedelar av dessa kostnader. Den lokala nivån finansierar 37,5 procent av för- och grundskolan och 23,6 procent för collège och lycée. Generellt sett står staten för lärarkostnaderna, inklusive sociala kostnader och kostnader för vidareutbildning, och den lokala respektive regionala nivån för övriga kostnader.

Statliga och privata skolor med statligt kontrakt samexisterar inom samma statliga system. Därutöver finns ett fåtal privata skolor som inte får statlig finansiering. Privata skolor som är offentligt finansierade har lärare som är statligt avlönade, men de rekryteras av den privata skolan. Alla driftskostnader i de privata skolorna är offentligt finansierade och inspektionerna och utvärderingarna är desamma som i de offentliga skolorna.

Undervisningen är i princip avgiftsfri i både offentliga och privata skolor, men föräldrar och privata företag bidrar i viss mån till finansieringen av verksamhet utanför undervisningen, främst till skolmältider och tillsyn efter skoltid (motsvarande ”fritis”), men även försäkringar och viss utrustning för elever i högre årskurser. Föräldrarna finansierade år 2010 6,4 procent av kostnaderna för förskolor och grundskolor samt 7,6 procent av kostnaderna för collège och lycée. Detta är lågt i ett internationellt perspektiv och kan jämföras med en andel privat finansiering av förskolor och skolor på 18 procent i genomsnitt bland OECD länder.

I de privata skolorna varierar avgifterna kraftigt mellan skolorna. I genomsnitt är avgiften för privata skolor med statligt kontrakt 60 euro i månaden för grundskolor och 100 euro per månad för collège och lycée. För de privata skolorna utanför det statliga finansieringssystemet är avgifterna höga och föräldrarna betalar lärarnas löner, investeringar och driftskostnader.

De privata skolorna med statligt kontrakt är vanligen icke-vinstgivande organisationer. Det är emellertid inte förbjudet i lagen att generera vinst och de kan skapa ett överskott i verksamheten genom att exempelvis hyra ut skolokalerna för extra aktiviteter. Grundregeln är dock att detta överskott inte får delas ut, utan det återinvesteras i verksamheten, för att uppnå dess målsättningar.

Valfrihet

Föräldrar söker en plats i barnomsorgen, eftersom den inte är obligatorisk. Man erbjuds plats i den förskola som är närmast, men föräldrar kan ansöka om dispens från denna grundregel hos den lokala myndigheten. Rätten till en offentlig eller privat förskola inom rimligt avstånd är lagreglerad, men 2-åringar får delta i mån av plats. Utbudet av offentligt finansierade förskolor bestäms av kommunen, men därutöver finns en mängd andra varianter inom barnomsorg; föräldrakooperativ, dagmammor med mera.

För skolan är valmöjligheterna relativt begränsade. Närhetsprincipen gäller i första hand men föräldrar kan ansöka hos kommunen om att få plats i annan skola. Även till collège och lycées gäller närhetsprincipen, men denna princip reformerades år 2007/08 med syftet att ge föräldrar och barn större frihet att välja. Nu har elever rätt att söka till andra skolor i mån av plats, och intag görs utifrån uppställd prioriteringsordning.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

Den franska politiken syftar till ett skolsystem med en mångfald av aktörer inom samma system. Med det statliga kontrakt som dessa privata skolor har underkastar de sig statlig reglering, men de får i gengäld statligt stöd. De ska följa nationella skolplaner, kursplaner etc. Marknadstillträdet är reglerat och beslutet om att starta upp en skola tas av de lokala myndigheterna, därutöver krävs det statlig acceptans. Skolorna inom det offentliga skolsystemet och deras personal inspekteras och utvärderas av en statlig inspektion. Privata och statliga skolor med statligt stöd ska vara politiskt, religiöst och filosofiskt neutrala. Även skolor utan offentlig finansiering inspekteras beträffande utbildningens kvalitet, arbetsmiljö, lärarnas kompetens med mera, men de behöver inte ha samma kursplaner som skolorna inom det statliga systemet och deras ekonomi följs inte upp.

De reformer som gjorts under de senaste åren har inriktat sig på att utveckla målsättningar, kursplaner, uppföljning etc. i syfte att uppnå bättre skolresultat.

Marknadsandelar

83 procent av eleverna finns i statliga skolor och 17 procent i privata. Ett fåtal elever 0,3 procent finns i privata skolor som inte har statligt kontrakt.

Tyskland

Sjukvård

De principer som kännetecknat det tyska systemet under de senaste decennierna är:

- solidaritet
- obligatoriska sjukvårdsförsäkringspremier som ger full täckning för kostnader och är obligatorisk för alla anställda med lön över en viss nivå
- fritt val av läkare och klinik
- högavlönade kan välja att köpa privata försäkringar
- struktur med olika alternativa sjukvårdsförsäkringar för till exempel bönder, egenföretagare, hantverkare, lokala etc.

Finansiering, vinst och avgifter

Den tyska modellen är en blandning av offentlig solidarisk finansiering och privat marknad för sjukvårdstjänster. Finansieringen av sjukvården är likvärdig med en skatt vars storlek beror av inkomsten, men det är speciellt för Tyskland att kunna lämna systemet och köpa privat försäkring. Utvecklingen av den offentligt finansierade sjukvården går mot högre egenavgifter, vilka är standardiserade på nationell nivå.

I Tyskland har privata organisationer möjlighet att vara vinstdrivande inom hälso- och sjukvård. Det anses vara en förutsättning för att kunna skaffa nödvändigt kapital för att bedriva dessa verksamheter och det gäller för såväl utförare som försäkringsgivare.

Valfrihet

Systemet har ett upplägg med valfrihet mellan sjukvårdsförsäkringsorganisationer, konkurrens, offentlig finansiering och möjligheten att söka privat försäkring utanför systemet.

Patienterna kan även fritt välja husläkare, specialistläkare och sjukhus, men utanför de tätbebyggda områdena är valmöjligheterna ofta begränsade. Husläkarna är inga grindvakter, men har fått en starkare koordinerande roll.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

Den tyska modellen bygger inte på regionala aktörer, liknande våra landsting, utan på konkurrerande försäkringslösningar som verkar lokalt, regionalt, nationellt, för vissa företag, näringar etc. Den tyska sjukvården anses vara präglad av en total frånvaro av ideologi i dessa frågor. Det finns dock ett omfattande regelverk kring dessa verksamheter som definierar standardiserade tjänster.

Den privata sjukvårdsförsäkringen erbjuder substituerande eller kompletterande frivilliga sjukvårdsförsäkringar. Premierna beror på kön, ålder och hälsa, och de behöver inte ta emot alla sökande.

Läkarna utanför sjukhusen, som behandlar de försäkrade patienterna, är sammanslutna i en organisation för varje delstat. Verksamheten regleras såväl genom lagar som genom förhandlingar mellan deras organisationer, delstater och sjukvårdsförsäkringsbolagen. Merparten av dem har egen praktik, endast 25 procent delar praktik med andra läkare.

Sjukhusen ägs av staten, lokala organisationer, icke-vinstgivande företag eller privata vinstgivande företag. De måste vara registrerade i ett särskilt register för att kunna behandla patienter med den offentliga sjukvårdsförsäkringen. Sjukhus som inte finns med i sjukhusplanen får bara behandla patienter med privat försäkring. De flesta privata sjukhus behandlar dock patienter som är anslutna till sjukvårdsförsäkringarna, och endast ett fåtal agerar helt på den privata marknaden. Sjukhusen är inte samlade i någon gemensam organisation utan de skriver egna kontrakt med sjukvårdsförsäkringsorganisationerna.

Marknadsandelar

Trenden går mot mer privata organisationer och många offentliga sjukhus har köpts upp av privata aktörer, särskilt fler vinstgivande företag och särskilt i östra Tyskland. Inom slutenvården på sjukhus har privata aktörer ökat marknadsandelen under de senaste två decennierna från 15 procent till 33 procent. Mer än hälften av de privata vårdplatserna på sjukhus finns på en sjukhusverksamhet som hör till en större kedja av sjukhus. De privata vårdgivarna efterfrågas genom att de anses vara mer effektiva och ha en bättre servicenivå än de offentliga. Utvecklingen mot fler privata sjukhus av olika slag beror också på begränsade offentliga medel.

Cirka 10 procent av befolkningen har övergått till privat sjukvårdsförsäkring och de står för cirka 20 procent av kostnaderna.

Äldreomsorg

Finansiering, vinst och avgifter

I Tyskland finansieras äldreomsorgen till en del med medel ur en omvårdnadsförsäkring som både arbetstagare och arbetsgivare betalar in medel till. Omvårdnadsförsäkringen står för en del av finansieringen, och den andra delen betalar individen själv. I vissa fall kan de sociala myndigheterna också bidra.

Hemtjänsten i Tyskland utförs fortfarande till betydande del av närstående som utför obetalt arbete. Denna obetalda sektor är relativt sett större än i många andra europeiska länder, särskilt jämfört med norra Europa där äldreomsorgen generellt sett är relativt formaliserad. Det finns även en stor svart sektor (cirka 200 000 personer, ofta från Östeuropa) som utför tjänster till äldre. Det är en utmaning att få in dessa tjänster på den reguljära arbetsmarknaden och en skattereduktion har därför införts för att underlätta denna utveckling. De anhöriga får även en del ”förmåner” för att kunna utföra hemtjänstuppgifter, t.ex. reducering av arbetstiden ner till 15 tim/vecka med en delersättning, pensionsersättning etc. Beroende på omvårdnadsbehov, kan vårdtagare också välja omvårdnadspengar för att finansiera sin omvårdnad.

Finansieringen av äldreomsorg hanteras av särskilda omvårdnadsförsäkringsfonder, medan delstaterna garanterar tillgänglighet till boende på institution. Försäkringsbolagen täcker driftskostnaderna för denna verksamhet, och delstaterna står för investeringarna.

Avgifterna är reglerade och förhandlade på delstatsnivå mellan omvårdnadsförsäkringsorganisationerna och utförarnas organisationer. Priset som förhandlas för hemtjänst är uppdelat i tre delar; kostnad för vården, resekostnader och investeringar. Priset som förhandlas för äldreboende är uppdelat i fyra delar; kostnad för vården, för investeringar, för boende och förtäring samt för finansiering av personalutbildning. Det finns vissa möjligheter för äldreomsorgens privata vinstdrivande utförare att påverka priset på tjänsten genom fastighetens standard.

Valfrihet

Det finns en rätt att välja, men tillgången på omsorgen prövas utifrån behov. Om ett omsorgsbehov identifierats så kan den äldre välja mellan att vara hemma med vård- och omsorgstjänster som kan väljas fritt, eller komma till ett äldreboende.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

Etableringen är fri men det finns vissa krav på dem som inträder i systemet. Detta har lett till en viss överetablering på marknaden för äldreomsorgstjänster, jämfört med t.ex. England som har mer strikta krav på dem som inträder i systemet.

Av dem som har ett beslutat vård- och omsorgsbehov som ska få ersättning, är två tredjedelar hemma och en tredjedel på äldreboende. Av dem som får omsorg hemma väljer ca 2/3 att få enbart monetär ersättning. Cirka 1/3 väljer enbart professionell hjälp eller en kombination av professionell hjälp och hjälp av anhörig. Av de familjemedlemmar som vårdar hemma, är 90 procent kvinnor. De som vårdas på äldreboenden är vanligen äldre och har större vårdbehov.

Marknadsandelar

Den omsorg som är solidariskt finansierad utförs av en blandning av en marginell andel offentliga organisationer och därutöver privata vinstdrivande och icke-vinstdrivande aktörer.

Av tradition så utförs den största delen av dessa tjänster av privata icke-vinstdrivande organisationer. För hela äldreomsorgssektorn, inklusive både hemtjänst och äldreboende, så står vinstdrivande utförare för cirka 40 procent av marknaden. Icke vinstdrivande utförare står för 56 procent av marknaden, medan mindre än 5 procent utförs av offentliga aktörer.

När det gäller hemtjänsten så står icke-vinstdrivande organisationer för drygt hälften av marknaden, medan 47 procent utförs av vinstdrivande företag. Den offentligt utförda hemtjänsten har en marginell andel, under 2 procent. När det gäller äldreboende är marknadsandelen för de vinstdrivande företagen mer betydande; 35 procent jämfört med 59 procent för de icke vinstdrivande organisationerna.

Däremot så går trenden mot fler privata vinstdrivande aktörer. Dessa bygger idag 70 procent av den tillkommande kapaciteten.

Barnomsorg

Varje barn från 3 års ålder upp till skolåldern har laglig rätt till barnomsorg. Andelen barn är hög; 96 procent av fyraåringarna och 89 procent av treåringarna deltar i barnomsorgen. Under de senaste åren har barnomsorgen utökats och strukturen har ändrats, det är allt fler utförare som inriktar sig på specifika åldersgrupper. För närvarande sker en omfattande expansion av barnomsorgen för barn under tre år. Målsättningen är att även 35 procent av alla barn under 3 år ska ha plats i förskolan år 2013 och den federala nivån bidrar med finansiering av denna reform, tillsammans med kommun och land (delstat). Från och med augusti 2013 ska barn över ett år ha en laglig rätt till barnomsorg om det krävs utifrån föräldrarnas arbeten eller barnets behov. Ansvaret för att tillgodose detta ligger hos kommunerna, vilka samarbetar med privata aktörer för att tillgodose behoven.

Förskolans betydelse för den pedagogiska och sociala utvecklingen betonas i högre grad än tidigare. Förskolan upp till sex år är dock inte del av det statligt organiserade skolväsendet, och den pedagogiska styrningen av förskolan fastställs av Länderna (delstater).

Kindergarten är den traditionella förskolan. Det finns stora regionala variationer i hur utnyttjandet av förskolan ser ut; i östra Tyskland är mer än två tredjedelar av barnen i Kindergarten hela dagen, jämfört med endast en fjärdedel i västra Tyskland. Denna andel ökar dock i västra Tyskland och allt fler förskolor utökar öppettiderna för att tillgodose behoven. Utöver förskolorna finns även dagmammor. Deras kvalifikationskrav lagstodades år 2005 (Day Care Expansion Act) och de har även fått ökade möjligheter till vidareutbildning.

Finansiering, vinst och avgifter

Offentligt drivna Kindergärten finansieras av kommunerna, delstaterna och genom avgifter från föräldrarna. De har en friare användning av sina medel än skolorna. Kindergärten som är privata är vanligen drivna av religiösa samfund, föräldrakooperativ med mera. De är på motsvarande sätt finansierade av kommunerna, delstaterna, föräldrarnas avgifter och av organisationernas egna medel. Förskolan är inte del av det offentliga skolväsendet och är därför inte avgiftsfri. Avgifterna varierar mycket, både mellan delstater och mellan olika kommuner. De kan också bero på föräldrarnas inkomster, antal barn etc.

Delstaternas finansiering ger bidrag till investeringar samt kostnader för personal och material, men regelverket varierar mellan olika delstater. Den federala nivån ska stå för en tredjedel av expansionen i barnomsorgen upp till 2013.

Regelverket varierar också mellan delstater när det gäller villkoren för hur expansionen i barnomsorgen ska gå till. Vissa delstater välkomnar privata vinstdrivande företag, medan andra har satt upp begränsningar för vinst.

I en internationell jämförelse har Tyskland en högre andel av privat finansiering av barnomsorgen än OECD-genomsnittet. Andelen offentlig finansiering ligger på 70 procent, jämfört med ett OECD-genomsnitt på 82 procent (OECD 2012, Education at a Glance).

Valfrihet

Valfriheten mellan en mångfald av olika aktörer är hög, men begränsningarna i utbudet begränsar i praktiken även friheten att kunna välja.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

Privata utförare i form av kyrkor, hjälpporganisationer, föräldrakooperativ etc har traditionellt prioriterats för att stimulera mångfald i utbudet. Offentliga utförare har endast etablerats när de privata inte erbjudits ett tillräckligt utbud. Privata utförare kvalitetskontrolleras av delstaternas myndigheter. De federala myndigheterna stödjer länderna med extra finansiering för kvalitetssäkring av barnomsorgen mellan 2011 och 2014 med 400 miljoner Euro.

Marknadsandelar

I hela Tyskland finns 238 000 barn i icke-vinstdrivna organisationers barnomsorg, medan 119 000 finns i kommunala verksamheter och 9 400 i privata (Exportrådet, 2011)

Förhållandena växlar dock mellan olika delar. År 2009 var 67 procent av förskolorna i västra Tyskland privata. I östra Tyskland (exkl. Berlin) var andelen knappt 60 procent, och i Berlin var 75 procent privata.

Skola

Ansvar för skolan ligger på federal nivå enligt den tyska grundlagen. Från sex års ålder och under de nio följande åren (tio i vissa delstater) är skolan obligatorisk. Grundschule är de fyra första årskurserna (utom i Berlin och Brandenburg där det är de sex första). Därefter kommer lower secondary education som utgör resten av den obligatoriska skolgången och där eleverna indelas i olika utbildningsspår. Skolan och föräldrarna tillsammans avgör den inriktning som väljs på secondary education. För att komma in på vissa skolor krävs att elevens skolresultat och kapacitet uppnår en viss nivå. Efter den obligatoriska skolgången finns upper secondary education med generell eller yrkesinriktad utbildning.

Finansiering, vinst och avgifter

De offentliga skolorna i den tyska grundskolan och motsvarigheten till gymnasium är generellt sett avgiftsfri och finansieras av kommun och delstat, där delstaterna ansvarar för lärarna och den lokala nivån för övrig personal och driftskostnader. Delstaterna ger även kommunerna bidrag för att balansera för olikheter mellan olika kommuner. Ett reformarbete är på gång för att modernisera finansieringen av skolan och öka skolornas självständighet. På vissa håll får skolor redan besluta över resursanvändningen för till exempel läromedel.

Privata skolor får också offentlig finansiering från delstater som tar sin utgångspunkt i behoven inom offentliga skolor men den andel som finansieras offentligt varierar mellan delstater och typ av skola. Privata skolor tar ut avgifter men i vissa fall, för till exempel protestantiska och katolska skolor, kan avgifterna vara låga, då skolorna ofta har egna resurser att ta av.

Vinster är inte uttryckligen förbjudna enligt lagen, men delstaterna ska godkänna privata skolor och vinstdrivande skolor godkänns inte i praktiken.

Valfrihet

I princip gäller närhetsprincipen, men i vissa delstater har föräldrarna fått ökade möjligheter att välja grundskola. När det gäller de högre skolåren så har delstaterna och kommunerna ansvaret att även på dessa nivåer erbjuda ett brett utbildningsutbud som tillgodoser efterfrågan. Olika metoder används i olika delstater för antagningen till secondary education, ofta i form av dialog mellan föräldrar och skola utifrån elevens skolresultat. Skolorna har vanligen geografiska upptagningsområden men eleven och föräldrarna har enligt lag rätt att välja skola.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

Privata aktörer granskas vid etableringen av en skola när det gäller arbetsmiljö, säkerhet med mera, men även lämpligheten hos skolledning och personal. De bedriver verksamhet som inspekteras av statliga myndigheter. Rätten att få starta en privat skola är lagligt grundad, och det offentliga får enligt lag inte ha monopol på att etablera skolor. Emellertid är det mycket strikta villkor för att få etablera en privat grundskola. Den godkänns endast när myndigheten anser att det behövs av pedagogiska skäl, eller om det finns krav från föräldrar på särskild pedagogik etc. I praktiken är det huvudsakligen skolor som drivs av katolska och protestantiska församlingar. Dessa kvalitetsgranskas på samma sätt som offentliga skolor.

När det gäller privata skolor på högre nivå så finns det två olika typer. Den ena är skolor vars syfte är att substituera det offentliga skolväsendet genom annan pedagogik eller på annat sätt, ofta internat. Dessa skolor måste få särskilt tillstånd för att etableras, men deras rätt är lagstadgad och kvaliteten ska vara likvärdig med de offentliga skolorna. Tillståndet kan dras in om inte utbildningen uppnår de mål på olika områden som var en förutsättning för att få etableras. Avgifter är tillåtna men de får inte vara så höga att de leder till segregation.

Det finns också skolor som kompletterar befintliga skolor genom ett utökat kursutbud. Det är ofta yrkesskolor som ser en efterfrågan på specifik kompetens. Dessa skolor måste endast meddela att de planerar att starta upp sin verksamhet och de måste ha likvärdig kvalitet som de offentliga skolorna för att få examensrätt. De skolor som bedöms likvärdiga får även statlig finansiering motsvarande den i offentliga skolor och lärarna ska ha motsvarande villkor som offentliganställda lärare.

Marknadsandelar

På alla nivåer finns privata skolor parallellt med de offentliga. Detta anses berika konkurrensen och mångfalden i utbildningsutbudet. De privata skolorna drivs ofta av kyrkor och andra sociala organisationer. I praktiken varierar andelen privata skolor kraftigt mellan olika delstater och skolform.

När det gäller grundskolan krävs det ofta att skolan ska erbjuda särskild pedagogik, ideologi eller inriktning som inte redan finns för att få etableras. Inom grundskolan är därför privata skolor utan särskild inriktning oftast ett undantag; de är nästan uteslutande t.ex. Waldorfskolor, religiösa skolor eller internatskolor.

Tjeckien

Tjeckien är fullvärdig medlem i EU sedan maj 2004 och har sedan 1990-talet genomgått en decentraliseringsprocess. Delar av beslutsmakten och den offentliga administrationen fördes över till regioner och kommuner mellan 2001 och 2003.

Sjukvård

Sedan början på 1990-talet har Tjeckien ett sjukvårdsförsäkringssystem som bygger på ett obligatoriskt medlemskap i en av flera (10 st år 2009) självständiga sjukvårdsförsäkringsfonder som köper upp vård till sina medlemmar. Fonderna licensieras av ministeriet. Staten ansvarar för den politiska agendan, övervakning av systemet och lagstiftningen. Det finns vissa offentliga organisationer i systemet, såsom ett statligt institut för läkemedel samt nationella och regionala myndigheter som tillser smittskydd med mera.

Finansiering, vinst och avgifter

Kostnaderna för hälso- och sjukvård är jämförelsevis låga i Tjeckien. Avgifterna är en skatt som delas mellan arbetsgivare och arbetstagare. Egna företagare måste bidra i form av en andel av vinsterna. De som inte arbetar får statliga stöd för att kunna betala till systemet.

Hälso- och sjukvårdsfonderna har kontrakt med vårdgivarna. Sjukhusen har sedan 2007 betalats genom en kombination av budgets och ”fee-for-service”. Även i primärvården används en kombination av kapitering och ”fee-for-service” där den senare metoden främst används i det förebyggande hälsoarbetet. Regeringen har försökt effektivisera systemet och reducera övrefterfrågan genom att öka avgiftsfinansieringen och genom att belöna särskilt högpresterande vårdenheter och öppna upp för särskilda kontrakt mellan dessa och sjukvårdsförsäkringsfonderna. Egenavgifterna är statligt reglerade och vårdgivarna får vara vinstdrivande.

Valfrihet

Medborgarna väljer fritt både sjukvårdsförsäkringsfond och utförare av vårdtjänster och patientmakten har betonats mycket sedan 2005. Individen kan byta fond varje år om så önskas. Fonderna måste acceptera alla medlemmar och kan inte neka någon. Ett utjämningsystem finns mellan fonderna för att utjämna den risk som baseras på ålder och kön.

Medborgarna väljer att registrera sig hos en ”husläkare” men kan byta var tredje månad om så önskas utan restriktioner. Primärvårdsläkarna har i begränsad omfattning en målvaktsfunktion; det finns vissa diagnoser som kräver remisser men patienterna kan ofta välja specialistvård direkt, och gör det också ofta.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

De regionala myndigheterna och hälso- och sjukvårdsfonderna spelar en viktig roll för att säkra tillgängligheten till och kvaliteten på vården. De regionala myndigheterna ansvarar för att registrera vårdgivare och hälso- och sjukvårdsfonderna köper vård från dem. I processen med myndigheterna för att registrera sig som vårdgivare ingår även en bedömning av behov av en ny vårdgivare inom det tilltänkta området.

De senaste årens reformer har bland annat fokuserat på ägande och styrning av sjukhusen samt beställar-utförar-system. Kontrakten är långsiktiga på 5–8 år.

Marknadsandelar

Runt 95 procent av primärvårdstjänsterna utförs av läkare som arbetar i en privat praktik. Specialisthälsovården består av privata specialister, hälsocenter och sjukhus. Efter en rad reformer under 1990-talet har sjukhus som tidigare varit statliga övergått i varierade äganformer såsom regionala myndigheter, privata företag och kyrkor. Nästan alla apotek drivs av privata företag och trenden går mot större apotekskedjor.

Traditionellt har sjukvårdens tjänster finansierats och organiserats separat från omsorgstjänsterna, men sedan 2006 har koordinationen mellan sjukvård och omsorg förstärkts genom att bland annat tillåta finansiering över sektorsgränserna vilket ger större möjligheter och flexibilitet för patienterna. Privat finansiering av hälso- och sjukvårdstjänster spelar en marginell roll, den har stadigt men långsamt ökat under de senaste decennierna. Det är mestadels medfinansiering av kostnader för läkemedel, hjälpmedel och tandvård.

Äldreomsorg

Äldreomsorgen i Tjeckien är fortfarande både finansierad och utförd i två olika system som överlappar varandra.

Finansiering, vinst och avgifter

Före 2007 var äldreboenden och hemtjänsten huvudsakligen anslagsfinansierad från nationella, regionala och kommunala budgets tillsammans med övriga sociala tjänster. Efter 2007 har ett nytt system sätts för att öka valmöjligheterna till dessa tjänster, genom att ge individer istället för utförare offentliga medel att finansiera tjänsterna. På så sätt blev även samverkan med övriga vårdtjänster mindre komplicerad.

En centralt bestämd avgift bestämdes år 2008 för att förhindra överutnyttjande av tjänsterna.

De privata utförarna med offentlig finansiering får vara vinstgivande.

Valfrihet

Valfriheten är inbyggd i det nu rådande systemet, men väntetiderna för tjänsterna är generellt sett långa.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

Reformen från 2007 innebar också ett nytt system för att utvärdera utförarna av tjänsterna, och för att få använda offentlig finansiering krävs att utföraren har en godkänd utvärdering.

För att reducera väntetiderna och öka kapaciteten välkomnas nya aktörer.

Marknadsandelar

Äldreomsorgen i Tjeckien bedrivs av både av offentliga och privata aktörer. De privata utförarna utgör cirka 25–30 procent av alla utförare, och de finansieras vanligen med privata medel. De privata aktörerna med offentlig finansiering har en ytterst marginell marknadsandel, endast cirka 2–3 procent. Det finns en trend i Tjeckien att flytta ut äldre från sjukhus till äldreboende, och den privata andelen av utförare är ökande.

Barnomsorg

Kommunerna är ansvariga för barnomsorgen i Tjeckien och vanligen även utförare. Pedagogiska barnomsorg erbjuds barn mellan 3–6 år som en del av skolväsendet. Den är inte obligatorisk men har lång tradition och högt deltagande.

Den demografiska utvecklingen har gjort att utbudet är otillräckligt inom barnomsorgen och bristen på platser är problematisk. Föräldrapenning har sedan slutet på 1980-talet utökats tills barnet är 4 år, och barnomsorg för barn under 2–3 år har minskat kraftigt. Sedan 2008 har dock föräldrapenningen förändrats och dess storlek beror på om man är hemma två, tre eller fyra år. Svängningar i demografi och efterfrågan i kombination med bristande resurser har gjort att förskolornas platser nu är otillräckliga. Därför diskuteras att upprätta så kallade barngrupper som inte är förskolor, inte lyder under skollagen och har lägre krav beträffande utemiljö, antal barn, pedagogisk verksamhet etc.

Andelen barn som går i förskolan ligger på drygt 75 procent för 3-åringar, 87 procent för 4-åringar och dryg 90 procent för 5-åringar.

Finansiering, vinst och avgifter

Barnomsorg är vanligen avgiftsbelagd. I offentlig barnomsorg är avgiften bestämd av utföraren, men styrd av direktiv. Driftskostnader för barnomsorg det vill säga kostnader för löner, läromedel, vidareutbildning och skolmåltider, finansieras över statsbudgeten, så även de privata förskolornas driftskostnader. Investeringar och kapitalkostnader finansieras av kommunerna. Liksom för skolorna får privata förskolor en andel, 50–80 procent av kostnaderna för motsvarande offentlig verksamhet. Utförarna kan ansöka om utökat belopp men måste då underteckna en klausul om att eventuellt överskott ska reinvesteras i verksamheten.

Valfrihet

Föräldrar kan välja förskola i mån av plats och det är upp till respektive förskola att besluta om antagning. År 2010 hade antalet ansökningar som inte kunnat antas fördubblats, från 20 000 till 40 000 på några år. Kommunen garanterar dock plats i förskola under det sista året innan grundskolan börjar och skolledningen är skyldiga att ge dessa barn förtur.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

För barn upp till 3 år regleras förutsättningarna för omsorgen av hälsomyndigheterna. För barn mellan 3–6 år är förskolan sedan 2005 en del av skolverksamheten och en del av dess regelverk. Skollagen anger målsättningar, organisation, finansiering och övriga krav på verksamheten som till exempel antal elever i klassen och, när det gäller offentliga förskolor, avgifter. Det finns dock stora frihetsgrader när det gäller organisation och pedagogik, och många förskolor använder sig av Montessori eller annan alternativ pedagogik.

Marknadsandelar

Barnomsorgen drivs vanligen av kommunen. Andelen privata utförare är låg, endast 2,6 procent av utförarna var privata och 1,5 procent av barnen var inskrivna hos privata utförare under skolåret 2010/2011. Det tillkom en andel på 0,3 procent av barnen som gick i religiösa skolor, vilka utgjorde 0,6 procent av förskolorna.

Andelen barn i privata förskolor har dock ökat från 1,7 procent av utförarna och 1,2 procent av barnen år 2008/2009. Andelen i religiösa skolor har varit densamma.

Skola

Kommunerna är ansvariga för skolan, som är obligatorisk under 9 år, vanligen mellan 6–15 år. Den består av basic school (ISCED 1+2) som varar i 9 år och integrerar primary och lower secondary school. Därefter kommer gymnasial utbildning med olika inriktningar.

Under de senaste decennierna har Tjeckiens demografiska utveckling alltmer liknat den europeiska, med fallande fertilitet och ökad ålder på förstagångsföräldrar. De minskade födelsetalen under 1990-talet har gjort att gymnasieskolans elever minskat med nära 30 procent under den senaste 10-års perioden. I grundskolan har minskningen avstannat och kommer istället att öka under kommande år.

Finansiering, vinst och avgifter

Det finns både privata skolor och skolor som ägs av organisationer av olika slag till exempel religiösa. Grundskolan och gymnasieskolan är avgiftsfria, utom i de privata skolorna som kan ta ut avgifter. I vissa fall finns föräldraföreningar som kan subventionera skolan för särskilda ändamål.

Alla driftskostnader för offentliga skolor det vill säga kostnader för löner, läromedel, vidareutbildning, skolmåltider, finansieras över statsbudgeten. Driftskostnaderna för privata utförare finansieras med offentliga medel motsvarande 50–80 procent av vad som ges till offentliga skolor. Investeringar och kapitalkostnader finansieras av regionerna när det gäller offentliga skolor och av de utförande organisationerna när det gäller privata utförare. Finansieringssystemet är en blandning av skolpeng utifrån antal elever och resultatbaserad ersättning. Medlen fördelas av regioner och kommuner enligt egna fördelningsmodeller. De offentliga skolorna äger inte sina tillgångar och deras syfte och aktiviteter är definierade av finansören. Privata skolor äger sina egna tillgångar.

Medlen för de privata skolorna bestäms årligen av Utbildningsdepartementet och fördelas av regionerna utifrån dessa direktiv. Finansieringen av privata skolor regleras i särskild lag. Privata utförare får statliga bidrag för sina driftskostnader enligt särskild lagstiftning och ett årligen upprättat kontrakt som också specificerar vad som ska

utföras. Underhåll av egendom som inte är statlig ingår inte i finansieringen. Ersättning för elever med särskilda behov ingår i bidragen. Om skolan presterar mer eller bättre än vad som står i kontraktet går det att ansöka om utökat bidrag för driftsmedel hos den regionala myndigheten om det är skolor och hos de kommunala organen om det gäller barnomsorg. Endast i detta fall måste skolan signera ett kontrakt med en klausul att de måste reinvestera allt eventuellt överskott i verksamheten.

Det finns även en kategori av icke-vinstdrivande utförare av skolverksamhet, vanligen religiösa och hjälporganisationer, som också får offentlig finansiering och som måste reinvestera eventuellt överskott i verksamheten.

Valfrihet

Kommunen är förpliktigad att se till att det finns skolor och möjlighet till skolundervisning för eleverna inom sitt område. Om en elev går i skola i en annan kommun, måste hemkommunen betala, men om det i hemkommunen finns möjlighet till skolgång, behöver inte kommunen betala.

Efter grundskolan erbjuds ”higher secondary education” av olika slag. Efter 1989 har utbudet av skolutbildning på denna nivå gått från att vara centralt planerat och geografiskt jämnt distribuerat till att mer bero på efterfrågan. Det har bland annat inneburit att skolor med teknisk inriktning minskat och att nya inriktningar och kurser växt fram. Det är skolledningen som beslutar om antagningsprocess och behörighetskrav på respektive skola.

Regler för etablering och kvalitetskontroll

Den nu gällande skollagen från 2004 anger krav för att få etablera, registrera och lägga ner en skolverksamhet. Det är en förutsättning att verksamheten är registrerad, för att få offentlig finansiering. Privata skolor kan agera utifrån en bolagsform som kommersiella företag men även ha formen av ”public benefit corporation”. Denna status används främst av religiösa och andra organisationer som driver skolor. Utförarna av skolverksamhet, såväl offentliga som privata, registreras och utvärderas av en statlig inspektion. Även regionala myndigheter följer upp finansiering och måluppfyllelse. Utbildningen ska vara likvärdig oavsett huvudman för att få fortsatt finansiering.

Marknadsandelar

Fördelningen mellan privata och offentliga skolor har varit konstant under de senaste tio åren. När det gäller grundskolan är de privata skolorna få. År 2010/2011 var andelen elever i privata grundskolor 0,8 procent. Därtill tillkommer en andel på 0,7 procent av eleverna i religiösa skolor.

När det gäller skolverksamhet i högre åldrar (ISCED 3 och 4) så är andelen privata skolor betydligt högre; 23 procent av skolorna och 14 procent av eleverna.

I arbetet med denna rapport har kontakter tagits med departement, arbetsgivarorganisationer, forskare, OECD, med flera för underlag och kvalitetssäkring. Grundmaterialet för avsnitten om skola och barnomsorg kommer huvudsakligen från Eurydike, som är ett nätverk för information om utbildningssystem och utbildningspolitik i Europa. Varje land har ett eller flera nationella Eurydikekontor, vilka även har bidragit med fördjupad information gällande situationen i de studerade länderna. Grundmaterialet för hälso- och sjukvården kommer där inget annat anges från WHO ”European Observatory on Health Systems” som beskriver hälso- och sjukvård i europeiska länder. Uppföljande intervjuer med författarna av landöversikterna har gjorts för kvalitetssäkring och fördjupning. Gällande äldreomsorgen har rapporter och landöversikter från OECD använts men även forskningsrapporter och analyser från privata företag. Statistiken gällande äldreomsorg kommer från Attendo och WHO.