



Djupintervjuer om LOV valfrihetssystem inom primärvården

En rapport skriven av
Markör Marknad och Kommunikation AB
på uppdrag av Konkurrensverket

Förord

I vissa delar av Konkurrensverkets rapport Uppföljning av vårdvalssystem i primärvården, delrapport 2, har externa rapporter använts som underlag.

På uppdrag av Konkurrensverket har konsultföretaget Markör Marknad och Kommunikation AB genomfört djupintervjuer med vårdgivare verksamma i primärvården för att inhämta synpunkter på och erfarenheter av vårdvalssystemen.

Det är författaren själv som svarar för slutsatser och bedömningar

Stockholm, maj 2010

Dan Sjöblom
Generaldirektör

Konkurrensverket

Rapport: Djupintervjuer om LOV - valfrihetssystem inom primärvården

Januari-mars 2010, Markör Marknad och Kommunikation AB



Uppdrag: Djupintervjuer med vårdgivare inom offentlig och privat sektor med anledning av lagen om valfrihetssystem (LOV)

Beställare: Konkurrensverket

Kontaktperson Konkurrensverket: Stefan Jönsson, Josefin Nilsson

Kontaktperson Markör: Lena Adem, Eva Entelius-Melin

Projektledare Markör: Lena Adem, Eva Entelius-Melin

Undersökningsperiod: Januari-februari 2010

Markör Marknad och Kommunikation

Markör hjälper större företag och organisationer att fatta rätt beslut – det gör vi genom utredningar, undersökningar och utvecklingsarbete på plats hos våra kunder.



Innehåll

Inledning	4
Bakgrund	4
Genomförande	5
De som ingår i undersökningen	5
Undersökningens huvudfrågor	9
Inför läsning av rapporten	10
Resultat	11
Synen på LOV	11
Vårdgivare och den egna verksamheten	12
Patienter	14
Samhället	16
Mångfald	18
Krav för ackreditering	19
Ersättningsmodeller	22
Synpunkter på nationella taxan	25
Listning och passiva val	28
Marknadsföring	30
Missgynnans aktörer?	34
Landstinget visavi privata	34
Privat mindre företag visavi privat storkoncern	36
Kvaliteten i vården	37
Övrigt om LOV	40
Sammanfattning	41
Bilaga 1. Intervjugudie	42



Inledning

Bakgrund

Den 1 januari 2009 infördes lagen (2008:763) om valfrihetssystem (LOV). Lagen innebär en möjlighet för kommuner och landsting att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten. Valfrihetssystem enligt LOV är ett alternativ till lagen om offentlig upphandling (LOU) och kan tillämpas på bl.a. omsorgs- och stödverksamhet för äldre och för personer med funktionsnedsättning samt på hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården.¹

Från den 1 januari 2010 införs en skyldighet för landstingen att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska LOV tillämpas. Detta innebär att ersättningen ska följa den enskildes val av utförare och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje landsting att besluta om ersättningens närmare utformning.²

Konkurrensverket har fått i uppdrag av regeringen att följa hur landstingens införande av vårdvalssystem i primärvården påverkar konkurrensen mellan utförare, förutsättningar för en mångfald av utförare inom hälso- och sjukvård och främjande av en kvalitetskonkurrens mellan dessa. Konkurrensverket ska också utreda eventuella gränsdragningsproblem mellan systemet med vårdgivare med ersättning enligt den nationella taxan och vårdvalssystemen.³ En första delrapport presenterades den 1 december 2009.⁴

Konkurrensverket har uppdragit åt Markör Marknad och Kommunikation AB att genomföra en kvalitativ studie bland vårdgivare som ackrediterats för vårdcentralverksamhet. Den nu presenterade studien utgör del av underlag för Konkurrensverkets delrapport 2 i maj 2010. Under hösten 2010 kommer ytterligare ett antal intervjuer att genomföras med vårdgivare i landsting som ännu inte är klara med vårdvalets genomförande. Resultaten från dessa intervjuer ska finnas med i Konkurrensverkets slutrapport.

¹ Prop. 2008/09:29 sid 1

² Prop. 2008/09:74 sid 1

³ Regeringsbeslut S12009/5070/HS (delvis) sid 1

⁴ Uppföljning av införandet av valfrihetssystem inom primärvården - förutsättningar och hinder för vårdval. Delrapport 1 (Konkurrensverkets rapportserie 2009:5)



Genomförande

Företrädare för såväl privata som offentliga och ideella verksamheter ingår i urvalet. Datainsamling har genomförts med hjälp av 14 djupintervjuer, varav sex vid personliga besök och åtta genom telefonintervjuer. Intervjuerna har tagit en till en och en halv timme i anspråk och genomfördes mellan den 3 februari och den 8 mars. Samtliga intervjuer har genomförts av Markörs projektledare för uppdraget.

Vårdcentralföreträdare att intervjua har valts ut från den sammanställning av vårdgivare från samtliga landsting som Markör genomförde hösten 2009. Målgrupp i undersökningen är verksamhetschefer på respektive vårdcentral. Aktuella personer har inledningsvis kontaktats via e-post med beskrivning av uppdraget och förfrågan om intervju. Därefter har tid för intervju bokats via telefon. Vid intervjuerna har en intervjuguide som tagits fram i samråd med Konkurrensverket använts. De intervjuade har fått tillgång till guiden före intervjun för att ha möjlighet att förbereda sig.

De som ingår i undersökningen

Både privata och offentliga vårdgivare finns med i undersökningen. Ett par vårdcentraler drivs av stiftelser/ideella organisationer. Bland de privata vårdgivarna finns allt från företrädare för mindre privatägda vårdcentraler till vårdcentraler som ägs av större koncerner. En del vårdcentraler ligger i glesbygd och andra i storstad eller mellanstora städer. Vissa av de privata vårdcentralerna har tidigare varit offentliga vårdcentraler eller privata läkarpraktiker. En del vårdcentraler är också nyöppnade i och med införandet av vårdval. Följande landsting är representerade i undersökningen:

- Örebro läns landsting
- Landstinget Västernorrland
- Landstinget Västmanland
- Stockholms läns landsting
- Västra Götalandsregionen
- Landstinget Kronoberg
- Landstinget i Kalmar län
- Landstinget Gävleborg
- Region Skåne
- Landstinget Blekinge
- Landstinget i Halland



Nedan följer en beskrivning av de vårdgivare inom primärvården som ingår i undersökningen.

Privata mindre vårdcentraler

Vårdgivare 1

Privat vårdcentral som startade på 90-talet i mindre stad i Sverige. De är den enda privata vårdcentralen på orten och en av tre i regionen. Man har tidigare haft vårdavtal som löpt på fem år men arbetar idag inom vårdvalet. Det finns nio anställda. Vårdvalet infördes 1 januari 2009.

Vårdgivare 2

Privat vårdcentral som verkar på liten ort utanför större stad i norra Sverige. Det är den enda vårdcentral som finns på orten. Vårdcentralen har varit privatiserad sedan 2003 och har vårdavtal med landstinget. Befolkningsunderlaget består i hög grad av en ung befolkning. Omsättningen är cirka 30 miljoner. Vårdval är på gång att införas och tanken är att gå med i det.

Vårdgivare 3

Privat vårdcentral som drivs av läkare som tidigare var anställda. Vårdcentralen har funnits sedan 70-talet och fram till 2000-talet drivits i offentlig regi. Företaget äger också två vårdcentraler i närliggande län. Vårdcentralen arbetar enligt LOU med ett kontrakt som löper ut om två år. Vårdcentralen finns i en förort till större stad och befolkningsunderlaget består av en hög andel invandrare och arbetslösa. Vårdcentralen har 25 anställda och omsättningen är cirka 20 miljoner. Vårdvalet införs i sommar men troligen kommer vårdcentralen att arbeta vidare enligt LOU, till kontraktet går ut.

Större privata företag, koncerner

Vårdgivare 4

Större privat bolag, som främst verkar i storstad. Företaget finns sedan början av nittio-talet och har ett trettiotal vårdcentraler varav flera är nystartade i och med vårdvalet. Vårdcentralerna bedrivs i hög grad som egna aktiebolag. Sammanlagt finns 80 anställda i den del som denna intervju berör. Verkar i landsting där vårdval har införts och arbetar inom vårdvalet.

Vårdgivare 5

Privat företag/familjeläkare i mindre samhälle som har funnits sedan 1993. Det är den enda vårdcentralen på orten. Man har 20 anställda en omsättning på 22 miljoner. Tidigare har vårdcentralen arbetat inom LOU som privat vårdcentral utan koppling till större privat vårdgivare. Numera ingår man i Praktiker-tjänst. Verkar i landsting där vårdval har införts.



Vårdgivare 12

Privat vårdgivare som drivs som stiftelse, där det ingår ett flertal vårdgivare i samspel. Ett femtontal olika mottagningar ingår som samarbetspartners och man har närmare 150 specialitläkare knutna till sig. En vårdcentral finns också. Verkar i landsting där vårdval har införts och arbetar inom vårdvalet.

Vårdgivare 13

Privat vårdgivare inom större privat koncern som driver vårdcentraler, specialistvård och företagshälsovård i flera landsting. Intervjun har fokus på förhållandena i Stockholm. Verkar i landsting där vårdval har införts och arbetar inom vårdvalet.

Vårdgivare 14

Privat vårdgivare inom större privat koncern som driver vårdcentraler, sjukhus, psykiatri etc. i hela Sverige. Vårdcentraler bedrivs framförallt i södra Sverige. Verkar i landsting där vårdval har införts och arbetar inom vårdvalet.

Ideell organisation

Vårdgivare 6

Större ideell organisation som driver flera vårdcentraler i olika landsting. Vårdcentralerna finns både i större stad och mindre städer. Förutom vårdcentraler bedrivs också annan verksamhet med fokus på bland annat äldreomsorg. De vårdcentraler som finns varierar i storlek och flera av dem är nyöppnade. Totalt har stiftelsen en omsättning på mellan 10 och 19 miljoner och 200 anställda inom vård- och hälsodelen. Verkar i landsting där vårdval har införts och arbetar inom vårdvalet.

Vårdgivare 11

Stiftelse bedriver vårdverksamhet med inriktning på obotligt sjuka. Idag är verksamhetsområdena palliativ vård, rehabilitering, husläkarmottagning (vårdcentral), vård- och omsorgsboende och geriatrisk vård. Stiftelsen har 750 anställda och en omsättning på omkring 550 miljoner. Verkar i landsting där vårdval har införts och arbetar inom vårdvalet när det gäller vårdcentralen.



Offentliga vårdcentraler

Vårdgivare 7

Offentlig vårdcentral som verkar i storstad. Vårdcentralen har 19 anställda och en omsättning på omkring 38 miljoner. Vårdcentralen har funnits sedan 90-talet. Verkar i landsting där vårdval har införts och arbetar inom det.

Vårdgivare 8

Offentlig vårdcentral som verkar i storstad. Vårdcentralen har funnits sedan 70-talet. Man har 27 00 listade och 16 ordinarie läkare. Vårdcentralen bedriver närakut och har gynekologi förutom övrig verksamhet. Befolkningsunderlaget består av mycket barn och en ganska stor omflyttning. Verkar i landsting där vårdval har införts och arbetar inom det.

Husläkarmottagningar

Vårdgivare 9

Privat husläkarmottagning med en läkare som finns i mellanstor stad i södra Sverige. Mottagningen har funnits i tio år och omsätter omkring en miljon kronor. Mottagningen har ett vårdavtal med landstinget som löper ut om ett år. I nuläget skulle mottagningen inte bli godkänd i vårdvalet. Verksamheten kommer sannolikt att slå igen när vårdavtalet har löpt ut. Vårdvalet har inte införts.

Vårdgivare 10

Privat husläkarmottagning med vårdavtal i litet samhälle i södra Sverige, där man är ett av två vårdalternativ. Det andra alternativet är en offentlig vårdcentral. Mottagningen har inte BVC, MVC och skulle därmed inte idag bli godkänd i vårdvalet. Har funnits sedan 1994. Vårdvalet har inte införts.



Undersökningens huvudfrågor

Nedan listas de frågor som undersökningen behandlar:

- Leder systemen till mångfald? Hur påverkar systemen tillkomsten av nya verksamheter, möjligheten att bedriva mindre verksamheter, möjligheten för olika yrkesgrupper att etablera en verksamhet inom vårdvalssystemen och möjligheterna att bedriva företagande på ideell grund?
- Förekommande inträdeshinder (t.ex. ersättningsmodellens utformning, listningssystem och icke-valsalternativ, specifika krav och villkor i förfrågningsunderlagen, m.m.)?
- Krav och villkor. Är uppdraget för omfattande för små leverantörer? Skulle ni vilja ha ett större uppdrag? Vore det bättre om alla kunde utnyttja landstingens system och infrastruktur?
- Möjligheter för marknadsföring och landstingens informationsansvar. (Landstingen har ansvar för informationen till invånarna. Fungerar detta? Är informationen konkurrensneutral eller gynnas den egna regionen? Har landstingen infört restriktioner för hur leverantörerna får marknadsföra sig? Har detta i så fall bara skett muntligt eller framgår det av förfrågningsunderlagen? Är det någon form av marknadsföring ni skulle vilja använda men som ni inte får använda? Finns det någon form av marknadsföring som borde regleras eller begränsas?
- Förekommande eller potentiella konkurrenssnedvridningar, framför allt mellan offentliga och privata vårdgivare i vårdvalssystemet?
- Potentiella problem med de parallella system som vårdvalet och vårdgivare enligt nationella taxan innebär. (Har taxeläkare och -sjukgymnaster en gynnad eller missgynnad position i förhållande till leverantörer i ett vårdvalssystem? Påverkas leverantörerna i vårdvalssystemet av taxeläkarna, t.ex. genom kostnadsansvar för deras behandlingar (och vice versa)?)



Inför läsning av rapporten

Resultatet i undersökningen redovisas under följande rubriker:

- Synen på LOV
- Mångfald
- Krav för ackreditering
- Ersättningsmodeller
- Listning och passiva val
- Marknadsföring
- Missgynnans aktörer?
- Kvaliteten i vården
- Övrigt om LOV

Rapporten avslutas med en sammanfattning. I bilaga till rapporten finns den intervjuguide som har använts i undersökningen.

Alla intervjuade har svarat på våra frågor utifrån sina erfarenheter och sin förståelse. Majoriteten uppfattar också att alla frågor hänger ihop – talar man om ersättning kommer kvalitet in som i sin tur hänger ihop med listningsförfaranden som leder till en diskussion om rättvisa osv. Alla intervjuade har tagit emot oss öppenlydande men också betonat att de förutsätter att svar inte går att spåra till dem personligen. De citat som finns med i rapporten är ordagranna men har redigerats i de fall identitet annars kunnat röjas.



Resultat

Synen på LOV

De intervjuade, särskilt inom privatvården, är positiva till LOV och tanken att privata företag ska få verka på liknande villkor som offentligvården. Att patienten i högre grad ska kunna välja vårdgivare ses också av de flesta som positivt. Nedan följer ett par citat som visar på de förhoppningar som några privata vårdcentraler hyser:

Jag uppfattar det inte som att landstinget och en del politiker är så positiva till privatisering. Men Landstinget kommer att tvingas acceptera mångfalden i och med LOV. Kanske kan det bli konkurrens och högre löner. Sedan kan man ju jobba mer ihop privat och offentlig också. Alla måste få sina verksamheter att gå ihop och man måste införa mycket mer ekonomiskt tänkande inom landstinget än idag.

Privat, vårdgivare 3

Jag tycker det är bra att det (vårdvalet) kommer in i landstingets värld. Att det inte bara finns en leverantör av hälso- och sjukvård, utan att vi är flera som konkurrerar. Vi får bättre kvalitet på vården då. För var och en kommer ju att göra sitt yttersta. Jag som har varit med sedan 2003, och har varit landstingsanställd i många år, vet skillnaden. Just det här med kvalitet! Jag jobbar ju mycket mer med det nu än vad jag någonsin gjorde som landstingsanställd. Jag måste hålla mig a jour. Jag måste jobba med ledningssystem och så vidare...

Privat, vårdgivare 2

LOV är ju annars intressant för oss som privat vårdgivare. Många vill till oss. Det har varit begränsat tidigare, hur mycket vi har fått erbjuda. Den här utvecklingen (vårdvalet) är ofrånkomlig tycker jag. Jag har varit både inom offentlig och privat vård och vet hur det fungerar. Det krävs en mångfald för att få utveckling av kvalitet och en realistisk diskussion om skattemedel och hur vi finansierar. Om det bara finns landstinget försvinner pengarna ner i svarta hålet. Om människor ska vara villiga att fortsätta finansiera genom skattetrycket krävs ett visst mått av valfrihet.

Ideell vårdgivare 11



De ideella vårdcentralerna ser det som särskilt viktigt att det inom LOV finns fokus på kvalitet och kvalitetsuppföljning.

Generellt sett tycker vi bättre om LOV för att det blir oftast någon form av kvalitetsuppföljning och att det inte bara handlar om att pressa priser. Någonstans känns det som att LOU inte passar för upphandling av människovårdande tjänster. Man pressar hela tiden på priserna och till slut når man en nivå som det inte känns kul att driva en verksamhet för.

Ideell, vårdgivare 3

Det kräver kvalitetsrevisioner för att upprätthålla och vara trovärdigt utåt. Där är man inte igång än kan jag säga. Om man inte får trovärdiga revisioner blir det inte bra. Vissa har lovat mycket men sedan har de inte hållit det och då är det konstigt att man inte har sagt upp de avtalen.

Ideell vårdgivare 11

Även om det råder en positiv syn på LOV finns också en hel del kritik till hur vårdvalet i praktiken har kommit att organiseras i olika landsting. Nedan följer synpunkter på hur vårdvalet i enskilda landsting påverkar eller förväntas påverka vårdgivare, patienter och samhället.

Vårdgivare och den egna verksamheten

Flera privata vårdgivare upplever således att vårdvalet innebär en bättre situation för dem än tidigare. Det finns dock exempel på mindre privata läkarpraktiker som menar att de kommer tvingas lägga ned på grund av de krav som ställs på verksamheten.

Jag ser inga fördelar alls. Vi har sedan femton år tillbaka ett husläkarsystem där man kan välja en personlig husläkare. Min lista var fylld på tre veckor, och det ser jag som bättre än att välja vårdcentral. Nu kan man välja vårdcentral, för det är vad som finns, men man kan inte välja läkaren på vårdcentralen, något som patienterna gjort tidigare. Det kommer att hindra mig och den avgörande stöttestenen är att man ska vara minst två läkare. Och då faller jag direkt. Jag samverkar med vårdcentralen som det ser ut idag, men det kommer inte att gå att göra med LOV.

Privat, vårdgivare 10



Andra problem som införandet av LOV innebär för några av vårdgivarna:

- Den interna utbildningen blir mindre på grund av det ekonomiska tänkandet. (offentlig)
- Möjligheten att anställa välutbildad personal är mindre på grund av det ekonomiska tänkandet. (offentlig)
- Det är svårt att ställa om och i första hand tänka affärsmässigt eftersom man är van att i första hand se till patienten. (offentlig)
- Mer tid går till administration (omlistningar) och marknadsföring än tidigare. (offentlig)
- Ersättningsnivåerna och hur man räknar ut dem kan ge stora ekonomiska svårigheter. Om man exempelvis inte har prestationsbaserad ersättning och befolkningen trots att den räknas som "frisk" konsumerar mycket vård blir det problem. (offentlig och privat)
- Fördelningen av listade är av stor vikt för överlevnaden av enskilda vårdcentraler. (offentlig och privat)
- Att arbeta utan listningstak innebär problem för vårdcentraler som egentligen inte vill växa eller som har svårt att få fram resurser för att ta hand om de patienter som listar sig. (privat)
- Anställda får inte samma anställningstrygghet som inom landstinget. (offentlig)

En offentlig och en privat vårdcentral lyfter också fram att det finns nackdelar med en total etableringsfrihet och att det kanske måste till en begränsning av hur många vårdcentraler som får öppnas på ett visst ställe.

Etableringsfriheten är en fördel. Det ger ett stort utbud. Men samtidigt kan man vara tveksam: landstingen borde kanske kunna styra mer var vårdcentralerna ska finnas. Som det nu är blir det framför allt i starka områden man nystartar. Det system som vi har driver också fram överkonsumtion av vård. Att det är lätt att komma till vården är ju en orsak. Det blir ju bra för ekonomin också på grund av ersättningen är kopplat till antal besök. Jag tror att valfriheten och behovet av valfrihet är ganska uppförstorat. Det blir dyrt för landstinget också. Här får man byta hur ofta man vill, och det innebär att vi sitter med mellan 300 och 400 listningar varje månad även om nettobytena bara blir 50. Det är väldigt tunga administrativt och kostnadskrävande. I vissa landsting har man valt att begränsa bytestillfällena och det borde man göra här också tycker jag. /// Konkurrens är bra, men det kan också bli slöseri med resurser. Vi måste tillhandahålla jourverksamhet vilket är bra, men det borde styras upp bättre. Det finns för många jourmottagningar och för få patienter. Efterfrågan är inte i relation till utbudet.

Privat, vårdgivare 13



Man kan så här i efterskott undra om det är rimligt att ha femton vårdcentraler i centrala Göteborg? Kanske borde man begränsa det som man har gjort på andra ställen? Det är ju inte säkert att bara för att det finns många vårdcentraler att det blir bättre vård för vårdtagarna. Att den bästa blir kvar är inte heller säkert. Jag har inte noterat att det kommit fler olika verksamheter. Snarare att det kan bli en utspädning av det som redan finns, genom att alla ska tillgodose på samma sätt. Vi har ju samarbete med Försäkringskassan, Socialen och Arbetsförmedlingen men nu ska ju de fördelas på alla vårdcentraler men det blir ju så få på varje att samarbetet ligger nere för tillfället.

Offentlig, vårdgivare 7

Patienter

Ett plus för patienten är möjligheten att vid problem kunna byta vårdgivare. De flesta tror annars inte att patienten kommer att märka av vårdvalet, bortsett från att flera menar att tillgänglighet och bemötande förbättras, eftersom vårdcentralerna kommer att hålla öppet längre och bemötandet blir viktigare när patienten utan problem kan byta vårdgivare. Att alla kan lista sig var de vill och att ingen kan nekas vård ses också som av godo för patienten, liksom att kraven på den vård som ges innebär att alla vårdcentraler har ett visst basutbud:

Om man bara har en läkare och några sköterskor och själv bestämmer inriktning, är nackdelen att man kan plocka godbitarna ur kakan, medan vi tar hela ansvaret oavsett vilken person det är. Vi listar dig på vårdcentralen oavsett om du är multisjuk, invandrare eller asylsökande. Vi tar ju hela bredden. Det känner jag är styrkan i primärvården, att vi har ett jättestort ansvar och då kan vi inte sitta och säga liksom "nej ni kan inte lista er här". Alla har rätt att lista sig och jag tycker om det breda åtagandet. Jag tycker om att jobba i det.

Privat, vårdgivare 1

Flera privata vårdgivare tror att patientens möjlighet att välja på sikt ger en vård av bästa kvalitet. Konkurrensen gör att de bästa blir kvar och vårdgivarna tvingas utvecklas i enlighet med patienternas önskemål, vilket ger bättre kvalitet.

För patienten blir det knappast sämre med mer valmöjligheter. Det blir mer tillgänglighet och bättre bemötande skulle jag tro. Kontinuiteten blir också större. Det är bra med konkurrens. Det blir lättare att välja sin vårdcentral och då får man också mer att säga



till om. Är man inte nöjd med utbudet kan man lista om sig. Man kan ställa krav ”Varför har inte ni det?”. Patienten kan påverka mer. Och vi vet vad vi måste jobba med.

Privat, vårdgivare 3

Alla har dock inte samma positiva inställning. Ett motargument som lyfts fram av en offentlig vårdcentral och en ideell verksamhet, är att vården inte behöver bli bättre kvalitetsmässigt för att patienten får det han/hon vill ha.

En läkare som skriver ut mycket lugnande medel kanske kan vara attraktiv, få höga listningspoäng och mycket besök, men är det bra kvalitet på vården?

Ideell, Vårdgivare 6

Patienten klarar av att bedöma tillgänglighet och bemötande men hur kan de bedöma den faktiska vården, mediciner, operationer?

Offentlig, Vårdgivare 6

Istället för att patienten får vård av hög kvalitet är det risk att vårdvalet leder till den billigaste vården, den billigaste medicinen och den billigaste personalen, eftersom det ekonomiska tänkandet styr. Ett sätt att undvika detta scenario är väl utvecklade kvalitetskontroller och revisioner inom systemet, vilket dock inte av alla upplevs fungera idag.

En av vårdgivarna befarar också att det enda sättet i framtiden att styra patientströmmarna kan vara genom att kvaliteten försämras vilket inte är till fördel för någon. Eftersom ingen kan nekas att lista sig kan det innebära ett stort tillflöde av patienter till en vårdgivare med gott rykte, vilket påverkar tillgängligheten om inte resurser finns att möta upp efterfrågan. I förlängningen kan det också påverka såväl bemötande som vårdkvalitet. Samtidigt kan just dessa försämringar få patienter att lista om sig till annan vårdgivare och trycket minska men då har man gjort förluster i och med att omdömet om vårdcentralen försämrats.

Att fokus flyttas från patient och vård till administration och marknadsföring gynnar inte heller patienten. De två mindre läkarmottagningar som inte tror att de skulle bli godkända i vårdvalet, menar att deras patienter inte kommer att få det de efterfrågar.

För att kunna överleva, kommer vi att tvingas skapa stora gemensamma enheter eller expandera. Mina patienter mår ju inte bättre av stora enheter. De är många gånger äldre, dementa och känner sig främmande, vilsna och inte lika trygga! För dem blir



detta inte bra. Min känsla är att vi är valda av våra patienter för att de tycker om oss som personer. Man vill ha det personliga. Det är jag och min sköterska. Det är oss de vill prata personligen med. Vi känner våra patienter väl. Det försvinner.

Privat, vårdgivare 9

Ytterligare en synpunkt är hur stor valfrihet det egentligen finns för äldre sjuka. Upplevelsen är att det inte finns något intresse för att ta sig an eller lista äldre och sjuka från exempelvis SÄBO.

Samhället

Vårdvalet blir en vinst för samhället eftersom även den offentliga vården tvingas tänka ekonomiskt, menar flera privata vårdgivare. Genom att det ekonomiska tänkandet kommer in i vården så skapas bästa möjliga vård för minsta möjliga peng. Andra ser valmöjligheten i sig som en vinst för samhället:

Jag tror att valfriheten är viktig och att man kan välja. I ett område eller stad finns alltid de med gott rykte, tillgänglighet och service. Det är bra att man kan välja själv.

Privat, vårdgivare 1

En av de privata vårdgivarna som upplever att vårdvalet främst är av godo påpekar en smula skämtsamt att läkarbristen i Västsverige tycks ha minskat i och med införandet av vårdvalet, men tror att fler läkare nu kan förhandla fram bra avtal och därmed väljer en fast anställning i stället för att arbeta som "hyrläkare".

En motsatt synpunkt är att vårdvalet kommer att kosta. Flera påpekar att administrationskostnaderna knappast kommer att minska i och med vårdvalet. Bara att hantera de ekonomiska bidragen till alla vårdcentraler i Sverige en gång i månaden är ett stort arbete, likaså administrationen kopplat till om-listningar. Ytterligare en kostnad är de kvalitetskontroller som följer med systemet. Som en privat vårdcentral uttrycker det: "Man kommer att ha mer kontroll på kostnader men det kommer också att bli extra nya kostnader". En ny kostnad för samhället är också marknadsföringen som förväntas bli mer omfattande.

Ersättningssystemen upplevs också kunna vara kostnadsdrivande för samhället. Där vårdcentraler får en hög andel av ersättningen utbetald per besök tenderar antalet besök att öka även om besök rent medicinskt inte är motiverade. Det betyder att vårdkostnaderna i samhället ökar utan att det nödvändigtvis ger en bättre vård. Människor får samma hjälp men vid fler besök. Vården går också alltmer från att vara styrd inifrån till att styras av patienternas efterfrågan. Det kan innebära kvalitetsproblem om vården i alltför hög grad riktar in sig på att göra "patienter" nöjda genom att till exempel ge behand-



lingar som efterfrågas, även om de är tvivelaktiga ur medicinsk synvinkel. Både offentliga och privata vårdcentraler ser en risk för överkonsumtion av vård från delar av befolkningen på bekostnad av dem som kanske behöver den mer. Ett stort utbud vårdcentraler i centrum i storstäder verkar exempelvis leda till större konsumtion av vård, även bland grupper som tidigare inte setts som vårdbehövande. En liknande fundering är om de kostnader längre öppethållande kvällstid och helger innebär ur samhälls-ekonomisk synvinkel är motiverade.

Den mindre läkarmottagning som ingår i undersökningen menar att det kanske inte kan ses som en samhällsvinst att landstinget och de stora privata företagen är de som i slutändan kommer att finnas kvar, medan små privata slås ut.



Mångfald

Det råder en relativt enhetlig syn om att den mångfald som LOV leder till framför allt innebär en mångfald sett till antal vårdcentraler men inte till innehåll. Man menar också mångfalden består i att privata storkoncerners vårdcentraler eller redan etablerade privata vårdcentraler kan konkurrera med offentliga vårdcentraler. Vårdvalet upplevs däremot inte gynna små privata företag att öppna vårdcentraler, förutsatt att de inte har större privata vårdgivare i ryggen. En offentlig vårdcentral frågar sig utifrån det ”om det är bättre med oligopol än monopol?”. Nedan följer några citat som diskuterar detta faktum:

Eftersom listningen finns måste man ha ett stort underlag om man ska börja något nytt. Man har ju inga listade och dessutom måste man köpa in alla utrustning och allt annat. Att starta på det sättet från noll är mycket svårt. Man får tänka på att de som börjar komma inte är de friska heller. De som söker sig till en vårdcentral är de som redan är sjuka och övriga är redan listade. Vi känner till två läkare som försökte att starta i Västmanland. De fick lägga ned efter ett halvår. De som kan starta nytt är i så fall de stora som Capiro och Carema. Vi hade redan förutsättningarna när vi öppnade, allt fanns och vi har trogna patienter här. Jag tror knappast någon mer vill starta i vårt område.

Privat, vårdgivare 3

Vi trodde det var jättebra när det kom. Men landstingen har gjort om det så att vi inte ska komma med. Det blir bara de själva samt de riktigt stora som Carema och Capiro som får plats. Idén är god med flera aktörer och att det inte ska vara monopol. Men, det blir de små som slås ut. Man hade hoppats att det hade kunnat bli så att ett gäng dietister hade kunnat gå samman och göra sin grej och flera psykologer en annan grej. Att det hade kunnat bli mer specialiserat. Vi såg många sådana möjligheter, men inte med detta system.

Privat, vårdgivare 9

När det kommer till mångfald i verksamheten påpekar flera att de mycket tydliga föreskrifterna om vad som ska ingå innebär att det inte blir mångfald i utbudet. För många är det svårt nog att nå upp till basutbudet. En av de privata företag som driver ett mycket stort antal vårdcentraler tror dock på större mångfald. Denne berättar att de bland annat ska satsa på kvinnovänliga vårdcentraler. Ytterligare ett påpekande är att vårdvalet kan stimulera till öppnandet av vårdcentraler i områden där det idag saknas. Det kan vara nybyggda områden eller tidigare oattraktiva områden som exempelvis genom hur ersättningen räknas ut plötsligt blir attraktiva.



Krav för ackreditering

De krav som finns på den verksamhet som måste finnas på en vårdcentral upplevs av de flesta som rimliga. Ett argument för att alla vårdcentraler ska ha samma basutbud är att det ger möjlighet till en likvärdig vård överallt. Ett annat argument är att vårdgivare annars skulle välja de lönsamma delarna och strunta i övriga.

Det är bra att det finns samma krav på privata som det finns på de offentliga vårdcentralerna. För patienten ska det inte vara någon skillnad vilken vårdcentral man väljer. Sedan kan ju de som vill höja ännu mer, göra det. Exempelvis har vi en viktsköterska. Vi ser det som förebyggande arbete för diabetes. De krav som finns idag är definitivt rimliga. Om det inte finns mål (krav) så är risken att vissa slås ut och att man struntar i viktiga delar för att de inte ger vinst. Man tar bara det mest lönsamma. Kraven är ett sätt att undvika det

Privat, vårdgivare 3

Det förekommer dock även en del kritik. En mindre läkarmottagning som idag inte skulle bli godkänd är kritisk till kravet på att det ska **finnas så många olika specialister** samt att det alltid krävs BVC och sjukgymnast. Att alla ska tvingas ha exakt samma verksamhet, ses som en likriktning som slår ut all mindre privat verksamhet.

Man skulle kunna ha vårdval utan att detaljstyra exakt vad en verksamhet ska innehålla. Om man tänker på diabetes kanske inte vi behöver ha en särskild sköterska. Vi har kurser om diabetes, och vi vet hur vi ska jobba med frågan och med sådana patienter, men vi har ingen formell diabetesmottagning! Men det viktiga är väl att man sköter frågan efter det som är beprövat? Sedan borde man själv får lägga upp så att det passar patienterna. Man borde kunna lita på professionen. Det ska inte vara politiker som går in och detaljstyr sådant som de inte har kompetens om. Det känns som en missstro: De styr till och med över hur bemötandet ska vara. Att vi ska vara trevliga och ha ett visst bemötande!

Privat, vårdgivare 9

I vissa landsting krävs att vårdgivaren ansluter sig till **landstingets administrativa system**. Även det upplever de mindre privata vårdgivarna som kostsamt och onödigt. Även större privata vårdgivare, som verkar i flera landsting, kan ha problem med det kravet, i de fall olika landsting använder olika system. Att tvingas ha olika system på egna vårdcentraler är knappats optimalt varken för personalut-



byte eller för internkommunikation. En av de intervjuade berättar att företaget grund av detta avstod från att etablera sig i ett nytt landsting.

Ett problem som inte riktigt hör hemma inom detta område, men som trots allt handlar om krav på verksamheten, är **att inte kunna sätta ett listningstak**. För enskilda vårdgivare kan det innebära tvång att expandera mot sin vilja. Särskilt bekymmersamt blir det i områden där det är svårt att attrahera personal (läkare).

Flera upplever att problemet är att kraven är för lågt satta alternativt inte följs upp. Det finns berättelser om godkända vårdcentraler som i praktiken inte uppfyller kraven. De ges en varning men får sedan fortsätta verksamheten i en snedvriden konkurrenssituation utan påföljder. Nedan följer ett par citat från vårdgivare som ser kraven som för lågt ställda:

Det jag tycker är lite synd är att det har varit lite för lätt att bli godkänd. Till exempel ska man ju ha en beteendevetare, kbt-samtal, det har inte alla utan de köper den tjänsten; man köper diabetessköterska etc. Vi har ju haft närområdesmöten innan LOV, och det kändes inte som om alla visste vad det innebar. Många har bara tänkt innanför centralens väggar, inte att det krävs för jour t ex. Det blir inte vård i den utsträckning som det finns behov av om man inte tillhandahåller det som behövs. Jag tycker att det ska kollas mer med revisioner om hur kravboken egentligen uppfyllts.

Offentlig, vårdgivare 7

Jag tycker att det är pinsamt låga krav. Jag kan inte fatta det. Det är bara lite som gäller ekonomi och organisation Det har chockat mig att inte det finns något där "record" räknas. Varför undrar de inte mer? Till exempel mer om kvalitet på den vård man erbjuder och den erfarenhet man har att bedriva sjukvård sedan tidigare och vilken kvalitet man har kunnat leverera vid tidigare vårdavtal. Man börjar på något sätt från noll med motivet att få in nya aktörer. Sedan måste det också följas upp, att man lever upp till kvaliteten. Annars är det ju så att LOV är knepigt. Det handlar både om att tillgodose basalt behov och ge utrymme för att välja där det går.

Ideell, vårdgivare 11

Att det **inte finns enhetliga krav mellan landstingen** är ett annat problem. Varje landsting skapar sitt eget system utan att ta lärdom av andras misstag. Att det inte råder samma regler för alla vårdcentraler i landet upplevs inte heller rättvist och flera efterfrågar riktlinjer från exempelvis Socialstyrelsen. Ett gemensamt system efterfrågas också av vissa.



Även om de flesta ställer sig bakom de krav som finns framkommer också att en relativt allmän upplevelse bland de privata aktörerna är att **landstingens uppställda krav gynnar dem själva**. Som exempel nämns tvång att ingå i landstingets administrativa system, använda landstingets labb eller att tillhandahålla specialister/tjänster som inte är självklara för en bra vård. Utifrån det faktum att landstingen i kravställningen eller i andra sammanhang mer eller mindre gynnar sig själva, drar en av de intervjuade slutsatsen att landstinget inte är lämpat att ha sin dubbla roll som vårdgivare, kravställare och ansvarig för hur ersättningssystemet byggs upp. En tredje part skulle upplevas som trovärdigare.

En av de intervjuade menar också att de krav som finns kan skapa svårigheter **för glesbygden att få vårdgivare** eftersom vårdcentraler kanske inte får tillräckligt med kundunderlag.

Men vill man ha privatläkare kvar särskilt på glesbygden och oattraktiva platser som här, där det kan vara svårt att få offentliga läkare så måste man kanske göra avsteg från kraven. Ta bort kraven på att vara flera läkare och specialistsjuksköterskor. Att man som doktor kan sköta vissa funktioner själv.

Privat, vårdgivare 10

Å andra sidan menar andra att detta problem övervinns genom glesbygdstillägg.



Ersättningsmodeller

Det är tydligt att ersättningsmodellerna och hur de är uppbyggda varierar mellan olika landsting. Några landsting har en hög andel kapiteringsersättning medan andra har en hög andel rörlig ersättning. Några väger in diagnoser och socioekonomiska faktorer vid uträkningen av ersättningen, medan andra endast ser till ålder och ytterligare andra ersätter med samma summa för alla. Att olika ersättningsssystem påverkar vårdens utformning och möjligheten att överleva i olika slags områden, råder det ingen tvekan om. Nedan följer funderingar från ett par vårdcentraler angående ersättningssystemets utformning:

Det viktigaste är att vi har bra kvalitet när vi har den här höga kapiteringsersättningen. De måste ju kolla upp att vi har bra kvalitet, så att vi inte bara listar folk... Det tycker jag är det avgörande. Kvalitetsvariablerna. Sedan kan jag tycka att om du har en hög rörlig ersättning, så kan det gynna vårdgivarna att vi blir mer på hugget också. Hade vi en hög rörlig taxa så skulle ju vi öppna portarna här, då skulle ju vi erbjuda en massa tider lördag och söndag. Så jag tycker nog att man i framtidsperspektivet skulle ha mer åt det rörliga. Det finns en fördel ur patientsynpunkt. Folk i dag vill ha tider. Skulle vi ha den ersättningen som vårdgivare, skulle vi ta fram mer tider. Jag kan se en fördel med mer läkartider. Men samtidigt ska ett sådant system vara så bra att det blir kvalitet på vården, så att det inte för patienten blir så att de ska hoppa fram och tillbaka för att det gynnar ersättningen. Att de får en tid för det receptet och en nästa vecka för det. Det är svårt att lägga sig på rätt nivå. För pengar styr så är det. Och olika ersättningsystem kommer att styra hur vårdgivare agerar.

Privat, vårdgivare 1

Vi kommer att få mer beroende på vårt befolkningsunderlag med många invandrare, medan vissa andra vårdcentraler kommer att få mindre än idag. Om det skulle vara så att alla fick lika, då skulle vi få lägga ned. Det skulle aldrig gå. Vi har en massa extra utgifter som tolkar, vaccinationer av vuxna och annat. Man måste se på området. Men det verkar alla överens om här!

Privat, vårdgivare 3

När den lokala utformningen är rätt utformad lönar det sig att var en duktig vårdgivare och ta hand om sjuka patienter. I Halland lönar det sig bättre att ta hand om friska patienter. Det är ju uppbyggt så att man får lika mycket betalt för frisk som sjuk.

Privat, vårdgivare 4



Vi erbjuder samma vård allihop. Antalet besök avspeglar bara ersättningsmodellen. Här är besök ett måste för att få en intäkt. Jag kan inte ringa in resultat till mina patienter för då får vi inte betalt för det, utan de måste komma hit. Det är därför konsumtionen går upp.

Privat, vårdgivare 13

Ersättningssystemet upplägg kan således ge en hel del oväntade, för samhället negativa bieffekter:

- Om antalet genomförda besök är viktiga för den ersättning som ges tenderar antalet besök bli onödigt många. Istället för att göra flera saker vid samma besök, delas besöken upp så mycket som möjligt med fler återbesök.
- Om läkarbesök ges mer ersättning än andra besök, ökar läkarbesöken. Patienter får träffa läkaren även då det inte är helt nödvändigt och läkare genomför fler återbesök. Eftersom läkare samtidigt är en stor kostnad, väljer många vårdcentraler att anställa vikarierande läkare, som exempelvis precis har avslutat sin AT-tjänst, istället för fasta läkare.
- Inom koncerner med egna specialister/kliniker remitteras fler till de egna specialisterna, än vad som egentligen behövs, eftersom det innebär mer pengar.
- I de fall som antalet besök inte påverkar ersättningen som ges, är istället risken att tillgängliga vårdtider och den vård som ges minskar eftersom man ändå får sin ersättning.
- Beroende på system kan det löna sig att vårda vissa patientgrupper före andra. Om systemet byggs upp så att det inte lönar sig att vårda exempelvis sjuka, äldre, invandrare eller lägre socialgrupper är det en uppenbar risk att dessa patientgrupper får sämre tillgänglighet till vård.
- Överdiagnostisering är en risk om vissa diagnoser ger mer ersättning.

Andra problem med ersättningssystemet är att vårdgivare upplever sig orättvist drabbade:

- Vid bedömning hur mycket ersättning olika patienter ska ge, finns svårigheter som inte alltid har förutsetts. Ett exempel är tolkkostnader i invandrartäta områden. Ett annat är att en frisk innerstadsbefolkning i praktiken kan vara mycket vårdkrävande och överkonsumera vård vilket innebär betydligt mer kostnader för vårdcentralen än beräknat. Ett liknande exempel är ett studentområde, där många söker psykologhjälp, även om området i sig klassats som utan något större behov på grund av en ung befolkning.
- Om många av de listade på en vårdcentral väljer taxeläkare i området, betyder det problem för vårdcentralen, som förlorar mycket av sin inkomst.
- Om diabetespatienter valt ny vårdcentral och endast vill ha utskrivna recept, utan behov att träffa läkare, sker denna hantering utan ersättning för vårdcentralen. Ersättning för diabetespatienter ges först efter ett första läkarbesök på den aktuella mottagningen.



- Vårdcentralen tvingas betala för extern provtagning på sjukhus i närheten. Det bidrag som ges täcker inte kostnaden.
- Om det inte går att garantera läkarbesök efter sju dagar görs avdrag på bidraget. Det är ett problem i områden där det är svårt att anställa tillräckligt många läkare.
- Sättet som ersättningen ges gör det omöjligt för mindre enheter att som tidigare samarbeta med varandra och samtidigt förbli separata ekonomiska enheter. För att bli godkända tvingas man gå samman till större enheter.

Flera i undersökningen ställer sig frågande till hur ersättningen räknas ut. Systemet upplevs inte tillräckligt transparent och det finns misstankar om att landstinget gynnar sig själv.

Frågan är hur man räknar ut CNI rent praktiskt. Hur vet man om man bor ensam eller tillsammans, vilken utbildningsnivå som finns, om man är utlandsfödd. Finns det verkligen sådan information om alla personer i alla områden? Det är ju en fråga? För våra områden ser ju mycket olika ut!

Privat, vårdgivare 3

Ett problem som jag ser det är att det är ogenomtränglighet i betalningssystemet. Det finns sekretess om var patienten går. Vi får bara en minuspost i ersättningen, exempelvis minus 100 000 för andra besök, Vi vet egentligen inte vilka det är och om det är sant eller inte...

Ideell, vårdgivare 4

I intervjuerna ligger fokus på problem med ersättningssystemet och flera ser sin chans att ta upp sådant de upplever missgynnar dem. Samtidigt bör det påpekas att i stort sett samtliga i grund och botten tror på LOV, förutsatt att negativa bieffekter eller orättvisor kopplat till ersättningssystemet rättas till.

Det är också värt att nämna att det i flertalet intervjuer finns ett grundantagande att ersättningssystemet bör utformas så att det gynnar helheten och att vården har ett ansvar för att vara tillgängligt för alla människor i samhället. En av de intervjuade uttrycker detta mer explicit och kommer i sitt resonemang fram till att landstinget därmed har sin givna plats som förvaltare av systemet:

Det jag kan vara rädd för när det gäller mångfald är att det kan finnas patienter som hamnar mellan stolarna. Att man inte tar ett övergripande ansvar. Det är viktigt! Att man inte plockar russinen ur kakan. Det tycker jag att jag har hört lite grand från



Stockholm, att det finns områden med mycket flyktingar att ingen egentligen vill starta upp där. Men på Östermalm där startar man gärna upp. Det tycker inte jag är bra, speciellt inte här i Norrland. Där är det viktigt att man tar ett övergripande ansvar

Privat, vårdgivare 2

Synpunkter på nationella taxan

Några intervjuade har inga synpunkter på att den nationella taxan existerar parallellt med LOV, och en del ser det som positivt eftersom det ger extra tillgång till specialister. Andra är dock mycket kritiska. De problem som framställs tycks framförallt existera i storstäder och handlar om de ekonomiska svårigheter det innebär när patienter listade på den egna vårdcentralen, väljer att gå till taxeläkare istället.

Det är korkat! Vi är inte så jättedrabbade för vi finns inte i sådana sammanhang där man har haft så mycket sådana. Men jag vet i Göteborg innerstad, där det finns många husläkare, där kan det vara problem. Det fina folket går till husdoktorn och då får vårdcentralen betala för sina patienter. Jag vet någon som säger att de har mer i utgifter än intäkter på listade patienter. Det är ju särskilt extremt i innerstadsområden. Det jag tycker det visar är att man inte kan ha två system samtidigt.

Ideell, vårdgivare 4

Det är inte bra. Är man ansluten enligt nationella taxan, då kan inte vårdtagaren lista sig där, utan då listar sig patienten hos vårdcentralen, men så går då patienten till taxedoktorn så får vi betala honom. Här i centrum finns det ju också många taxedoktorer, så det flödar ut pengar från vårdcentralerna till dessa. Någon gång hörde jag att man kanske skulle bryta det avtalet. Att avsluta kontraktet. Så mycket vårdcentraler som det finns i centrum finns det inget behov! Jag tror inte att de fyller ett behov egentligen. Om kravboken säger vad vi ska göra så gör vi det, men taxeläkarna kan stå utanför den.

Offentlig, vårdgivare 7



Andra synpunkter på vårdgivare med nationella taxan är att vården sker på andra villkor utan den styrning och med de krav som finns inom vårdvalet. Det innebär att det blir en konkurrenssituation som gynnar de vårdgivare som arbetar enligt den nationella taxan. Flera antyder att det kan finnas oseriösa vårdgivare bland dessa och att man inte tar emot alla slags patienter.

Nationella taxan är ett otyg och borde inte få finnas. Den vård som bedrivits inom nationella taxan har uteslutande haft ett vårdgivarperspektiv – det här vill jag tjäna, de här patienterna vill jag inte ha. De här undersökningarna får landstinget ha hand om. Beställaren har inte haft något som helst inflytande på taxeläkarna och det håller ju inte, särskilt inte i relation hur det ser ut nu.

Privat vårdgivare 12

Nationella taxan, att den lever kvar är ju helt fel. Det är ju en ensam läkare som inte behöver betala för några kringtjänster. Han/hon kan skicka folk på röntgen och provtagning utan att det kostar dem ett dugg. Så det borde bort nu. Patienten kan använda det också, för att få någon extrabehandling: får jag ingen magnetröntgen här hos er, då går jag till en taxeläkare.

Privat vårdgivare 13

Ur patientsynpunkt är det ju bra att patienten har flera ställen att gå på men som vårdföretagare som har sjukgymnaster så vill jag ju gärna att patienten går här! Skulle det växa upp många andra, så har vi ju splittrat systemet med fritt vårdval. Det är motsägelselfullt för mig./// Vi tar hand om allt som patienten behöver. Kommer du in i den här byggnaden och behöver sjukgymnastik så har vi det. Behöver du gå på MVC så har vi det, behöver du gå på BVC så har vi det. Jag behöver inte skicka patienter någonstans. Har jag bara läkare och några sköterskor så måste jag skicka patienterna på sjukgymnastik hit och BVC dit. Jag är ingen förespråkare av att ha någon som jobbar på en läkarpraktik, någon som jobbar med sjukgymnastik, någon som jobbar på läkarmottagning, någon som jobbar på BVC. Utan vi tillsammans är mixade på arbetsplatsen. Det utgör ju i sig en styrka. Vi kan fråga varandra, vi kan rådgöra med varandra. Vill till exempel läkaren veta hur sjukgymnasten tar hand om den här patienten och hur gör kuratorn, då är det enkelt. Så patienten kan gå in här och få all service! Är du entreprenör är det ju lättare att starta litet än att starta brett. Men för patienten och arbetsmiljön är det bättre med den breda.

Privat, vårdgivare 1



En av de intervjuade menar slutligen att läkare som väljer att arbeta utanför vårdvalet naturligtvis måste få existera men de bör inte sponsras av statliga medel.

Det är också något som vi måste leva med, det handlar om människor som vill kunna välja. En fråga man kanske ska ställa sig är hur mycket staten ska finansiera. Kanske man betala själv som privatperson. Att man sätter den gränsen.

Ideell, vårdgivare 11



Listning och passiva val

I vilken grad vårdvalet i praktiken kommer att innebära nya patienter för vårdcentralerna diskuteras. En vanlig synpunkt är att inte särskilt mycket kommer att ändras eftersom de flesta föredrar att gå till den redan etablerade vårdcentralen i närområdet.

Jag tror inte att vi behöver oro oss att våra patienter går någon annanstans. Det är nog ytterst få här som kommer att se sig om efter en annan vårdcentral. Det kan i så fall vara de från villaområdet bredvid som söker sig till X. Här är det snarare så att vi har svårt att få våra patienter att ta sig till stan för träning. Man vill inte gärna lämna området. Närheten är viktig och jag tror att det gör att det inte kommer att bli så stora förändringar i underlag på vårdcentralerna. Jag tror inte att våra patienter i så hög grad kommer att leta på Internet och välja andra. Det används inte så mycket. Här är det mer mun till mun- metoden eller att man känner oss. Många kan inte ens läsa.

Privat, Vårdgivare 4

Det tycks också vara ett faktum att en stor del av Sveriges befolkning aldrig kommer att göra ett aktivt val och särskilt inte de friska. Vad landstinget gör med olistade är därför en central frågeställning för de flesta vårdcentraler vi pratar med. Att som vårdcentral få olistade ses av de flesta som en förutsättning för att kunna driva en verksamhet. Eftersom sättet att fördela olistade patienter varierar mellan olika landsting, är problemen kopplade till listning också varierande.

Vissa landsting räknar ut områden enligt GIS så alla vårdcentraler får exakt lika stora områden av olistade. Andra går efter hur de naturliga upptagningsområdena före LOV såg ut, det vill säga i praktiken det upptagningsområde som vårdcentralerna redan hade. Vissa gör ett proportionerligt urval utifrån antalet nuvarande patienter eller utifrån personalstyrkan (antalet läkare).



En av de intervjuade beskriver hur listningen har fungerat på två olika platser i landet och vilka problem de olika systemen har inneburit för deras verksamhet:

Här har man ett mycket strikt system med GIS. Det betyder att när vi etablerade oss i X så blev det 100 meter söder och 100 meter norr om redan etablerade centraler, vilket betydde att vi fick 6 patienter! I X försökte man istället att rita manuellt och man utgick från hur många doktorer man hade anställda. Vi var lite naiva och blåögda och uppgav tre, men sedan fanns det andra nya som var lite mer frejdiga. De sa 10 och då fick ju de ett betydligt större patientunderlag än oss och vi fick lite, fast det inte riktigt var så...

Ideell, vårdgivare 6

I vissa landsting tycks det vara så att när de olistade är utdelade, tillhör de den aktuella vårdcentralen oberoende av om en ny vårdcentral etableras i området. Det betyder att det blir svårt för nya att etablera sig. I andra områden tycks det istället vara så att de olistade vid nyetablering delas mellan de vårdcentraler som finns och den nyöppnade. Det innebär istället en osäkerhet för dem som driver vårdcentraler. I vissa landsting ges de olistade till de vårdcentraler de besökt de senaste tre gångerna vilket gynnar offentligvården och missgynnar nyetablerade. I ett landsting förekommer ingen passivlistning alls, utan när en ny patient kommer till vårdcentralen läggs stor vikt vid att få vederbörande att lista sig för att inte vårdcentralen ska bli utan ersättning.

Övriga svårigheter som vårdgivarna upplever på grund av hur listningen är upplagd är följande:

- Om man kan lista om sig hur många gånger som helst finns patienter som ständigt söker nya vårdcentraler. Det ger mycket extra administration och onödiga vårdkostnader.
- I de fall patienter söker upp akutmottagningar på annan vårdcentral eller vaccinerar sig på annan vårdcentral tvingas de att lista om sig. Varje omlistning skapar mer administration.
- Att det inte finns ett listningstak är ett problem för vårdcentraler som har svårt att få tag i läkare eller som egentligen inte vill expandera.
- I vissa områden med överetablering av vårdcentraler råder marknadsföringskrig. Fokus på marknadsföring och osäkerhet om ekonomin gör att fokus förflyttas från huvuduppgiften.



Marknadsföring

Marknadsföringen inom olika landsting beskrivs olika, liksom i vilken grad den upplevs konkurrensneutral. Några vårdgivare menar att marknadsföringen av vårdvalet i stort sett har varit obefintlig. Information om vilka vårdcentraler som går att välja inom landstinget finns på hemsidan, men i övrigt har inte mycket gjorts för att marknadsföra valet. Andra menar att kampanjer har genomförts i media, lokal-TV eller via utskick till hushållen för att medborgarna verkligen ska välja. Nedan följer berättelser om hur marknadsföringen upplevs i några av landstingen:

De har ju gått ut här i pressen, tidningen och talat om vårdvalets modeller och att man har rätt att lista sig på vilken vårdcentral man vill och nu ska de ha någon marknadsföring här i april-maj när det kommer nya entreprenörer på plats.

Har informationen som gått ut varit konkurrensneutral?

Ja, det tycker jag. Det finns ju på intranätet och där kan du ju läsa det som är. Jag har ju tillgång till landstingets intranät. Jag får ju all information från landstinget.

Något annat sätt man borde informera på?

Ja, jag tror ju att när man har fått fler, när det har vuxit upp nya, då pratar de om att man ska göra någon form av marknadsföring från beställarenheten där man ansöker om fritt vårdval. Och det är klart att de måste ut med det här. Det finns folk i dag som inte vet att man kan lista sig på vilken vårdcentral man vill till exempel. Kanske 50 procent skulle svara att de inte vet. Och för gemene man är det ju så att den dag jag behöver vård, det är först då jag söker vården. Men är man kroniskt sjuk så är det ju viktigt. Man läser ju de annonser man vill.

Privat, vårdgivare 1

Just nu har inte vi så mycket konkurrens, men om det dyker upp blir det en helt annan sak. Jag vet ställen här där det varit rena kriget. Det är bra att det finns restriktioner så att man inte kan gå ut och erbjuda gratis hälsokontroller eller en ipod om man väljer en viss vårdcentral. Det kan kännas lite tokigt att ta pengar från verksamheten till reklam, tidigare handlade det mer om att ge information om öppettider och liknande. Nu är det mer kom till oss, detta kan vi ge dig... Vi får hjälp av informationsavdelningen till en viss del, det är ju en del av det vi betalar för. Men ska vi ta fram något speciellt betalar vi extra för det.

Offentlig, vårdgivare 8



Intressant att notera är att tre vårdgivare som verkar i samma område, Göteborg och Västra Götaland, uppfattar marknadsföringen väldigt olika:

När man skickade ut angående listning var det förhållandevis få som gjorde ett aktivt val, så man kunde nästan ifrågasätta hela grejen. Det finns studier som visar att det viktigaste är närheten. Vi har marknadsfört fria vårdvalet. Men hur angelägna invånarna är, är en annan sak. Jag tycker information varit sjyst. Det var förstås en del som erbjöd ett kilo kaffe om man listade sig men det blev ju slut på det! På det stora hela har det ingen betydelse. Om vi tittar på vår vårdcentral kommer vi att gå ut med utskick i brevlådorna i närområdet, aktiv marknadsföring. Vi går ut i Metro student några gånger om året också. Vi har en firma som tittar på flödet på vårdcentralerna.

Offentlig, vårdcentral 7

Marknadsföringen tycker jag att landstinget ska ha eloge för, den har de gjort neutral. Det har varit utskick på nätet och reklam på tv och så vidare. I Värmland var det så lite som gick ut, nästan ingenting, men i Västra Götaland var det jättemycket och i Jönköping var det lite mittemellan. Jag tycker i alla fall inte att man på ett iögonfallande sätt premierat sina egna. Så det har varit bra.

Ideell, vårdgivare 4

I Västra Götalandsregionen så fanns det tidigare en mycket enklare ingång till den offentliga primärvården. Fortfarande så är det inte konkurrensneutralt. När det gäller informationen på nätet kan man som ickeinsatt hamna endast i den offentliga primärvården. Det är en begreppsförvirring med Västra Götalands primärvård, det blir en fördel för offentliga. Den konspirationsteoretiskt lagde kunde tro att det fanns en djävulsk plan, vilket det säkert också var. De behöll mödravården, vilket var fräckt eftersom MVC är ingång till BVC som i sin tur är ingång till unga friska vuxna. I vecka 33 brukar MVC fråga vilken BVC de vill gå på och vid ett tillfälle blev det bara till offentliga. Det är inte konkurrensneutralt. Vi har marknadsfört oss hårt för mycket stora pengar. Det som har gjorts har varit gratis kaffe, gratis vaccin och gratis insläpp.

Privat vårdgivare 4



Flera av de privata menar att det är viktigt att de marknadsförs på samma sätt som offentliga vårdcentraler, finnas med på landstingets hemsida över vårdgivare och där ges lika förutsättningar.

Jag tycker att det är bra att man har informationen på hemsidan. Det blir alltmer det vanligaste sättet att söka information även om inte alla gör det här. Det blir samma slags information för alla, vilket är en fördel. Man kan läsa om oss på samma sätt som andra. Man kan läsa om alla i samma form. Det är bra. För patienten tror jag att Hälsoval blir bra och just att utbudet går att jämföra. Alla hemsidor kommer att se likadana ut med samma slags information. Så där har vi samma möjlighet att sälja oss.

Privat, vårdgivare 3

Problemen kopplat till marknadsföringen handlar främst om upplevelsen att landstingen gynnar sig själv. Nedan följer några exempel:

- Ett landsting gick ut med en kampanj om vårdvalet och hänvisade till en hemsida där ortens privata vårdcentral inte fanns med som valbart alternativ. Det tog över en månad, efter kampanjens genomförande, innan den privata vårdcentralen kom med.
- Den privata vårdcentralen har inte fått sitt område med olistade personer trots att två månader gått sedan vårdvalet inleddes. Eftersom det inte finns något listningstak i landstinget är den privata vårdcentralen rädd att gå ut med information om att man finns som listningsalternativ innan man vet hur många de olistade blir. Landstinget har dock under perioden gått ut med en kampanj som syftade till att få fler listade. Den privata vårdcentralen upplever att landstinget medvetet drar ut på tiden med att ge dem sina olistade, för att själv kunna bedriva en kampanj för att få så många som möjligt listade inom de offentliga vårdcentralerna.
- Ett landsting upplevs av de privata vårdgivarna inte ha gett någon information om vårdvalet. Man tror att det beror på att landstinget är rädd att många ska välja ett privat företag och genom att inte ge information förblir invånarna kvar på sina gamla offentliga vårdcentraler.

Det finns exempel på hur en del privata vårdcentraler upplevs ha gått över gränsen i sin marknadsföring. Gratis kaffe eller fria patientavgifter har erbjudits om man listar sig. Både privata och offentliga aktörer ser det som viktigt att landstinget sätter upp begränsningar som utesluter kampanjer av detta slag. En av de intervjuade undrar också om privata vårdgivare kan använda landstingets logga:

Capio eller om det var Carema håller på och marknadsför sig där jag bor. De skickade ut en blankett och på baksidan har de stämplat sin logga. Nu vill vi vara ditt Hälsoval,



har de skrivit eller något sådant... jag vet inte om det är tillåtet. Landstingets logga och så adress till dem?

Privat, vårdgivare 1



Missgynnans aktörer?

Landstinget visavi privata

Det varierar hur privata vårdgivare ser på sin kontakt med landstinget. Det finns enstaka som menar att de alltid har behandlats väl och inte missgynnats:

Jag har jobbat nära landstinget sedan 2003 och jag tycker att det har fungerat väldigt bra. Jag tycker inte jag känner mig förfördelad för att jag inte tillhör landstinget. Vi har fått vara med på deras saker och så. Vi har ju en fördel inför vårdvalet genom att vi är inne i det här systemet. Ska jag börja från början, och bygga upp allting, då är det ju skillnad.

Privat, vårdgivare 1

Privata vårdgivare, som inte upplever sig ha behandlats väl av landstinget tidigare, hyser förhoppningen att LOV ska leda till ett nytt bemötande där landsting och privatvård ses mer likvärdigt.

Fördelen med LOV är ju att vi får mer lika villkor som landstinget än tidigare. De kommer troligen inte heller att se på oss som "privata" på samma sätt längre. Nu är det vanligt att man glömmmer bort oss på möten och vid information för att vi är privata. Sedan är ju frågan om det blir lika villkor för landstinget och privata när man tänker på infrastruktur och ojämna kostnader som administration och sådant. Vi kan inte ta hjälp av en personalavdelning till exempel. Det blir dyrt att ha en på varje inom det offentliga. En fördel som vi har är att vi i högre grad kan handplocka personal och vi behöver inte gå efter några LAS-listor som landstinget.

Privat, vårdgivare 3

Flera privata vårdgivare upplever dock att landstinget, generellt sett, är negativa till privat vård. De berättar om hur de genom åren har missgynnats. Man har uteslutits från utbildningar, infrastruktur, maillistor och konferenser. Missgynnande upplevs inte direkt kopplat till LOV som idé, utan till att landstinget medvetet väljer att utforma regler, marknadsföring och annat inom LOV på ett sätt som gynnar dem själva.



Nedan följer fler exempel på hur privata vårdcentraler upplever att landstinget gynnas:

- I praktiken byter inte människor vårdcentral utan de går till den som ligger geografiskt nära och som man känner till. Det betyder att existerande vårdcentraler gynnas och dessa är främst offentliga.
- Listningssystem/ersättningssystem gynnar redan etablerade, vilka främst är offentliga.
- De krav som ställs för att ackrediteras gynnar existerande vårdcentraler. Dessa redan etablerade vårdcentraler är i hög grad offentliga.
- Landstinget har tolkningsföreträdare vid tvister och det gäller fram till prövning görs i domstol.
- Landstinget gynnas genom sin infrastruktur och sitt administrativa system samt exempelvis tvång att köpa labb och administrativa tjänster från landstinget.
- Landstinget tillför resurser till offentliga vårdcentraler så att de kan fortsätta även om de går med förlust.

Det finns också flera fall där man misstänker att privata har missgynnats även om man inte är helt säker:

Det är bara tre privata här vilket beror på att landstinget har för höga krav. Två privata har fått lägga ned... Vi kommer att få ett psykosocialt tungt område (med olistade). Det är ganska tydligt här att de inte vill ha privata vårdgivare. Även om det till viss del räknas ut så innebär att ha många tunga att det blir en nackdel.

Privat, vårdgivare 1

Om man får samma ersättning som landstinget är det OK. Men det förutsätter att det inte finns dolda ersättningar. Jag tänker på hyreskostnader till exempel. Får de annan ersättning än detta? De har ju också hemsjukvård, kanske kan de säga att "våra arbetsterapeuter de kostar jättemycket", sedan kanske de kan ha det de får till annat? Och om de går back så måste det funka ändå. Fråga är om det är konkurrensneutralt. Det har vi ingen insyn i, det kan man bara misstänka att enheter som är LT-finansierade får tillskott.

Privat, vårdgivare 1

De har satt upp kraven för att det inte ska vara så lätt. Hälsocentralerna som drivs offentligt har all personal och utrustning. Landstinget har stor konkurrensfördel framför de som ska börja från början. De har lokaler och utrustning.

Privat, vårdgivare 9



Offentliga vårdcentraler menar å andra sidan att privata vårdcentraler gynnas genom att:

- Privata kan anställa vem de vill och behöver inte bry sig om LAS-listor och liknande. De kan börja om med helt ny personal.
- Privata kan behålla sin vinst och använda den som de vill.
- Offentliga har en väldigt stor administration. Privata behöver inte betala en fast kostnad för administration, IT och liknande utan kan själva välja att lägga upp det som de vill.
- Privata behöver inte vända sig till företag som vunnit en offentlig upphandling. Exempelvis kan de köpa en dator var de vill.
- Vissa politiker vill främst ha privatvård och det finns en tydlig önskan om mer privata alternativ.
- Landstinget ses av vissa som en kartell men även privata aktörer kan samarbeta och verka på samma sätt.

Privat mindre företag visavi privat storkoncern

De intervjuade tror generellt sett inte att mindre privata vårdgivare har samma möjligheter som större privata koncerner som Carema eller Capiro. Det påpekas av flera att det med stor sannolikhet kommer bli de stora privata aktörernas marknad tillsammans med landstingsvården. En anledning är behovet av riskkapital för att kunna starta en vårdcentral, en annan de krav på specialister/specialområden och ett visst antal läkare som finns:

Vi kan inte konkurrera med Carema eller Capiro. Men det är bra att de finns också för de har specialister och sjukhus som vi aldrig kan ha. Där finns spetskompetens. Det är bra med specialister och att de ofta har relativt korta väntetider. De har gott bemötande och är ett bra komplement till landstingsvården. Det finns ju ett underlag för dem, eftersom de finns. Vi skulle inte kunna klara något liknande. Sedan är det ju alltid en risk att de köper upp vårdcentraler och det är ju också bra att det finns lite mindre verksamheter, inte bara de stora. Till slut blir ju de stora i så fall som en annan offentlig verksamhet. De vill köpa mer vårdcentraler så det är en risk.

Privata, vårdgivare 3



Kvaliteten i vården

På en direkt fråga om kvalitet svarar de flesta att vårdkvaliteten troligen varken blir bättre eller sämre genom vårdvalet. Undantag är tillgängligheten till vård (längre öppettider, fler akutmottagningar) och bemötandet som antas och upplevs bli betydligt bättre. I vissa intervjuer lyser samtidigt en del farhågor igenom när det gäller kvalitetsens utveckling på sikt. En intervjuad inom offentligvården menar att inriktningen på kvantitet och vinst i längden mycket väl kan leda till sämre vårdkvalitet. Fokus läggs i högre grad på administration, ytliga utvärderingar och marknadsföring. Resurser tas från patienttid, utbildning och kvalitativ utveckling av vården. Användandet av billig arbetskraft för att skapa en vinst i verksamheten är också en risk för kvaliteten. Genom att anställa nyss utexaminerade vikarier försvinner erfarenhet från vårdcentraler. Kvalitetsuppföljningar av modell light med fokus på tillgänglighet, bemötande och kundnöjdhet och undermåliga revisioner utan åtgärder, anser flera kan stjälpa vården.

Det krävs revisioner. Sedan 90-talet är det tydligt med vikten av öppna jämförelser och konkurrens kring kvalitet för att man ska komma vidare. Som det är idag behöver revisionerna utvecklas mycket mer. När det gäller kvalitet i vården så handlar det just nu om att bestämma vad kvalitet är. Man måste gå tillbaka till evidensbaserad och forskningsbaserad syn på kvalitet. Och där är det professionen som vet bäst. Man har inte hängt med utan fokuserat på att det är svårt att fastställa vad som egentligen är kvalitet. Därmed har marknaden tagit över av tjänstemän som inte kan detta. Politiker ligger på hårt och det har blivit snabbt fixat men inte bra. Vi kan köra helt i diket... Professionen måste kunna leverera vettiga kvalitetsparametrar så att det inte bara blir fokus på tillgänglighet.

Ideell, vårdgivare 11

Kvalitet är olika saker. Bemötande och tillgänglighet kommer definitivt att öka, det ser man redan. Sedan kvaliteten när det gäller behandlingar... det är lite mer svårgenomträngligt. Det kan inte patienten bedöma. Det man kan bedöma är bemötande och tillgänglighet men om en operation eller medicinen var bra kan man inte bedöma. Kvaliteten blir som förut eller kanske sämre. För kostnaden ligger på den enskilda vårdcentralen och då tar man helst en billigare lösning än den med bättre kvalitet. Det blir billigare medicin och så få prover och remisser som möjligt. Det blir kostnadseffektivt men inte bättre kvalitet.

Vad bör man göra för att öka kvaliteten?

Det är någon form av uppföljning som behövs, något som inte är kopplat till patientuppfattning. En extern uppföljning! Om vi tar ett mer extremt exempel så kan en doktor



vara benägen att skriva ut väldigt mycket lugnande medel. Han kan bli mycket attraktiv och få mycket besök och höga listningspoäng. Men är det av hög kvalitet? Det måste kompletteras med en granskning som görs av Socialstyrelsen eller landstinget.

Ideell vårdgivare 4

Flera menar att kvalitetsuppföljningarna inom LOV inte är trovärdiga. Dels är de ytliga och mäter inte egentlig kvalitet, dels sker inget i de fall vårdgivaren inte uppfyller kraven. En relativt nyöppnad vårdcentral har exempelvis fått erfara att kvalitetsmätningarna inte alltid ger rättvisa resultat. Två gånger årligen mäts tillgänglighet till läkare på landstingets vårdcentraler. Vårdcentralen ifråga fick en tillgänglighet på 80 procent och kände sig nöjd. Övriga vårdcentraler hade dock en tillgänglighet på hela 100 procent. Hur uppnåddes då det? Jo, eftersom mätningen varje år genomfördes under två kända veckor så bokade vårdcentralerna under dessa veckor inte in några läkarbesök...

Även avseende diabetesmätningar och delar av folkhälsoarbetet ifrågasätts om de kan ses som ett mått på vårdkvalitet.

Sedan kan man ju fråga vad kvalitet är. Hur mäter man det? Det växlar över tid vad man ser som bra kvalitet. Om man ser på diabetesvården så har man exempelvis länge sett det som viktigast att alla patienter har vissa värden men nu har man börjat svänga och menar att det kanske inte är så viktigt med äldre. Att de får ett eller två år till. Kanske är inte livskvalitet bara livslängd. Idag ser man kvalitet som lika med enkäter som mäter patienters syn på bemötande, tillgänglighet och liknande. Sedan kan man jämföra olika vårdcentraler. Samtidigt kan jag ändå tycka, trots att vikt läggs vid uppföljning av dessa slag, att det blir mindre och mindre tid med patienterna och det som tidigare varit i fokus, det vill säga själva vården. Sedan har man förstås samtidigt som vårdval kommit in skurit ned i sjukhusvården så att människor skickas hem för tidigt och vårdplatser minskar och det är stora överbeläggningar.

Offentlig, vårdgivare 8

Sedan har vi haft fem frågor, folkhälsointervention, det får vi pengar för om vi gör. Och det tycker vi egentligen är onödigt, för vi tycker inte att det leder till hälsa.

Privat, vårdgivare 5

Tilläggas bör dock att det också finns vårdgivare som är av motsatt åsikt och ser frågor av dessa slag som bra kvalitetsmätare:



Och sedan det här med kvalitetssystem håller landstinget här på att titta på något som är väldigt intressant. Man ska bygga upp kring det här med livsstilsfrågor. Vi kommer att få betalt kring folkhälsa och kvalitet. Om vi tar det här med tobak och alkohol till exempel så får man en viss ersättning för att man frågar patienten om de brukar alkohol och tobak och en viss ersättning om man gör en rådgivning och ännu mer ersättning om du når resultat. Vi kommer in på alla folkhälsovariabler och det tror jag att det kommer ju att peppa oss allihop att jobba med förebyggande. Det kommer också att gynnas av det här systemet. Och sedan att vi har kvalitet, att vi har diabetespatienter och att det sköts. Det är viktigt i det här, i den nya lagen att det är landstinget som håller i det, att man kollar upp kvaliteten. Att man har mätbara mål och variabler, det måste finnas annars kan systemet bli illa.

Privat, vårdgivare 2

I kritiken av dagens uppföljning och vad man skulle vilja se istället framkommer följande huvudpunkter:

- Kvalitetskontroller måste utvecklas och bli mer inriktade på verklig kvalitet, inte enbart på kvantitet som egentligen inget säger eller patientuppfattningar om tillgänglighet och bemötande.
- Det måste ske ordentliga revisioner så att vårdcentraler kan tvingas stänga om de inte lever upp till det de lovar, eller på annat sätt har misskött kvaliteten som ska finnas.
- Det bör finnas en tredje part som granskar kvaliteten och som gör ordentliga kvalitetsgranskningar. Den tredje parten bör vara neutral men med stor kunskap om professionen.
- Man bör göra ordentliga nedslag på alla ställen samtidigt och se hur man verkligen gör och strunta i en del småsaker som man undersöker idag. Det kostar stora summor men ger sedan inget.
- Det bör finnas tydligare kvalitetskrav när man ansöker om ackreditering. Exempelvis dokumenterad god förmåga inom aktuella områden sedan tidigare eller ens något som enkelt som erfarenhet från branschen.

Några lyfter också fram vikten av att kvalitetsuppföljningar blir tillgängliga för patienten och att det blir mer insyn i verksamheten. Endast på så sätt kan kvaliteten höjas genom patientens val.



Övrigt om LOV

Företrädarna för de två ideella verksamheter som intervjuats upplever att LOV på många sätt kan vara en fördel för dem. En av de intervjuade menar att både offentliga och privata vårdgivare är positiva till de ideella verksamheterna, liksom politiker från alla partier. Ytterligare en synpunkt är att medborgare kan tänkas föredra att vända sig till verksamheter utan ett rent vinstintresse:

Ideell verksamhet: stiftelser såväl som landsting och aktiebolag måste få ihop sina pengar. Sedan är det olika syn på överskottet. I vårdvalet tror jag att väljarna kommer börja titta på det och se det som positivt att man är ideell.

Ideell, vårdgivare 11

En av de privata vårdgivarna menar att det är viktigt att alla inblandade, även allmänhet och politiker, förstår att alltför mycket byten av vård också kostar samhället pengar, pengar som faktiskt gör att det blir mindre sjukvård för pengarna:

Jag tror att det är tråkigt om politiker och andra inte förstår att valfrihet och trygghet faktiskt kostar pengar. Nu byter folk vårdcentral som man byter skjorta (2000 in och 1500 ut). Det är väldigt kostnadskrävande. Rörlighet är bra, tycker man, men tänker inte på att det kostar och då blir det ju mindre sjukvård för pengarna i slutändan. Valfriheten ökar men det är inte gratis och det ska nog framföras till politikerna.

Privat, vårdgivare 4

Ytterligare en synpunkt är vikten av ett gemensamt system och att en tredje neutral part kommer in som sköter ackreditering, revisioner och beräkningar:

Generellt sett tycker inte jag att man klarar av att vara beställare och utförare samtidigt. Man ser till sitt eget, det är enklare att sparka någon annans personal än sin egen. LOV är ju inte ett problem i sig, utan det är ett bra system. Risken finns mer i handhavandet av det. Om man till exempel har korta avtal och dåligt skrivna anbudsunderlag (eller vad man ska kalla det)... När man inte har tänkt igenom ersättningssystem och som det tycks inte verkar lära av varandra heller. Jag tror inte att det är hållbart att landstinget både är beställare och utförare. Det blir alltid så att man gynnar sig själv.

Ideell vårdgivare 6



Sammanfattning

Undersökningen har genomförts med sammanlagt fjorton privata, offentliga och ideella vårdcentraler fördelat i elva landsting. Det finns både mindre privata och de som ägs av större koncerner. Ett par intervjuer har också genomförts med privat verksamhet som väljer att lägga ned i samband med att LOV vårdval införs. Några vårdcentraler finns i landsting där man ännu inte har kommit igång med vårdvalet.

Av de intervjuade är många positiva till lagstiftningen LOV, särskilt bland privata vårdgivare som hoppas att LOV ska ge privata vårdcentraler möjlighet att existera på samma villkor som offentliga. Att man är positiv till LOV som idé betyder inte att man är nöjd med hur systemet i praktiken fungerar. På ett övergripande plan kan det konstateras att exakta klagomål varierar mellan landsting men det är tydligt att kritiken överlag handlar om ersättningsmodeller och krav för att bli godkända. I vissa landsting finns även kritik mot marknadsföring och hur man gör med dem som inte aktivt väljer. Ett påpekande som flera framför är att det tycks vara dålig framförhållning i införandet av LOV och att landstingen inte verkar lära sig av varandras misstag. Att det inte finns en nationell modell för samtliga landsting förvånar också.

I grunden tror ingen att mångfalden kommer att öka genom införandet av vårdvalet, om man med mångfald syftar på olika slags verksamheter med olika inriktning. Det är en allmän uppfattning att de som gynnas av systemet är befintliga offentliga och privata vårdcentraler samt stora koncerner såsom Carema, Capio och Praktikertjänst. Utbudet på vårdcentralerna upplevs inte heller bli särskilt varierande eftersom kraven på vad som verksamheterna ska innehålla redan styr utbudet.

När det kommer till kvaliteten anses tillgänglighet och bemötande förbättras i och med LOV. Farhågor finns dock hos vissa, att kvaliteten kan komma att sjunka på grund av att mer resurser går till administrativt arbete, yttlig kvalitetsdokumentation och marknadsföring, vilket kan leda till mindre patienttid och färre möjligheter till utbildning och fördjupning. Vinsttänkandet upplevs kunna leda till en jakt på kostnader genom sämre utbildad personal, billiga mediciner och billig vård, vilket i slutändan drabbar patienten. För att undvika detta krävs ordentliga revisioner som vid behov leder till åtgärder. Annat som efterfrågas är en kvalitetsgranskning som utgår från professionen och som är mer djupgående än idag. Några menar också att ackreditering, beräkning av ersättning, kvalitetsgranskning och revisioner bör ske av en neutral part istället för som idag av landstingen. Motiveringen är landstingen av naturliga skäl gynnar sig själv.



Bilaga 1. Intervjugudie

Bakgrundsfrågor

Namn:

Företag/verksamhet:

Var man verkar, Inom vilket landsting:

Roll i verksamheten:

Verksamhet som bedrivs (vilka delar ingår i verksamheten):

Antal anställda, omsättning:

Hur länge har ni funnits?

Verksamhetens erfarenhet av LOV (vårdval)/LOU/taxe/vårdval?

Erfarenhet av vård i olika system och syn på LOV (vårdval)

Vilken erfarenhet har du att jobba med vård inom:

Offentlig verksamhet?

Privat verksamhet?

Verksamhet med uppdrag enligt LOV (vårdval)?

En verksamhet med uppdrag enligt andra system

LOU

Nationella taxan

Vad ser du för huvudsakliga fördelar och nackdelar med LOV (vårdval)?

För dig i din yrkesutövning?

Förslag på lösningar om nackdelar?

För vårdgivare i allmänhet?

Förslag på lösningar om nackdelar?

För patienten?

Förslag på lösningar om nackdelar?

För samhället?

Förslag på lösningar om nackdelar?

Hur ser du på att det finns "vårdgivare enligt nationella taxan" samtidigt som LOV (vårdval)?

Innebär det problem?

Har du förslag på hur de problemen skulle kunna lösas?



Olika ersättningsmodeller

Hur ser du på ersättningsmodellerna: kapitationsersättning, rörlig ersättning?

För- och nackdelar?

Finns det vårdgivare som gynnas på ett ur konkurrensynvinkel olämpligt sätt beroende på ersättningssystem? Beskriv.

Om ger exempel:

Hur borde man göra istället?

Krav, villkor och eventuella andra hinder för konkurrens

Hur ser du på de krav som finns för att man ska godkännas att arbeta enligt LOV (vårdval) i ditt landsting.

Är de rimliga eller orimliga? Motivera.

Finns det krav inom LOV (vårdval) som påverkar konkurrensen och gör att vissa företag/vårdgivare gynnas och andra missgynnas?

Om ja:

Vilken typ av krav och vårdgivare handlar det om?

Finns det risker? Beskriv?

Förslag på åtgärder?

Finns det fördelar? Beskriv

Finns det annat kopplat till LOV (vårdval) som gör att vissa företag/vårdgivare gynnas och andra missgynnas?

Om ja:

Beskriv

Bör detta åtgärdas och i så fall hur?

Mångfald

Anser du att systemet med vårdval (LOV) leder till mångfald i vården? (*exempelvis nya verksamheter, fler mindre verksamheter, fler yrkesgrupper, mer ideell verksamhet*)

Om ja: På vilket sätt?

Fördelar/nackdelar med det?

Om Nej: Varför inte?

Fördelar/nackdelar med det?

Till privata:

Hur ser du på konkurrensituationen gentemot

Övriga privata aktörer

Landstingets verksamhet



Till offentliga:

Hur ser du på konkurrenssituationen för er?

Kvaliteten

Hur tror du att systemet med LOV (vårdval) kommer att påverka *kvaliteten* på vården? Kommer den att öka, minska eller vara ungefär som tidigare?

Motivera!

Hur skulle eventuella risker för kvalitetsproblem kunna lösas?

Landstinget i relation till övriga vårdgivare

Upplever du att landstingets vård gynnas framför andra vårdgivare?

Om ja:

Beskriv på vilket sätt! (gärna egna konkreta exempel):

Vilka för- och nackdelar finns det?

Bör något göras åt detta?

Om nej:

Hur ser du på det? Fördelar/nackdelar?

Om inte själv anger:

Det har funnits diskussioner om att landstingets egen vård gynnas specifikt genom möjligheten att utnyttja **landstingets system och infrastruktur**? Hur ser du på det?

Möjligheter till marknadsföring

Hur ser du på den information som ges ut av landstingen till medborgarna om olika vårdval?

Tillräcklig?

Tydlig?

Lättillgänglig?

Finns restriktioner i vilken marknadsföring som ni själva som företag får göra?

Om ja:

Hur ser du på dessa? (nödvändiga?)

Är informationen som ges ut konkurrensneutral?



Gynnas landstinget framför andra vårdgivare?

Hur ser du i så fall på det?

Hur skulle du vilja att informationen om vårdgivare inom valfrihetssystemet skulle organiseras? (Motivera)

Finns det något positivt i att möjligheten till marknadsföring för vårdgivare regleras?

Varför/varför inte?

Passiva val och synen på olika lösningar

Hur gör man inom ditt landsting med de patienter som **inte själva gör ett aktivt val**?

Hur ser du på det systemet? Fördelar och nackdelar?

Hur påverkar det konkurrensen?

Övriga frågor

Finns det risker/problem med införandet av LOV (vårdval) som vi inte har belyst?

Beskriv?

Förslag på lösning?

Har du något ytterligare du vill tillägga när det gäller LOV (vårdval) med tanke på att Konkurrensverkets huvudsakliga uppgift är att säkerställa kvalitetskonkurrens och en mångfald av vårdgivare? Finns det något mer att säga om risken för snedvriden konkurrens kopplat till LOV (vårdval) som du vill lyfta fram?

Beskriv

Förslag på åtgärder.