



Slutrapport: Djupintervjuer om LOV - valfrihetssystem inom primärvården

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

Förord

I vissa delar av Konkurrensverket rapport Uppföljning av vårdvals-system i primärvården, slutrapport, har externa rapporter använts som underlag.

Konkurrensverket har gett Markör Marknad och Kommunikation AB i uppdrag att genomföra en kvalitativ studie bland vårdgivare som godkänts för valfrihetssystem i primärvården.

Det är författaren som ansvarar för slutsatser och bedömningar i rapporten.

Stockholm , november 2010

Dan Sjöblom
Generaldirektör

Konkurrensverket

Slutrapport: Djupintervjuer om LOV - valfrihetssystem inom primärvården

September 2010, Markör Marknad och Kommunikation AB



Uppdrag: Djupintervjuer med vårdgivare inom offentlig och privat sektor med anledning av lagen om valfrihetssystem (LOV). Delrapport 2, slutrapport.

Beställare: Konkurrensverket

Kontaktperson Konkurrensverket: Stefan Jönsson, Josefin Nilsson

Kontaktperson Markör: Lena Adem

Projektledare Markör: Lena Adem

Undersökningsperiod: Augusti- september 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	5
Bakgrund	5
Genomförande och de som ingår i undersökningen	6
Undersökningens huvudfrågor	8
Inför läsning av rapporten	9
Resultat	10
Den övergripande synen på vårdval enligt LOV	10
Konkurrensneutraliteten inom vårdvalssystem	13
Landstingets fördelar kopplat till vårdvalssystemets utformning och ersättningssystem	13
Landstingets fördelar som unik verksamhet	15
Informationen landstinget ger	16
Övrigt om konkurrensneutraliteten	17
Mångfald eller likriktning?	21
Förutsättningar för att kunna expandera/starta en ny verksamhet	26
Kapital och ersättningssystemet	26
Den politiska viljan	28
Konkurrensens från andra vårdcentraler	29
Närhet, en viktig faktor!	29
Övriga faktorer som ibland påverkar expansion och nyetableringar	31
Synen på att verka i vårdvalssystem inom olika landsting	36
Vård för alla	37
Kvalitet	40
Samverkan inom vårdvalet (LOV)	44
Marknaden idag och i framtiden	48
Övrigt	52
Slutdiskussion	54
Systemet är nytt	54
Marknaden - få stora ägare och tydligare konkurrens	54
Styrande för etableringar	55
Mångfalden	56
Kvaliteten	56



Konkurrensneutraliteten	57
Övriga synpunkter på vårdvalet	58
Markörs kvantitativa undersökning hösten 2010	59
Bilaga 2. Intervjuguide	60



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 Den 1 januari 2010 infördes 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 har rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Från det att landstinget har beslutat att införa ett vårdvalssystem ska LOV tillämpas. Det 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 och främjande av en kvalitetskonkurrens mellan dessa. Konkurrensverket ska också utreda eventuella gränsdragningsproblem mellan systemet med vårdgivare med ersättning enligt nationella taxan och vårdvalssystemet.³ En första delrapport presenterades december 2009.⁴

Konkurrensverket har uppdragit åt Markör Marknad och Kommunikation AB att genomföra en kvalitativ studie bland vårdgivare som ackrediterats för vårdcentralverksamhet. En första delrapport inom uppdraget levererades våren 2010 och utgjorde underlag för Konkurrensverkets andra delrapport i maj 2010. I den undersökningen låg fokus på intervjuer med verksamhetsansvarig för privata, offentliga och ideella vårdcentraler. I augusti-september 2010 har ytterligare intervjuer genomförts med fokus på marknad och strategier hos privata vårdgivare. Intervjuer har genomförts med ansvarig ledning för vårdkoncerner, verksamheter som finns inom flera landsting samt ansvariga inom verksamheter som har dragit tillbaks sin ansökan inom vårdvalssystemet.

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 och de som ingår i undersökningen

Datainsamling har genomförts med hjälp av djupintervjuer. Intervjuerna har genomförts mellan den 16 augusti och 20 september på telefon och tagit en till en och en halv timme i anspråk. 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. Intervjuguiden finns som bilaga till rapporten (se bilaga 1).

Urvalet i undersökningen består av privata företagsledningar som är aktiva i vårdvalssystemet eller som har dragit tillbaks sin ansökan. I korthet omfattar undersökningen följande fyra grupper:

1. De största koncernerna, verksamma inom stora delar av landet och inom flera delar inom hälso- och sjukvård, med minst tio vårdenheter inom vårdvalssystemet. (3 intervjuer)
(De intervjuade har inte kunnat ange exakt omsättning eftersom företagen verkar inom olika vårdområden. Ungefärliga siffror: 10 miljarder och drygt 1000 anställda)
2. Företag med vårdenheter i fler än ett vårdvalssystem men som ännu inte är rikstäckande. (2 intervjuer)
3. Företag med en eller fåtal vårdenheter i ett vårdvalssystem. (2 intervjuer)
(Företagen i grupp 2 och 3 har en ungefärlig årsomsättning på mellan 200 och 500 miljoner och mellan 200 och 600 anställda.)
4. Företag som ansökt och godkänts i ett vårdvalssystem men som beslutat att inte genomföra etableringen. Vissa intervjuade bedriver dock redan vårdcentraler inom andra landsting. (5 intervjuer)
(De som är aktuella i denna grupp har/eller har planerat att driva verksamheter med 10 till 15 anställda. Undantag är den intervjuade som idag driver en läkarcentral med två anställda undersköterskor och som beslutat att inte ansöka till vårdvalet. Av övriga har en intervjuad precis startat en vårdcentral. Ytterligare två driver vårdcentral och hade planer på att öppna ytterligare vårdcentral i annat landsting, men drog tillbaks sina ansökningar. De områden där man valt att dra tillbaks ansökningar eller inte etablera sig i är Dalarna, Gävleborg, Östergötland och Jämtland.)

De aktuella målgrupperna i undersökningen har diskuterats fram utifrån Konkurrensverkets behov och sedan valts ut på ett sådant sätt att de garanteras anonymitet. Konkurrensverket har bistått med kontaktpersoner som hade kunskaper om vilka som hade dragit tillbaks sina ansökningar och hur dessa var möjliga att nå. Vi har av anonymitetsskäl valt att benämna citaten i rapporten som **grupp 1, grupp 2-3** eller **grupp 4**.



De intervjuade i undersökningen diskuterar erfarenheten av att bedriva verksamhet enligt vårdvalssystem i följande landsting

- Stockholms läns landsting
- Landstinget i Uppsala län
- Landstinget Sörmland
- Landstinget Kronoberg
- Landstinget i Kalmar län
- Landstinget Blekinge
- Region Skåne
- Landstinget Halland
- Västra Götalandsregionen
- Landstinget i Värmland
- Örebro läns landsting
- Landstinget Västmanland
- Landstinget Dalarna
- Landstinget Gävleborg
- Landstinget Västernorrland
- Västerbottens läns landsting
- Norrbottens läns landsting

I följande landsting bedriver de intervjuade ingen verksamhet. Dock kommer ändå landstingen i viss mån upp till diskussion:

- Landstinget i Östergötland
- Landstinget i Jönköpings län
- Jämtlands läns landsting



Undersökningens huvudfrågor

Intervjuerna berör framförallt frågor på strategisk nivå och hur man ser på en fortsatt etablering i egna och andra landsting. Nedan beskrivs huvudfrågorna i undersökningen:

Den övergripande synen på vårdvalet (LOV)

Huvudsakliga fördelar och nackdelar med vårdvalet (LOV) för företaget?

Synen på att etablera sig inom olika landsting

Finns det landsting som upplevs sämre eller bättre?

Finns det krav och/eller villkor inom landstinget som fungerar väl och som med fördel kan överföras till andra landsting? Vad fungerar bra?

Finns det krav och/eller villkor inom landstinget som fungerar dåligt? Vad fungerar dåligt?

Av vikt för att kunna expandera/starta en ny verksamhet

Vilka faktorer är viktiga när det gäller företagets möjlighet att utvecklas?

Vad är avgörande för expansionsmöjligheterna?

Systemets konkurrensneutralitet

Upplevs landstinget (i deras egenskap av upphandlande myndighet/beställare) konkurrensneutralt?

Upplevs landstingets marknadsföring som konkurrensneutral? Hur sker marknadsföringen?

Samverkan inom vårdvalet (LOV)

Finns en samverkan med andra aktörer?

Hur ser man samarbetet med och konkurrenssituationen gentemot aktörer såsom andra vårdcentraler, landstingets övriga sjukvård, taxeläkare, landstingets beställarkansli?

Mångfald, kvalitet och vård för alla?

Leder vårdvalet (LOV) till mångfald i vården?

Hur upplevs LOV (vårdval) har påverkat *kvaliteten* på vården?

Finns det patientgrupper man upplever sig inte kunna ta emot

Marknaden idag och i framtiden

Finns utrymme för expansion/ fler vårdföretag inom området där man verkar?

Hur upplevs framtidens marknaden och hur tror man att utvecklingen kommer att se ut?



Inför läsning av rapporten

Resultatet i undersökningen redovisas under följande rubriker:

- Den övergripande synen på vårdval enligt LOV
- Konkurrensneutraliteten inom vårdvalssystem
- Mångfald eller likriktning?
- Förutsättningar för att kunna expandera/starta en ny verksamhet
- Synen på att verka i vårdvalssystem inom olika landsting
- Vård för alla
- Kvalitet
- Samverkan inom vårdvalet (LOV)
- Marknaden idag och i framtiden
- Övrigt

Rapporten avslutas med en slutdiskussion som lyfter fram det viktigaste resultatet i undersökningen och i viss mån anknyter till Markörs rapport våren 2010 samt den kvantitativa undersökning som genomförts parallellt med den här redovisade ("Företagens förväntningar inför och erfarenheter av vårdvalssystemets införande, Rapport 2 – Erfarenheter", Markör Marknad och Kommunikation)

I bilaga till rapporten finns den intervjuguide som har använts i undersökningen.



Resultat

Den övergripande synen på vårdval enligt LOV

I den undersökning vi genomförde våren 2010 kunde konstateras att särskilt intervjuade inom privatvården var positiva till LOV. Huvudargumenten var att privata vårdcentraler skulle få verka på liknande villkor som offentliga och att patienten själv skulle kunna välja vårdgivare, vilket upplevdes positivt för kvalitetsutvecklingen. De intervjuer som har genomförts hösten 2010 bland privata företag förstärker denna bild och det finns en mer eller mindre uttalad kritik av offentligvården i många av svaren.

Fördelarna är enorma mot tidigare det bästa som hänt oss tycker jag. Vi får äntligen samma ersättning som de offentliga det fick vi aldrig tidigare. Vi kunde ligga långt under, men nu ställs det samma krav på oss som utförare och vi får samma ersättning.

Grupp 2-3

Det är positivt, absolut! Det är ju så klart att det blir ett riktigt omställningsproblem för offentliga som tidigare har bromsat (utvecklingen). Tillströmningen som nu blir kan vända och kvaliteten far rakt upp i höjden. Det är nog den största kvalitetspåverkan! Patienten är vinnaren och det var meningen...

Grupp 2-3

Jag är egentligen för offentligt finansierad vård men såg på slutet att det inom den landstingsdrivna verksamheten mer blev personalens väl och ve än patientens som togs hänsyn till i hur man organiserade och planerade. Man utgick från personal istället för patienten...

Grupp 4

Det kommer in andra aktörer. Vi har ett öppnare system ur befolkningssynvinkel och personal kan välja arbetsgivare. Vi blir flera aktörer och det blir konkurrens vilket är positivt. Man måste bete sig rimligt och göra det man ska göra. Du vet själv hur det har sett ut inom landstinget ibland. Detta är mycket positivt!

Grupp 4



Ett par av de intervjuade lyfter också fram större möjligheter till utveckling av företagen inom LOV än vad som var fallet tidigare. Dels upplevs kontinuiteten bättre och dels finns större möjligheter att utöka verksamheten:

Vi kan vidga vår verksamhet. Om man har en verksamhet i ett område och vill utöka med andra specialiteter så har LOV gjort att vi har möjlighet att söka vårdval och sedan utöka verksamheten med BVC, mödravård och liknande.

Grupp 2-3

Fri möjlighet att etablera sig genom en fri upphandling är mycket positivt. Vart fjärde år var det tidigare som att köra upp, men nu är det ingen risk längre eftersom det inte är nya upphandlingar. Vi har så att säga kontraktportföljer numera.

Grupp 2-3

Det är tydligt att de större företagen i undersökningen generellt sett är positiva till LOV och eventuella tveksamhet kommer främst från mindre företag och de som har ansökt, men sedan dragit tillbaks sin ansökan. Dessa upplever att vårdvalet inte leder till mångfald i den mening de hade hoppats på utan snarare till många likadana stora verksamheter.

Det finns också bland samtliga en hel del synpunkter på hur vårdvalet i praktiken har kommit att fungera inom olika landsting, även om man är positiv till LOV som idé. Den vanligaste synpunkten är att det inte råder konkurrensneutralitet och att offentliga vårdcentraler på olika sätt upplevs vara gynnade. Flera menar också att det borde skapas ett mer enhetligt nationellt system. Likaså påpekas vikten av långsiktighet och stabilitet inom systemet. Det är tydligt att vissa landsting upplevs ha lyckats sämre och andra bättre, med att skapa ett hållbart och konkurrensneutralt system.

Ersättningssystemet är dåligt inom vissa områden, t.ex. hemsjukvården ger väldigt låg ersättning. Det är också olika i olika landsting, vilket blir väldigt konstigt. Vissa landsting har ett rörligt system så som i Stockholm. Om man jämför det med Halland och Blekinge som har ett mer fast system. Jag skulle mycket hellre se ett enhetligt system för hela Sverige. Det skulle vara mer genomgången och analyserat än nu. Det verkar som om alla testar sig fram nu med sina egna ersättningssystem. Vi behöver få långsiktiga spelregler på minst tre-fem år. Det är ju inte bra med förändringar som påverkar vår verksamhet. Det finns tio till femton olika ersättningssystem i Sverige och det är ju rörigt, och ger en ryckighet. Nu pratar Stockholm om att ändra igen... Detta är absolut det viktigaste för oss.

Grupp 2-3



Att landstinget ska fungera både som beställare och utförare i ett system där det inte finns en tillsynsmyndighet med möjlighet att agera vid bruten konkurrensneutralitet ses också som ett problem. Några framför även en viss kritik av det breda uppdraget, och då särskilt när det förekommer inom områden där inte tillräcklig efterfrågan finns eller där personal såsom exempelvis läkare är svåra att värva.

Det kommer ingen som vill öppna med detta breda uppdrag i glesbygden... Vi måste ha allt från rehab. till samtalsterapi. Det är ett för stort uppdrag för området. Sedan är det bra med uppdraget också och jag ser fördelarna med att man jobbar tillsammans i team med patienter... Men, det hjälper inte, när det inte går att få hit läkare...

Grupp 4



Konkurrensneutraliteten inom vårdvalssystem

Flertalet av de intervjuade ger ett eller flera exempel på när de anser att konkurrensneutraliteten inte har fungerat inom ett vårdvalssystem. Rent allmänt råder inställningen att helt konkurrensneutralt kan systemet svårligen bli med tanke på att landstinget trots allt är uppdragsgivare. Vissa hyser förhoppningen att det dock på sikt kan bli bättre när detta inte är så nytt. För tillfället tycks dock graden av konkurrensneutralitet dels vara landstingsberoende och dels personberoende:

Nja... det känns lite tudelat. Det är så beroende på landsting och vilka individer man har att göra med i respektive landsting.

Grupp 4

Landstingets fördelar kopplat till vårdvalssystemets utformning och ersättningssystem

I flera fall upplever sig privata vårdgivare säkra på att Landstinget har konkurrensfördelar. Det handlar bland annat om direkt orättvis praxis som att exempelvis låta samtliga olistade inom ett landsting gå till enbart offentliga vårdcentraler.

Nej, passiva listan och hur den ibland hanteras är ett paradexempel. Den är direkt upprörande.

Grupp 1

Ett annat exempel är hur en offentlig vårdcentral har jourhållning (på egen vårdcentral) med hjälp av personal från en privat vårdcentral i området. För att få ta del av vården under jourtid måste patienterna vara listade på den offentliga vårdcentralen, även om personalen som behandlar för tillfället kommer från den privata vårdcentralen. Ytterligare ett exempel är den privata vårdcentral som måste ha BVC-verksamhet i sin verksamhet, men inte får öppna en egen, eftersom det redan finns offentlig sådan på orten. I den verksamheten släpps man dock inte in.

Vi har önskan om att vara med. Det finns BVC-verksamhet i ett familjecentrum... Enligt regelboken får vi inte öppna eget utan måste vara med där, men vi släpps inte in. Vi förstår ingenting och det håller vi på och diskuterar nu... Vi måste vara med där, för vi måste ha en BVC-verksamhet för våra familjer!

Grupp 4

Ytterligare ett exempel som lyfts fram är Jämtland, där ersättningssystemet beskrivs innebära att en etablering inte är ekonomiskt hållbar. Därmed gynnas den offentliga vården och misstanken finns att landstinget driver vidare olönsamma vårdcentraler. Det finns andra exempel där man menar att landstinget kringgår sina egna regler vad gäller bredd på uppdrag. Det sker genom att det i glesbygd startas



små stationer kopplade till större vårdcentraler som ligger i tätbebyggt område. På samma sätt är någon skeptisk till att landstinget i stor utsträckning använder sig av hyrläkare för att kunna ge en viss bemanning:

Vi ska garantera tre allmänna specialistläkare. Men uppfyller verkligen den offentliga vårdcentralen det när man har en allmänläkare och resten hyrläkare? Det känns som att samma regler inte gäller.

Grupp 4

Det finns även en hel del andra exempel där offentliga vårdcentraler beskrivs vara gynnade såsom regler för vilket administrativt system som ska användas och på vilket sätt. Även möjligheten att använda ST-läkare menar flera gynnar den offentliga vården.

De offentliga ha stor fördel mot de privata. Det är en mängd fördelar. Allt från påverkan på själva regelsystemet till strukturfördelar där man i upphandlingsvillkor ställer krav på att arbeta i samma tekniska system som de offentliga. Vi har ett konkret exempel i Skåne med gemensamma journalsystemet och gemensam vårdportal för offentliga men inte för oss privata. Vi är skyldiga att rapportera in i dessa enligt region Skåne. Kommer en patient till oss och tar prover förs det in hos oss, så de offentliga kan läsa våra journaler om man söker offentligt så man inte behöver ta om dem. Det omvända gäller dock inte. Inom offentliga, när listade patienter från andra ställen kommer till oss har vi inte access till deras journal så man måste börja från ruta noll. Det har pågått i ett och halvt år. Vi har haft det uppe på agendan mot Region Skåne eftersom vi tycker att det är tråkigt att agera formellt. Möjligen då att vi skulle anmäla det till Konkurrensverket. Det är bara ett exempel. Det finns flera exempel. Om vi tar studerande, ST-läkare som ligger organiserade inom den offentliga sjukvården. Där stängs alla små vårdaktörer ute från att ha dessa utbildningsläkare. Det finns många sådana här exempel av liknande slag som gör att det blir problem.

Grupp 1

Det finns en nationell patientöversikt i Sverige som visar att man har 21 olika journalsystem i öppenvård. Landstingen har alla olika... Det finns landsting som säger att vi ska vara i deras system (för att kunna ingå i vårdvalet). Man ska vara i deras system i deras servrar och vissa anger även vilken slags dator man ska ha. Men de vårdföretag som ibland är i Varberg och ibland i Kungälv och vårdgivare som har verksamhet i flera landsting, vi får problem. Vi har samtidigt krav från socialstyrelsen om att ge en sammantagen bild av vår egen verksamhet. Orsaken till att det är sådana krav inom vårdvalet är att det är dyrt för landstinget att gå till det nationella så i praktiken lägger de all den kostnaden på oss privata istället. Vi som är i flera landsting! Det finns också många legala förvecklingar kopplat till detta. Om vi går på det datainspektionen säger till oss privata vårdgivare så måste vi bibehålla sekretessen kring våra patienter.



Det kan vi inte med detta.... uppfylla legala krav alltså. Ur konkurrensaspekten är det sedan rejält stort... det är en viktig punkt som påverkar våra kostnader!

Grupp 1

Landstingets fördelar som unik verksamhet

Andra exempel är inte lika tydligt kopplade till utformningen av vårdvals- och ersättningsystemet utan snarare till landstingets unika situation som mycket stor vårdgivare och uppdragsgivare. Offentliga vårdcentraler beskrivs exempelvis ha fördelar vid köp av dyra instrument på grund av landstingets rabatter genom stora upphandlingar. Det påpekas också att offentliga vårdcentraler inte går i konkurs och därmed tar mindre ekonomiska och personella risker.

Det finns också i sättet som man utformar åtagandet på som gör att det kan bli neutralt efter som man bara kan lösa det om man har väldigt stora resurser. Och stora vårdgivare är alltid gynnade och landstingen som kanske inte på samma sätt behöver gå med vinst. Hela frågan är ett jätteproblem.

Grupp 1

Det är ändå inte neutralt mot den offentliga och det kommer det aldrig att bli. Det ena är nedläggningen av offentliga. Om en privat driver läggs den ned vid konkurs, men landstinget driver vidare och ser först på det efter två år. Sedan för personalen blir det heller inte det samma. Landsstinget har en större organisation och kan göra omflyttningar och man vågar inte lägga ned och göra personalen arbetslös. Men vi måste avskeda. Ur ekonomiskt perspektiv tar vi en större risk och personalen hos oss också. Sedan om man ser på inköp när offentliga köper exempelvis något dyrt instrument får de hela landstingsrabatten eftersom leverantören har avtal med hela landstinget. De betalar därför långt mindre än vi för utrustning...Privata som har väldigt många vårdcentraler kan förstås också få rabatter men aldrig som landstingen med de upphandlingar de har.

Grupp 2-3

Det finns också en hel del exempel där de intervjuade inte säkert vet att landstinget har en konkurrensfördel, men anar att så är fallet. Det handlar till exempel om prioriteringar och prissättningar vad gäller röntgen, provtagningar och liknande som genomförs av landstingsägd sjukvård. Landstingets administrativa system liksom landstingets möjlighet att bistå med tjänster såsom kalibrering av instrument nämns också som troliga fördelar.

Vissa orättvisor med medicinsk service, röntgen och labbprover finns också. De offentliga vårdcentralerna finns inom landstingets egen organisation som gör att det finns en gråzon. Vi har inte full insyn i när det gäller prioriteringar, prissättning och rabatter. De kanske får kalibrering



av instrument gjorda till exempel? Vi vet inte, vi har inte insyn... ibland ser vi att det är så. Den konkurrenssituationen är svår att hantera, där det inte finns någon insyn.

Grupp 2-3

Informationen landstinget ger

En relativt stor del av de intervjuade hyser misstankar om att den information som landstinget har gett och ger om deras verksamhet inte har varit alltigenom konkurrensneutral. Framförallt upplevs det ha förekommit sådant kopplat till själva informationsförandet som känns tveksamt ur konkurrenshänseende.

Överlag är informationen konkurrensneutral. Det har väl varit några små blamager som kan vara lite för mycket för att var en olycklig slump, men överlag är den neutral.

Grupp 1

Den var katastrofal! De hade ritat in oss på en karta som gick ut i tidningarna här. Men vi låg på fel plats och fel namn var det också! Sedan var det rättelser... men det blev jätteknepig och man orkar inte bråka om sådant. Det var en massa konstigheter och vi tappade då 300 patienter... De tyckte ju att vi verkade konstiga: "Vad är det där för någonting?", tyckte de. Det verkade inte seriöst, tyckte man. Nu är vi tillbaks på samma nivå igen men har fått bekosta det själva. Det känns bara så tråkigt. Vi har skrivit på ett avtal att vi ska vara en aktör här och vi har ett sex-årsavtal. Man borde ta med oss i sammanhanget.

Grupp 4

Veckan innan jag skulle ha skrivit på gick man ut och beskrev Hälsovalet och då fanns endast de då befintliga. Det var intressant att den kom veckan före vi skulle gå med och även planerade att gå ut med information om oss. Sedan vet jag att landstinget hade tänkt att köra marknadsföring för flera miljoner, men när vi inte kom igång så sparade de tydligen dessa pengar... för det blev inget med det.

Grupp 2-3

Där är en sak som jag är kritisk till. Det beslutades väldigt sent om detta med vårdval sedan skulle man redan i mars ha reda på alla parametrar för att april skicka ut första skriften till befolkningen. Att bilda företag från november till mars hinner man inte. Vi gjorde vad vi kunde för att vara med i utskicket. Sedan blev det i och för sig ett nytt utskick, där vi var med. Det är de utskicken som de kommer att ha. Sedan har man också haft en del i massmedia om vårdvalet om vad det innebär.

Grupp 4



Ja, det finns mycket att önska kring den... Det är lite ljum attityd mot oss, speciellt om de inte är vana vid privata aktörer. Vi har i ärlighetens namn svårt att bedöma om informationen är neutral eller inte. Kanske att den skulle vara mer informativ så att det inte blir som i Norrland. Där är de inte tydliga utåt, utan de tror att privata vårdföretag gör all information själva. Ser man på ett generellt plan så är i alla fall inte landstingen övertydliga i informationen mot kund. Det känns som att det är låg informationskvalitet. Det finns ju en stor utbredd okunskap eftersom det krasst sett endast är barn och gamla som vet vart vårdcentralerna finns. De är ju främst de som behöver vården. Gemene man vet inte vart vårdcentralerna finns.

Grupp 2-3

Vissa av de riktigt stora företagen tonar dock ned detta med landstingets information och menar att det är en relativt oviktig fråga i sammanhanget. Det ses istället som självklart att stå för den egna marknadsföringen och informationen.

Övrigt om konkurrensneutraliteten

Som bakgrund till svårigheten att uppnå konkurrensneutralitet anges att det är landstingen själva som står bakom de system som har skapats. Detta upplevs leda till att det offentliga blir norm och att gamla lojaliteter ofta fortsätter att härska. Vissa menar att det kanske främst handlar om en omedvetenhet och oförmåga att förstå privata aktörers perspektiv. Förhoppningen är därför att större konkurrensneutralitet uppnås i takt med att erfarenheten ökar hos de ansvariga på respektive landsting.

De är oerfarna också men det är hela landstingsledningen. De är oerfarna att arbeta med kommersiella kontrakt och när vi kommer in där har de har svårt att se skillnad på det offentliga som var innan och att det handlar om en uppgjord affär. De brister i tanken.

Grupp 2-3

Troligen blir det bättre med tiden. Det är ju ett regimskifte utan dess like och egentligen kan jag tycka att det är för tidigt att göra en mätning. Det måste ges tid till detta. Som bransch är det en hiskeligt spretig bransch med några små och några med storlek. Många har varit oförberedda och tror att det är som förut men med mer pengar. De har inte förstått riskerna och vilka krav som ställs. Branschen är inte riktigt mogen...

Grupp 2-3

Flera påpekar att landstinget har att hantera en ytterst svår situation där man både verkar som beställare och utförare, utan att gynna sina egna. Dock påpekas av flera intervjuade att personalen på hälsokanslierna runtom i landet vanligen upplevs göra sitt yttersta för att klara av att hantera denna svåra roll. Vissa beskrivs samtidigt som ovana att tänka sig in i privata vårdgivares perspektiv och har inte



alltid tydliga svar på frågor. Ytterligare ett påpekande är att de landsting som i högre grad är lyhörda och arbetar med täta dialoger och samverkan upplevs fungera bättre.

Den stora nackdelen är att de som driver hälsovalen är ledningspersoner från gamla primärvårdsledningen. De har svårt att veta vilken pall de sitter på och de tar sällan konflikt med sin egen huvudledning för det leds och finansieras av landstinget. Vill vi ha igenom svåra saker och hotar med domstol då masar de sig på plats, men det finns en tröghet och rädsla att gå emot egen organisation...Sedan funkar det ändå hyfsat bra i alla landstingen, även om vi ser Västra Götaland som sämst, men vi är inte direkt missnöjda där heller... Sedan blir det kanske ännu bättre över tid. De som driver hälsovalet är välutbildade och vill göra det bra. Det är inte motvilja där! Inte bland dem som driver hälsovalet. Det tar till sig och försöker. Motvilja finns mer på andra ställen...

Grupp 2-3

Konkurrensneutraliteten är också viktig. Jag tänker på offentliga aktörer. Det är ett stort problem att det är samma huvudman bakom regler och upphandling och som sedan driver verksamhet i egen regi. Eftersom de offentliga är väldigt dominerande så finns det rätt många stora problem där vi inte kan konkurrera på lika villkor.

Grupp 1

Det är svårt hur man än gör. Hälsovalskansliet ska vara neutralt och det vill jag säga att de personer som ansvarar för hälsovalskansliet de gör ett jättebra jobb och de är dedikerade. Men det blir ett problem när många andra i organisationen kommer från samma nätverk och organisationen. Man har från början samma nätverk och även lojaliteter på tjänstemannansidan och bland de personerna finns de som är mer eller mindre positiva till konkurrens och privata aktörer.

Grupp 1

Ett par av de intervjuade större företagen har fört vidare frågor kopplat till konkurrensneutralitet i domstol.

Ja vi har i ett fall en process i domstol som pågår och vi har haft ett möte med Konkurrensverket i ett fall som gällde en passiv listningsfråga.

Grupp 2-3



Det finns dock också flera exempel på företag som helst inte vill gå vidare med frågorna, varken i domstol, media eller till Konkurrensverket, utan istället själva försöker föra en diskussion med landstinget. Förhoppningen att det ska rättas till utan att man behöver gå vidare.

Nej, vi vill inte gå vidare. Därför att vi inte tror att vi har något att vinna på det. Vi vill inte heller ha en debatt i media för vi ser att vi gör det tillsammans med landstinget. Vi är deras samarbetspartner, inte konkurrenter, men båda måste vilja...

Grupp 4

Nej, vi har fullt upp med att starta verksamheten (vill inte anmäla felaktigheter). Vi börjar med att försöka att få en tillvaro och ett samarbete som gör att det funkar och för oss är utvecklingen positiv än så länge. Det har inte funnits skäl att göra ärenden utan vi försöker i nuläget att lösa det steg för steg. Jag tror att det handlar om rädsla från deras sida (landstingets), att deras egen verksamhet ska framstå som sämre... man försvarar den till döddagar. Förstärkt av ledande politiker som har fått för sig att privata vårdgivare är något fult. Jag tror att när vi är inne i ett helt öppet system där vi ska redovisa var vi gör och kvalitet då kommer vi bort från det.

Grupp 4

Vårt företag har bestämt sig för att inte gå vidare om vi får ett beslut som går emot oss. Vi upplever att det ger för mycket negativt tillbaka. Man får helt enkelt acceptera de beslut som tas.

Grupp 1

De större företagen påpekar också att de mindre dels kan ha svårt att gå till domstol av ekonomiska skäl, dels inte vill gärna gör sig osams med det aktuella landstinget.

En stor del av de intervjuade ser det, utifrån ovanstående diskussioner, som viktigt att ha en högre instans som kan agera och fälla domar om ett landsting inte agerar konkurrensneutralt. En av de intervjuade menar att det annars i praktiken blir de privata företagen som med egna medel får ta ekonomiska risker genom att gå till domstol. Nedan följer några citat som belyser behovet av ett Konkurrensverk, eller liknande instans, med möjlighet att ge repressalier:

Det är en ganska tandlös organisation. Konkurrensverket är tandlös. Vi pratar gärna med dem. Men kan inte problem lösas på det sättet förlänger det processen istället för att vi går direkt till domstol. Vi saknar att det inte finns en myndighet som har sanktionsrätt, det är en svaghet... Det blir de privata som får ta kostnaden (rättegångskostnaden) för att göra det konkurrensneutralt. De lagstiftande borde se till att man rättar sig efter de regler som finns. Det ska inte vi som är en lite aktör behöva ta den kostnaden. Vi sopar upp och tror i och för sig inte att vi behöver hamna där.

Grupp 2-3



Om man går till Konkurrensverket och de säger sitt utslag, men sedan kan lanstingen strunta i det! Sedan att gå till domstolen... Vi har några fall där vi är nära att gå vidare kopplat till dessa frågor... Men om man tänker på andra, som en mindre aktör. De skulle aldrig våga dra landstinget till domstol, man är för beroende av dem. Det är en klar svaghet att det inte finns någon som man kan överpröva landstingets beslut hos. Det skulle finnas en överordnad organisation inom LOV, inte bara som idag, Konkurrensverket som är en tillsynsmyndighet. Det borde även finnas vitesmöjligheter eller liknande, annars blir det ingen effekt.

Grupp 1



Mångfald eller likriktning?

Såväl små som vissa stora aktörer menar att vårdvalssystemen inte ger mångfald på alla plan. Vårdvalet upplevs exempelvis inte leda till en mångfald av olika verksamheter utan snarare till flera likadana verksamheter med olika huvudmän. Det som särskilt lyfts fram som anledning till att verksamheter inte blir varierade är att uppdragsbeskrivningarna är så breda att det automatiskt skapas en likriktning.

Det är lite för tidigt att uttala sig om kanske. Sedan kan man ju liksom... Med LOV var ju egentligen tanken att patienten skulle få välja sin doktor. Nu har man gått ut brett med vårdcentraler... Vi ville ju egentligen starta en läkarmottagning inte en hel vårdcentral. Vi ville prova att arbeta på andra sätt...

Grupp 4

För oss känns det som att LOV tappade grejen från början. Var det inte val av doktor som var grejen? Nu har de flesta omsvepts av att det ska vara en Vårdcentral. Vi ville ju ha en läkarmottagning. Det har blivit värre för dem som vill starta men som inte klarar av kraven för Vårdcentral. En del av de läkarna får komma till oss som konsulter istället. Folk backar för att de måste vara en Vårdcentral. Är man läkare så kanske man inte vill ha allt, sjukgymnastik, diabetes, BVC etc. Det är enormt mycket.

Grupp 4

Ja, det blir fler verksamheter, det blir det. Men att det skulle bli fler mindre kan vara tveksamt. Man måste vara stor för att klara åtagandena. Det är i så fall möjligen de som lagt sjukgymnaster utanför verksamheten som får flera mindre. De är ofta lite mindre. Men bakar man in allt blir det svårt för de mindre.

Grupp 1

Det finns en stor systemnackdel som jag ser det, med tanke på konkurrensneutraliteten mellan privat och offentlig. Det är att man tar en given produktionslogik, den offentligas, som rättesnöre och mall för hur man ska bedriva verksamhet. Den diversifiering som fanns när man hade upphandlingar försvinner därmed. Det blir same same. Man pratar om differentiering men man beskriver vårdinnehållet så noggrant så att i praktiken skiljer det inte så mycket mellan en offentlig och privat vårdcentral. Det blir samma. Det är bra ur ett rättviseperspektiv så att alla får samma. Men nackdelen är att det inte leder till någon utveckling och inget utrymme för nytänkare. Istället bli man rätt så låst i en viss produktionsmodell. När jag är som mest drastisk brukar jag säga att det är det borgerliga styret i Skåne som genomför den största socialiseringen av svensk sjukvård på många år. Det ser ut som man öppnar för privata alternativ...men... Det som gör privatdriven sjukvård mer framgångsrik när det gäller nöjda patienter har varit att man har kunnat



jobba på ett annat sätt än inom offentlig. Det kan man inte göra i vårdvalet. Man beskriver tjänstebudet så noggrant att det knappast går.

Grupp 2-3

Det som är det stora problemet är att priset är satt och hur man ska lägga upp arbetet är också satt genom detaljerad beskrivning av innehåll. Det som finns är betydligt mer än bara att beskriva totalfunktionerna. Personalen har kollektivavtal det innebär att lönekostnaderna också är någorlunda lika. Så i praktiken är det väldigt få parametrar kvar. Det är i så fall lokalkostnader och till viss del, detaljerade beteenden om hur man jobbar som läkare och sjuksköterska, som man får möjligheter att påverka det ekonomiska utfallet. Istället för att ropa efter höjd ersättning per capita eller liknande skulle jag hellre se mer handlingsfrihet för nya sätt.

Grupp 1

Det breda uppdraget ses som ett särskilt stort problem i områden av Sverige där det är svårt att attrahera aktuell personal eller där den breda verksamheten blir olönsam på grund av för litet befolkningsunderlag. I praktiken kan det betyda att mindre satsningar i glesbygd som finns idag tvingas stänga ned utan att nya alternativ skapas.

Och när man kommer ned till konkreta exempel kan det finnas en hel del problem med detta även om det låter fint att det ska vara lika sjukvård till alla och i alla olika delar av landet. För i praktiken ser verkligheten olika ut på olika ställen. Tar man kravet att man ska bemanna med allmänspecialist på vårdcentralen, men om det inte finns en sådan att tillgå i ett visst område. Ska man då låta bli att driva en verksamhet överhuvudtaget där? Är det inte bättre att ha en verksamhet som kanske har andra specialiteter som barn, invärtes medicin eller annat? Den handlingsfriheten finns inte i vårdvalet, men fanns om man arbetade som privat vårdgivare tidigare. Om man ser till mångfalden anser jag att antingen måste man minska på detaljrikedomen i uppdragsbeskrivningen eller så måste man fundera på om det på sikt är en bra reform eller inte.

Grupp 1

Andra synpunkter kopplat till mångfalden, är att det främst är de stora vårdföretagen som kan förväntas att överleva på sikt inom vårdvalssystemen. De beskrivs också främst vara kapitalstarka företag som idag har möjlighet att starta verksamheter.

Jag är lite tveksam till mångfald inom LOV om jag är riktigt ärlig. På pappret är det lite chimärt mångfald. Det är flera utförare det är Capio och andra stora, men vad är vinsten om patienten inte upplever skillnad. Vilken skillnad är det om det är Capio eller en offentlig som står bakom? Det är ju inte ett självändamål att olika organisationer ska stå bakom samma produkt! Det är



som att säga att det finns mångfald: du kan köpa vilken Volvo du vill för vissa görs i Belgien och någon kanske till och med i Kina, men det är fortfarande bara samma Volvo som finns.

Grupp 1

Det finns en risk att små företag inte kan starta upp p.g.a. brist på mycket kapital i startskedet. Det kommer till slut att bli ett oligopol på grund av detta.

Grupp 2-3

En av de intervjuade driver idag en läkarpraktik, där han arbetar ensam tillsammans med ett par anställda sjuksköterskor. Han menar att verksamheter av hans slag inte kommer att kunna finnas kvar inom vårdvalssystemet.

Även om patienterna är nöjda med oss som är ensamläkare, trycker landstinget nu ut oss ur systemet. Jag förstår inte det när man samtidigt på alla patientmätningar som görs ser att vi ger god vård. Alla som hör av sig hit, kommer hit andra eller tredje dagen. Alla kommer fram i telefon. Alla kan nå mig hela tiden. Jag är visserligen borta åtta veckor per år... men tillgängligheten och kontinuiteten skulle jag vilja beskriva som bättre än landstingets. De ringer och säger "hej det är Kalle" och jag vet direkt vem det är. Den kontinuiteten finns knappast på vårdcentralen. Jag finns alltid här för mina patienter som uppenbarligen vill ha mig. Sedan om man ser på landstinget så har de säkert flera enläkarstationer på liknande platser (glesbygd ej underlag för större) men de ryms under annat parasoll så trots att det egentligen handlar om deltidsmottagningar med olika läkare som kommer inhyrda så räknas det som OK.

Skulle inte du kunna slå dig samman med fler privata? (intervjuarens fråga)

Nej det går inte. Vi sitter med så långa avstånd emellan det är tre-fyra mil till nästa och det finns inte det underlaget här. I mitt upptagningsområde finns det inte plats för flera läkare... Eventuellt får jag om detta inte går, jobba på annat ställe som taxeläkare. Istället för de knappt 2000 patienter som jag har idag med totalt ansvar får jag valsa runt på olika ställen, tjäna bättre och göra ett sämre jobb! Det blir inte alls samma ansvar när man inte har patienter som är egna. ...

Grupp 4

Han beskriver vidare sin verksamhet på följande sätt:

Jag har alltid varit fulllistad och alltid fått bra betyg både på egna och landstingets mätningar. När man senaste året gjorde den första nationella enkäten av hela Sveriges primärvård med slutkontentan vilka hälsocentraler som gav "GOD VÅRD" visade det sig att jag och en annan fick högsta betyg. Jag får mycket positiv återkoppling av sjukhuset när jag skickar remisser. Jag tycker helt enkelt att jag sköter mig. Jag har till exempel låga kostnader på läkemedel och låga kostnader för labbprover och utredning. När man är varm i kläderna behöver man inte leta med massor av prover. Som en del som dränker sig själv i provtagningar och det kostar mycket.



Hos oss är det ju så att när de kommer in personer här ser ju personalen direkt om något är fel. De säger: "kom och titta här hon ser ju inte frisk ut!", och då kan jag börja utreda direkt. Det behöver inte gå så lång tid. Vi är uppmärksamma på ett annat sätt eftersom vi känner varandra och jobbar bra tillsammans. De säger inte ens personnummer... Det är mer personligt och jag tar emot alla som kommer. Det händer också att man ringer mig för att man inte har fått tid inom 2-4 dagar på den offentliga vårdcentralen, fast man mår dåligt. Jag hjälper dem med, men de kan inte lista sig eftersom jag har fullt.

Grupp 4

Även om det således finns en hel del kritik av mångfaldstanken inom LOV finns det också de som är av en motsatt åsikt och anser att LOV leder till mångfald. För det första upplevs verksamheter med olika huvudmän bli fler och för det andra finns möjligheten att utveckla det som bjuds på vårdcentralerna ytterligare:

Ja, mångfald tror jag att det blir. Det tillkom många vårdcentraler när man införde vårdvalet och vårt tjänsteutbud har exempelvis ökat. Vi har tillfört mer och har ett större utbud. Kraven på verksamheten var i och för sig ungefär detsamma som det vi redan hade, men vi har nu tillfälle att erbjuda annat för att behålla marknaden.

Kan du ge något exempel på vad man kan tillföra? (intervjuarens fråga)

Det kan variera. Det kan vara lite specialistmottagningar och BVC som man driver utanför tillsammans med kommunen. Vi jobbar ju ihop med kommunens barnhälsovård... För att profilera oss och locka patienter har vi på vårdcentraler också exempelvis en smärtmottagning, resevacination, och geriatrisk inriktning. Det blir lite olika beroende på doktorer och sköterskors egna intressen...

Grupp 2-3

Det påpekas också att det på sikt troligen blir extra viktigt att utveckla sig och ha en konkurrensfördel gentemot andra vårdgivare. En av företagen beskriver exempelvis hur man medvetet har valt att gå med förlust under en period. Detta för att kunna utveckla sin verksamhet. Andra påpekar att just konkurrensen som råder automatiskt leder till att verksamheter tvingas utveckla och förnya sig:

Ersättningssystemet premierar ju inte det, men vi är själva mycket måna om att förbättra logistik och annat. Vi tar emot synpunkter från patienter och vi har kvalitetssystem. Vi kommer att ISO-certifiera vårdcentralen under året. Det ligger i hela själen att vi vill bli bättre.

Borde man göra mer inom LOV för att stimulera? (intervjuarens fråga)

Ja det tycker jag. Jag minns inom det offentliga. Då var det koppalt till att man hade ett kvalitetssystem som alla måste vara med i. Men om vi som liten vårdgivare ska orka jobba med det behöver man stimulans för att jobba med det. Men vi har förstås gjort det ändå. Om jag ska prata i klartext har vi medvetet gått med förlust första månaderna för att bygga upp något och vi



räknar med att komma på rätt köl först i december. Först har vi byggt upp ett kvalitetssystem och alla rutiner och sett att det börjar löpa. Man måste ha resurser för att få igång verksamheten, så är det ju...

Grupp 4



Förutsättningar för att kunna expandera/starta en ny verksamhet

Kapital och ersättningssystemet

Kapital beskrivs som den grundläggande förutsättningen för att kunna starta en ny verksamhet. Flera påpekar att det handlar om relativt stora summor för att kunna starta en verksamhet av det slag som krävs inom vårdvalet:

Kapital. Det kostar mycket med de breda åtagandena med så många läkare och diabetes och demensutredningar och så vidare. Det är jättesvårt som ny vårdgivare att hoppa på. Man skulle önska en trappstegsmodell där man kan gå in och visa att man är seriös och börja på en liten lägre nivå. Det kan vara ett bra komplement till den offentliga verksamheten. Att kanske kunna börja som halv och sedan växa i det... Det vi ser nu, det kostar att etablera sig med utrustning, så 3-4 miljoner måste man lägga upp för att komma in och anställa 12-14 personer som man har ett åtagande åt. Man tar på sig ett stort ansvar...

Grupp 4

Det är ju en riskkalkyl för oss vårdgivare med hyreskontrakt, anställa folk och köpa utrustning inför en uppstart. Så om man inte har kapital är det väldigt svårt. Det finns många i Västra Götaland som har ett antal enheter där det går överstyr. Jag ser att det finns en okunskap om betalningsmodellen och risker som göra att företag kommer att gå i konkurs de närmsta åren.

Grupp 2-3

Den stora investeringskostnaden beskrivs som ett hinder för mindre verksamheter att starta, medan det inte i samma mån är det för större koncerner. Men även större företag menar att det inte är helt lätt att starta en helt ny verksamhet idag:

Ja, möjligt... men det är rätt svårt att starta fler verksamheter p.g.a. auktorisationskraven som finns i Stockholm. Det kostar mycket. Dessutom har man inga patientlistningar från början så det går inte ihop, i alla fall inte först.

Grupp 2-3

Svårigheten handlar inte bara om de faktiska investeringskostnaderna. Det som i hög grad diskuteras är det faktum att de passivt listade redan är listade på befintliga vårdcentraler och att en omfördelning av dessa vanligen inte sker inom landstingen.

Listning tror jag är ett bekymmer. Hela pengan följer med patienten och man får inte betalt för insats. Merparten av dem som man får ersättning för träffar man inte ens, utan det kanske bara



är en femtedel av de listade du träffar. Det blir ekonomiska bekymmer för nyetablerade som inte har listningar. Det är viktigt att ändra detta om man inte vill ha vårdcentraler som bara har enkla besök och inte tar sitt ansvar. Insatserna man gör måste återspeglas i ersättningen man får.

Grupp 2-3

Mot bakgrund av detta pekar flera på att när vårdvalet nu är infört är det betydligt mer gynnsamt att ta över en befintlig verksamhet än att starta från början. Tron är också att den kraftiga expansion som funnits det sista året, i och med vårdvalets införande, nu kommer att stagnera rejält. Förändringarna som förväntas ske framledes handlar främst om uppköp upp av befintliga vårdcentraler (företrädesvis offentliga) som fungerar mindre bra. En viss expansion tros också kunna ske i helt nya områden.

I och med vårdvalet är över så inträffar att det har gått i stå litegrann och det är inte så mycket nyetableringar. Då fick man en del av dem som inte är listade men i dag börjar man istället från noll! Då krävs det gott om kapital och uthållighet för att klara det. Patienter är en trögrörlig grupp och det är tyvärr bara de missnöjda som rör sig. De patienter som tycker att det är OK flyttar inte. Så nyetableringarna har avstannat. Om inte det handlar om ett helt tomt område som man finner.

Grupp 2-3

Ekonomiska kalkyler och att vårdcentralen ska gå runt ekonomiskt ses som självklart inför en etablering. Det betyder att inte bara listning och konkurrensen med andra vårdgivare är central för möjligheten, utan hela ersättningssystemet är av stor vikt. Att listningen särskilt lyfts fram i undersökningen, tolkar vi beror av dagens ersättningssystem, där passiv listning av många ses som en förutsättning för att gå runt ekonomiskt. Det är förstås också möjligt att tänka sig ett ersättningssystem med en utformning som i lägre grad är kopplat till passivt listade, varför det ytterst är själva ersättningssystemet som ses som centralt för expansionsmöjligheterna. Vissa förordar utifrån detta ett system med en ännu tydligare koppling till vad man verkligen gör som vårdgivare:

Jag skulle gärna ha sett att man fick betalt för det man utför. Det blir mer avancerat som system men det vore lämpligt att få betalt för det man gör. Inte en enhetlig summa för vad man än gör.

Grupp 2-3

Andra delar av ersättningssystemet som av de intervjuade upplevs viktiga för möjligheten till expansion och nyetableringar är i vilken grad socioekonomiska faktorer tas hänsyn till⁵ och i vilken mån ersättningen är kopplad till besök eller inte.

⁵ I den här genomförda undersökningen har vi betydligt färre diskussioner om detta än vad vi hade under vårens undersökning då kritik omkring detta var större. Om det beror på att frågan utretts och att det nu fungerar bra inom de aktuella landstingen



Det är skillnad på olika besök. Det kan vara svåra besök och patienter med många problem och svårigheter som tar längre tid och kräver mer. Det måste ge ett mervärde ekonomiskt så att man får mer pengar. En differentiering av besök behövs. Socioekonomiska faktorer är också viktigt att ta hänsyn till när det gäller ersättningen. Äldre och mellan och yngre är helt olika grupper. De äldre får vi generellt sett för dåliga pengar för. Det blir mer och tar längre tid. Det går inte att gå så snabbt fram med dem och så är de också mer sjuka med större komplikationer... Utläningar och tolk även om det tar mer tid. I och för sig finns det lite extra för tolkersättning.

Grupp 2-3

Den politiska viljan

I undersökningen finns också exempel där man menar att ersättningssystemet har utformats på ett sådant sätt att vårdcentralerna i området inte bär sig ekonomiskt. På så sätt utesluts privata aktörer från marknaden, även om ett vårdval har införts. System av det slaget kopplas till en negativ syn på privata vårdgivare inom landstinget bland från politiskt håll.

Att det finns en vilja hos landstinget att ha privata vårdcentraler. De måste förstå att de är uppdragsgivare, men inte alltid utförare. Det gäller även specialistsjukvård

Grupp 4

Det framgår också att vissa som planerar att öppna vårdcentraler inte bara gör en ekonomisk kalkyl utan även en politisk:

Dels var det via upphandlingar de som var tillgängliga och sedan har vi gjort en politisk analys. Vi har helt enkelt sett på det hela ekonomiskt och politiskt!

Grupp 2-3

eller andra faktorer så som till exempel det förändrade urvalet i undersökningen (fler privata större vårdgivare) ger inte undersökningen svar på.



Konkurrensens från andra vårdcentraler

Idag beskrivs det som vanligast att vid nyetableringar se på andra aktörer i området. Flera beskriver att de inte går in på platser där det redan finns en väl fungerande verksamhet i området:

När vi ser på var vi ska etablera oss spelar det in vad det finns för övriga aktörer där. Det tittar vi på och gör bedömning. Har man en välfungerade verksamhet på någon mindre ort så ska mycket till för att vi ska utmana dem. Istället ser vi mer på luckor och känt missnöje.

Grupp 1

Det finns dock de som påpekar att situationen nu kan förväntas bli en annan och att expansionen framöver troligen alltmer kan komma att handla om en tydligare konkurrens mellan redan existerande vårdcentraler. Detta i takt med att det blir färre andra möjligheter till nyetableringar eller expansion. Några av de intervjuade antyder också i intervjuerna att så redan delvis sker.⁶

Ja det finns sådana planer (att etablera oss i fler lansting)... Vi tittar oss runt. Men det måste bli en bättre betalningsmodell som måste bli skarpare och tydligare. Samtidigt hindrar det inte oss och våra expansionsplaner. Vi går in i konkurrensen och på marknader som vi kan ta över. Det gäller speciellt om där bara finns offentlig verksamhet som vi kan ta över.

Grupp 2-3

Sedan finns det ett undantag det är den vårdcentral vi driver i X. Den startade vi p.g.a. vårdvalsreformen. Det var första gången som vi etablerade oss i mer folktäta områden där konkurrensen är hårdare men också underlaget ett annat och det är lättare att attrahera personal.

Grupp 1

Närhet, en viktig faktor!

Även om det råder fri etableringsrätt visar undersökningen att de flesta företag inte har etablerat sig på måfå utan styrande är närhet till befintlig egenverksamheter alternativt god kännedom och förankring inom vårdverksamheten i det aktuella landstinget. I några fall bedriver den aktuella vårdgivaren sedan tidigare vårdcentral inom området eller verksamhet inom närliggande områden såsom företagshälsovård eller upphandlad vård. I andra fall har man tidigare verkat inom offentlig vård i det aktuella området och ser en möjlighet att utveckla en egen privat verksamhet eller ta över en befintlig offentlig verksamhet. I det första fallet, med egen annan verksamhet inom samma landsting, finns samordnings-

⁶ Detta lyftes också fram i de intervjuer som vi genomförde våren 2010 med offentliga företrädare i Stockholms läns landsting. Man menade att en sådan konkurrens till viss del redan fanns inom området.



vinster. I det andra fallet har man lättare att få listade patienter och har även mer kontakter inom den vård som redan drivs i området.

Det är nog så att vi redan har haft verksamhet där vi har valt att starta vårdcentraler inom LOV. Min tolkning är att det är de orter som vi var innan vårdvalsreformen. Det är där vi är. Landstingen där hade problem att bedriva att bedriva all verksamhet där så de lade ut på upphandling för att lösa sina problem med bland annat att rekrytera personal.

Grupp 1

Men framförallt det som är mest styrande är att det passar in i vår struktur (där vi redan finns). Man måste se mer på att inte bygga upp isolerade öar utan att man etablerar sig i kluster.

Grupp 1

Vi har valt att satsa på dessa landsting för vi är ett vårdföretag med specialister där det ingår att vi ska ligga nära sjukhusen som redan finns. Vi fokuserar på dessa landsting, men har inte valt bort andra landsting för att de skulle vara dåliga på något sätt. Det har mer att göra med geografisk närhet till sjukhus, inget annat egentligen.

Grupp 2-3

Det finns dock också, särskilt hos flera större företag, en öppenhet för att expandera i fler landsting, där man idag inte bedriver verksamhet. Förutsättningen är dock att det finns riktigt goda ekonomiska förutsättningar i så fall eftersom fördelarna med att hålla sig inom samma landsting oftast överväger.

Vi skulle kanske kunna tänka oss att etablera oss även i andra landsting om man gör en riskkalkyl och finner mycket goda förutsättningar, men i prioriteringsordning kommer de som redan är först.

Grupp 2-3

Ett av de största företagen som vi har intervjuat menar till skillnad från övriga att de satsar på individer som har en bra idé varvid landstinget inte spelar någon roll, förutsatt att det finns en rimlig möjlighet att kunna driva företaget på ett affärsmässigt sätt. Även här råder dock på det stora hela samma mönster som har diskuterats ovan, eftersom de aktörer som startar verksamheterna med stöd av koncernen, vanligen redan finns i området.



Övriga faktorer som ibland påverkar expansion och nyetableringar

Det finns även flera faktorer som av vissa intervjuade ses som viktiga för att kunna etablera sig eller expandera, men som av andra ses som mer perifera. Till viss del kan detta bero på att olika landsting har olika vårdvalssystem. Andra påverkande faktorer kan vara storleken på företag samt hur landstinget ser ut ur befolkningshänseende. Ibland är det troligen också så att de intervjuade har olika perspektiv i sina intervjuer. En del har stor erfarenhet från flera olika verksamheter, landsting och branscher medan andra främst har kunskaper om det egna landstinget och en egen verksamhet. Nedan följer en redovisning av dessa övriga faktorer:

Etableringsfrihet

De flesta av de intervjuade är för en fri etableringsrätt av vårdcentraler och det finns de som är uttalat negativa till all slags landstingsstyrning och ser en helt fri etableringsrätt som central. Man menar att marknaden bör styra inte landstinget:

Den form som har blivit när det gäller etableringsfrihet och att det verkligen finns är viktigt. Det är viktigt att marknaden får avgöra var vårdcentralen ska ligga. Det har ju visat sig inte vara några problem och det har långt ifrån bara blivit i storstäder vilket man beförde. Det finns inga tecken på att underprivilegierade inte får några etableringar. Vi kan se på oss, vi har mycket små städer och svåra områden. Man startar där med, och det finns de som vill jobba där bara det går att få patienter. Det är det som bör styra.

Grupp 1

En minst lika vanlig åsikt i undersökningen är dock synen att det är rimligt att landstinget, med det övergripande ansvaret och översikten, trots den fria etableringsrätten, försöker styra för att täcka upp de behov som finns i området. Det beskrivs också, åtminstone än så länge, ligga i det egna intresset att starta verksamhet i ett område där behov finns, varför en dialog med landstinget ses som naturlig.

Där kan jag känna mig lite tveågsen eftersom det är skattepengar och det handlar om att bli aktör som tillsammans med de offentliga har ett bra erbjudande. Då kan jag tycka att det är rimligt med dialog med den som betalar om var man ska etablera sig. Vi har långt fram i vår kultur till vi dimper ner i huset bredvid och börjar konkurrera. Man söker ställen där det finns behov. Så jag har inget emot den dialogen med landstinget.

Grupp 4

Fri etablering... då tycker jag att det är rimligt att man har dialog med landstinget: "Vore det bra om vi var här?". Att man är överrens om det. Inte att man börjar som konkurrent. Men på sikt kan det förstås bli så, när det inte finns så mycket annat. Då kan det bli att det öppnas nytt där



det finns en dålig verksamhet eller om det är en marknad och man har resurser att man öppnar utan att fråga, då kanske man gör det.

Grupp 4

Förståelsen för landstingens strävan att till viss del vara med och styra trots fri etableringsrätt försvinner i de fall där landstinget har skapat ett ersättningsystem som gör det omöjligt för privata vårdgivare att starta såväl som att bedriva en verksamhet som går ihop ekonomiskt. De områden som särskilt lyfts fram i detta sammanhang är Jämtland och norra Sverige. Även Skåne nämns i sammanhanget, dock främst tidigare, innan vissa ändringar genomfördes i deras ersättningsystem. .

Krav på öppettider, bemanning

I vissa landsting verkar det råda en relativt stor öppenhet så att vårdcentralen själv tar ansvar för att öppettider och bemanning fungerar, varvid frågan upplevs oproblematiske. På andra håll tycks det vara betydligt tydligare föreskrivet vad som gäller. En av de intervjuade, som idag jobbar som ensam familjeläkare i norra Sverige ser exempelvis öppettiderna och kraven på alltför hög bemanning som en huvudanledning till varför han inte kan gå med i vårdvalet.

Vissa har öppet och andra inte. Det är beroende av hur patientgruppen vill ha det. Där känner vi att vi har frihet att göra som vi vill.

Grupp 2-3

Många har trott att när det blir vårdval och konkurrens måste man ha kvälls- och helgöppet men det måste man inte. Inte om tillgängligheten funkar ändå. Vi har i vår verksamhet i x i Skåne ordnat det så att där kommer man till! Man kan ringa en dag och vara säker på att få en tid samma dag. Upplever patienten att de kommer till och kan ringa och prata med någon då blir det inte viktigt att ha öppet på helger och kvällar. Vi är skyldiga att hålla jour, men våra patienter efterfrågar inte det. Då är det ovettigt att hålla på med det. Samtidigt ska man inte skriva det på näsan för det är inte säkert att det gäller alla. Det beror av geografin och var man verkar. I x exempelvis finns kanske fler människor som behöver kunna få en tid klockan 18 istället för 10. Så det beror på.

Grupp 1

En del större vårdgivare ser det som självklart att ha ett öppethållande med hög tillgänglighet, men menar samtidigt att det måste vara realistiskt:

I början så är det krävande att ha en fullvärdig vårdcentral men att klara av att ha öppet mellan åtta och sjutton är knappast för mycket begärt. Klarar man inte det ska man inte öppna! I och för sig kan det vara lite värre med att ha öppet till tio. Det kan vara lite värre och onaturligt. Och då



blir man tvungen att köpa dyra tjänster från andra bara för att ha dem. Till nio kanske vore det längsta. Det är mer rimligt. Det finns ingen efterfrågan sedan.

Grupp 2-3

Det framkommer att tillgänglighet kan ses på olika sätt. Vissa tänker mest på öppettider eller hög telefontillgänglighet. Det viktiga menar andra är att patienterna upplever att de kommer fram och får hjälp då de behöver. Hög personlig tillgänglighet upplever vissa kan minska behovet av jour och ständigt telefontillgänglighet:

Det ska vara ett system som ger rätt vård på rätt nivå och man ska förstås vara tillgänglig. Men vi ser på tillgänglighet som att det till stor del handlar om att dämpa oro. Tillgänglighet är inte bara telefon utan att man kan ta emot och träffa, se i ögat, inte på det sätt som idag. Vi har goda exempel där man är öppen för att patienter bara kan titta in och få ett bedömningsmöte. Sedan vill vi se lite mer så då blir det ett besök. Vet folk att de får komma och att de kan komma förbi på ett enkelt sätt blir de inte så oroliga och då behöver de inte ligga på på telefon.

Grupp 4

Det tycks också som att olika landsting i olika grad har ett samarbete omkring att skapa tillgänglighet för patienterna. I vissa landsting beskrivs ett till synes väl fungerande samarbete omkring jourverksamhet. Andra beskriver att samarbete inte alls förekommer, eller att det innehåller problematiska moment I vissa fall har exempelvis privata uteslutits från att medverka i sådan verksamhet.

Befolkningsutvecklingen

Befolkningsutvecklingen bedöms vara tydligt kopplad till ersättningsystemet. Om landstinget har tagit tillräcklig hänsyn till vårdtyngd för olika grupper, upplevs den av mindre intresse. Det tycks inte av de här genomförda intervjuerna att döma, som om området ses som särskilt alarmerande idag:

Det finns ju. Det har varit debatt om att det på detta sätt bara blir attraktivt att engagera sig där det finns friska patienter som inte behöver vård. Men jag tror egentligen att den farhågan var lite felaktig. När man väl får ett fungerande system där man tar hänsyn till tyngd, vårdtyngd i modellen då funkar det. Får man inte så mycket betalt för de friska är det inte någon lösning att bara jobba med dem. Jag tror att det mer handlar om att få system som håller över tid. Där man lär sig hur de funkar.

Grupp 1

Det är viktig om man ser på de äldres utveckling, det är viktigt att ha med sig det i tankarna när man ska etablera sig... Det säger något om vårdtyngden i området.

Påverkar det er när ni väljer att etablera er?



Nja, det beror på var man jobbar. Vi är ju fokuserade på äldre så vi är särskilt intresserade av den gruppen. Om man får samma ersättning för alla besök så är det förstås egentligen en nackdel. Om man ska satsa på snabba besök ska man ha få äldre... mellanklassen ger helt klart bäst ersättning i ett sådant system. De mest krävande har för låg ersättning.

Grupp 2-3

Ja det klart att det har betydelse hur ersättningsmodellen ser ut. Att den bygger på hög kapitering är det bästa om det är friska människor som inte besöker vårdcentralen. Där är det viktigt om man har ett tungt område, att det finns en modell som gör det rimligt att göra rätt saker för människor som har stora behov. Det måste vara någon slags diagnosättning. Skåne har det och Stockholm funderar på det. Om man får betalt för att göra rätt saker så spelar det inte så stor roll. Bara man mäter vad man gör och att man får betalt. Då kan man gå in var som helst.

Grupp 4

Svårighet att rekrytera personal

Tillgången på läkare och svårigheten att rekrytera ses som ett hinder för att kunna etablera sig i vissa områden. Särskilt anges norra Sverige och glesbygd:

Ett annat problem är tillgång till läkare. Det är ett mycket allvarligt problem för hela sjukvården. Det måste statsmakten lösa genom att de är ägare till utbildningssystem och regelsystem och legitimering genom Socialstyrelsen. Det är bara de som kan påverka detta. Det håller på att skada den svenska sjukvården. Just nu är det till och med så att hyrbolagen till och med de har svårt att få fram läkare... och det är vissa områden som drabbas...

Grupp 1

Krav på att ingå i landstingets administrativa system

Synen på att ingå i landstingets administrativa system varierar stort. Vi har ju tidigare exempel där det framgår att kostnaden och svårigheten upplevs betydande. Även i den undersökning som genomfördes våren 2010 var det tydligt att vissa medelstora företag (med etableringar i flera landsting) drog sig för att etablera sig i nya landsting, just på grund av att de administrativa systemen såg olika ut och det fanns uttalade krav att ansluta sig. I den här genomförda undersökningen finns dock också de som inte ser det som särskilt problematiskt, även om man verkar i ett stort antal olika landsting:

Vi anpassar oss till det. Vi vet att de har ett annat journalsystem till exempel inom ett nytt landsting där vi vill etablera oss. Vi är pålästa i så fall och tar hänsyn till det, så som affär är det inget hinder. Vi tjänar på alla system! Det är mer ur ett medborgarperspektiv som det kostar. Men att driva sex vårdcentraler i olika landsting är inte svårt även om alla har olika journalsystem... Och inom landstinget ser de ju överhuvudtaget inte det problemet för de verkar ju bara inom ett landsting. Det är vi på huvudkontoret i så fall som har det problemet. Men det är inte ett större



problem för oss. Landstinget har en fördel som jätteorganisation. De har en jädra mängd statistik och när man lär sig att få ut den från olika landsting är det en stor källa att använda sig av. De är inget problem utan en fördel. Men det beror på horisonten för dem som kommer direkt från landstinget med vårdfolk (och öppnar en privat verksamhet) kan man ha svårare att acceptera olikheter. Vi kommer från industrin och då är vi vana vi det... att det finns många olika system. Det är inte komplicerat om man tar hänsyn till det...

Grupp 1

Kvalitetsutveckling

Flera intervjuade lyfter fram behovet av en ständig kvalitetsutveckling för att kunna expandera vidare och attrahera fler patienter. Flera menar att detta område kommer att bli allt viktigare framöver då konkurrensen förväntas hårdna.

Flera aktörer på en marknad i någon form av konkurrens kommer att leda till nytänk och bättre kompetens. Det gäller att utveckla personalgruppen. Det är den största framgången i det här. Det betyder något hur man betar sig som vårdgivare det har den inte gjort tidigare. Förut har det snarast varit: "Du ska vara tacksam att du får komma till oss" nu är det snarast tvärtom.

Grupp 4

Vi lär oss hela tiden mer om våra konsumtionsmönster. Ta bara vår medicinservice som utgör 3-5% av kostnaderna, där ska vi kunna räkna på läkare på landstingsnivå för att effektivisera oss. Vi kommer att hitta olika beteenden och resurser som används av olika läkare och hitta bästa sätt att jobba på. Vi har ju också t.ex. Kloka Listan från landstinget som hjälp i hur vården ska ges på bästa sätt.

Grupp 2-3

Vi har utvecklats enormt och jobbat mycket med kvalitetsfrågor. Det är den enda vägen fram för att lyckas i detta.

Grupp 1

Ett stabilare system

Några menar också att systemet behöver bli stabilare med mindre oväntade och plötsliga förändringar. En förhoppning är att en stabilisering sker över tid.

*Ett stabilare system. Idag kan det vara så att villkor och regelböcker skrivs om varje år. Man lägger på nya saker som nya rapportskyldigheter som kan göra att det ändras en hel del från år till år. Då är det svårt att våga satsa. Det behövs större stabilitet över tid. Det är viktigt. Liksom att det finns en långsiktighet. Man drar inte igång ett år och så slutar man det året därpå. Det är inte den sortens verksamhet. **Grupp 1***



Synen på att verka i vårdvalssystem inom olika landsting

Det varierar i vilken grad olika landsting upplevs som möjliga att etablera sig i. Flera lyfter dock fram norra Sverige, eller delar av norra Sverige (särskilt Jämtland), som särskilt svåra med tanke på ersättningssystem och politisk vilja. Skåne beskrivs tidigare ha varit mycket svårt att etablera sig i på grund av ersättningssystemet och plötsliga ändringar. Dock ses det som bättre idag. Stockholm ses av flera som ett väl fungerande landsting och för vissa som ett ideal, inte minst för att de har en viss erfarenhet. Men det finns också de som är starkt kritiska till ersättningsmodellen i Stockholm och dess koppling till besök. Någon upplever också deras organisation som onödigt byråkratisk. Västra Götaland får kritik både för ersättningssystem och sättet att kommunicera med privata vårdgivare. Vi har dock samtidigt få genomförda intervjuer med företag som verkar i detta område, i den här redovisade undersökningen. Halland lyfts av flera fram som ett mycket bra landsting att verka i. Även Södermanland får relativt bra kritik.

Det kan kanske vara särskilt intressant att lyssna på hur ett vårdföretag som verkar i stora delar av Sverige bedömer situationen. En av dessa större företag konstaterar att de har hittat ekonomiska möjligheter för att driva verksamhet i samtliga landsting utom i Jämtland. Den intervjuade beskriver sedan att det även finns landsting där man är nöjd med offentligvården och misstror privata vårdgivare, vilket innebär ringa benägna att starta privat verksamhet, även om ekonomisk möjlighet finns. Landstinget i Östergötland beskrivs vara ett sådant landsting.

Flertalet intervjuade kan ange landsting där de inte vill verka, alternativt anger att de medvetet väljer att endast etablera sig i landsting där de redan har verksamheter eller är verksamma. Det finns dock också enstaka undantag från detta:

Vi ser inga sådana hinder. Bara man förstår de olika vårdmodellerna rätt så kan man etablera sig var som helst.

Grupp 1

För övrigt råder en hel del varierande uppfattningar om de olika landstingen vilket redovisas mer detaljerat i bilaga 1.



Vård för alla

De flesta intervjuade ställer sig direkt nekande till att det skulle finnas grupper i samhället som inte får vård idag. Upplevelsen är att man tar emot alla som söker sig till vårdcentralen, förutsatt att de är listade. Några tycks uppleva själva frågan i det närmaste kränkande.

Nej man tänker inte så, man tar de som kommer. I vardagen, i praktiken tänker man inte så som vårdgivare. Flera landsting premierar också de som är riktigt sjuka. Det är inte orimligt att göra så.

Grupp 1

Det finns också de som menar att det alltid finns risker och att systemets utformning är av stor vikt i sammanhanget. Ett påpekande är att det alltid kommer att finnas mindre seriösa aktörer som utnyttjar eventuella kryphål i systemet.

Nej... alltså vi har pratat och det finns en diskussion om att man puttar bort dem man inte tjänar på men för oss har det aldrig varit diskussion. Vi tar emot alla. Det är kul här, vi har inget sjukhus här så det blir också mycket akut. Vi har inte känsla för det att det skulle vara problem. Men vet inte över tid man kan kanske behöva börja tänka annorlunda. Det finns alltid risker om det är konstiga system, ju svårare det är att verka i dem ju sämre beteenden kan man förvänta sig.

Grupp 4

Det finns samtidigt exempel på grupper som det upplevs klart problematiskt att ta emot idag, kopplat till vårdvalssystemet inom specifika landsting. En intervjuad uppger svårigheter att ta emot multisyjuka:

Multisyjuka kan vi erkänna att vi har problem att ta emot så många av i Stockholm landsting. De ger ju mindre p.g.a. ersättningen blir ju mindre för en multisyjuk gentemot de snabba patienterna, de som bara har ont i halsen och går snabbt därifrån.

Grupp 2-3

Ytterligare någon berättar att de inte gärna tar emot patienter som går hos taxeläkare eller sjukgymnaster som arbetar utanför vårdvalet, även om de inte har rätt att neka. Dessa besök innebär nämligen ekonomiska avdrag för dem.

Det finns ett problem... eller några problem. Det är egentligen patienter som har gått i många år hos taxeläkare inom allmänmedicin som har en verksamhet. Taxeläkarens patienter ser man helst att de inte listar sig hos oss, som har verksamhet under samma tak, samtidigt kan vi förstås inte säga det. Vi väljer då istället att inte marknadsföra vårdcentralen och listning och säger



inte nej till att ta emot även om de inte är listade. Även om de fortsätter att gå hos taxeläkaren säger vi inte nej, det går minus. De gör besök utan att lista sig. Det är ingen vårdcentral som egentligen vill ha dem listade. Vi tänker att systemet som sådant måste vara ett medvetet sätt att försöka kväva de etableringarna. Ett annat liknande problem är sjukgymnastpatienterna där patienter går till sjukgymnast ger de avdrag på vår ersättning men vi kan inte påverka konsumtionsmönstret och vi kan inte ifrågasätta om de behandlingar som sker är rätt och riktiga. Det handlar om riktigt stora pengar. Det måste man göra något åt. Man kan inte ha ett kostnadsansvar för något som man inte har inflytande på, där det är egenremitteringar. De sjukgymnaster som har etableringar tar 500 kronor så blir det avdrag på vår peng. Men vi kan inte styra antalet besök eller hur länge de pågår eller om det ens är befogat eller effektivt. Den som driver sin praktik vill träffa så många som möjligt beroende på de egna etiska gränserna sedan kan man stimulera eller motverka men vi kan inte påverka. Vi kan säga är det verkligen rimligt att gå så många gånger per vecka och är det rätt metod när patienten aldrig verkar blir frisk? Är de listade hos oss och vår doktor kan han möjligen säga till patienten ska vi prova något annat, men han kan inte ta några beslut. Det är bättre att den som bedömer också tar kostnadsansvaret.

Grupp 1

En grupp som också anges kunna förlora på vårdvalet är de som bor på mindre orter där det idag finns mindre vårdcentraler/läkarmottagningar. Genom det breda uppdrag som krävs inom vårdvalet kommer dessa med stor sannolikhet inte kunna fortsätta att driva sin verksamhet. Deras patienter blir därmed utan den närliggande vård som de tidigare hade tillgång till:

Det finns också en annan utmaning som särskilt gäller mindre vårdcentraler. I takt med att man trycker ut mer och mer ansvar på primärvården som förut var på slutenvården som lättare psyk- och sjukgymnastik och lite gränsspecialiteter. Det gör att de små verksamheterna inte klarar av att hantera den typen av problem. Det måste finna en viss kritisk massa och de små enläkar- eller tvåläkarstationerna kommer inte att överleva om man ställer de kraven...Jag undrar om det är bra? Särskilt glesbygden tänker jag på då. Om vi tar Skåne som exempel och tar Malmö, Lund och Helsingborg, där spelar det ingen roll för men Lönssboda i norra Skåne eller Hästveda. Där har det betydelse. Kanske kan man inte få fram all kompetens om man tar en liten ort som Knäved där vi har kanske 3000 listade. De har doktor och sjuksköterska men i framtiden kommer de i så fall inte att ha något alls utan måste till Laholm eller Halmstad... Det är också en systemfråga som man borde fundera på. Är det medvetet? Vill man att det ska gå i den riktningen eller vill man att de små läkarna på landet, som kan driva en hygglig vårdverksamhet med doktor sjuksköterska och reception men inte mer, ska få finnas kvar?

Grupp 2-3

Breda uppdrag kan också vara orealistiskt om man ser på vad det faktiskt kostar. Om man går ned på detalj på den bemanning som en del kräver som kanske 0,3 kurator och arbetsterapeut etc. Det fungerar bra i storstad men inte alltid i glesbygd. Man kan förstå den goda viljan att det



ska finnas samma breda stöd överallt i Sverige, men det kan vara orealistiskt om man tänker ur verksamhetsperspektiv.

Grupp 2-3

Det påpekas också att om en vårdcentral inte har en verksamhet kan patienter av det aktuella slaget inte tas emot. Diabetesmottagning lyfts fram som exempel:

Det finns däremot strategiska hinder som gör att t.ex. damer med diabetes inte kan komma till vissa enheter för att man väljer inte att ha diabetes mottagning tillgänglig. Där har man helt enkelt valt bort viss verksamhet för att den inte är lika lönsam. Samtidigt är det ju klart att en enhet som vi har där över hälften av de mottagna är över 85 år inte kan vara lika lönsam. Det behöver man ju inte vara ekonom för att förstå att så hänger det ihop.

Grupp 2-3

Ett problem som tangerar huruvida alla patienter tas emot, såväl som kvalitetsfrågan, är om alla patienter får den vård de behöver. Nedanstående berättelser om hur man försöker undvika kostnader på den egna verksamheten, antyder att oklarheter i ansvarsfördelningen kan innebära en risk.

Generellt sett är det en stor samarbetsvilja och det finns en stor vilja att lösa patienternas problem men vi märker i emellanåt att det har blivit en större fråga om vem som egentligen bär kostnadsansvaret för olika saker. Jag har flera exempel där sjukhus försöker trycka ut ansvaret för kostnader till primärvården. Vid svar på remisser återkommer man och säger innan man tar patienterna vill man att detta och detta ska vara gjort av oss. Man försöker skjuta ut preoperativa utredningar till oss fast det inte är vårt ansvar. En man som hör hemma i Skåne sökte hjälp på Stockholm akutintag på Södersjukhuset. Behandlarna av patienten hör sedan av sig till vårdcentralen i Skåne, där patienten hörde hemma, och säger att "vi tycker att den här patienten borde utredas så och så. Vi kan göra det men ni får ta kostnaden!" Men när patienten kommer in slutenvård är det deras ansvar, inte primärvårdens. I detta exempel då de hade föreslagit detta och det sedan blev en diskussion om kostnaden och vem som ska betala. Då säger man "att vid närmare eftertanke tror vi inte att det behövs göras!". Det känns lite olustigt. Jag är anhängare av privatvård men det får inte vara en utveckling där man måste ha kreditkort först innan man blir hjälpt. Där går en slags etisk gräns.

Grupp 2-3

*I värsta fall blir patienter utan mediciner eftersom landstingen som skriver ut ska stå för kostnaden, men gör kanske inte det. Det ställer till problem. Vem tar kostnaden?... Det är inte helt utrett ännu. I Värmland har vi totalkostnad för både medicin och allt. I Stockholm är det annorlunda. Det måste bli tydligt överallt hur länge man ska klara sig, som en vecka efter utskrivningen till exempel. **Grupp 2-3***



Kvalitet

Flertalet intervjuade är inte särskilt oroad över att kvaliteten skulle bli sämre inom vården beroende av införandet av vårdvalssystem, utan menar att det snarare höjer kvaliteten. Den offentliga vården får konkurrens och tvingas till förbättring. Det påpekas i sammanhanget att redan det förestående vårdvalet innebar att många offentliga vårdcentraler aktivt arbetade för att förbättra sin verksamhet. Likaså anses systemet innebära en sund konkurrens som gör att existerande vårdgivare hela tiden förbättras och utvecklar sig.

Det finns dock också vissa farhågor. En av de intervjuade menar att systemet som sådant kan leda till att man sparar in på läkare och material för att göra en större vinst:

Att inte ta hand om hela patienten. Risken är uppenbar att man sparar in på läkare och material, men jag hoppas att man inte gör det. Modellerna som finns idag är tyvärr upplagda för det.

Grupp 1

Andra påpekar också att de har tagit del av liknande diskussioner och att exempelvis vårdgivare gör patienter till lags även om det inte är befogat ur medicinsk synvinkel. Åsikten bland flertalet intervjuade är dock att det i så fall straffar sig och att det inte går att driva en verksamhet på det sättet i längden. Samtidigt påpekas att det i alla system finns risk att någon utnyttjar kryphål:

Nej ingen erfarenhet från detta finns... Utan det är bara den allmänna diskussionen att man gör allt för att patienten ska vara nöjd, vilket förstås inte är bra men jag tror inte på det. Det vore så kortsiktigt och dumt så det liknar inget alls. Men det klart när många professionella vårdare ställs inför faktum att någon säger "Jag vill gå någon annanstans" kan man ha svårt att hantera det. Att man inte längre är guds utsände...

Grupp 4

Alltså jag tror att hela modellen med att det kommer in aktörer och konkurrens och man måste bete sig bra annars går man till en annan. Det leder i grunden till en bättre verksamhet. Men det är alltid risk att man tummar på kvaliteten för att tjäna pengar. Den som går in i det och är oseriös kan inte överleva i längden, men kortsiktigt går det ju.

Grupp 4

Konkurrenssituationen kan driva vårdcentraler att göra saker man inte ska. Man kan vara alltför vänliga mot patienter, sjukskriva och skriva ut läkemedel. Men inom vår verksamhet är vi noga med det. Vi överlever inte över tid om man gör det. Vi har inpräntat noga hos personal och läkare om det. Vi har satsat ordentligt på att ha hög kvalitet och en bra kompetensnivå och utrust-



ning... Vi inser som privat aktör att om det blir fel hos oss blir det jätterubriker medan det lättare kan passera på en offentlig verksamhet.

Grupp 4

Vidare påpekar flera att det är viktigt att det inom vårdvalssystemet finns sådant som stimulerar till en kvalitetsutveckling. Kvalitetskontroller, resultat från dessa och mer insyn efterfrågas också av några av de intervjuade.

På vissa platser har man till exempel extra ersättning om man har satsat extra på diabetes eller liknande. Det tror jag är bra ur kvalitetsperspektiv. På så sätt styr man kvalitetsarbetet även med pengar.

Grupp 2-3

Vi har lite behandlingsresultat att jämföra så det vet vi egentligen inte. Vi har nöjdheten och där har vi sett länge i Stockholm att de privata har mer nöjda patienter. Det är för tidigt att säga någont... Det måste utvecklas vidare med oberoende utvärderingar av kvaliteten även från behandlingsresultat. Det är mycket viktigt för konkurrensneutraliteten och även detta för vinst i vården. Man vill kunna visa att man har bra kvalitet. I realiteten har vi inte sett några kvalitetsförsämringer men det har diskuterats i Stockholm just detta med att många besök lönar sig och att man tar friska och de som går fort. Men det går inte att se i de utvärderingar som man har gjort. I praktiken är det svårt att tänka så i vardagen. De som har kapitering och inget får för besök menar man skulle göra allt för att hålla patienter borta och att man inte behöver bemanna. Men det har man inte heller sett. Men det finns förstås alltid en risk med enskilda individer som utnyttjar de system som finns på ett felaktigt sätt. Även i loven, som i alla system, finns sådana risker.

Grupp 1

Det är viktigt med ett tydligt kvalitetssystem och att man inte jämför äpplen och päron. Det är det viktigaste. Jag tycker att lansstingen borde ha ett gemensamt system som följer ett antal parametrar, det skulle verksamheten tjäna på samt full insyn.

Grupp 4

Kvaliteten beror på landsting och ersättningssystem. Det är ju risk för en sämre kvalitet när man ersätts per besök, det blir ju ett väldigt timjagande i dessa fall. Men generellt sätt tycker jag att kvaliteten är likvärdig överlag. Däremot ställs det inte lika höga krav på landstingets vård som på privat vård.

Grupp 2-3



Det upplevs också viktigt att beställaren, när kvalitetskrav inte uppfylls, verkligen agerar och stänger av dem som inte fungerar som de har utlovat eller bör:

Det man ser som jag tycker är att beställaren inte klarar att följa upp alla nya aktörer. Det är viktigt att man tar bort dem som inte är bra. Att man kollar kvaliteten. Man försöker själv uppfylla alla skallkrav och så finns de som undkommer det och de tycker jag ska få rejäla böter eller förlora sin legitimation.

Grupp 2-3

Det finns också en del övriga synpunkter på sådant som skulle kunna innebära en risk för kvaliteten inom systemet, även om ingen beskriver sig själv ha upplevt det.

Någon ser det som en risk för kvaliteten med alltför smala uppdrag som enläkarcentraler:

Det jag tänker på som en risk är om det blir väldigt många små verksamheter, exempelvis med enmansarbeten (med en läkare). Som man har gjort i Dalarna ser jag ingen sådan risk. Vi öppnar en central som det är viktigt att påpeka inte är en enläkarcentral... Man bör vara några stycken ur samma yrkeskategori, det ska inte vara för litet. Sedan är det å andra sidan en risk om vårdcentraler är väldigt stora, det är inte heller bra för kvaliteten. Det finns en gräns både nedåt och uppåt för att ska fungera på bästa sätt...

Grupp 4

Ytterligare ett kvalitetsproblem är att fokus riskerar att vändas mot andra frågor än patienten.

Det finns ju en risk så till vida att man får lite mer inåtvänt fokus när man börjar nya system vilket i och för sig är ett övergående problem. Det behövs mera tid åt att lära sig hur ersättningsmodellen funkar så det är klart att det just nu tar fokus från patienter, men på sikt går det bort.

Grupp 2-3

Att ersättningsmodellen i landstingen alltid är kopplade till en total möjlig ersättning beskrivs också som en möjlig kvalitetsrisk. Bakom den totala ersättningen finns en politisk vilja som inte sällan handlar om att hålla nere kostnader. Detta kan, om det system som skapas är mindre realistiskt, skapa vård av undermålig kvalitet eller system där inte vårdtagaren får de provtagningar och mediciner som behövs. Det kan också göra att seriösa aktörer avstår från att etablera sig inom ett visst område.

Men sedan om jag är riktigt ärlig finns det en politisk och tjänstemannamässig vilja att ändra i konsumtionsmönster sjukvården, och viljan är inte att man ska konsumera mer. Det finns en total ersättning. Genom ersättningsmodeller styr man ju verksamheten och har man då en pati-



entstock som konsumerar mycket och som söker ofta, utan behov, så kan systemet, beroende på hur det ser ut, snarast straffa vårdgivaren. Det är ingen hemlighet att i samtliga landsting idag ser man över läkemedelskostnader och är mer restriktiv vilka läkemedel som förskrivs, vilka prover man tar och inte tar etc. Det är klokt. Men det får inte heller gå överstyr så att den som behöver något inte får det.

Grupp 1

Ett exempel där en patient eventuellt inte får provtagningar som eventuellt behövdes, har redan beskrivits i rapporten. Liknande synpunkter är följande:

Betalningsstruktur påverkar negativt. Om vi t.ex. tittar på specialistnivå där råder det krig och förväntningskrockar mellan olika specialistenheter där ingen vill ta kostnaderna. Vid t.ex. en MR [Magnetrontgen] kan de till slut komma fram till att "vid närmare eftertanke behövs det inte" när kostnader inte vill tas.

Grupp 2-3



Samverkan inom vårdvalet (LOV)

Flera berättar att de har ett fungerande samarbete med andra aktörer. Beroende av Landstingets vårdvalssystem kan det röra sig om samarbete omkring jour för öppethållande, sjukgymnaster, psykologstöd, BVC, labbverksamhet och liknande tjänster. De flesta av de intervjuade kommer vid diskussioner om samverkan främst in på samverkan med andra vårdcentraler. Att både vara konkurrenter och samarbetspartners ses inte som ett problem bland dem som har ett samarbete, inte heller ersättningsfrågan mellan de båda parterna.

Ja, när det gäller röntgen och psykiatri samverkar vi. När det gäller Carema till exempel samverkar vi omkring psykiatri men annars är vi konkurrenter. Det fungerar bra och jag ser inga problem med det.

Grupp 2-3

När vi gör det kan det vara för att lösa praktiska problem vanligast är det kring jour. Där har alla ett gemensamt intresse. Sedan kan det också handla om att dela resurser som psykologer, arbetsterapeuter så att man blir underleverantörer till varandra.

Grupp 1

Det är både och. Man är både konkurrent och kollegor när man delar jourer och andra resurser. Det funkar bra tycker jag. Det är ingen skillnad vi samarbetar både med Landsting och privata. Det händer att någon har oschyssta metoder men ofta fungerar det.

Grupp 4

Vi samarbetar nu med gym och rehab och vi har bra erbjudanden till våra patienter att kunna träna. Vi har massor med sådana projekt... Det är inga problem med ersättning det löser man...

Grupp 4

Flera upplever heller ingen tydlig skillnad om det handlar om samarbete med privata eller offentliga vårdgivare utan ser det mer som personberoende. Andra menar att samarbetet med andra privata ofta fungerar bättre.

Det är ingen stor skillnad mellan privat och offentliga det är mer personberoende. Det finns de ansvariga och den personal som är samsarbetsinriktade och de som inte är det. Det är ingen skillnad. Vi har både offentliga och privata som funkar och inte funkar. Det är olika. Det handlar om viljan. Det är säkert lika om du frågar andra om oss. Vissa ser oss som bra på vissa orter och andra gör det inte, det är lika där.

Grupp 1



Jag kan tycka att det oftare är lite lättare med andra privata än offentliga... Det är krångligare med offentliga.

Grupp 1

En av de intervjuade påpekar att samarbetet har blivit sämre med offentliga vårdcentraler i och med vårdvalets införande. I det aktuella fallet har man tidigare fungerat som en privat upphandlad verksamhet inom landstinget.

Jag önskar att vi får mer samarbete med andra privata på en övergripande nivå. Det kan förbättras. Men kommer vi till det lokala så funkar det med lokala offentliga lika bra. Man har gamla kontakter och hjälps åt. Det som i och för sig har inträffat är att tidigare när man upphandlade kunde vi hjälpa varandra på resor och ta varandra patienter då, den dörren har stängts. Vi får vända oss till privata i så fall men, landstinget har stängt den dörren. De kanske mognar till slut! Jag tror mer samarbete över tid, konkurrens funkar inte där på det planet.

Grupp 2-3

Det är också tydligt att inte alla upplever att samarbetet inom landstinget fungerar tillfredsställande. Några har problem med att driva en gemensam jourverksamhet och hur man löser listningen. I andra fall sker inget samarbete alls mellan offentliga och privata fast både skulle kunna vinna på det:

Vi tycker att det är olyckligt som i en stad i Skåne där vi har fått en situation där privata och offentliga inte kan samverka kring jour utan både privata och offentliga har det. Vi privata har gått samman. Det tycker jag är lite olyckligt. Det varierar stort och i Blekinge har man kringgått detta och det finns i villkoren att man måste medverka i jour. Det känns bättre.

Grupp 1

En av de intervjuade beskriver en situation där de privata på orten alltmer funderar på att gå samman, i och med att det är en fördel att vara större och enade i konkurrensen med de offentliga.

Vi träffar alla även de offentliga. Det finns två av varje (två privata och två offentliga) och vi träffas och utbyter erfarenheter och liknande. Det är en annan situation för oss privata. Vi två som är privata träffas därför lite då och då och diskuterar. Som det ser ut kommer vi att gå in i samarbete... för att bli konkurrenskraftiga mot den stora offentliga. Nu tar vi patienter från varandra. Men det är en fråga om vem som köper vem och vem som gör vad. Det är en fördel att vara ganska stora inom vårdvalet för att det ska vara rimligt. Detta att ha tillräckligt med personal och utbildning och inte vara så sårbara om någon blir sjuk osv. Om man kunde börja smått vore det egentligen lättare att gå in som mindre...

Grupp 4



Ytterligare ett par av de intervjuade pekar på behovet av mer samarbete de privata emellan, i konkurrens med landstinget:

Det är rätt dålig kontakt mellan oss aktörer på den privata sidan om jag jämför med industrin där träffas vi jämt och diskuterar. Här sitter alla på någon hemlighet som ingen egentligen har... men det kommer nog att slipas bort. Mer och tätare kontakter vore bra mellan konkurrenter. Vi måste också vara med och lägga upp spelplanen och då behöver vi träffas mer.

Grupp 2-3

Flera intervjuade tror på mer samarbete på sikt. Det verkar också som om det varierar hur långt man har kommit med detta i olika landsting. En av de större företagen ser svårigheterna kopplat till samarbete som ett typiskt utslag av att branschen är omogen och att systemet är nytt. Flera ser möjliga samordningsvinster med mer samarbete än idag.

Det kan man väl säga att där finns möjligen mera möjligheter att på sikt samverka med andra. Att ha bra relationer med andra beroende på hur stor verksamhet det kanske är så att man inte måste sitta med alla kompetenser själv. Den ena kanske har en duktig diabetessköterska och någon annan har en som kan KOL, så då kan man samarbeta och växla tjänster med varandra. Där kan man bli bättre än idag!

Grupp 1

I stora regioner som t.ex. Skåne är vi med i en samarbetsgrupp med andra liknande aktörer. Där diskuterar vi vettiga frågor i ett samlat forum. Men det finns tyvärr inte i så många landsting.

Grupp 2-3

När det kommer till samverkan med hälsokansliet har vi redan konstaterat att flera är missnöjda med hur de har blivit behandlade inom vårdvalet, men relativt få är direkt missnöjda med hälsovalskanslierna och den personal de möter där. Några lyfter fram att dessa har en svår arbetssituation med en hel del oklarheter. Den kritik som framträder är kopplat just till att det upplevs trögt och svårt att få tydliga svar. Västra Götaland får också kritik för att inte vara tillräckligt kommunikativa och lyhörda.

Hälsovalskansliet det har varit helt OK. Sedan, vilket inte de kan beskyllas för personligen, fick de en orimlig arbetssituation. Personalen har varit bra, men fick inte en bra situation och bra utrymme för att klara av det. Det är därför många frågor som är obesvarade fortfarande som berör verksamheten. Som journalfrågor och vad som gäller...det är ett problem. Sedan har det varit en okunskap också så ena veckan har vi inte fått använda landstingets resurser har man sagt och sedan har det visat sig att vi får det och så vidare. Det ger otrygghet och beror av okunskap från landstingsledningen, om vi kommer tillbaks till detta om neutral konkurrens. En fråga som



har varit uppe är vilka avdelningar som får sälja tjänster till oss från landstinget. Det är sådana frågor vi inte vet. Vi får svar och sedan är det inte så i alla fall.

Grupp 4

Det är ett hälsovalskansli inget renodlat beställarkansli, utan både beställare och utförare, ett sammelsurium och vi har skrivit avtal med dem. Det är inget större fel men det känns trögt och svårt att få svar. De är inte på alerten precis.

Är det för att de inte har svar?

Jag vet inte? Jag tror att eftersom de är lierade med den offentliga har de svårt att hantera oss, det är obehagligt för dem.

Grupp 4

När det så kommer till samarbetet med övrig landstingsvård så varierar upplevelsen en del. Vissa beskriver att de har kontakter sedan tidigare och ett mycket gott samarbete.

För vår del är det positivt. Vi har fått indikationer på att lasarettsläkarna ser det som jättebra att vi finns. Det fungerar jättebra. Våra läkare är redan kända... de har bra rykte.

Grupp 4

Det framkommer dock också (se vidare under konkurrensneutralitet) att vissa upplever att offentliga vårdcentraler troligen är gynnade genom att de får tider för röntgen och provtagning snabbare. Vissa har också misstankar om att de får vara med och finansiera landstingets dyra investeringar genom onödigt dyra provtagningar. Fördelningen av kostnader mellan vårdcentral och annan offentlig vård har tagits upp liksom att det i vissa landsting inte är utrett vem som ska stå för vad.



Marknaden idag och i framtiden

De intervjuade använder idag diverse olika former av marknadsföring, men påpekar också vikten av att vara seriös i sin framtoning. Man arbetar exempelvis med annonsering, brevkampanjer, föredrag, öppet hus och radioreklam. Någon påpekar att det lokala behovet styr och att man gör olika på en mindre ort än på en större ort med en annan befolkningssammansättning. Det är inte heller ovanligt att den viktigaste reklamen sker mun till mun eller indirekt genom att den lokala pressen uppmärksammar satsningen.

Det kan vara både direktreklam och lokala tidningar och sedan i ärlighetens namn handlar det mycket om mun till munmetoden.

Grupp 1

Men vi har inte gått på folk, inte gjort som i Stockholm där de står och delar ut gratis grejer och sådant. Vi har bara varit där och hjälpt till. Hjälpt gamla att fylla i blanketterna och så.

Grupp 4

Vi behövde inte göra reklam. Bara dagen efter blev vi uppringda av pressen. Populära läkare har startat detta så det räcker. Invånarna vill välja, det visar det enorma intresset som har varit för oss. Får ni 500 patienter innan start är det lugnt har de sagt, men vi har redan 5000! Det beror på den katastrofala primärvårdssituationen som beror på att det är svårt att rekrytera läkare.

Grupp 4

Vi har främst fått väldigt mycket gratismarknadsföring genom artiklar, TV och även Dagens Medicin. Av olika anledningar har vi varit intressanta på många håll. Vi har varit många kvinnor i ledningen. Sedan har vi använt oss av annonsblad på orten som de flesta läser. Vi har använt oss av professionell marknadsföring och haft ett företag som har hjälpt oss. Vi är den första privata vårdcentralen på orten och en av tre privata i länet.

Grupp 4

Efterfrågan av vård tros öka i framtiden. Fler äldre lever länge men med fler sjukdomar och mer vårdbehov. En annan anledning anses vara att den nya generationen är mer vårdkrävande och mer benägen att söka vård än den äldre generationen:

Vi bedömer nog om man frågar patienter och medborgare så kommer det att öka. Vi blir äldre, lever längre och överlever svåra sjukdomar längre. Det innebär att vi får större andel som är kroniker och multisjuka men så är det också så att moderna människor kan mindre av detta som man kunde förut som husmorskunskaper. Om barn ofta hade ont i öronen åkte man inte till



sjukhus men idag är många oerfarna och åker direkt till sjukhus. Man söker för enkla saker som man kan göra själv. Vi tror att det kommer att öka. Man ser också att det sker en tyngdpunkt mot att fler människor mår psykiskt dåligt, även unga. Det påverkar också med mer tyngdpunkt på den typen av verksamhet och diagnoser. Det är ofta behandlingar som är långvariga och tidskrävande. Terapi kan man inte effektivisera hur mycket som helst. Sedan ställer man kanske andra krav på kvalitet och man accepterar inte ett nej. Om man jämför med mina gamla föräldrar. När det är rätt så allvarigt så säger de lite generat har ni tid med detta och ska jag verkligen åka ambulans. 40-talisterna kommer istället att säga "Varför kom ingen tidigare?"

Grupp 1

Jag tror att den kommer att öka och ställas större krav på. De som kommer idag är mer upplysta. De har googlat innan de kommer och det ställs högre krav på kompetensen.

Grupp 2-3

Utbudet upplevs också kunna öka genom att personalen ges större utrymme att utveckla sina egna intressen inom privata verksamheter:

Jag tror att det kontinuerligt ökar genom möjlighet att ge personalen utrymme att utveckla sådant de brinner för.

Grupp 2-3

En annan ökning förutspås bli ren privatvård. Likaså har en av intervjuade förhoppningen att vårdcentraler i framtiden kommer att bedriva mer specialiserad vård:

Jag tror att det är så här, den här ökade efterfrågan i kombination med den statsfinansiella förmågan göra att vi ändå kommer att se en ännu större omvälvning av förändringar av sjukvården. Situationen kommer att framtvunga en större andel privatisering och även framtränga en uppdelning med någon form av bas från samhället men sedan får man skjuta till själv....privat. Försäkringsfinansierad sjukvård för anställda, den markanden fanns inte för bara tio år sedan, men den växer ju och blir större och större.

Grupp 1

Jag tror att det kommer att öka och främst bli nya konstellationer och sätt man driver vårdcentraler på, eller vad det kommer att heta i framtiden. Jag tänker att det blir mer specialister. Gammal öppenvård från sjukhuset sker ute närmare patienten. Så tror jag.

Grupp 2-3

Jag tycker att loven även borde omfatta fler specialistgrenar, inte sjukhus men öppenvårdsmottagningsverksamheter. Jag vill gärna se exempel på alla typer av öppenvård, inte bara husläka-



re eller BVC utan fler specialiteter som öron näsa hals och tarm och hud. Det finns absolut efterfrågan på det idag. Vårdcentraler kan inte vara behjälpliga vad gäller det idag och det är papper hit och dit och lång väntan. Det vore bättre om specialister kom till oss och vi kunde boka in dem hit. Det är vår vision!

Grupp 2-3

Andelen privata vårdgivare anses också komma att öka men vilket redan har påpekats främst genom att offentlig köps upp, inte i så hög grad som varit fallet den sista tiden, att nya verksamheter skapas:

Ja de kommer att öka helt klart. Ser man här på Dagens industris rekommendationer av att köpa aktier så är det Capio, Carema och så vidare. Där finns därför en allmän slutsats att det kommer att öka.

Grupp 1

Ja det kommer att öka. Det finns en politisk laddning omkring detta idag. Men ser vi oss om i världen. Det räcker att vi ser på Europa. Om vi ser på ett totalt statligt system som man har i England då är primärvårdsläkarna privata. Det är bara i Sverige och Finland som det är så stort inslag av offentlig primärvård.

Grupp 1

En av de intervjuade tror istället att de privata vårdcentralerna till och med kan komma att minska:

De kommer att minska pga tuffare ekonomisk miljö precis som i Västra Götaland. Vi är på topp nu och jag tror att antalet vårdcentraler generellt sett (inte specifikt privata) kommer att minska p.g.a. hårdare och svårare ekonomiskt system. Man har stora kostnader.

Grupp 1

När det kommer till hur de **offentliga vårdcentralerna** kommer att utvecklas i framtiden tror flertalet att de som inte fungerar väl och är marknadsinriktade kommer att slås ut medan övriga kommer att fortsätta att gå bra.

Alltså det finns massor av affärsinriktade där också. Men det blir en utslagning av dem som inte kan lyfta blicken och se nya sätt och tvingas jobba på nya sätt. Andra offentliga som klarar det kan gå mycket bra... Ett problem de har är ju att vi privata har ställt oss frågan ska vi satsa på detta och vi har gjort en riskkalkyl. Medan de offentliga har blivit intvingade i systemet.

Grupp 2-3



Det är svårt att säga, frågan är om det inte kommer att skilja sig åt. Det är risk att det blir större skillnader mellan de olika landstingen än vad det redan är. Det har att göra med att det finns olika politisk acceptans för den här utvecklingen. På den rödgröna sidan finns en rätt så stor ovilja mot den samhällsutvecklingen även om man inte kan påverka den. Där man inte är så förtjust i detta och om man inte tar tills sig de nya spelreglerna, kan det gå illa medan andra vårdcentraler, där man anpassar sig till verkligheten. Där kan de bli väl så duktiga som privata.

Grupp 1

Jag tror att de kommer att få det tufft. Problemet är ofta att de driver vidare som de alltid gjort. Om de inte ändrar sättet de driver på får de det svårt. Man måste framförallt ändra på hur man bemöter patienter och tillgängligheten. Kanske gå ifrån att det inte är enbart patienter utan också en kund. Man förväntar sig en viss tjänst. Inte bara gamla tiders att man ska vara glad att man får en tid. Idag är man mer medveten att man betalar deras löner. Det krävs mer av dem...

Grupp 2-3

I bästa fall om LOV funkar som jag tror att det ska göra så överlever de som är bra. Men de andra slås ut... Alla behöver konkurrensen och det blir fler arbetsgivare som kommer att stjäla bra idéer från varandra och mer privata vårdcentraler som grannar. Då måste de höja kvaliteten och jag ser samma positiva utveckling som för de privata, för dem som överlever. De andras slås ut och slås de inte ut har det inte fungerat och inte varit ett konkurrensneutralt system.

Grupp 1



Övrigt

Övriga frågor som lyfts fram i undersökningen är främst att alla Sveriges landsting har olika vårdvalssystem såväl som olika administrativa system. Ett nationellt system efterfrågas inte minst för att hålla nere kostnader och ge färre problem kopplat till konkurrensneutralitet och ogenomtänkta ersättnings-system.

Jag skulle vilja ha liknande ersättningssystem med samma spelregler för hela landet. Det blir också komplicerat när vårdenheter som samarbetar kring en patient ligger geografiskt över landstingsgränser och de har olika system.

Grupp 2-3

Det är ju olika system vilket är helt sanslöst. Före 2004 trodde jag att alla hade samma. Det är svårt att förstå att det kan vara så. Jag förstår att det handlar om friheten att bestämma över sig själv men för skattebetalare blir det mer pengar för det hela. Alla landsting har ett stort dränage på pengar genom det som måste byggas upp. Det drabbar inte oss utan vi lär oss fem system för fem landsting. Där krävs det energi och engagemang i början. Men det är inte värre än så. Hur det kan det ha blivit så olika är en annan femma. Det är olika möjligheter i olika landsting och det ger olika ersättningssystem och vårdmodeller.

Grupp 1

Sedan är det olyckligt att det är så många skillnader i detta och så olika i olika delar av landet vilket gör det svårt att jämföra effekterna. Det vore viktigt att kunna jämföra behandlingsresultat i hela landet! Ett mer nationellt system vore bättre.

Grupp 1

Ja, vi har varit inne på olika ersättningssystem och att det ser olika ut i landet. Men att det ska vara så olika! Idag finns det 22 system i 21 landsting eftersom Stockholm har två. Av 21 möjliga har det blivit 22. Det driver kostnader för oss. Vi måste rapportera på olika sätt på olika ställen också. Alla olika sätt och skillnader vad gäller vad som ska rapporteras och på vilket sätt försvårar jämförelser mellan olika vårdenheter och landstinget ifrånsäger sig en möjlighet att kunna jämföra.

Grupp 1

*Vi måste läsa in ersättningsmodellen per landsting och räknar in modellen i våra egna kalkylsystem. Det rör sig om ca 150 sidors skriven text av väldigt olika kvalitet per landsting. Vissa är skrivna så att det är väldigt svårtolkat och krångligt. Andra är bättre. Jag tycker till exempel att Västernorrlands dokument kring ersättningsmodellen är väldigt bra och tydligt skriven. Det går att räkna på direkten efter att läst den. **Grupp 2-3***



Jag tycker att ersättningssystemet hindrar verksamheten i olika landsting ska gå ihop. Jag vill hellre se ett enda system för hela Sverige.

Grupp 2-3

Jag skulle vilja ha ett forum som läser av olika landsting och vaskar fram det bästa för hela Sverige, tex skulle betalningsmodellen inkluderas här och journalhantering. Då skulle vi slippa hantera dubbla system. Vi skulle ha ett landstingsforum där privata aktörer kan komma till tals, mer affärsmässiga forum.

Grupp 2-3

Det är väldigt olika mellan de olika landstingen. De är svårhanterbara eftersom man inte ser betalningen och den ofta är försenad så det är svårt att se om den är rätt till oss. Jag skulle hellre se ett nationellt system för det skulle underlätta för oss som företagare. Vi har ju olika journal- och kassasystem nu på sex olika sätt eftersom vi är i sex olika landsting. Inte heller de målrelaterade kraven är heller likadana. Vi har olika synsätt på kvalitet så mycket tid läggs på detta med ersättningarna.

Grupp 1

Ytterligare frågor som lyfts fram är att systemet kräver att man tar emot alla som vill komma, vilket kan försvåra för vårdgivare som faktiskt inte vill expandera sin verksamhet:

ibland får vi problem för att det är många som vill komma. Visby har vi ett intressant exempel. Där startade fyra doktorer som länge drömt om att jobba tillsammans en verksamhet och de var glada att de fick chansen att äntligen jobba tillsammans. Det var himla kul tyckte de. Men nu är de övertäcknade och man får inte säga nej och de har bara aktiva patienter. De drunknar i jobb men de vill egentligen inte ta in fler läkare. Det var en sak som de fyra tänkt starta...Det kan vara problem. Om man inte egentligen vill utöka verksamheten...

Grupp 1



Slutdiskussion

Sammanlagt har 26 intervjuer genomförts, om hur man ser på vårdvalssystem, av Markör under 2010. Under våren genomfördes fjorton intervjuer med privata, offentliga och ideella vårdcentraler. I denna rapport redovisas resultatet från ytterligare tolv intervjuer. Denna gång med fokus på huvudmän för stora rikstäckande privata koncerner, större privata företag med förankring i flera landsting samt privata vårdgivare som dragit tillbaks sin ansökan i något av landstingen. De intervjuade i undersökningen verkar sammanlagt i sjutton landsting.

Systemet är nytt

Flera intervjuade menar att vårdvalssystemen behöver existera en längre tid för att riktigt kunna bedömas. Detta eftersom den första tiden upplevs ha präglats av problem som hör samman med att systemet är nytt. Delar av den snedvridna konkurrens som anses förekomma till förmån för offentligvården kopplas till exempel till landstingens oerfarenhet och systemskiftet. Svårigheten att i vissa landsting få klara besked eller att beslut plötsligt har ändrats, anses också bero av systemskiftet. Det finns även de som hänför det bristande samarbetet mellan olika vårdgivare på vissa orter till detta faktum.

Marknaden - få stora ägare och tydligare konkurrens

Det första året inom vårdvalet upplevs ha präglats av ett stort antal nyetableringar av både större och mindre privata vårdgivare. I flertalet fall tycks dessa etableringar ha skett på ett sådant sätt att direkt konkurrens inte har uppstått (möjligen med undantag av Stockholm, Göteborg och någon del av Skåne). Etableringarna har ofta skett i samråd med landstinget och flera beskriver en direkt motvilja mot att gå in på platser där en väl fungerande verksamhet redan finns. Framöver tror man inte på samma expansion. Dels tror man att nyetableringar kommer att bli färre och dels tror man på en hårdare konkurrenssituation där vissa i högre grad kommer att vara benägna att satsa där det redan finns etablerade verksamheter. Den största anledningen till denna förändring anses vara att nya etableringar inte, på samma sätt som vid vårdvalets införande, får del av den passiva listan. Det leder till en mycket svår ekonomisk situation inledningsvis och till att eventuella nyetableringar främst kan förväntas göras av stora koncerner som kan ta större ekonomiska risker. Nyetableringar antas också generellt bli färre eftersom behovet som tidigare fanns till stor del är mättat. Att ta över befintliga, mindre väl fungerande, offentliga vårdcentraler ses som den idag mest framkomliga vägen för dem som vill expandera ytterligare. Tron är också att större koncerner i högre grad än vad som är fallet idag kommer att starta verksamheter på platser där etableringar redan finns, med siktet inställt på att konkurrera. Det finns i



intervjumaterialet också sådant som antyder att mindre privata företag tänker över möjligheterna att gå samman med andra, för att kunna vara med i konkurrensen. Även att höja kvaliteten, effektiviteten eller utbudet för att därigenom locka nya kunder och behålla gamla, bedöms bli alltmer viktigt. De som redan idag beskriver sig jobba på detta sätt är främst de större företagen i undersökningen. Att marknaden generellt går mot några få större ägare är de flesta överens om.

Styrande för etableringar

En viktig fråga i den ovan redovisade undersökningen är vad som upplevs viktigt för att kunna expandera och etablera nya verksamheter. Det framkommer att företag vid nyetablering givetvis ser på ekonomisk bärkraft, men även närhet till tidigare verksamhet och i vissa fall regionalpolitiska hänsyn beskrivs.

Direkta hinder för expansion och etableringar beskrivs likaså vanligen handla om orimliga ersättnings-system och politisk ovilja mot privat verksamhet. Det är också tydligt att de som valt att dra tillbaks sin ansökan främst har gjort det utifrån att verksamheten inte upplevs möjlig att få att gå ihop ekonomiskt. I två fall handlar det om att inte ha fått ta del av passivt listade. I ett annat fall beskrivs även en svårighet att på sikt få verksamheten att gå ihop på grund av ersättningssystemet. Misstanken är därför att även de offentliga vårdcentralerna i regionen går med förlust. Samtliga som har dragit tillbaks sin ansökan upplever att det finns ett politiskt motstånd mot privat verksamhet i landstingen i fråga.

En vanlig anledning till att inte vilja etablera sig inom fler landsting är oviljan att etablera sig där företaget inte redan har en liknande verksamhet (företagshälsovård, andra vårdcentraler etc.) eller där ledningen redan är etablerade inom annan vårdverksamhet, vanligen inom offentligvården. Motivet är i första fallet samordningsvinster och i det andra viktiga kontakter, lämplig personal och ofta en stor mängd troliga listade patienter.

Det finns även faktorer som vissa bedömer som mycket viktiga för expansion, medan andra ser dem som perifera. Ibland handlar det om att olika regler gäller i olika landsting. Andra gånger handlar det om vårdgivarens storlek eller i vilken miljö denne verkar. De aktuella faktorerna är:

- Konkurrensen från redan välfungerande vårdcentraler avskräcker flertalet, dock inte de största vårdgivarna.
- Krav på öppettider och bemanning är övermäktigt för mindre företag. Andra ser inte detta som problematiskt. Det tycks också finnas skillnader för vad som krävs inom olika landsting.



- Svårigheten att rekrytera personal (läkare men även andra tjänster såsom deltids psykolog-tjänster etc.), särskilt till glesbygd, beskrivs av flera som ett problem.
- Krav på att ingå i landstingets administrativa system ses av vissa som oproblematiskt medan andra ser det som en betydande kostnad och svårighet.

Mångfalden

Undersökningens resultatet från våren såväl som i denna undersökning tyder på att få vårdgivare ser vårdvalet som ett system som ger mångfald i bemärkelsen många olika slags verksamheter. Istället upplevs systemet leda till "många liknande verksamheter med olika, större huvudmän". De som slås ut beskrivs främst vara små privata vårdgivare som tidigare har existerat som mindre verksamheter (enmansföretag, läkarmottagningar etc). Inte sällan beskrivs dessa verka på små orter med ett relativt litet befolkningsunderlag eller som komplement till annan vård i regionen. När det kommer till ett mångfald av utbud så råder det delade meningar. Vissa påpekar att de medvetet kommer att gå in för att öka sitt utbud för att attrahera patienter. Deras upplevelse är att även om inte vårdvalet stimulerar till detta blir det nödvändigt för att på sikt kunna attrahera patienter. Andra menar att de har fullt upp med att uppfylla de krav som finns inom vårdvalet.

Kvaliteten

Privata vårdgivare är generellt sett positiva till vårdvalet och har upplevelsen att kvaliteten blir bättre för patienten. Anledningen anges vara att offentliga vårdcentraler får välbehövlig konkurrens och tvingas bemöta sina patienter på ett bättre sätt. Tillgängligheten anses också öka. Tron är också att konkurrensen automatiskt gör att de som har den bästa verksamheten överlever. Risken att vårdgivare skulle rikta in sig enbart på vissa "lönsamma" patienter beskrivs som liten så länge som ersättningsystemet tar hänsyn till vårdtyngd etc.

Det finns dock också en del farhågor kopplat till kvaliteten, även om dessa var betydligt större i den undersökning som vi genomförde i våras, och då särskilt bland ideella och offentliga vårdgivare. Det påpekas att alla system har sina risker och kryphål som kan utnyttjas av oseriösa aktörer. De mest uppenbara fall där patienter idag beskrivs kunna fara illa handlar om oklarheter om vem som ska stå för kostnaden för provtagningar, mediciner etc. i samarbetet med övrig offentligvård. Det finns exempel i undersökningen som tyder på att patienter kan komma i kläm och inte alltid få det de behöver. Flera, framförallt ideella vårdgivare, i vårens undersökning, menar också att det behövs bättre kvalitetsparametrar inom systemet. Det ses också som viktigt att det verkligen vidtas åtgärder mot företag som inte sköter sina åtaganden. Även det fick kritik i vårens undersökning.



Konkurrensneutraliteten

Huvudfrågan i undersökningen är i vilken grad det råder konkurrensneutralitet inom systemet. Det kan konstateras att samtliga intervjuade i höstens undersökning har ett eller flera exempel där de inte upplever att de råder eller har rätt konkurrensneutralitet inom ett vårdvalssystem. Nedan listas de exempel som ges:

Direkt missgynnande av privata verksamheter

- Passivt listade tillförs enbart offentliga vårdcentraler i regionen.
- Ersättningssystemets utformning gör att vårdcentraler generellt inte bär sig i området, men offentliga drivs ändå.
- Inom jourverksamhet tvingas patienter lista om sig på den offentliga vårdcentralen (där verksamheten bedrivs) även om deras "egen" privata vårdcentral deltar i jourverksamheten med personal.
- Krav att landstingets existerande administrativa system används av alla inom vårdvalet.
- Möjligheten att använda ST-läkare är på vissa håll förbehållen offentligvården.

Missgynnande kopplat till landstingets unika situation

- Fördelar vid köp av dyra instrument på grund av stora rabatter, vid stor upphandling.
- Offentliga vårdcentraler går inte i konkurs.
- Offentligt anställd personal tar mindre risker och kan ofta omplaceras.

Troligt missgynnande av privat verksamhet

- Prioriteringar och prissättningar vid provtagningar, röntgen etc.
- Kalibrering av instrument.
- Informationen som landstinget ger (Felaktigheter i marknadsföring som inte upplevs slumpartad. Upplägg av informationsutskick som missgynnar privata.).

De flesta har en teori om varför systemet inte är konkurrensneutralt som går ut på att landstinget trots allt står bakom systemen och ska agera både som utförare och beställare. En del av dem som verkar i flera system är särskilt bekymrade i de fall där inte dessa olika funktioner är tydligt åtskilda. Men även när så är fallet påpekas att det, även utan en direkt vilja att gynna de offentliga, lätt blir så. Anledningen beskrivs vara att landstinget trots allt står bakom systemet och därmed kan ha svårt att förstå andra perspektiv. Även gamla lojaliteter och kontaktnät beskrivs vara av vikt i sammanhanget. En vanlig synpunkt är därför behovet av en högre utanförstående instans, såsom Konkurrensverket, med möjlighet att agera genom någon form av sanktioner. Att idag tvingas gå till domstol upplevs inte som



idealt och det påpekas att mindre aktörer knappast kan ta den ekonomiska risken. Det finns också de som menar att de överhuvudtaget inte vill gå vidare med oegentligheter eftersom de vill stå på god fot med landstinget och tror att en dialog gynnar dem mer.

Det är viktigt att poängtera att inte enbart de privata företagen upplever sig missgynnade gentemot de offentliga. Det motsatta visade sig också gälla i den undersökning som genomfördes under våren.

Offentliga vårdcentraler menade där att:

- Privata vårdgivare kan anställa vem de vill. De kan börja om med helt ny personal.
- Privata vårdgivare kan behålla sin vinst och använda den som de vill.
- Privata vårdgivare behöver inte betala en fast kostnad för administration, IT och liknande utan kan själva välja att lägga upp det som de vill.
- Privata vårdgivare 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 inom vissa landsting.

Övriga synpunkter på vårdvalet

Vi har konstaterat att mycket i den genomförda undersökningen styrker resultatet i den kvalitativa undersökning som genomfördes våren 2010. Det fanns dock även i vårens undersökning en hel del kritik av vårdvalet från de offentliga vårdcentralerna. Eftersom dessa inte kommer fram i denna undersökning vill vi ännu en gång lyfta fram det resultatet.

- Möjligheten för offentliga vårdcentraler att anställa välutbildad personal, genomföra internutbildningar och ge anställningstrygghet sjunker.
- Fokus tas från patienten till ett affärsmässigt tänkande och mer tid till administration och marknadsföring.
- Risken är att det blir billigaste vården, billigaste medicinen och billigaste behandlingen.
- Bara för att patienten får det denne vill ha är det inte säkert att kvaliteten blir bättre.
- Alla vårdcentraler bör ha samma basutbud eftersom det ger likvärdig vård överallt. Det innebär att risken att de olönsamma delarna väljs bort, försvinner.



Markörs kvantitativa undersökning hösten 2010

Vi kan konstatera att det finns en hel del i den här genomförda undersökningen som styrker det som kommer fram i den kvantitativa undersökningen, även om urvalet på många sätt skiljer sig åt. I denna undersökning ingår främst större koncerner medan majoriteten av verksamheterna i den kvantitativa undersökningen är små företag.

Likheter är exempelvis att en majoritet förespråkar ett mer enhetligt ersättningssystem än idag. En majoritet upplever också att offentliga och privata vårdgivare inte behandlas lika.

Ett intressant komplement till den här genomförda undersökningen är att se närmare på de öppna svaren i den kvantitativa undersökningen. Exempelvis gäller det frågan om faktorer i ersättningssystemet som påverkar företagets arbetssätt på ett negativt sätt, där 57 procent av företagen uppger att de kan identifiera en eller flera sådana faktorer.



Bilaga 2. Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

Namn:

Företag/verksamhet:

Var man verkar:

Inom vilket/vilka landsting:

Hur fördelningen mellan verksamheter ser ut i landstinget (enligt rapport):

Gruppering utifrån offert:

Roll i verksamheten:

Verksamhet som bedrivs (vilka delar ingår i verksamheten):

Antal anställda:

Omsättning:

Hur länge har ni funnits?

Geografi

Varför har ni valt att etablera er i ovan nämnda landsting?

Skulle ni välja att etablera er i samma landsting om ni valt idag?

Varför? Varför inte?

Finns det något landsting där ni inte vill etablera er? Skulle ni avråda även andra?

Varför?

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 företaget?



Vilka faktorer är viktiga för företagets utveckling

Vilka faktorer är viktiga om du tänker på ditt företags möjlighet att utvecklas?

- etableringsfrihet (att alla som uppfyller kraven får etablera sig)
- ersättningsnivån (total genomsnittlig ersättning per invånare)
- ersättningssystemets utformning (rörlig/fast ersättning, socioekonomiska faktorer, DRG etc)
- krav på öppettider, bemanning m.m.
- befolkningsutvecklingen
- andra vårdgivare (befintliga och kommande vårdcentraler)
- invånarnas intresse och vilja att välja
- annat

Hur ser du på ersättningssystemet när det gäller att...

...utöka verksamheten geografiskt?

... utveckla verksamhetens innehåll?

... utöka antalet patienter?

Om företaget är verksamt i flera landsting:

Är det i något landsting (vilket) det fungerar bättre med tanke på utvecklingsmöjligheterna?

Är det i något landsting (vilket) det fungerar sämre med tanke på utvecklingsmöjligheterna?

Har företaget planer på att starta fler verksamheter inom LOV i landstinget? I andra landsting?

Vad är avgörande för att så ska ske?

Om nej: varför inte?

Brukare och patienter

Hur marknadsför företaget sig?

Hur ser ni på landstingets marknadsföring/information om er verksamhet?

Om företaget är verksamt i flera landsting:

Är det något landsting (vilket) marknadsföringen fungerar bättre i?

Är det något landsting (vilket) marknadsföringen fungerar sämre i?

Är informationen som ges ut konkurrensneutral?

Gynnas landstinget framför andra vårdgivare?



Hur ser du i så fall på det?

Finns det patientgrupper företaget upplever sig ha hinder för att ta emot på grund av ersättningsystemet? Varför?

Finns det patientgrupper företaget upplever sig ha hinder för att ta emot på grund av andra skäl? Varför?

Mångfald, konkurrens och expansion och kvalitet

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?

Upplever du andra vårdcentraler som konkurrenter eller kolleger

Hur ser du på samarbetet med och konkurrenssituationen gentemot

Andra privata vårdcentraler

Landstingets vårdcentraler

Landstingets övriga sjukvård (sjukhus m.m.)

Taxeläkare

Landstingets "beställarkansli"

Upplever ni som vårdföretag att landstinget (i deras egenskap av upphandlande myndighet/beställare) är konkurrensneutralt? (dvs. klarar de av att skilja mellan beställarrollen och den egna produktionen)

Om ja: motivera.

Om nej: varför inte?

Anser du att ert företag blivit korrekt behandlat av landstinget (i egenskap av upphandlande myndighet) under godkännandeprocessen och under avtalsperioden? Om nej:- Har du påpekat fel och brister ?

Har du övervägt att begära överprövning i domstol?

Har du vidtagit andra åtgärder, exempelvis kontaktat Konkurrensverket (som är tillsynsmyndighet för LOV)?

Är upptagningsområdet tillräckligt för företaget?



Finns utrymme för expansion/ fler vårdföretag inom det landsting/de landsting ni verkar?

Om ja: varför? Någon särskild typ av verksamhet?

Om nej: varför inte?

Samverkar företaget med andra aktörer?

Om ja: hur? Med vilka? Varför? Hur löser man ersättningsfrågorna?

Hur tycker du att LOV (vårdval) har påverkat *kvaliteten* på vården? Har den ökat, minskat eller är det ungefär som tidigare?

Motivera!

Vilka eventuella risker för kvalitetsproblem har du erfarenhet av?

Hur kan de lösas?

Goda och dåliga exempel

Finns det krav och/eller villkor inom landstinget som fungerar väl och som med fördel kan överföras till andra landsting? Vad fungerar bra (inom vilket landsting)? Vilka effekter får detta?

Finns det krav och/eller villkor inom landstinget som fungerar dåligt? Vad fungerar dåligt (inom vilket landsting)? Vilka effekter får detta?

Marknaden

Hur ser ni på framtidens marknad? Kommer efterfrågan att öka eller minska (bland brukare, antalet brukare, antalet besök etc)?

Varför? Varför inte?

Kommer utbudet att öka eller minska?

Varför? Varför inte?

Kommer antalet privata vårdgivare att öka eller minska?

Varför? Varför inte?

Hur tror ni att situationen kommer bli för de landstingsdrivna vårdcentralerna?



Övriga frågor

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

Beskriv?

Förslag på lösning?

Har du något ytterligare att tillägga eller förslag på åtgärder?

Till företag som hoppat av alternativt inte startat trots godkännande

Skäl till att inte starta?

Något som var särskilt avgörande? (Ex Ersättningsnivå, patientunderlag, konkurrensfrågor etc, listningsproblem).