



Regioners upphandlingar av vårdpersonal

En uppföljning av utvecklingen sedan 2015

RAPPORT 2020:4

Konkurrensverket, juni 2020

Utredare: Leif Nordqvist, Ann-Britt Bern och Johan Johansson

ISSN-nr 1401-8438

Elanders Sverige AB, 2020

Foto: Istock

Förord

Fem år efter att Konkurrensverket publicerade en rapport om hyrläkare i primärvården har Konkurrensverket nu gjort en uppföljning av marknaden för vårdbemanning. Konkurrensverket har i denna rapport ett något bredare angreppssätt genom att dels studera regionernas samlade inköp av vårdpersonal inom primärvård, slutenvård och psykiatri, dels även inkludera personalgruppen sjuksköterskor. Rapporten ger en bild av hur regionerna arbetar med att utveckla upphandlingarna och vilka förändringar som skett på marknaden sedan 2015.

Stockholm juni 2020

Rikard Jermsten
Generaldirektör

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Sammanfattning | 6 |
| Summary | 13 |
| 1 Inledning | 20 |
| 1.1 Utgångspunkter och syfte med denna rapport..... | 22 |
| 1.2 Metod | 23 |
| 1.3 Avgränsning | 24 |
| 2 Tillgång och efterfrågan på vårdpersonal i regionerna | 25 |
| 2.1 Antal sysselsatta läkare och sjuksköterskor | 25 |
| 2.2 Brist på personal har medfört ökade hyrkostnader årligen sedan 2011 | 34 |
| 2.3 Hyrkostnaderna har ökat med 1,6 miljarder sedan 2015..... | 37 |
| 2.4 Synpunkter på inhyrning från privata vårdgivare... | 39 |
| 2.5 Regionerna har ett stort behov av personal men antalet patientbesök minskar..... | 42 |
| 2.6 Arbetet med att minska beroendet av hyrpersonal.. | 45 |
| 3 Bemanningsföretagens framväxt | 50 |
| 3.1 Vad gör ett bemanningsföretag? | 51 |
| 3.2 Varför väljer läkare och sjuksköterskor att arbeta för bemanningsföretag?..... | 53 |
| 3.3 Lönsamhet i vårdbemanningsbranschen över tid | 55 |
| 3.4 Bemanningsföretagen konkurrerar sällan med pris | 58 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4 | Upphandling av bemanningstjänster till hälso- och sjukvården..... | 60 |
| 4.1 | Upphandlingar av bemanningstjänster inom vården omfattas av bestämmelserna för välfärdstjänster..... | 60 |
| 4.2 | Annonserade upphandlingar av bemanningstjänster till sjukvården 2014–2018..... | 64 |
| 4.3 | Direktupphandling av bemanningstjänster till hälso- och sjukvården..... | 69 |
| 4.4 | Intern kontroll av inköp inom regioner..... | 75 |
| 4.5 | Upphandlingsskadeavgiftsärenden avseende bemanningstjänster..... | 77 |
| 4.6 | Regler kring bisysslor..... | 79 |
| 4.7 | Karenstidsvillkor i upphandlingar..... | 80 |
| 4.8 | Vårdgivares inhyrning av vårdpersonal och undantaget från skatteplikt för vårdpersonal..... | 83 |
| 4.9 | Viten..... | 87 |
| 4.10 | Regionala respektive nationella upphandlingar..... | 89 |
| 5 | Slutsatser..... | 92 |
| | Referensförteckning..... | 100 |

Sammanfattning

Regionernas kostnader för att hyra in vårdpersonal har ökat under många år, trots att regionerna haft som ambition att kostnaderna ska minska. Ramavtalen med bemanningsföretag har inte alltid fungerat bra och det har även gjorts direktupphandlingar av hyrläkare. Därför har Konkurrensverket sett ett behov av att följa upp vår tidigare rapport från 2015. Nu, fem år senare, kan vi konstatera att en hel del förändrats till det bättre i regionernas upphandlingar och avtalsuppföljning, men att behoven av att hyra in vårdpersonal inte har minskat utan till och med ökat.

Fortsatt svårt att bemanna vårdcentraler, särskilt i glesbygd

I den förra rapporten konstaterade vi att det råder stor brist på specialistläkare i allmänmedicin på landets vårdcentraler. Fem år senare kan vi konstatera att många regioner fortfarande har svårigheter att bemanna sina vårdcentraler med läkare, inte minst i glesbygd. Därför är också behovet att hyra in läkare från bemanningsföretag fortfarande stort.

Att primärvården har svårt att rekrytera läkare, trots att det generellt sett inte råder någon brist på läkare i Sverige, uppges bero på flera olika faktorer. Ett grundläggande problem är att det är svårt att få läkare under utbildning att specialisera sig inom allmänmedicin. Andra pekar på arbetsmiljörelaterade problem som att hög arbetsbelastning bidrar till ett behov av fler årsarbetskrafter när läkare går ned i arbetstid. Regionernas utmaningar med att behålla personal återspeglas i att behovet av hyrpersonal är fortsatt stort.

Behovet att hyra in sjuksköterskor har ökat kraftigt de senaste åren

Problemen med rekrytering och behoven av hyrpersonal har nu spridit sig även till andra yrkesgrupper, framför allt sjuksköterskor. Sjuksköterskor hyrs in främst till den somatiska vården. Det handlar oftast om specialistsjuksköterskor.

Regionernas kostnader för hyrpersonal har inte minskat

Efter att Konkurrensverket publicerade den förra rapporten om hyrläkare inledde SKR och regionerna ett projekt för att minska behovet av inhyrd personal till vården. Målet med projektet var att regionerna skulle anses vara oberoende av hyrpersonal när hyrkostnaden inte skulle uppgå till mer än två procent av de totala personalkostnaderna senast den 1 januari 2019.

Regionernas totala kostnader för hyrpersonal har dock inte minskat, utan tvärtom ökat med drygt 1,6 miljarder kronor sedan 2015. Inte minst har kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor ökat kraftigt. Under 2019 ökade kostnaden för inhyrda sjuksköterskor med 14 procent i regionerna jämfört med föregående år. Några regioner har dock minskat sina kostnader för inhyrd personal, bland andra Västra Götaland, Norrbotten och Örebro.

Kostnaden för inhyrd personal var 2019 omkring 5,6 miljarder kronor, vilket motsvarar 3,8 procent av den totala personalkostnaden. Det är 1,8 procentenheter över SKR:s mål för att regionerna ska vara oberoende av hyrpersonal inom vården. En region nådde under 2019 dock målet om oberoende av personal, Västra Götaland.

Fler bemanningsföretag på ramavtal har minskat behovet av direktupphandlingar

Det fanns 2015 flera regioner som hade ganska få leverantörer på sina ramavtal men av våra samtal med regioner framgår att det numera är vanligt med många leverantörer. Runt 50 leverantörer är inte ovanligt. Konkurrensverket kan konstatera att många leverantörer på ramavtal troligen har bidragit till att behovet av ofta mer kostsamma direktupphandlingar har minskat samtidigt som leveranssäkerheten har ökat.

Centraliserade avrop ger en ökad kontroll

Regionerna gjorde 2015 ofta avropen från ramavtalen på enhetschefsnivå men nu verkar i stort sett alla regioner ha centraliserat förfarandet och infört olika former av dispensförfaranden.

Konkurrensverket anser att det är positivt med en mer central hantering av avropen, eftersom det bör innebära en mer konsekvent hantering av rutinerna och ge bättre förutsättningar för kontroll av kostnader och behov av bemanning. Det bör ge bättre förutsättningar för verksamheterna att planera sin personalförsörjning och ha en bättre framförhållning.

Elektroniska avropssystem ökar kontrollen vid avrop

År 2015 lyfte Konkurrensverket fram vikten av avtalsuppföljning, det vill säga uppföljning av att exempelvis fakturor från bemanningsföretag har avtalat pris och att tidsredovisningen för den inhyrda läkaren är korrekt. Flera regioner hade lyft fram behovet av en kontinuerlig och utvecklad avtalsuppföljning, till exempel angående kontroll av fakturor från bemanningsföretag och utdömande av viten.

Konkurrensverket menar att införande av elektroniska avrops-system, som flera regioner är på väg att införa, kommer att leda till en bättre avtalsuppföljning. Elektroniska avropssystem ökar kontrollen, minskar risken för otillåtna direktupphandlingar och minskar sannolikt även riskerna för korruption.

Regionerna tillämpar oftare vitesklausuler

Flera regioner har till Konkurrensverket fört fram att viten, till exempel vid uteblivna leveranser eller felaktiga fakturor, används som ett sätt att få bort oseriösa leverantörer. Genom att mer konsekvent nyttja viten blir det en form av självsanering inom branschen, där oseriösa leverantörer trängs ut.

Det förekommer fortfarande att en del bemanningsföretag försöker sälja in sina tjänster utanför ramavtalen, men det verkar vara mindre förekommande än 2015. Det kan bero på att bemanningsföretag som är ramavtalsleverantörer och som försöker kontakta enheter direkt får vitesförelägganden i högre utsträckning än vad som var fallet 2015.

Konkurrensverket anser att det av upphandlingsdokumenten tydligt bör framgå under vilka omständigheter viten utgår. Vitesbeloppet bör också stå i proportion till avtalsbrottet.

Fasta priser kan pressa kostnaderna för regionerna

De regioner som nu eller nyligen genomfört upphandlingar av hyrpersonal har satt ett fast pris för alla leverantörer. Detta var också ett av Konkurrensverkets förslag i den föregående rapporten från 2015.

Utvecklingen med att de flesta regioner, jämfört med 2015, har gått över till fasta priser kan ha bidragit till att pressa kostnaderna. Fasta priser har även bidragit till att pressa kostnaderna eftersom det inte längre är möjligt för de läkare som är underleverantörer till bemanningsföretagen att välja leverantörer med högre priser.

Nettoomsättningen bland bemanningsföretag ökar men vinstmarginalen minskar

Bland de 17 bemanningsföretag som deltagit flest gånger i regionernas upphandlingar har nettoomsättningen stadigt ökat mellan åren 2015 och 2018, men den genomsnittliga vinstmarginalen har kraftigt försämrats under samma period. I princip har den halverats under den aktuella perioden. Konkurrensverket menar att det finns flera tänkbara orsaker till de sjunkande vinstmarginalerna. Krav på följsamhet till ramavtal är en viktig faktor som leder till färre direktupphandlingar. En annan är att allt fler regioner gått över till fast pris. En tredje faktor är att även bemanningsföretagen känner av en allt högre konkurrens om kompetensen, vilket leder till högre personalkostnader.

Karensvillkor och bisysslor

Regionerna menar att karensvillkor är en nödvändighet för att förhindra att personal säger upp sig och att de kommer tillbaka till samma arbetsplats som inhyrd via ett bemanningsföretag.

Regionerna tillåter normalt inte anställda läkare att arbeta som inhyrd hyrläkare hos dem, eftersom det anses som konkurrerande verksamhet. Alla bisysslor är inte problematiska, men regionerna bör skaffa sig kunskap om de bisysslor som kan konkurrera med arbetsgivarens verksamhet eller är arbetshindrande. En region som inte känner till sina anställdas bisysslor har även sämre möjligheter att organisera sin verksamhet på ett effektivt sätt och undvika jäv

och intressekonflikter som kan tänkas uppstå när regionen upphandlar.

Mervärdesskatt på inhyrd personal

Konkurrensverket har flera gånger uppmärksammat på hur konkurrensen mellan privat och offentligt bedriven vård påverkas av mervärdesskattereglerna för inhyrd personal.

Konkurrensverket kan konstatera att tillämpningen av mervärdesskattereglerna innebär problem för privata företag som bedriver sjukvård (och som omfattas av mervärdesskattundantaget för vård och omsorg) eftersom det blir dyrt för dem att anlita bemanningsföretag. Att tillse att förutsättningarna finns för en effektiv konkurrens är till stor del en regulatorisk fråga. Regeringen har tillsatt en utredning som ska undersöka förutsättningarna för förändrad lagstiftning i fråga om mervärdesskatt vid inhyrd vårdpersonal och inhyrd personal för social omsorg. Uppdraget ska redovisas senast den 1 april 2021.

Nationell samverkan

I princip samtliga regioner anser att nationell samverkan är en förutsättning för att få en bättre ordning på vårdbemanningsbranschen på lång sikt. Regionerna menar att i ett nationellt avtal kan konkurrensen om personal mellan regionerna minska.

Konkurrensverket ser dock flera utmaningar med nationell upphandling. En är till exempel hur det är möjligt att säkra leveranssäkerhet i samtliga regioner. En annan kan vara att differentiera ersättningen beroende på om det rör sig om bemanning av en vårdcentral i glesbygd eller en operationssal på ett universitetssjukhus i en storstad.

Trots utmaningarna delar Konkurrensverket uppfattningen att regionerna bör verka för mer nationell samverkan när det gäller hyrpersonal till vården, inte minst vad det gäller system och rutiner för uppföljning och avrop. Behov och förutsättningar skiljer sig dock mellan regionerna, och även inom vissa regioner, vilket innebär att upphandlingarna måste ta hänsyn till de skillnader som finns.

Ett första steg mot en mer nationell samverkan har redan tagits i samband med coronapandemins utbrott. Socialstyrelsen har börjat genomföra nationella inköp av skyddsutrustning till personal i vården för regionernas och kommunernas räkning, och några regioner genomför inköp av läkemedel för behandling av covid-19 till intensivvården för samtliga regioners räkning. Enligt Konkurrensverket är det för tidigt att utvärdera erfarenheterna från dessa nationella inköpsprocesser då pandemin fortfarande pågår, men vi kan konstatera att det visat sig vara möjligt att på mycket kort tid ställa om till nationella inköp med flera regioner och myndigheter i samverkan.

Summary

The Swedish regions' costs for hiring healthcare staff have increased for many years, despite the regions having the ambition to decrease these costs. Existing framework agreements with staffing agencies have not always worked well, and direct awards of doctors for hire have been made. For that reason, the Swedish Competition Authority has seen a need to follow up on our previous report from 2015. Now, five years later, we can conclude that many things have changed for the better in the regions' procurements and contract follow-up routines, but the need for healthcare staff for hire has not decreased – rather, it has increased.

Persistent difficulties in staffing healthcare centres, particularly in rural areas

In our previous report, we concluded that there was a large lack of general practitioners at the country's healthcare centres. Five years later, we can conclude that many regions still have difficulties in staffing their healthcare centres with doctors, particularly in rural areas. Thus, the need for doctors for hire through staffing agencies remains large.

The difficulties in recruiting doctors to health care centers, despite the fact that there is no general lack of doctors in Sweden, is said to be due to several different factors. One fundamental issue is that it is difficult to get doctors in training to choose specialisation in general practice. Others highlight problems related to the work environment, such as high workloads, which contribute to a need for a larger per annum workforce, as doctors cut back on their work hours. The regions' challenges in retaining staff are reflected in a persistent high need for staff for hire.

The need for nurses for hire has increased greatly in the past years

The problems with recruitment and the need for staff for hire have spread to other professions as well, primarily nurses. Nurses for hire occur mainly within somatic care. Usually, these are specialist nurses.

The regions' costs for staff for hire have not decreased

After the Swedish Competition Authority's publication of the previous report on doctors for hire, the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR) and the regions initiated a project to decrease the need for staff for hire in healthcare. The goal of the project was that costs for staff for hire would be below two percent of the total staff costs by 1 January 2019.

However, the regions' total costs for staff for hire have not decreased. On the contrary, they have increased by more than SEK 1.6 billion since 2015. The costs for nurses for hire have increased dramatically. During 2019, the cost for nurses for hire increased by 14 percent in the regions, as compared with the year before. Still, some regions have decreased their costs for staff for hire. These include Västra Götaland, Norrbotten, and Örebro.

The cost for staff for hire was approximately SEK 5.6 billion in 2019, which corresponds to 3.8 percent of total staff costs. This is 1.8 percentage points above SALAR's goal in order for the regions to become independent of staff for hire within healthcare. However, one region, Västra Götaland, did in 2019 achieve the goal of independence of staff for hire.

More framework agreements with staffing agencies have decreased the need for direct awards

In 2015, several regions had relatively few suppliers in their framework agreements, but our conversations with regions make clear that it is now common with many suppliers. Around 50 suppliers is not unusual. The Swedish Competition Authority can conclude that having many suppliers in framework agreements has probably contributed to decreasing the need for often costly direct awards, as well as increasing supply security.

Centralised contract awards provide increased control

In 2015, regions often awarded contracts from framework agreements at the regional operations, but now almost all regions appear to have centralised their contract awarding and implemented various forms of exemption procedures.

The Swedish Competition Authority considers more central management of contract awards to be positive, since this should mean more consistent management of routines and should provide better conditions for monitoring costs and staffing needs. This should provide better conditions for the operations to plan their staffing and be more proactive.

Electronic award systems increase control in contract awards

In 2015, the Swedish Competition Authority highlighted the importance of following up contracts, e.g., that invoices from staffing agencies use the contractual prices and that time reports from doctors for hire are correct. Several regions have underlined the need for continual, more developed follow-up of contracts, such as review of invoices from staffing agencies and imposition of fines.

The Swedish Competition Authority believes that the implementation of electronic award systems, which is ongoing in several regions, will lead to improved follow-up of contracts. Electronic award systems increase control, decrease the risk of illegal direct awards of contracts, and are also likely to decrease the risks of corruption.

The regions impose fines more frequently

Several regions have stated to the Swedish Competition Authority that fines, for instance in case of non-delivery or incorrect invoices, are used as a way to eliminate unreliable suppliers. A more consistent use of fines is a form of self-policing in the sector, with unreliable suppliers being excluded.

There are still cases where some staffing agencies attempt to sell their services outside of the framework agreements, but this seems to be less prevalent than in 2015. This may be because staffing agencies with framework agreement suppliers and are imposed fines to a larger extent than was the case in 2015 if they try to contact entities directly.

The Swedish Competition Authority believes that the procurement document should clearly indicate the conditions under which fines are imposed. The size of the fine imposed should be proportional to the contractual breach.

Fixed prices can decrease the costs for the regions

The regions, which are now procuring or have recently performed procurements of staff for hire have used a fixed price for all suppliers. This was one of the suggestions made by the Swedish Competition Authority in its previous report from 2015.

The development that most regions have now, as compared with 2015, shifted to fixed prices, may have contributed to decreasing costs. Fixed prices have also contributed to decreasing costs in that it is no longer possible for the doctors who are sub-contractors to the staffing agencies to choose suppliers that offer higher prices.

Net sales increase among staffing agencies, but the profit margin decreases

Our survey indicates that the total net sales among the 17 staffing agencies that have participated most often in the regions' procurements have increased steadily between 2015 and 2018, but at the same time the average profit margin has decreased dramatically. It has more or less been halved during the period in question. The Swedish Competition Authority believes there are several possible reasons for the decreased profit margins. Requirements of compliance with framework agreements is an important factor that leads to fewer direct awards. Another factor is that more regions have shifted to using fixed prices. A third factor is that staffing agencies are also sensing increased competition over competence, which leads to higher staffing costs.

Qualifying conditions and secondary activities

The regions indicate that qualifying conditions are necessary to prevent staff from giving notice and then returning to the same workplace through a staffing agency.

The regions usually do not allow employed doctors to work as doctors for hire, as this would be considered as a form of competitive activity. Not all secondary activities cause problems, but the regions should gather knowledge on the secondary activities that might compete with the operations of the employer or impact on work ability. A region that lacks knowledge of the secondary activities of its employees also has poor possibilities to

organise its operations in an effective way and avoid bias and conflicts of interest, which might arise in its procurements.

Value-added tax on staff for hire

The Swedish Competition Authority has been noticed on several occasions how the competition between healthcare performed in the private and the public sectors are affected by the rules on value-added tax on staff for hire.

The Swedish Competition Authority can conclude that the new interpretation of the value-added tax rules cause problems for private companies that provide healthcare (and are encompassed by the healthcare exemption on value-added tax), as it becomes expensive for them to use staffing agencies. However, ensuring that the conditions are at hand for effective competition is largely a regulatory matter. The government has appointed an inquiry that is to review the conditions for changed legislation in the matter of value-added tax on staff for hire in healthcare and social care. The report is to be presented no later than 1 April 2021.

Nation-wide collaboration

More or less all regions indicate that nation-wide collaboration is a prerequisite for an improved healthcare staffing sector in the long term. The regions indicate that a nation-wide contract would decrease the competition for staff between regions. However, the Swedish Competition Authority has identified several challenges with nation-wide procurement. One is how to ensure supply security in all regions. Another is related to offering different levels of remuneration for staffing a healthcare centre in a rural area versus an operating room at a university hospital in a large city.

Despite these challenges, the Swedish Competition Authority shares the view that the regions should work for more nation-wide collaboration as regards staff for hire within healthcare, not least when it comes to systems and routines for follow-up and contract awards. However, needs and conditions differ between the regions – and within some regions – which means that the procurements must take the existing differences into account.

A first step toward more national collaboration has already been taken in connection with dealing with the covid-19 pandemic. The National Board of Health and Welfare has started to perform nation-wide purchasing of personal protective equipment for healthcare staff, on behalf of regions and municipalities, and some regions are purchasing pharmaceuticals for treatment of covid-19 in intensive care on behalf of all regions. The Swedish Competition Authority believes that the experiences from these nation-wide purchasing procedures are too fresh to evaluate, as the pandemic is still ongoing, but can conclude that it has proved to be possible to shift very rapidly to nation-wide purchasing in collaboration between multiple regions and authorities.

1 Inledning

Konkurrensverket publicerade 2015 en rapport om hyrläkare i primärvården. Bakgrunden var att vi hade sett att det förekom många direktupphandlingar i regionerna som berodde på att ramavtalsleverantörerna inte kunde leverera läkare vid avrop.¹ Vi hade också, i en tidigare rapport 2014, identifierat att behovet av hyrläkare var en betydelsefull orsak till att många vårdcentraler inte klarade sig på ersättningen i vårdvalssystemen utan gick med underskott.²

Läkare på vårdcentraler råder det sedan länge en särskild brist på, trots att det inte råder någon generell brist på läkare i Sverige. Det finns mer än 1 100 vårdcentraler i landet som ska bemannas med specialister inom allmänmedicin vilket gör att det finns en hög efterfrågan på läkare både bland regionerna och av privata vårdgivare.

Under 2014 betalade regionerna 1,1 miljarder kronor för inhyrda läkare i primärvården. Det fanns ett strukturellt problem med brist på allmänläkare inom primärvården.³

Regionerna i Sverige har nu under en längre period, i olika utsträckning, haft problem med att bemanna sjukhus och vårdcentraler med personal. Regionerna har varit och är beroende av att hyra in vårdpersonal från bemanningsföretag både för kortare och längre perioder. En ofta återkommande uppfattning från företrädare i regionerna är att en bristande ordinarie bemanning inom

¹ Konkurrensverket (2015), Konkurrensverkets rapportserie, *Hyrläkare i primärvård*, 2015:10.

² Konkurrensverket (2014), Konkurrensverkets rapportserie, *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler*, 2014:2.

³ Konkurrensverket (2014), Konkurrensverkets rapportserie, *Hyrläkare i primärvård*, 2015:10.

vården leder till sämre kontinuitet för patienterna och en sämre tillgänglighet till vården.

En viss användning av hyrpersonal behöver inte vara något problem, utan kan vara en lämplig lösning för att hantera frånvaro och vakanser, men de senaste årens utveckling med allt högre kostnader gjorde att Sveriges kommuner och regioner (SKR) startade ett projekt 2015 för oberoende av hyrpersonal efter att vår rapport publicerades.

Av Konkurrensverkets rapport från 2014 framgick att även privata vårdcentraler behövde hyra in läkare till verksamheten. Vi har i denna rapport i viss utsträckning även tagit upp förhållandena för privata vårdgivare, bland annat mot bakgrund av att de numera måste betala mervärdesskatt när de hyr in vårdpersonal.

De problem som beskrevs i rapporten 2015 har inte minskat utan snarare ökat. Behovet av hyrläkare kvarstår och inhyrningen av sjuksköterskor har ökat kraftigt under de senaste åren hos regionerna. Sjuksköterskor hyrs framför allt in till den somatiska vården men även i viss utsträckning inom primärvården. Under första halvåret 2019 ökade kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor med 14 procent i regionerna.⁴ Det är främst en brist på specialist-sjuksköterskor. Därför omfattar denna rapport en något större del av vårdens yrkeskategorier än föregående rapport som enbart inriktade sig på behovet av läkare i primärvården.

⁴ SKR (2020), *Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården – Jämförelser av helår 2019 med helår 2018*.

1.1 Utgångspunkter och syfte med denna rapport

Bakgrunden till rapporten 2015 var att det i Konkurrensverkets tillsynsverksamhet hade framkommit synpunkter om att regionernas ramavtal för hyrläkare inte tillämpades på ett korrekt sätt och att det förekom upphandlingar vid sidan av ramavtalen. Vi gjorde då bedömningen att direktupphandlingar kunde vara ett strukturellt problem för flera regioner och att enstaka tillsyns-ärenden mot några regioner sannolikt inte skulle lösa de bakomliggande problemen med att rekrytera läkare till primärvården. I stället inleddes det arbete som utmynnade i rapporten om hyrläkare 2015.

En tid efter att vi publicerat rapporten kunde vi också konstatera att regionerna initierade ett gemensamt arbete för att minska behovet av hyrläkare och förbättra upphandlingarna av ramavtal.

Som framgick av inledningen kvarstår dock svårigheter med att rekrytera vårdpersonal till regionerna. Konkurrensverket har ansökt om upphandlingsskadeavgifter mot fyra norrlandsregioner under 2018 då regionerna gjort otillåtna direktupphandlingar av bemanningstjänster avseende specialisläkare och specialistsjuksköterskor. Förvaltningsrätten biföll Konkurrensverkets talan och beslutade att regionerna skulle betala yrkad upphandlingsskadeavgift.⁵

Privata vårdgivare behöver inte tillämpa lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) vid inköp av bemanningsföretagens tjänster. Men då grundproblemet ändå är detsamma, att det ofta kan vara svårt att rekrytera läkare och sjuksköterskor och fylla vakanser, har vi även tagit del av de privata vårdgivarnas syn på marknaden för vårbemanning.

⁵ Se avsnitt 4.5, *Upphandlingsskadeavgiftsärenden avseende bemanningstjänster*.

Utöver konkurrens- och upphandlingstillsynen är Konkurrensverkets rapporter om konkurrenssituationen i privat och offentlig verksamhet ett viktigt verktyg för att belysa regionernas problem mer övergripande. Denna rapport är framtagen inom ramen för Konkurrensverkets främjande uppdrag som här närmare beskriver och analyserar marknaden för vårdbemanning. Konkurrensverket avser att med denna rapport belysa det goda upphandlingsarbetet som utförs i regionerna men även visa på utvecklingen av behovet av hyrpersonal och vilka svårigheter som kvarstår med att upphandla vårdpersonal. Rapporten syftar även till att kartlägga regionernas upphandlingar, ramavtal, avrop och kostnader för inhyrd personal inom vården samt att identifiera utmaningar inom området.

1.2 Metod

Konkurrensverket har intervjuat företrädare för fem regioner, varav samtliga tre storstadsregioner.⁶ Intervjuerna genomfördes innan coronapandemiens utbrott. Efter pandemiutbrottet avböjde två regioner i norra Sverige tidigare planerade intervjuer. Tidigare erfarenheter har dock visat att regionernas problem och utmaningar vid upphandling av bemanningspersonal till vården har flera gemensamma nämnare och samtliga regioner har också i någon utsträckning en glesbygdsproblematik. Konkurrensverket bedömer därför att vi har ett fullgott underlag och att resultaten i denna rapport är jämförbara med rapporten från 2015.

⁶ Region Västra Götaland, Region Skåne, Region Stockholm, Region Östergötland samt Region Kronoberg.

I arbetet med denna rapport har Konkurrensverket även intervjuat företrädare för några privata vårdgivare, bemanningsbranschen, Vårdföretagarna samt fackliga organisationer.

I denna rapport kartlägger Konkurrensverket även om regionerna har förändrat något i kravställningar i sina upphandlingar sedan 2015. För analysen av regioner och upphandlingar av ramavtal för bemanning till hälso- och sjukvården har upphandlingar som annonserats under CPV-koderna 79624000-4 Förmedling av vårdpersonal, 79625000-1 Förmedling av läkare och 85141200-1 Sjukskötersketjänster under perioden 2014–2018 granskats.

Vi har även inhämtat artiklar i media, revisionsrapporter och liknande genom Konkurrensverkets omvärldsbevakning under 2019–2020.

1.3 Avgränsning

Kartläggningen och analysen avser regionernas behov och upphandling av hyrpersonal inom vården. Privata vårdgivare använder sig också av hyrpersonal men omfattas inte av LOU. Förutom de slutsatser och resonemang som avser upphandlingsreglerna bör slutsatserna även vara relevanta för privata vårdgivare.

2 Tillgång och efterfrågan på vårdpersonal i regionerna

Den nationella tillgången och den regionala efterfrågan på vårdpersonal är av central betydelse för regionernas möjligheter att hyra in vårdpersonal samt att få leverans på avrop när behoven uppstår. Nationell tillgång handlar om antalet sysselsatta och legitimerade läkare och sjuksköterskor som finns i Sverige medan den regionala efterfrågan handlar om i vilken mån regionerna har egen tillgång till läkare och sjuksköterskor och därigenom vilka eventuella behov de har av att anlita bemanningsföretag för sin kompetensförsörjning.

2.1 Antal sysselsatta läkare och sjuksköterskor

Enligt Socialstyrelsen fanns det i riket drygt 43 000 sysselsatta läkare 2017. Av de sysselsatta läkarna inom hälso- och sjukvården arbetade 77 procent i offentlig sektor och 23 procent i privat sektor.⁷ Drygt 3 000 läkare var sysselsatta utanför hälso- och sjukvården 2017, vilket motsvarar knappt sju procent av läkarkåren.⁸ Enligt Sveriges Läkarförbund finns det läkare som till exempel arbetar inom läkemedelsindustrin, som skolläkare eller som företagsläkare. En del läkare arbetar även på myndigheter.

⁷ Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård Nationella planeringsstödet 2020*.

⁸ Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård Nationella planeringsstödet 2020*.

När det gäller sjuksköterskor fanns det omkring 125 000 sysselsatta 2017. Av de sysselsatta sjuksköterskorna inom hälso- och sjukvården arbetade 82 procent i offentlig sektor och 18 procent i privat sektor på nationell nivå.⁹

Av sjuksköterskorna var 15 500 sysselsatta utanför hälso- och sjukvården, vilket utgör 12 procent av totalt antal sysselsatta sjuksköterskor i landet.¹⁰

Av de sysselsatta läkarna inom hälso- och sjukvården var knappt 31 000 månadsavlönade i offentlig regi och drygt 9 000 läkare var månadsavlönade av privata vårdgivare. Av de sysselsatta sjuksköterskorna inom hälso- och sjukvården var 90 000 månadsavlönade i offentlig regi och 20 000 sjuksköterskor var månadsavlönade av privata vårdgivare.¹¹ Även om andelen anställda är högre i offentlig än privat sektor så är ökningen av sysselsatta större i privat än offentlig sektor.¹²

Många regioner och privata vårdgivare har svårt att rekrytera läkare och sjuksköterskor. Men enligt OECD har Sverige förhållandevis många läkare i jämförelse med genomsnittet inom EU. År 2016 fanns 4,1 läkare per 1 000 invånare, vilket kan jämföras med ett EU-genomsnitt på 3,6. Däremot är det bara en av sju läkare som är

⁹ Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård Nationella planeringsstödet 2020*.

¹⁰ Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård Nationella planeringsstödet 2020*.

¹¹ Socialstyrelsen (2017), *Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal, Läkare och sjuksköterskor, offentlig och privat regi*, Statistikdatabas, 2019-10-09.

¹² Socialstyrelsen (2017), *Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal, Läkare och sjuksköterskor, offentlig och privat regi*, Statistikdatabas, 2019-10-09.

allmänläkare, så antalet allmänläkare per invånare i Sverige är en tredjedel mindre än EU-genomsnittet.¹³

Sjuksköterskornas roll i primärvården har enligt OECD blivit allt större. Antalet sjuksköterskor är också högre per 1000 invånare i Sverige, 10,9 jämfört med EU-snittet 8,5.¹⁴

Av en rapport från Vårdanalys framgår att i jämförelse med tio länder så är det vanligt att vårdcentralerna i Sverige har fler yrkesgrupper som arbetar på mottagningen jämfört med andra länder. Sverige är ett av de länder där sjuksköterskor är vanligast förekommande inom primärvården, särskilt vad gäller specialist-sjuksköterskor.¹⁵

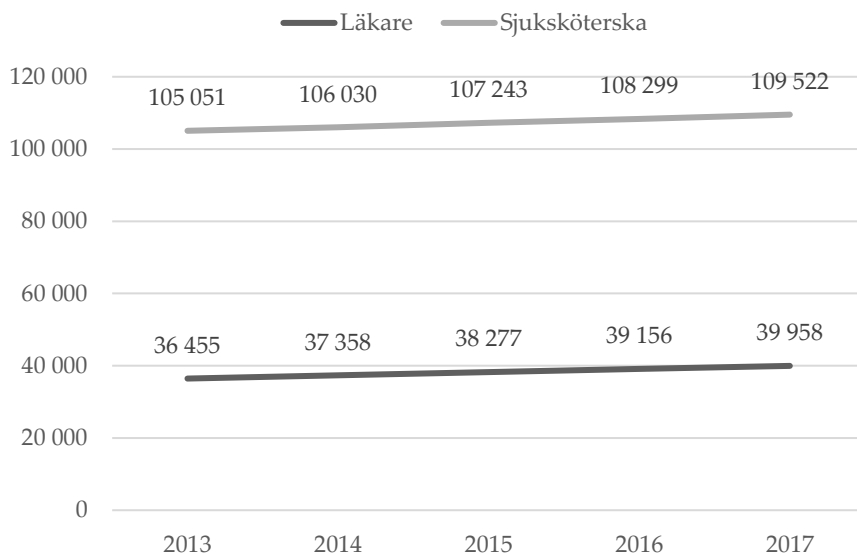
Antalet sysselsatta läkare inom hälso- och sjukvården visar en högre procentuell tillväxt över tid än antalet sysselsatta sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården, se figur 1. Den procentuella förändringen av antalet läkare mellan 2013 och 2017 visar en ökning med 9,3 procent i jämförelse med sjuksköterskor som visar en minskning med 0,6 procent för motsvarande period.

¹³ OECD (2019), *State of Health in the EU – Sverige Landsprofil Hälsa*. Snittet för allmänläkare var 0,6 per 1 000.

¹⁴ OECD (2019), *State of Health in the EU – Sverige Landsprofil Hälsa*.

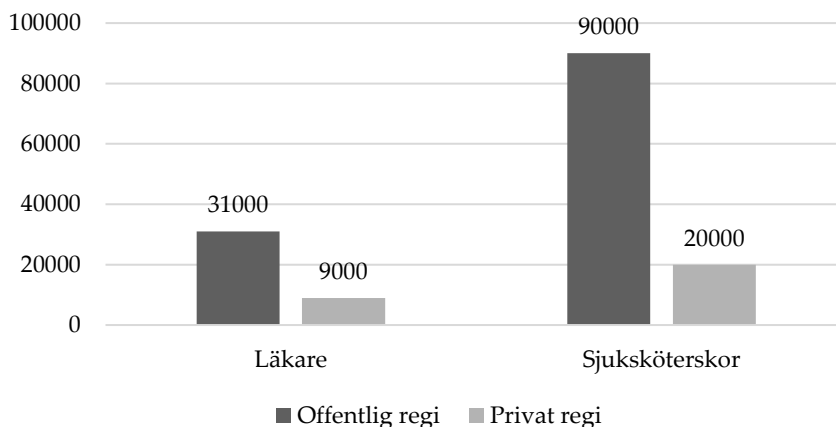
¹⁵ Vårdanalys (2020), *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Jämförelseländerna var Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Tyskland och USA.

Figur 1 **Antal sysselsatta läkare och sjuksköterskor inom hälso-och sjukvård, 2013–2017**



Källa: Socialstyrelsen, *Antal legitimerad sysselsatt hälso- och sjukvårdspersonal efter legitimation. Statistikdatabas*, 2019-10-09.

Figur 2 **Antal läkare och sjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvård fördelat på offentlig och privat regi 2017**



Källa: Socialstyrelsen *Antal legitimerad sysselsatt hälso- och sjukvårdspersonal efter legitimation*. Statistikdatabas, 2019-10-09.

Regionala skillnader i sysselsatta läkare och sjuksköterskor

Det finns regionala skillnader när det gäller antalet sysselsatta läkare och sjuksköterskor. De regionala skillnaderna är större bland läkare än sjuksköterskor.

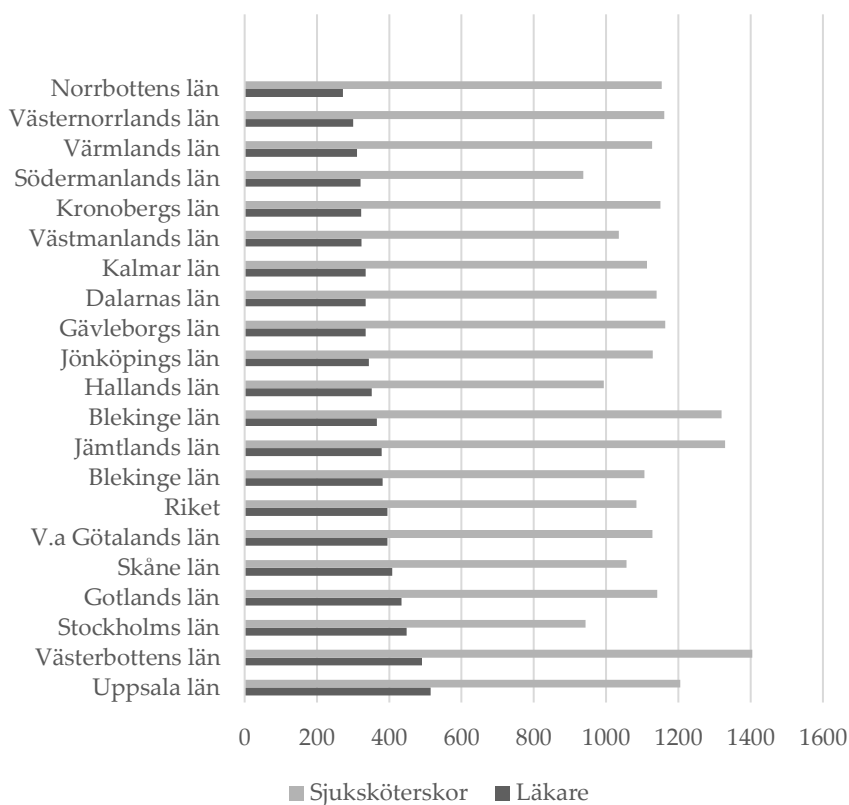
Lägst läkartäthet fanns i Norrbottens län med 272 sysselsatta läkare per 100 000 invånare i november 2017 och högst läkartäthet i riket fanns i Uppsala län där det var 515 sysselsatta läkare per 100 000 invånare. Läkartätheten var således knappt 90 procent högre i Uppsala län jämfört med Norrbottens län. Genomsnittet för Sverige var 395 sysselsatta läkare per 100 000 invånare. Södermanland låg lägst när det gällde sysselsatta sjuksköterskor per 100 000 invånare med 937 sjuksköterskor. Högst var Västerbotten som hade 1 405 sysselsatta sjuksköterskor per 100 000 invånare. Genomsnittet i

Sverige var i november 2017, 1 085 sysselsatta sjuksköterskor per 100 000 invånare.¹⁶

De regionala skillnaderna kan sannolikt förklaras av att läkarutbildningen och sjuksköterskeutbildningen är förlagd vid universitetssjukhus, som i Stockholm, Uppsala och Umeå. Många av de läkare och sjuksköterskor som utbildats på universitetssjukhusen blir kvar i dessa regioner efter avslutad utbildning.

¹⁶ Socialstyrelsen (2019), *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2018 samt arbetsmarknadsstatus 2017*.

Figur 3 Regional fördelning av yrkesverksamma läkare och sjuksköterskor per 100 000 invånare, november 2017



Källa: Socialyrelsen (2019), *Statistik och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt arbetsmarknadsstatus 2018 samt arbetsmarknadsstatus 2017*.

Enligt en rapport från Socialstyrelsen så hade samtliga län flera legitimerade och sysselsatta sjuksköterskor än läkare. Fyra gånger så många i Norrbottens län men bara dubbelt så många i Stockholms län.¹⁷

¹⁷ Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*.

Det relativa antalet sjuksköterskor har varit på en jämn nivå i samtliga län utom i Värmlands län, där det har ökat med mer än fem procent och i Hallands län, där det i stället har minskat med mer än fem procent. Störst antal legitimerade sjuksköterskor per 100 000 invånare hade Västerbotten med 1 405 stycken (genomsnittet för Sverige var 1 084 stycken).

Utvecklingen på läkarsidan var mer positiv 2017. Tillgången på läkare har ökat mer i vissa län än i andra. Åtta regioner hade ökat antalet legitimerade och sysselsatta läkare med mer än fem procent och två regioner hade ökat antalet specialisläkare med mer än fem procent. Störst antal legitimerade läkare och specialisläkare per invånare hade Uppsala.¹⁸

Enligt en rapport från OECD så har arbetsfördelningen mellan sjuksköterskor och läkare i primärvården också delvis ändrats och gjorts effektivare så att sjuksköterskorna fått en viktigare funktion. Brist på specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor med examen på avancerad nivå ses dock som ett hinder för en effektivare arbetsfördelning inom primärvården och på sjukhusen.¹⁹

Fler läkare och sjuksköterskor erhåller legitimation varje år

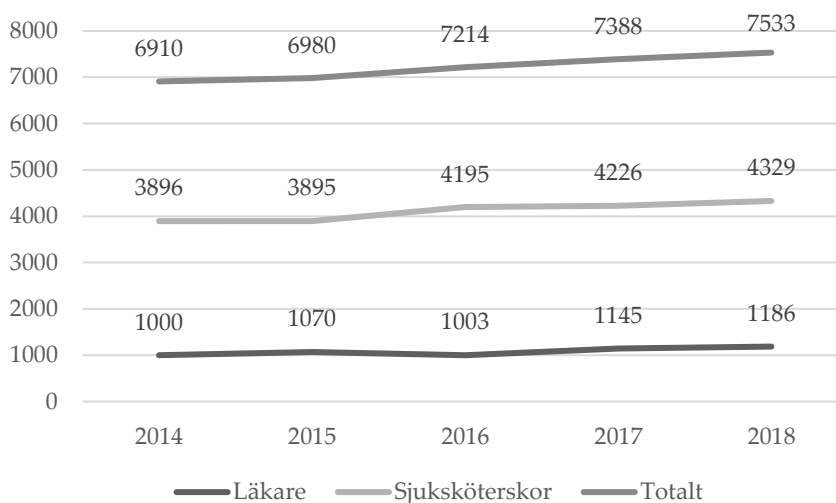
Enligt Socialstyrelsen får drygt 4 000 sjuksköterskor som utbildats i landet legitimation varje år. För läkare rör det sig om drygt 1 000 personer. För båda yrkesgrupperna har det varit en ökning över tid. Flest erhöll legitimation för både yrkesgrupperna under 2018. För läkare är det också relativt vanligt att läkare med utbildning från

¹⁸ Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2020*. De åtta regionerna 2017 var Östergötland, Jönköping, Gotland, Skåne, Västra Götaland, Örebro, Dalarna och Västerbotten. De två regionerna som ökat antalet specialisläkare var Östergötland och Jönköping.

¹⁹ OECD (2019), *State of Health in the EU - Sverige Landsprofil Hälsa*.

EU28/EES²⁰ plus Schweiz (exkl. Sverige) erhåller legitimation. 853 läkare med EU28/EES plus Schweiz (exkl. Sverige) utbildning erhöLL legitimation i Sverige 2018. Över 200 med läkarutbildning från tredje land erhåller varje år svensk legitimation. Det innebär i praktiken att drygt 2 300 läkare erhöLL legitimation i Sverige 2018. Nästan hälften av de som erhöLL läkarlegitimation 2018 hade således utbildats utanför Sverige.²¹

Figur 4 **Antalet utfärdade legitimationer av läkare och sjuksköterskor utbildade i Sverige, 2014–2018**



Källa: Socialstyrelsen (2017).

²⁰ Island, Liechtenstein och Norge.

²¹ Socialstyrelsen (2017), *Antal legitimerad sysselsatt hälso- och sjukvårdspersonal efter legitimation*.

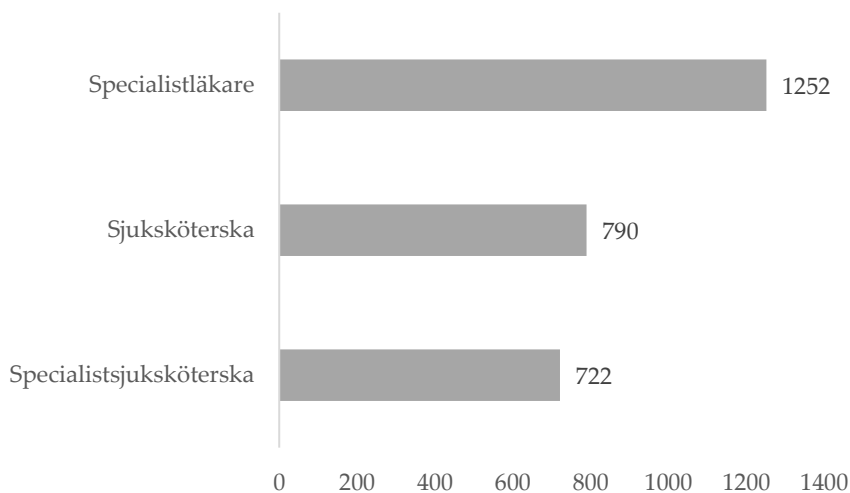
2.2 Brist på personal har medfört ökade hyrkostnader årligen sedan 2011

Socialstyrelsen har konstaterat en bristande tillgång på legitimerade specialistläkare. I en enkät uppgav 19 av 21 regioner att det finns en brist på olika specialiteter. Även majoriteten av specialistföreningarna bedömer att det råder en tydlig brist på specialistläkare inom deras respektive specialitet. Flera av specialistföreningarna menar att det är svårt att tillsätta vakanta tjänster, särskilt i glesbygd och utanför universitetssjukhusen, vilket bidrar till en ojämlig vård. Orsaken till bristerna är enligt flera specialistföreningar att det har funnits och finns för få ST-tjänster i regionerna. Regionerna bedömer att det främst är erfaren personal som saknas.²²

Regionerna har för personalkategorierna läkare och sjuksköterskor ett förhållandevis stort behov av ytterligare helårsarbetare, det visar en enkät gjord hösten 2019 av Socialstyrelsen.²³

²² Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2020.*

²³ Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2020.* Sex regioner har inte lämnat några bedömningar alls, inklusive Region Stockholm och Region Västra Götaland. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet. Bedömningen utgör en ögonblicksbild som kan variera över tid.

Figur 5 Behov av helårsarbetare hösten 2019 i 15 regioner

Källa: Socialstyrelsen (2020). 15 regioner har lämnat bedömningar, varav 11 för samtliga bristyrken och 4 för vissa yrken. I kategorin Specialistläkare ingår 686 specialister i allmänmedicin och 144 specialister i psykiatri. Det saknas årsarbetare även i andra yrkeskategorier men det redovisas inte här.

Då inte alla regioner lämnat bedömningar i Socialstyrelsens enkät utgör de redovisade siffrorna förmodligen en underskattning av behovet, inte minst eftersom de stora regionerna Stockholm och Västra Götaland saknas i underlaget.

Ungefär hälften av de saknade årsarbetskrafterna bland specialistläkarna i figur 5 utgörs av specialister i allmänmedicin som är verksamma i primärvården. Av Konkurrensverkets rapport 2015 framgick att det redan då rådde en stor brist på läkare inom primärvården.

Av Socialstyrelsens rapport framgår att för en del yrkesgrupper överensstämmer bedömningarna mellan de privata vårdgivarna och regionerna. Samtliga privata vårdgivare bedömer att det är

brist på specialistläkare och specialistsjuksköterskor.²⁴ Privata vårdgivare menar att bristen märks genom en ökad personalomsättning. Medarbetare kan bli kontaktade av andra arbetsgivare, inklusive regionerna, som erbjuder högre löner. Bristen i sig uppges driva upp lönerna och personalomsättningen inom samtliga yrkeskategorier. Privata vårdgivare uppger att det är svårt att rekrytera yrkeserfarna och att anställa i glesbygd, inte minst allmänläkare och specialistsjuksköterskor.²⁵

Av de företrädare för regioner vi intervjuat i arbetet med denna rapport så framkommer att behovet av inhyrning av läkare till primärvården är fortsatt stort. Förutsättningarna att bemanna primärvården med läkare har till och med blivit sämre sedan 2015. Samtliga regioner uppger att de har förhållandevis många vårdcentraler i egen regi och bristen på specialister inom allmänmedicin är stort. Enligt Sveriges Läkarförbund ligger vakansgraden för allmänläkare inom primärvården på mellan 30 och 40 procent.

Konkurrensverket konstaterade redan 2015 att det finns vårdcentraler i glesbygd som mer eller mindre helt bemannas av hyrläkare. Situationen är densamma idag.

”Vi har inte haft en fast läkare här på många år.”²⁶

²⁴ Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2020*. Endast sex respondenter har tagit emot och besvarat Socialstyrelsens enkät till privata vårdgivare, men exempelvis Praktikertjänst har drygt 9 000 anställda i verksamheter inom många vårdområden över hela landet. Det gör att de enligt Socialstyrelsen bör kunna ses som att i viss mån representera privata vårdgivarers bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal.

²⁵ Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2020*.

²⁶ Nya Wermlandstidning, *Vi har inte haft en fast läkare här på många år*, den 4 november 2019.

I Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät bedömde alla regioner att det hösten 2019 var brist på specialistsjuksköterskor, och 20 av 21 regioner redovisade brist på grundutbildade sjuksköterskor.²⁷

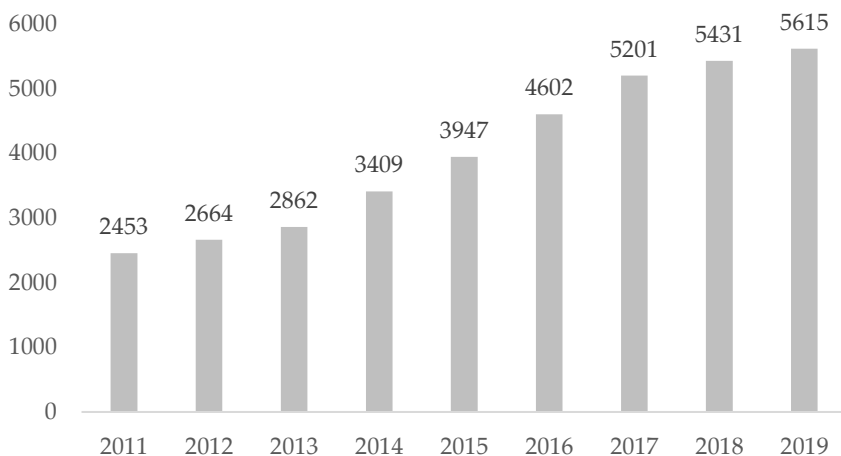
2.3 Hyrkostnaderna har ökat med 1,6 miljarder sedan 2015

Att regionerna har en brist på helårsarbetare illustreras av att deras kostnader för att hyra in vårdpersonal har på totalen ökat under åtta år. Regionerna köpte bemanningstjänster till vården för 5,6 miljarder kronor 2019, vilket är en ökning med drygt 1,6 miljarder kronor jämfört med 2015.²⁸ Hyrkostnaderna har således ökat med 40 procent under den aktuella perioden. Hyrkostnaderna har ökat varje år sedan 2011 och har mer än fördubblats sedan 2011.²⁹

²⁷ Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2020.*

²⁸ SKR (2020), *Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården Jämförelser av helår 2019 med helår 2018.* I rapporten framgår att bemanningstrenden för helåret 2019 visar en total ökning om 184 miljoner kronor.

²⁹ SKR (2019), *Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården – Jämförelser av kvartal 4 2018 med kvartal 4 2017 och Jämförelser av utvecklingen 2016 – 2018 Sammanfattning*

Figur 6 Hyrkostnader i regioner 2011–2019, miljoner kronor

Källa: SKR (2019), *Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården – Jämförelser kvartal 4*. SKR (2020), *Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården – Jämförelser av helår 2019 med helår 2018*.

Största andelen av hyrkostnaderna avser läkare, drygt 75 procent. Sjuksköterskor står för drygt 20 procent av köpen och övrig personal 5 procent.

Utvecklingen av totala hyrkostnader har således gått i fel riktning sedan 2015, men utvecklingen varierar en del beroende på bland annat yrkeskategori och region.

Under 2019 minskade kostnaderna för inhyrda läkare med två procent men kostnaden för inhyrda sjuksköterskor ökade samtidigt med 14 procent.³⁰ De totala kostnaderna för inhyrd personal ökar framförallt på grund av ökad inhyrning av sjuksköterskor.³¹

³⁰ SKR (2020), *Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården – Jämförelser av helår 2019 med helår 2018*.

³¹ Dagens Medicin, *Hyrkostnaderna fortsätter att öka*, den 9 oktober 2019.

Tio regioner hade en positiv utveckling såtillvida att de under 2019 minskade kostnaderna för inhyrd personal jämfört med föregående år. Detta gällde bland annat Västra Götaland, Norrbotten och Örebro.

Regionerna menar också att bristerna varierar inte enbart inom regionerna utan även mellan olika verksamheter. Regionerna beskriver svårigheter med att rekrytera till glesbygd och till orter långt från lärosäten.³² Enligt vad Konkurrensverket har erfarit gäller detta särskilt bemanning av vårdcentraler i glesbygd.

Enligt en rapport från Socialstyrelsen uppger flera regioner att det finns en konkurrens om personal mellan regioner, privata vårdgivare och bemanningsbolag.³³

2.4 Synpunkter på inhyrning från privata vårdgivare

Konkurrensverket har inga uppgifter om hur mycket de privata vårdgivarna köper bemanningstjänster, men sannolikt är deras samlade inköp betydligt lägre än regionernas. En grov uppskattning från Kompetensföretagen är att privata vårdgivare hyr in vårdpersonal för omkring en miljard kronor årligen. Enligt Kompetensföretagen blir dock inhyrningen för 2019 sannolikt betydligt lägre på grund av förtydligandet av mervärdesskattereglerna för hyrpersonal till hälso- och sjukvården som började tillämpas den 1 juli 2019.

³² Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*.

³³ Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*.

Privata vårdgivare omfattas inte av LOU men eftersom även privata vårdgivare kan ha behov av att hyra in vårdpersonal har Konkurrensverket intervjuat några privata vårdgivare. De privata vårdgivarna har liksom regionerna framförallt behov av att hyra in allmänläkare till vårdcentralerna. Behovet är störst i glesbygd och landsorten och betydligt mindre i större städer.

Av Konkurrensverkets rapport 2014 framgick att i genomsnitt hade vårdcentraler med verksamhetsaktiva delägare en stabilare och bättre läkarbemanning. Andelen specialistläkare var högre och andelen hyrläkare var lägre än hos privata vårdcentraler utan verksamhetsaktiva läkare eller offentligt drivna vårdcentraler.³⁴

En av de privata vårdgivare som vi intervjuat inför denna rapport håller med om detta:

”Det är naturligt att behovet av inhyrning blir mindre när ägarna själva är aktiva i verksamheten.”³⁵

En privat vårdgivare har framfört till Konkurrensverket att det normalt sett inte är svårt för bemanningsföretagen att tillhandahålla en legitimerad läkare eller sjuksköterska, men att det ofta brister i kvaliteten. Att personen inte håller måttet är den mest vanliga orsaken till att uppdraget måste avbrytas.

”Vi har i flera fall avslutat inhyrningen på studs pga. bristande kompetens hos den inhyrde.”³⁶

³⁴ Konkurrensverket (2014), Konkurrensverkets rapportserier, *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler*, 2014:2.

³⁵ Intervju med en privat vårdgivare.

³⁶ Intervju med en privat vårdgivare.

I Socialstyrelsens enkät framkom att samtliga privata vårdgivare bedömde att det är brist på specialistläkare och specialistsjuksköterskor. De privata vårdgivarna menar att konkurrens mellan arbetsgivare är en orsak till bristen. Bristen märks genom en ökad personalomsättning och genom att medarbetare kan bli kontaktade av andra arbetsgivare, inklusive regionerna, som erbjuder högre löner. Det anses svårt att rekrytera yrkeserfarna och det är svårt att anställa personal i glesbygd, särskilt allmänläkare och specialistsjuksköterskor. Bristen på specialistläkare förklaras även med otillräckligt antal ST-platser.³⁷

Privata vårdgivare hyr även in sjuksköterskor. När det gäller sjuksköterskor så råder det brist på specialistsjuksköterskor, exempelvis diabetessjuksköterskor då regionerna i sina regelböcker ställer krav på att denna kompetens ska finnas på vårdcentralen. Andra kompetenser som regionerna ställer krav på är KOL/astma sjuksköterskor. Privata vårdgivare hyr även in akut- och anestesijuksköterskor till specialistvården.

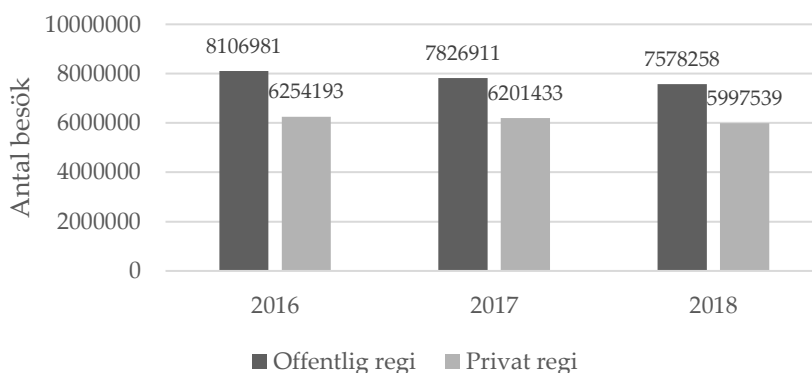
³⁷ Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*. Enkäten togs emot och besvarades av enbart 6 privata vårdgivare men till exempel Praktikertjänst har drygt 9 000 anställda över hela landet vilket medförde att Socialstyrelsen ansåg att detta i viss mån kunde representera privata vårdgivares bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal.

2.5 Regionerna har ett stort behov av personal men antalet patientbesök minskar

Regionerna rapporterar en bristande tillgång på såväl läkare som sjuksköterskor, detta trots att det skett en tillväxt i antalet sysselsatta och legitimerade läkare och sjuksköterskor. Sverige har också förhållandevis många läkare i jämförelse med genomsnittet inom EU, men få läkare arbetar inom primärvården.³⁸

De senaste åren har antalet patientbesök hos läkare minskar i primärvården, både på offentliga och privata vårdcentraler.³⁹

Figur 7 **Antal patientbesök hos läkare inom primärvården (exkl. nätläkarbesök) 2016–2018 hela riket**



Källa: SKR (2018), Verksamhetsstatistik.

³⁸ OECD (2019), *State of Health in the EU – Sverige Landsprofil Hälsa*. Snittet för allmänläkare var 0,6 per 1 000 invånare.

³⁹ SKR (2018), *Verksamhetsstatistik*. I statistiken ingår inte besök hos nätdoktorer. Det fanns 1 147 vårdcentraler i Sverige 2018, varav 57 procent drevs i offentlig regi och 43 procent drevs i privat regi.

Vårdcentraler har dock flera olika personalkategorier och drygt 6 av 10 besök i primärvården är till en annan personalkategori än läkare.⁴⁰

Antalet läkarbesök på vårdcentraler minskar men antalet nätläkarbesök ökar kraftigt

Utvecklingen med färre patientbesök på vårdcentraler är intressant med tanke på att befolkningmängden hela tiden ökar. Har befolkningen blivit friskare eller har läkarna och sjuksköterskorna blivit mindre produktiva och kanske tvingas lägga än mer tid på administration? En del av förklaringen kan vara att antalet nätläkarbesök kontinuerligt har ökat över tid. År 2019 gjordes det 1,1 miljoner nätläkarbesök att jämföra med 600 000 nätläkarbesök året innan. Enligt SKR så utgjorde nätläkarbesöken 4,6 procent av alla besök hos distriktsläkare 2018.⁴¹

Av en rapport från Vårdanalys framgår att läkare i primärvården träffade i genomsnitt ungefär en patient per arbetad timme och patientmötena varade i genomsnitt cirka 25 minuter. Detta väcker enligt Vårdanalys frågor om läkarnas arbetstid används på bästa sätt. Vad gäller primärvården har vårdcentralerna i Sverige fler yrkesgrupper anställda jämfört med vårdcentraler i andra länder, varför förutsättningarna för att avlasta läkarna borde vara bättre.⁴²

En förklaring till att Sverige jämfört med många andra länder har ett lågt antal läkarbesök per invånare kan enligt Vårdanalys vara att patienter med lägre vårdbehov oftare slussas vidare till andra yrkesgrupper jämfört med andra länder. Andra möjliga

⁴⁰ Vårdanalys (2020), *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019*. Siffran avser 2018.

⁴¹ <https://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2020/02/Natlakarbesoken-passerade-en-miljon-i-fjol/>.

⁴² Vårdanalys (2020), *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019*.

förklaringar enligt Vårdanalys är att en lägre besöksfrekvens medför en lägre kontinuitet hos enskilda läkare, vilket i sin tur kan öka besökens längd samt att kapiteringsersättning inte premierar en hög tillgänglighet mätt som antal besök.⁴³

En fördjupad jämförelse mellan grupper av läkare och vårdcentraler i Sverige som Vårdanalys gjort visar att läkare som arbetar på privata vårdcentraler i genomsnitt träffar något fler patienter per arbetad timme än läkare på offentliga vårdcentraler.⁴⁴

Den administrativa bördan för läkare är enligt Sveriges Läkarförbund hög:

”Läkare har många ”pinnar” som ska jagas, man kan ha 80 olika register som ska fyllas i.”⁴⁵

En annan undersökning som inte enbart omfattade primärvården visade också att läkarna ägnar en stor del av arbetstiden åt administration. Enkäten, som gjorts på uppdrag av Sveriges Läkarförbund, visade att läkarna i undersökningen själva uppskattar att de lägger ungefär 15 timmar per vecka (39 procent av arbetstiden) på direkta patientmöten. Ytterligare sju timmar (17 procent) används till direkt vårdrelaterade uppgifter där patienten inte är närvarande, till exempel samråd med andra läkare eller sjuksköterskor kring patienten och informationsinhämtning från journaler. Därutöver ägnar läkarna åtta timmar per vecka (19 procent) åt administration och dokumentation. Det kan handla om att göra journalanteckningar, söka vårdplatser eller ringa efter provsvar. Undersökningen visade också att läkarna upplevde att

⁴³ Vårdanalys (2020), *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019*.

⁴⁴ Vårdanalys (2020), *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019*.

⁴⁵ Intervju med Sveriges Läkarförbund.

dessa uppgifter har ökat de senaste tre åren. Ett citat från enkäten från en specialisläkare på ett sjukhus kan illustrera detta:⁴⁶

”Det blåser nya vindar, men det enda som ökar är administrationen och antalet möten. Vi har aldrig varit så många på kliniken, men det är samtidigt omöjligt att hitta någon som kan hoppa in när någon av oss blir sjuk.”⁴⁷

2.6 Arbetet med att minska beroendet av hyrpersonal

Regionernas kostnader för att hyra in läkare och sjuksköterskor har som framgått inte minskat utan tvärtom ökat. SKR har bedrivit ett nationellt projekt sedan 2015 för att regionerna skulle bli oberoende av hyrpersonal senast 1 januari 2019, vilket inte skett. Projektet är avslutat men det gemensamma arbetet i regionerna fortgår inom olika fokusområden. Oberoende innebär enligt SKR att kostnaden för hyrpersonal uppgår till max två procent av de totala personalkostnaderna.⁴⁸

Enligt SKR uppgick kostnaderna för hyrpersonal till 3,8 procent av de totala personalkostnaderna i regionerna för 2019, att jämföra med 2015 då de utgjorde 2,9 procent. Hyrkostnadernas andel av de

⁴⁶ Mc Kinsey & Company (2019), *Tid till vård ger vård i tid*. I Sveriges Läkarförbund och McKinsey & Companys enkätundersökning skickades en enkät ut online till 10 000 kliniskt verksamma läkare och som besvarades av 1 228 av dessa läkare under perioden maj till november 2018. Urvalet avspeglade i stort sett den svenska läkarkårens fördelning på regioner, roller, specialiteter och arbetsgivare.

⁴⁷ Mc Kinsey & Company (2019), *Tid till vård ger vård i tid*. Citat från specialisläkare i Sveriges Läkarförbund och Mc Kinsey & Companys undersökning.

⁴⁸

<https://skr.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/minskatberoendevhyrpersonalprioriteradfraga.32069.html>.

totala personalkostnaderna har ökat med knappt en procentenhet sedan 2015.⁴⁹

Syftet med projektet oberoende av hyrpersonal har enligt SKR främst tre mål:

- Patienterna ska ha en trygg vård med hög grad av kontinuitet.
- Medarbetarna ska ha en god arbetsmiljö.
- Vården ska vara säker och hålla hög kvalitet.⁵⁰

Även om kostnaderna på totalen ökat hade ungefär hälften av regionerna, som framgår ovan i avsnitt 2.3, lyckats minska sina kostnader för inhyrd personal 2019. En region, Västra Götaland, hade 2019 en kostnad för hyrpersonal som inte översteg två procent av de totala personalkostnaderna.⁵¹

Konkurrensverket har inte haft möjlighet att närmare efterforska bakomliggande faktorer till att kostnaderna för att hyra in vårdpersonal har minskat i tio regioner. Faktorerna varierar troligen mellan regionerna men möjliga förklaringar kan vara att en del regioner har nya ramavtal med lägre priser, införandet av fasta priser, centraliserad avropsordning eller att behoven varierar mellan åren.

⁴⁹ SKR (2020), *Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården – Jämförelser av helår 2019 med helår 2018*.

⁵⁰ SKR, *Bättre upphandling av inhyrd personal*, rapport den 9 december 2019.

⁵¹ SKR, *Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården - Jämförelser av helår 2019 med helår 2018*. Regionerna var Halland, Värmland, Sörmland, Jönköping, Västra Götaland, Jämtland, Gävleborg, Uppsala, Norrbotten och Örebro.

De regioner som Konkurrensverket har intervjuat menar att det inte finns någon enskild faktor som förklarar den bristande tillgången på vårdpersonal. Det är flera faktorer som regionerna anser har betydelse. Tung arbetsmiljö, hög beläggningsgrad⁵² på vårdplatser på sjukhus vilket även kan påverka patientsäkerheten och hög personalomsättning lyfts fram som orsaker.

Det finns en generell brist på allmänspecialister. En förklaring till det är att det är fler allmänläkare som arbetar deltid pga. för hög arbetsbelastning. Pensionsavgångar är andra förklaringsfaktorer. Behovet är särskilt stort i glesbygd där inhyrning av allmänläkare täcker upp vakanta tjänster på vårdcentralerna.

De ekonomiska ramarna för att hyra in personal verkar kunna vara något oklara. I en undersökning gjord av Dagens Medicin framgår att normalt budgeterar regionerna inte för inhyrd personal. Orsaken sägs vara att det är på grund av att regionerna inte ska ha hyrläkare utan egen personal.

I en debattartikel i Dagens Samhälle hävdar några debattörer att regionerna försöker, genom att sänka kostnaden för hyrpersonal i budgeten, få den samlade budgeten i balans, genom att sätta helt orealistiska mål. När sedan uppföljning visar att budgeten igen sprängts tvingas man vidta "åtgärder". Uppsagda lokala kollektivavtal resulterar i sämre ersättningar och arbetstider, stopp för inköp och anställningar och i värsta fall varsel.⁵³

⁵² Enligt OECD har Sverige minst antal vårdplatser per 1 000 invånare i hela EU, endast 2,2 vårdplatser per 1 000 invånare att jämföra med genomsnittet i EU som är 5 vårdplatser per 1 000 invånare. Detta kan sannolikt ha att göra med att fler patienter ska vårdas inom öppenvården, ett arbete som pågått de senaste 20 åren.

⁵³ Dagens Samhälle, *Ökade kostnader för bemanning hotar vården*, den 24 februari 2020.

I den föregående rapporten uppskattade Konkurrensverket merkostnaden för en inhyrd läkare till primärvården jämfört med en fast anställd allmänläkare till mellan 150 och 200 procent.⁵⁴

Att inte alls budgetera för inhyrning av personal eller uppge ett mindre faktiskt behov än vad som är rimligt att anta är enligt Konkurrensverket budgettekniska lösningar. Dessa kan möjligen i viss utsträckning verka åtstramande i meningen att behovet av att ta in hyrpersonal kanske övervägs en extra gång för att rymmas inom budget, men de löser inte grundproblemet. Hyrläkare är en resurs i vården och inte enbart en ekonomisk belastning. Konkurrensverket ansåg också i rapporten från 2015 att kostnaderna för hyrläkare borde sättas i relation till de totala personalkostnaderna i regionen, vilket nu redovisas av SKR i projektet om oberoende av hyrpersonal.

Sveriges Läkarförbund anser att regionerna har ad hoc lösningar på bemanningsproblematiken och ingen långsiktigt strategisk planering av sitt behov av egen vårdpersonal. Det är bra att hyrläkare finns tillgängliga vid arbetstoppar men man kan inte basera verksamheten på hyrläkare.⁵⁵

Inhyrningen av läkare kan också enligt Sveriges Läkarförbund bli en budgetfråga när löneutvecklingen för regionanställda läkare påverkas negativt av kostnaderna för inhyrda läkare. Det kan försämra löneutvecklingen för de regionanställda läkarna. Generellt sett finns inte heller någon egentlig lönekonkurrens inom en region.

”Vi ska inte konkurrera om samma arbetskraft.”⁵⁶

⁵⁴ Konkurrensverket (2015), Konkurrensverkets rapportserie, *Hyrläkare i primärvården*, 2015:10.

⁵⁵ Intervju med Sveriges Läkarförbund.

⁵⁶ Intervju med Sveriges Läkarförbund.

Regionerna upplever däremot konkurrens om den legitimerade personalen från andra regioner, kommuner, privata vårdgivare och bemanningsföretag.

Det har till Konkurrensverket även framförts att primärvården behöver tillföras mer resurser när invånarna ska förmås att i högre utsträckning söka vård inom primärvården i stället för akutvården.

”Patienter som tidigare var inlagda på sjukhusen ska tas om hand av primärvården men primärvården tillförs inga resurser. Det blir ett Svarte Petter spel där patienter skickas mellan sjukhusen och primärvården.”⁵⁷

Konkurrensen om personal är en faktor som enligt Konkurrensverket är en pådrivande faktor till att marknaden för inhyrd personal inom sjukvården vuxit under de senaste tio åren.

⁵⁷ Intervju med Sveriges Läkareförbund.

3 Bemanningsföretagens framväxt

De första bemanningsföretagen som specialiserat sig inom vården startade i början av 1990-talet. Till en början var de helt inriktade på förmedling av läkare, förmodligen för att de startades av just läkare. Att marknaden uppstod är en följd av att det under början av 1990-talet blev tillåtet med privat personaluthyrning. Tidigare hade detta endast varit tillåtet för statliga aktörer.

Det går inte heller att utesluta att de vårdvalsreformer som gjordes speciellt i primärvården under början av 2000-talet har bidragit till en ökad efterfrågan av allmänläkare till primärvården, då landet har fått många nya vårdcentraler som ska bemannas. Antalet vårdcentraler ökade från knappt 1 000 (innan det obligatoriska vårdvalet i primärvård infördes) den 1 januari 2010 till 1 185 vårdcentraler i oktober 2014. Under en femårsperiod ökade således antalet vårdcentraler i landet med drygt 15 procent. De nya vårdcentralerna har främst etablerats i städer eller storstadsområden, vilket också kan ha inneburit att vårdcentraler i glesbygd fått det än svårare att rekrytera allmänläkare. Regionernas köp av vård från privata vårdgivare ökade också med drygt 15 procent mellan 2006 och 2016. Privata vårdgivare är till större delen verksamma inom primärvården.⁵⁸

Många av de vårdcentraler som uppvisade negativt ekonomiskt resultat 2014 pekade på höga kostnader för hyrläkare som en orsak till de ekonomiska underskotten i verksamheterna. Detta gällde oavsett om de drevs i offentlig eller privat regi. Däremot har ägarledda vårdcentralers behov av hyrläkare varit och är fortfarande

⁵⁸ Konkurrensverket (2018), *Konkurrensen i Sverige 2018*.

betydligt lägre, något som också bekräftats i våra intervjuer med privata vårdgivare.⁵⁹

3.1 Vad gör ett bemanningsföretag?

Bemanningsföretag hyr ut olika typer av personalkategorier till regionerna. En del större bemanningsföretag hjälper även till med rekrytering och omställning. Alla regioner har ramavtal med bemanningsföretag men det finns stora regionala skillnader i efterfrågan på bemanningstjänster. I huvudsak hyrs läkare och sjuksköterskor ut till regionerna. Läkare efterfrågas i större utsträckning av primärvården medan sjuksköterskor efterfrågas främst av slutenvården. Branschen har haft en stadig tillväxt under den senaste tioårsperioden.

Det finns ingen tillgänglig statistik om hur många bemanningsföretag som är verksamma inom vårdbemanning. I vår undersökning av regionernas upphandlingsstatistik framkommer dock att samma 20–30 företag ofta lämnar anbud i upphandlingarna. Stora aktörer på marknaden är bland annat Dedicare, Läkarleasing, Klara, Scandinavia Nurse Partner och Vårdbemanning Sverige.

Även norska och danska bemanningsföretag är verksamma i Sverige. Danska läkare hyrs sedan länge ut till exempelvis region Skåne.⁶⁰ Normalt sett finns inte heller några större problem med språket när det gäller danska och norska läkare.⁶¹

⁵⁹ Konkurrensverket (2014), Konkurrensverkets rapportserie, *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler*, 2014:2.

⁶⁰ Intervju med Region Skåne.

⁶¹ Intervju med en företrädare för en region.

De inhyrda läkarna och sjuksköterskorna är antingen direkt anställda av bemanningsföretagen eller så verkar de som underleverantörer via egna bolag. I det första fallet har bemanningsföretaget arbetsgivaransvar för den inhyrda personalen, men regionen är arbetsledare. I det andra fallet har bemanningsföretaget inget arbetsgivaransvar eftersom den inhyrda läkaren verkar som underleverantör till bemanningsföretaget via sitt egna bolag.

I den förra rapporten konstaterade vi att det frekventa nyttjandet av underleverantörer, där läkarna själva hyrde ut sig till bemanningsföretag via egna bolag, ofta ledde till bristande leveranssäkerhet och onödiga direktupphandlingar, eftersom de bemanningsföretag som tecknat ramavtal inte kunde leverera när avropen gjordes. Samma läkare kunde också arbeta som underleverantör åt flera bemanningsföretag.

Region Skåne har infört krav på att konsulterna måste vara anställda av bemanningsföretaget oavsett om konsulten är en läkare eller sjuksköterska. Regionen accepterar inte en underleverantör som har enskild firma, utan det måste vara minst ett aktiebolag som kan visa att det betalar sociala avgifter för konsulten. Ett sådant krav fanns inte i någon region 2015. Region Skåne försöker på detta sätt att motverka det tidigare frekventa nyttjandet av underleverantörer. Region Skåne genomför stickprov och enligt dem följs numera regelverket. Såvitt Konkurrensverket har kunnat utröna är Region Skåne ensam i landet om detta krav.

Uppdragen kan vara både korta och långa, exempelvis vid semester och sjukdomar men även för att fylla upp vakanser på sex månader eller mer. Det senare är särskilt vanligt för att bemanna vårdcentraler i glesbygd med allmänläkare.

Kompetensföretagen

Kompetensföretagen (tidigare Bemanningsföretagen) är en bransch- och arbetsgivarorganisation som ingår i Almega och därmed även i Svenskt Näringsliv. De har 731 medlemsföretag men inte alla är verksamma med vårdbemanning. För att vara medlem i Kompetensföretagen måste bemanningsföretaget bland annat ha kollektivavtal och svenskt driftställe. När det gäller vårdbemanning är i princip alla medlemsföretagen auktoriserade av Kompetensföretagen.⁶² Kompetensföretagen menar att krav på auktorisation bör vara ett mervärde när regionerna upphandlar, något ingen region tillämpar i dag.

3.2 Varför väljer läkare och sjuksköterskor att arbeta för bemanningsföretag?

Allt fler läkare och sjuksköterskor väljer att arbeta åt bemanningsföretag i stället för att vara anställda i regionerna.

Många sjukhus har en högre beläggning än vad som är patientsäkert. Det finns sjukhus som har en beläggningsgrad på 117 procent när det gäller vårdplatser. Det som är brukligt att klassa som patientsäkert är en beläggningsgrad mellan 80 och 90 procent. En hög beläggning innebär att personalen inte hinner ta raster, behöver arbeta övertid och ibland även arbeta dubbla pass. Eftersom de flesta regioner kräver att sjuksköterskorna har minst två års erfarenhet innan de anlitas för bemanning innebär detta att inhyrd personal kommer från den offentliga vården. Många yngre sjuksköterskor under 30 år väljer att gå till bemanningsföretag. Nog så

⁶² För att bli auktoriserat bemanningsföretag måste företaget ha ordnad ekonomi, kollektivavtal för personalen samt en seriös verksamhet. Auktoriserade företag genomgår även årligen en granskning och om de inte uppfyller villkoren utesluts de.

viktigt är alltså inte bara lönen utan även arbetsmiljön och arbetstider.⁶³

”En vanlig missuppfattning är att de som har valt att arbeta med människor har en självupppoffrande mentalitet, men så är det inte.”⁶⁴

En annan viktig orsak kan vara införandet av de s.k. 3:12-reglerna i skattelagstiftningen för fåmansföretag. Det har gynnat branschen genom att bland annat läkare som hyr ut sig själva via eget bolag till ett bemanningsföretag kan ta ut en arbetsinkomst delvis som kapitalinkomst och på detta sätt betala en lägre skatt. Dessa regler är dock inte specifika för bemanningsbranschen utan generella.

Kompetensföretagen menar att regionerna behöver arbeta mera med sitt varumärke och ha en mer flexibel inställning till anställdas möjligheter att arbeta som konsulter. Det finns även studier som har föreslagit att vi i Sverige skulle tillåta att sjukvårdspersonal i större utsträckning skulle kunna arbeta åt regionerna som konsulter, något som är mer vanligt i andra länder.⁶⁵

”Tyvärr finns det exempelvis barnmorskor som valt att helt lämna vården pga. dåliga arbetsgivare.”⁶⁶

Även regionerna håller med om att de måste bli mer flexibla om de vill behålla sin personal. Många väljer bemanningsbranschen för att de vill vara flexibla och ha omväxling i arbetet.⁶⁷

⁶³ Fokus, *Konsult med rätt att vårda*, den 4-10 oktober 2019.

⁶⁴ Fokus, *Konsult med rätt att vårda*, den 4-10 oktober 2019.

⁶⁵ ESO (2019), *Vem vårdar bäst*.

⁶⁶ Intervju med Kompetensföretagen.

⁶⁷ <https://vgrfokus.se/2019/09/kostnaderna-for-inhyrd-personal-minskar-i-vastragotalandsregionen/>.

En statlig utredare har också riktat kritik mot både regionerna som upphandlare och hur de följer upp sina avtal samt även mot bemanningsbranschen.

”Tillsynen över branschen är mycket svag, orimligt många aktörer och landstingen är svaga aktörer vid upphandling.”⁶⁸

Bemanningsföretag anger ofta att de kan erbjuda mer flexibla arbetstider och bättre villkor än regionerna.

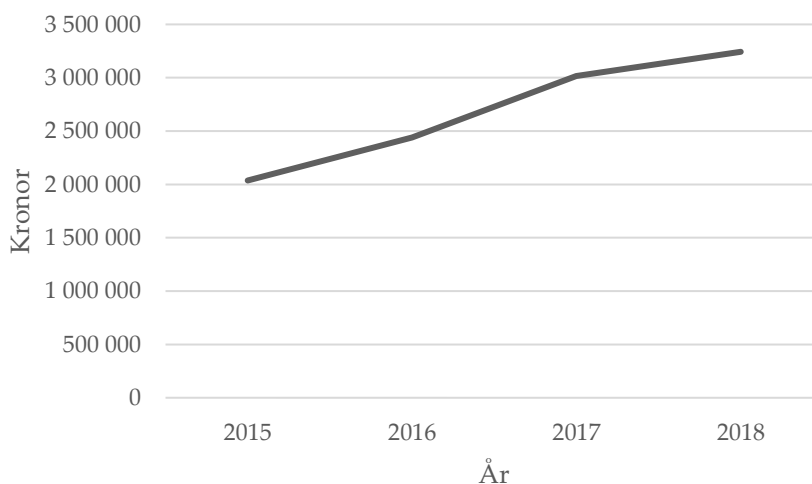
3.3 Lönsamhet i vårdbemanningsbranschen över tid

Konkurrensverket har undersökt lönsamheten i branschen över tid. Vi har tagit fram data om de företag som flest gånger har vunnit i regionernas upphandlingar av hyrpersonal under perioden 2015–2018. I figur 8 och figur 9 visas dels utvecklingen av den samlade nettoomsättningen för de aktuella företagen, dels utvecklingen av den genomsnittliga vinstmarginalen för företagen för perioden 2015–2018. De 17 mest vinnande företagens bokslutsdata har använts som underlag. Nettoomsättningen för de här företagen har ökat från drygt 2 miljarder kronor 2015 till 3,2 miljarder kronor 2018. Vinstmarginalen för företagen visar däremot en försämring sedan 2015. En tänkbar orsak är en högre följsamhet till de upphandlade ramavtalen till följd av att de flesta regioner numera har fast prissättning i sina ramavtal och att det köps betydligt mindre utanför ramavtal. Sannolikt känner även bemanningsföretagen av konkurrensen om kompetensen som leder till högre lönekrav och i slutändan högre personalkostnader.

⁶⁸ SKR (2019), *Bättre upphandling av inhyrd personal*.

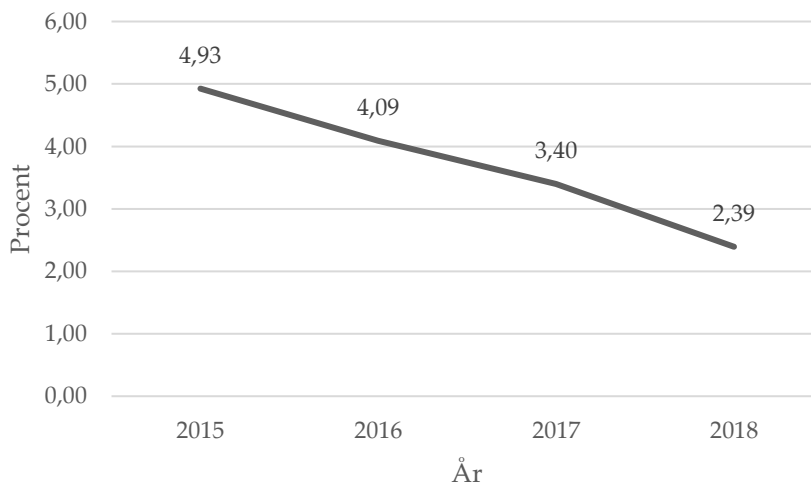
Den genomsnittliga vinstmarginalen minskade från knappt 5 procent 2015 till knappt 2,4 procent 2018. Den genomsnittliga vinstmarginalen har således halverats under denna period. Vinstmarginalerna visar en stor spännvidd från negativ vinstmarginal upp till närmare 18 procent för enskilda företag. Den enskilt högsta vinstmarginalen för ett företag fanns under 2015. Det bör tas i beaktning att företagen hyr ut andra personalkategorier än enbart läkare och sjuksköterskor, även socionomer och psykologer förekommer som uthyrd personal. Resultaten ska ses som en indikator då det inte är statistiskt säkra siffror eftersom många fler företag deltar i regionernas upphandlingar. Men utifrån den samlade nettoomsättningen för de här aktuella 17 företagen så har de en betydande andel av värdet av regionernas köp av hyrpersonal.

Figur 8 **Nettoomsättning 17 mest vinnande bemanningsföretag, 2015–2018, tusental kronor**



Källa: Infotorg, Visma (uppgifter), bearbetning av Konkurrensverket.

Figur 9 **Genomsnittlig vinstmarginal 17 mest vinnande bemanningsföretag, 2015–2018**



Källa: Infotorg, bearbetning av Konkurrensverket.

Dedicare, som är ett av de största bolagen i branschen, uppger i sin kvartalsrapport att ökad konkurrens och brist på konsulter medför lägre marginaler på grund av högre lönekostnader och arvoden samt prispres i kundavtal.⁶⁹ För flera bolag är Region Stockholm en mycket stor kund. För till exempel Dedicare svarade Region Stockholm för knappt 23 procent av Dedicare Sveriges intäkter.⁷⁰ Men även andra regioner har infört hyrstopp under 2016–2018 för sjuksköterskor, exempelvis Örebro, Östergötland, Värmland och Dalarna.⁷¹ Regionerna är den huvudsakliga kundgruppen varför alla åtgärder som tas för att minska behovet av inhyrd personal givetvis inverkar på bemanningsföretagens intäkter.

⁶⁹ Dedicare Delårsrapport Q 3 samt Årsredovisning 2019.

⁷⁰ Dedicare Delårsrapport Q 3. Avser perioden januari–september 2019.

⁷¹ SKR, *Projekt – oberoende av hyrpersonal 2016–2018*.

3.4 Bemanningsföretagen konkurrerar sällan med pris

År 2015 användes lägsta pris eller bästa förhållandet mellan pris och kvalitet oftast som utvärderingsgrund i regionernas upphandlingar av bemanningsföretag. Trots det konstaterade Konkurrensverket att prisspridningen mellan bemanningsföretagen var låg. Priserna för en allmänläkare låg nästan uteslutande mellan 900 och 1 200 kronor per timme, och mer än hälften av priserna låg mellan 1 100 och 1 200 kronor per timme. Det tyder inte på någon egentlig priskonkurrens.⁷²

Under 2018 har de flesta regionerna gått över till fasta priser i sina upphandlingar vilket leder till att priskonkurrensen mellan bemanningsföretagen i princip blir obefintlig. Med ett fast pris så bestämmer regionen självt priset.

År 2015 riktade regionerna ofta kritik mot de läkare som bemanningsföretagen tillhandahöll. Fortfarande finns det regioner som menar att inhyrda läkare inte alltid uppfyller vårdcentralens krav på kvalitet. Leveranssäkerhet och kvalitet är det som efterfrågas av regionerna. Genom fasta priser skapar sig regionerna också en bättre köpmakt när de bestämmer priset själva så länge leveranserna avropas från ramavtalen. De flesta regioner strävar också efter att ha många leverantörer för att upprätthålla leveranssäkerheten. I våra intervjuer med Kompetensföretagen så förordar de också fasta priser så länge priset är rätt samt att leveranserna sker enligt ramavtal så att alla känner till spelreglerna. Konkurrensverket menar att genom att ha fasta priser så minskar incitamentet att läkare säljer in sig som underleverantör hos de ramavtalsleverantörer som har högst priser i ramavtalen, vilket 2015 var en orsak

⁷² Konkurrensverket (2015), Konkurrensverkets rapportserie, *Hyrläkare i primärvården*, 2015:10.

till att de ramavtalsleverantörer som hade lägst priser ofta inte kunde leverera på avrop.

”Fasta priser är ett sätt att minska rörligheten för personal mellan olika leverantörer.”⁷³

De större bemanningsföretagen i vår undersökning ingår ofta i olika koncernstrukturer. De stora bemanningskoncernerna startar sällan nya verksamheter utan köper ofta upp befintliga mindre bemanningsföretag, något som också ofta förekommer i andra branscher. Det brukar benämnas som att koncentrationsgraden i branschen ökar. De största bemanningskoncernerna i vår undersökning har hela Skandinavien som marknad. Förutsättningarna skiljer sig mellan länderna. I Sverige genomför regionerna oftast egna upphandlingar medan det i Danmark och Norge handlar i högre grad om nationella upphandlingar av bemanningstjänster.⁷⁴

⁷³ Intervju med en företrädare för en region.

⁷⁴ I Norge görs upphandling av Sykehusinnkjöp och tilldelningen sker i olika geografiska områden.

4 Upphandling av bemanningstjänster till hälso- och sjukvården

Regioner upphandlar i dag huvudsakligen ramavtal avseende bemanningstjänster för att tillgodose behovet av tillfällig bemanning inom hälso- och sjukvården. Ramavtalen avser framför allt läkare och sjuksköterskor med olika specialiseringar men även legitimerade barnmorskor, legitimerade röntgensjuksköterskor och medicinska sekreterare.

Hur bemanning till hälso- och sjukvården avropas skiljer sig mellan regionerna. Flera regioner har inrättat särskilda bemanningsenheter. Hur det är strukturerat skiljer sig dock åt beroende på hur regionen är organiserad. På sjukhusen finns vanligtvis en bemanningsenhet men i egenregi för primärvården gör ofta varje vårdcentral sina egna avrop.

4.1 Upphandlingar av bemanningstjänster inom vården omfattas av bestämmelserna för välfärdstjänster

Vid upphandlingar som påbörjats efter den 1 januari 2019 gäller särskilda bestämmelser för så kallade välfärdstjänster. Välfärdstjänster tillhör kategorin sociala tjänster och andra särskilda tjänster i LOU-direktivet där det finns möjlighet att inrätta vissa särskilda bestämmelser, vilket den svenska lagstiftaren valt att göra.

Tjänsterna som tidigare följde av bilaga 2 i äldre LOU har nu delats upp mellan bilaga 2, Sociala tjänster och andra särskilda tjänster utom välfärdstjänster och nya bilaga 2 a, Välfärdstjänster. Om en upphandling avser en tjänst av sådant slag som anges i bilaga 2 eller 2 a ska den genomföras med tillämpning av 19 kap. LOU. Om ett kontrakt inte avser en tjänst som anges i bilaga 2, bilaga 2 a eller om kontraktsvärdet överstiger tillämpliga tröskelvärden omfattas

upphandlingen av LOU i sin helhet, dvs. det så kallade direktivstyrda området.⁷⁵

De välfärdstjänster som omfattas av bilaga 2 a till LOU är huvudsakligen hälsovårdstjänster, socialtjänster och närbesläktade tjänster. Om en myndighet upphandlar bemanning till hälso- och sjukvården omfattas kontraktet vanligtvis av någon av tjänsterna i bilaga 2 a, närmare bestämt Förmedling av vårdpersonal, Förmedling av läkare eller Sjukskötersketjänster.⁷⁶ Bedömningen av hur bemanningstjänster och tjänster i allmänhet ska klassificeras har bland annat betydelse för vilka förfarande en upphandlande myndighet får använda.

För de välfärdstjänster som definieras i bilaga 2 a har det införts nya bestämmelser i 19 kap. LOU. De nya bestämmelserna gäller endast för upphandling av välfärdstjänster som understiger LOU-direktivets tröskelvärde, för närvarande 7 701 675 kronor.

För de upphandlingar som understiger värdet om 7 701 675 kronor och inte har ett *bestämt gränsöverskridande intresse* är 19 kap. 35–39 § LOU tillämpliga. Det innebär krav på att myndigheten ska:

- annonsera upphandlingen,
- underrätta anbudsgivare om tilldelningsbeslut,
- lämna upplysningar till anbudsgivare om varför dennes anbud förkastats eller varför annan leverantörs anbud antogs,
- tillämpa en avtalsspärr, och
- dokumentera upphandlingar överstigande 100 000 kronor.

⁷⁵ Se 1 kap. 4 § andra stycket och 19 kap. 1 § LOU.

⁷⁶ Se CPV-kod 79624000-4, 79625000-1 och 85141200-1.

Det har även införts en möjlighet att ansöka om överprövning för dessa upphandlingar. Det har dock inte införts några bestämmelser kring hur upphandlingen ska genomföras, utöver att upphandlingen ska annonseras, och den praktiska effekten av en sådan överprövning torde vara högst begränsad.

Avsikten med uppdelningen i bilaga 2 och 2 a är ett förenklat och mer flexibelt regelverk för upphandling av denna typ av tjänster.⁷⁷

4.1.1 Vid upphandlingar som har ett bestämt gränsöverskridande intresse måste de grundläggande EU-rättsliga principerna tillämpas

För att avgöra om en specifik upphandling omfattas av det förenklade regelverket ska myndigheten först tolka CPV-koderna i bilaga 2 a till LOU för att avgöra om den avsedda upphandlingen överhuvudtaget omfattas. Om den upphandlande myndigheten konstaterar att upphandlingen omfattas av bilaga 2 a ska värdet av upphandlingen beräknas för att avgöra vilka bestämmelser som är tillämpliga. När en upphandlande myndighet väl har konstaterat att en avsedd upphandling är en välfärdstjänst som kan upphandlas enligt det förenklade regelverket, ska myndigheten bedöma om den enskilda upphandlingen har ett *bestämt gränsöverskridande intresse*. Om myndigheten finner att så är fallet är de grundläggande principerna tillämpliga på den aktuella upphandlingen.

⁷⁷ Se prop. 2017/18:158 s. 67.

För att underlätta för upphandlande myndigheter har Upphandlingsmyndigheten tagit fram ett stöd för att bedöma när det finns ett bestämt gränsöverskridande intresse.⁷⁸ Syftet med bedömningen är att förhindra att leverantörer i den egna medlemsstaten favoriseras till nackdel för leverantörer i andra medlemsstater. Den upphandlande myndigheten har alltid möjlighet att tillämpa de grundläggande principerna och om principerna tillämpas behöver det förstås inte göras någon bedömning av om det finns ett bestämt gränsöverskridande intresse. Vid bedömningen av denna fråga ska bland annat det aktuella kontraktets värde och om tjänsterna ska utföras nära gränsen till en annan EU-medlemsstat eller EES-land beaktas. Ju större värde en upphandling har, desto större anledning är det att anta att leverantörer från andra medlemsstater och EES-land kan ha intresse av att delta i upphandlingen och att upphandlingen därför även har ett bestämt gränsöverskridande intresse.

Den absoluta majoriteten av den typ av bemanningstjänster som återfinns i bilaga 2 a till LOU upphandlas vanligtvis till ett värde som överstiger tröskelvärdet. Det innebär att den upphandlande myndigheten ska tillämpa hela 19 kap. LOU för de välfärdstjänster som har ett värde som överstiger tröskelvärdet. Osäkerheten kring bedömningen avseende bestämt gränsöverskridande intresse innebär inte sällan att myndigheter tillämpar en försiktighetsprincip och tillämpar hela 19 kap. LOU, oavsett upphandlingens värde i stället för de särskilda reglerna⁷⁹ för upphandling av välfärdstjänster.

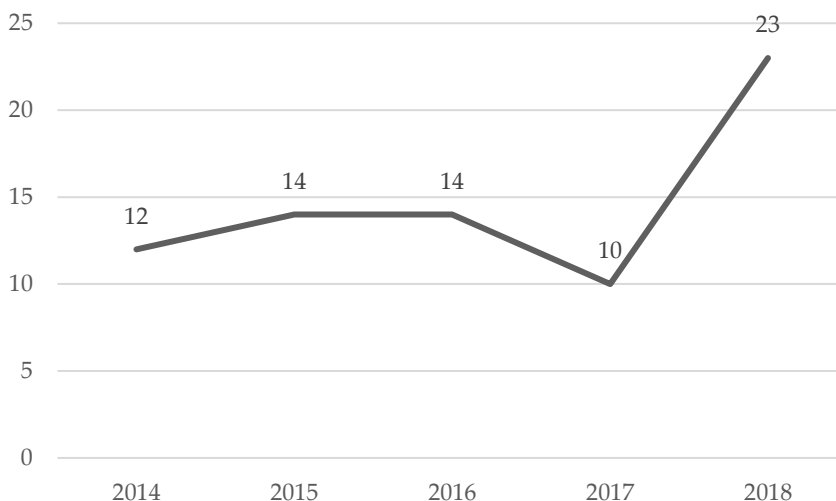
⁷⁸ Se <https://www.upphandlingsmyndigheten.se/upphandla/om-upphandlingsreglerna/om-lagstiftningen/upphandling-av-tjanster/regler-for-upphandling-av-valfardstjanster/bgi/>.

⁷⁹ Se 19 kap. 35–39 § LOU.

4.2 Annonserade upphandlingar av bemanningstjänster till sjukvården 2014–2018

Under perioden 2014–2018 genomförde regionerna totalt 73 annonserade upphandlingar av bemanningstjänster inom sjukvården.⁸⁰ Flest upphandlingar genomfördes under 2018.

Figur 10 **Antal genomförda annonserade upphandlingar avseende bemanningstjänster till sjukvården, 2014–2018**



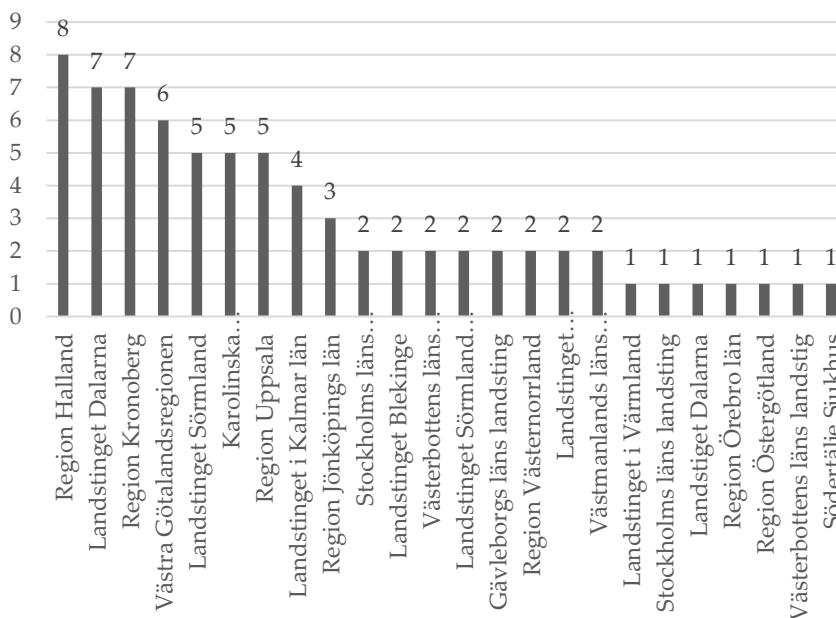
Källa: Visma (uppgifter), bearbetning av Konkurrensverket.

Totalt har 24 olika upphandlande myndigheter genomfört upphandlingar av bemanningstjänster till sjukvården under den aktuella perioden, vilket är fler än antalet regioner i Sverige. Det beror på att Karolinska Universitetssjukhuset, Södertälje sjukhus

⁸⁰ Upphandling med minst en av de tre CPV-koderna 79624 (förmedling av vårdpersonal), 79625 (förmedling av läkare) och 851412 (sjukskötersketjänster).

och Stockholms läns sjukvårdsområde, som ingår i Region Stockholm, har genomfört egna upphandlingar. I övriga landet genomförs upphandlingar vanligtvis på central nivå inom regionen. Region Halland har genomfört flest annonserade upphandlingar under perioden 2014–2018 följt av Region Dalarna och Region Kronoberg. Av figur 11 framgår att de flesta regioner genomfört 1–2 annonserade upphandlingar under den aktuella perioden. Region Sörmland och Region Västmanland har genomfört två upphandlingar gemensamt.

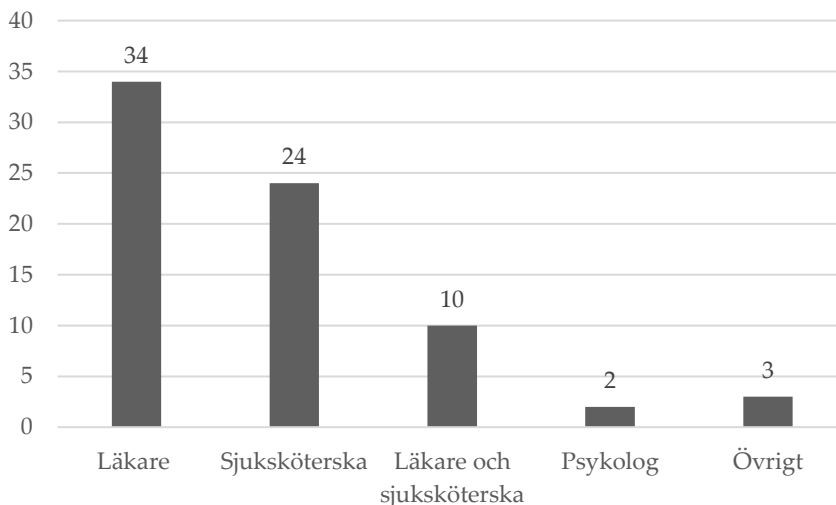
Figur 11 **Antal upphandlingar per region/myndighet, 2014–2018**



Källa: Visma (uppgifter), bearbetning av Konkurrensverket. Notera att i databasen används regionens tidigare namn dvs. landsting i det fall regionen formellt inte bytt namn till region det år upphandlingen genomfördes.

68 av upphandlingarna har avsett läkare och/eller sjuksköterskor, 2 har avsett psykologer och 3 upphandlingar avsåg personalkategorin övrigt.

Figur 12 Upphandlingar fördelade på personalkategorier, 2014–2018

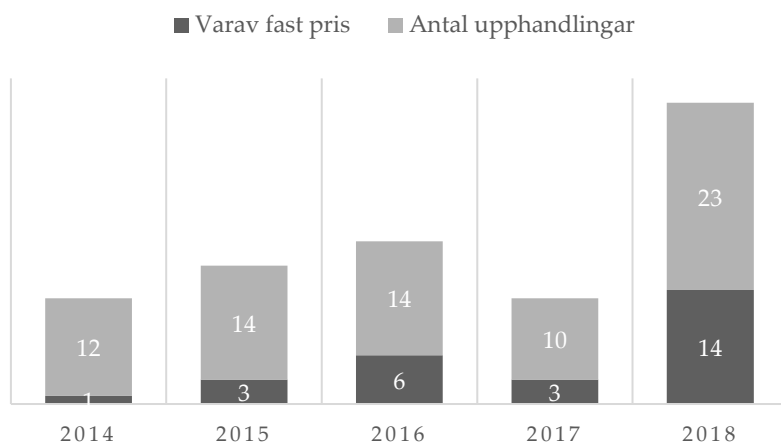


Källa: Vima (uppgifter), bearbetning av Konkurrensverket.

67 upphandlingar har genomförts som förenklat förfarande och 3 som öppet förfarande. En upphandling har genomförts som urvalsförfarande. 59 av upphandlingarna har resulterat i att ramavtal ingåtts.

Precis som i våra intervjuer så framgår det att allt fler regioner går över till fast pris. Speciellt tydligt är det under 2018, då det också genomförts flest upphandlingar under den aktuella femårsperioden. Av de 23 upphandlingar som genomfördes under 2018 hade 14 fast pris, att jämföra med 2014 då endast en upphandling hade fast pris.

Figur 13 **Antal upphandlingar genomförda med fast pris, 2014–2018**



Källa: Visma (uppgifter), bearbetning av Konkurrensverket.

Vilken typ av uppdrag som regionerna upphandlar skiljer sig åt. Vanligast är dock en större ramavtalsupphandling för hela regionens behov av bemanning till slutenvården, primärvården och psykiatrin. Det förekommer även mindre upphandlingar, som exempelvis att bemanna två operationssalar på ett sjukhus eller en enstaka vårdcentral i glesbygd med en läkare.

Det uppskattade värdet av ramavtalen varierar också kraftigt. Det varierar från 700 000 kronor (Region Hallands upphandling av överläkare inom palliativ vård) upp till 528 miljoner kronor (Landstinget Sörmlands och Region Västmanlands upphandling av bemanning av läkare till primärvården).

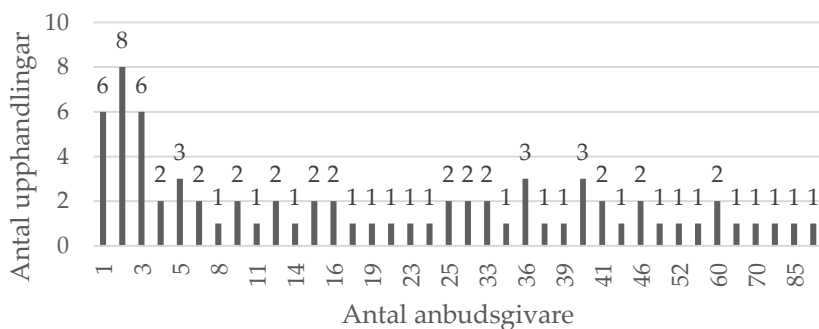
De flesta ramavtal som upphandlas är 24 månader med möjlighet till förlängning 12 månader åt gången upp till maximalt 48 månader. I 26 av upphandlingarna är detta avtalstiden. I 6 av upphandlingarna är avtalstiden 12 månader med en möjlighet till

att förlänga avtalet 12 månader åt gången upp till maximalt 36 månader.

Antal anbudsgivare och tilldelade kontrakt

Antalet anbudsgivare och tilldelade kontrakt varierar kraftigt mellan upphandlingarna, från endast en anbudsgivare upp till hela 85 anbudsgivare. I 20 av upphandlingarna var det 1–3 anbudsgivare. I mer än 40 av upphandlingarna var antalet anbudsgivare dock betydligt fler, från 10–85 anbudsgivare.

Figur 14 Antal anbudsgivare i olika upphandlingar 2014–2018



Källa: Visma (uppgifter), bearbetning av Konkurrensverket.

Av tabell 1 framgår att i 28 av upphandlingarna tilldelades 1–3 leverantörer kontrakt. I 12 av upphandlingarna tilldelades 4–10 leverantörer kontrakt. I 8 av upphandlingarna tilldelades 11–20 leverantörer kontrakt. I 11 av upphandlingarna tilldelades 21–30 leverantörer kontrakt. I 13 av upphandlingarna var det fler än 30 leverantörer som tilldelades kontrakt. För en upphandling saknas uppgift om antal tilldelade leverantörer.

**Tabell 1 Antal tilldelade leverantörer i upphandlingarna,
2014–2018**

| Antal tilldelade leverantörer | 1–3 | 4–10 | 11–20 | 21–30 | 31–40 | 41–50 | 51–60 | 61–76 | Ingen uppgift |
|-------------------------------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------|
| Antal upphandlingar | 28 | 12 | 8 | 11 | 5 | 3 | 3 | 2 | 1 |

Källa: Visma (uppgifter), bearbetning av Konkurrensverket.

4.3 Direktupphandling av bemanningstjänster till hälso- och sjukvården

Utöver förenklat förfarande och urvalsförfarande i 19 kap. LOU kan även direktupphandling användas i vissa särskilda situationer. Det är dels om upphandlingens värde understiger direktupphandlingsgränsen (615 312 kronor för Sociala och andra särskilda tjänster och 2 156 469 kronor för Valfärdstjänster⁸¹), dels om förutsättningarna för förhandlat förfarande utan föregående annonsering enligt 6 kap. 12–19 § är uppfyllda eller om synnerliga skäl föreligger.

Direktupphandling under direktupphandlingsgränsen

Vid beräkning av värdet av en upphandling enligt 19 kap. LOU ska inte enbart det aktuella köpet räknas, utan även andra köp (direktupphandlingar) av samma slag som genomförts under räkenskapsåret. Metoden för beräkningen om en upphandlings värde överstiger tröskelvärdet enligt 5 kap. LOU skiljer sig till viss del åt från beräkningen av en upphandlings värde enligt 19 kap. LOU. Det beror på skillnaden i vilken period som kan ligga till grund för beräkningen och vilka upphandlingar som ska räknas samman. Det

⁸¹ Direktupphandling benämns som undantag från annonseringsskyldighet för välfärdstjänster.

kan exempelvis komma att påverka vilka regler för annonsering som ska tillämpas.⁸²

Direktupphandling på grund av synnerliga skäl

Av 19 kap. 7 § tredje stycket LOU framgår att direktupphandling får användas i tillämplig omfattning när det föreligger synnerliga skäl. Uttrycket synnerliga skäl innebär att direktupphandling endast får utnyttjas i undantagsfall. Regelen är främst avsedd för sådana oförutsedda händelser som den upphandlande myndigheten inte själv kunnat råda över.

Det går att ifrågasätta om direktupphandling med stöd av synnerliga skäl överhuvudtaget kan tillämpas vid upphandling där värdet överskrider tröskelvärdet.⁸³ Av 19 kap. 7 § tredje stycket LOU framgår bland annat att direktupphandling får användas i tillämplig omfattning om det finns synnerliga skäl. I sammanhanget kan det noteras att det i 19 kap. LOU regleras såväl vissa upphandlingar över tillämpliga tröskelvärden där kravet på annonsering beror på krav i det direktiv som LOU genomför, som sådana upphandlingar under dessa värden som inte till någon del är direktivsstyrda. Möjligheten att direktupphandla vid synnerliga skäl får därför betraktas som ett nationellt undantag eftersom det saknas stöd i det direktiv som LOU genomför.

Direktupphandling på grund av synnerlig brådska

Under särskilda omständigheter kan den upphandlande myndigheten eller enheten använda direktupphandling i tillämplig omfattning om förutsättningarna för förhandlat förfarande utan föregående annonsering är uppfyllda. Förutsättningarna för att

⁸² Jfr 19 kap. 3 § andra stycket, 8–9 §§ LOU och 5 kap. LOU.

⁸³ Se Förvaltningsrätten i Umeås domar den 24 september 2019 i mål nr 1914-19, 1916-19, 1917-19 och 3326-18.

använda förhandlat förfarande utan föregående annonsering framgår av 6 kap. 12–19 § LOU. Det undantag från annonsering som åberopas flitigast vid upphandling av bemanningstjänster till hälso- och sjukvården är synnerlig brådska. En upphandlande myndighet eller enhet får använda förfarandet i vissa fall av brådska där det inte är möjligt att annonsera upphandlingen på sedvanligt sätt. En upphandling som genomförs enligt detta förfarande omfattas inte av reglerna om anbudstider och det finns inte heller någon skyldighet att iaktta avtalsspärr innan avtal ingås. För att få tillämpa förfarandet med hänvisning till synnerlig brådska, krävs att särskilda förutsättningar föreligger. Dessa förutsättningar beskrivs närmare nedan.⁸⁴ De särskilda förutsättningarna förutsätter sammanfattningsvis att ett sedvanligt annonserat förfarande inte är möjligt att tillämpa. För att undantaget med hänvisning till synnerlig brådska ska vara tillämpligt ska följande förutsättningar vara uppfyllda:

1. Händelsen ska inte ha varit möjlig att förutse av den upphandlande myndigheten.
2. Det ska föreligga synnerlig brådska som gör att de allmänna tidsfristerna inte kan respekteras.
3. Det ska finnas ett orsakssamband mellan den oförutsedda händelsen och den synnerligen brådskande situationen.
4. Det ska vara absolut nödvändigt att tilldela kontraktet.⁸⁵

Alla fyra förutsättningar måste vara uppfyllda, annars är det inte möjligt för den upphandlande myndigheten att tillämpa ett

⁸⁴ Se även https://www.upphandlingsmyndigheten.se/upphandla/om-upphandlingsreglerna/om-lagstiftningen/Tillampning_av_LOU_i_akuta_situationer/direktivstyrda-regler/.

⁸⁵ En utgångspunkt för vad som kan vara absolut nödvändigt kan vara sådana tvingande hänsyn till allmänintresset som anges i skäl 41 i direktiv 2014/24/EU.

förhandlat förfarande utan föregående annonsering med hänvisning till synnerlig brådska. Upphandlingen får endast omfatta det omedelbara behovet, det vill säga leveranser som sker fram till dess att behovet kan tillgodoses genom sedvanligt upphandlat kontrakt. Den upphandlande myndigheten behöver således redan i detta skede planera för upphandlingar som syftar till att täcka det långsiktiga behovet.

4.3.1 Regionernas direktupphandlingar av bemanning till hälso- och sjukvården

Regioner för ofta fram att de varit tvungna att direktupphandla och anför som grund något av undantagen synnerlig brådska eller synnerliga skäl. Regionerna motiverar vanligtvis undantaget från annonsering med att avtalen som sluts är temporära och nödvändiga för att säkerställa behovet av aktuella tjänster, för att säkerställa både patientsäkerhet och patientkontinuitet i vården. Vidare anses direktupphandling nödvändigt för att undvika ett avtalslöst tillstånd och för att myndigheten ska leva upp till sina skyldigheter enligt lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet.

Som beskrivits ovan⁸⁶ kan det vara möjligt att underlåta annonsering vid en upphandling på grund av synnerlig brådska. Undantaget för synnerlig brådska avser dock extraordinära situationer och att omständigheterna inte i något fall får vara att hänföra till den upphandlande myndigheten. Att en omständighet inte har kunnat förutses innebär att omständigheten närmast ska ha karaktären av force majeure.⁸⁷ En situation som är vanlig och återkommande är täckningsköp vid pågående upphandling. En överprövningsprocess är en omständighet som normalt sett kan förutses

⁸⁶ Se avsnitt 4.3.

⁸⁷ Se Kammarrätten i Sundsvalls domar den 26 augusti 2015 i mål nr 3208-14 och mål 3209-14.

av en upphandlande myndighet eller enhet. En upphandlande myndighet eller enhet behöver därför ta höjd för eventuella överprövningsprocesser vid planeringen av varje upphandling. Genomsnittlig tid för överprövning i en instans 2018 var ca fyra månader.⁸⁸ En utdragen överprövningsprocess är däremot något som vanligtvis inte kunnat förutses av myndigheterna och som därför inte heller kan tillräknas myndigheterna.⁸⁹

Tillämpningsområdet för undantag från annonsering på grund av synnerliga skäl sannolikt enbart tillämpligt under tröskelvärdet.⁹⁰ Av förarbetena till LOU framgår att möjligheten att använda direktupphandling på grund av synnerliga skäl är tänkt för sådana oförutsedda händelser som myndigheten inte själv kunnat råda över.⁹¹ Att regionerna har ett ansvar att fullgöra de uppgifter som följer av andra regelverk och en skyldighet att tillhandahålla vård av olika slag innebär inte en rätt att bortse från de skyldigheter som följer av upphandlingslagstiftningen. Att använda direktupphandling som en generell upphandlingsmetod är inte heller tillåtet.⁹²

4.3.2 Direktupphandling med anledning av coronaviruset

Coronavirusets spridning i Sverige har aktualiserat regioners behov av bemanning till hälso- och sjukvården för att säkerställa samhällsviktiga funktioner. Det är den upphandlande myndigheten som i

⁸⁸ Se Konkurrensverkets rapport 2019:3, *Statistik om offentlig upphandling 2019*, s. 164.

⁸⁹ Jfr HFD 2019 ref. 65. Av avgörandet framgår att den annonserade upphandlingen påbörjats ca 15 månader innan avtalet beräknades träda i kraft. Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade till skillnad från Kammarrätten att det därför fanns förutsättningar för att direktupphandla avtal pga. synnerlig brådska och anskaffningen var absolut nödvändig.

⁹⁰ Se avsnitt 4.3.

⁹¹ Se prop. 2001/02:142 s. 99.

⁹² Se Kammarrätten i Göteborgs dom den 18 april 2007 i målen 6870-6871-06.

varje enskilt fall ska bedöma om det föreligger omständigheter för att exempelvis ändra i ett befintligt kontrakt eller ramavtal eller om det går att tillämpa ett undantag från annonsering enligt LOU. Det kan till exempel vara möjligt att genomföra en direktupphandling om det föreligger synnerlig brådska. Den synnerliga brådska som uppstår på grund av coronavirusets spridning, exempelvis om upphandlande leverantörer inte kan leverera tjänster i tid eller leverera tjänster överhuvudtaget, är sannolikt en omständighet som initialt inte är förutsägbar av myndigheten. I ett senare skede av pandemin kan dock bedömningen avseende synnerlig brådska komma att påverkas för de fall brådskan anses ha uppstått till följd av bristande planering hos myndigheten. Behov som uppstår får inte heller vara möjligt att tillgodose enligt de tidsfrister som gäller för ett ordinarie annonserat förfarande. Det krävs även att anskaffningen är absolut nödvändig. Bedömningen av vad som är absolut nödvändigt får avgöras från fall till fall. Det är den upphandlande myndigheten som ska visa att förutsättningarna för direktupphandling är uppfyllda.

Utöver direktupphandling har myndigheter en möjlighet att tillgodose sitt behov genom ändringar eller kompletterande beställningar i befintliga kontrakt eller ramavtal. Det finns inget generellt undantag i LOU som täcker "akuta behov" men det finns bestämmelser som kan bli aktuella att tillämpa när ett behov plötsligt uppstår på grund av oförutsägbara händelser. Utgångspunkten är att befintliga kontrakt och ramavtal inte får ändras utan att en ny upphandling genomförs. För att till exempel kunna göra en kompletterande beställning från ett befintligt upphandlat kontrakt, krävs att beställningen blivit nödvändig. Om inget annat framgår av avtalsvillkoren krävs även att parterna i avtalet är överens om ändringarna i ett upphandlat kontrakt för att ändringen ska gå att genomföra. I 17 kap. 8–14 §§ LOU regleras de möjligheter som rör ändringar i befintliga kontrakt och ramavtal.

4.4 Intern kontroll av inköp inom regioner

Av de uppgifter som inhämtats framgår att det är vanligt att det brister i den interna kontrollen som ska säkerställa att inköp sker i enlighet med ramavtalen, riktlinjer och andra regelverk avseende direktupphandling.

”För att följsamhet mot avtal ska fungera i praktiken krävs det att funktionen har en bra plats i organisationen.”⁹³

Den bristande kontrollen leder till att direktupphandlingar kan genomföras trots att det finns ett ramavtal. Det sker exempelvis genom att en läkare använder informella vägar och ringer en kollega.

En företrädare för en region uppger att ett stort problem är att det inte finns en tydlig avtalsägare inom regionen och att det leder till sämre avtalsföljsamhet i de decentraliserade delarna av organisationen. Det är även en stor avtalsadministration med ramavtal för bemanning och följsamheten mot bemanningscentra kan variera mellan olika sjukhus inom regionen.

Flera regioner upphandlar för närvarande digitala system för styrning som är tänkta att ersätta dagens analoga system där avrop sker via mejl. En region anför att dagens analoga system får ses som föråldrade, att de är administrativt tunga och försvårar uppföljning.

”Vi betalade ofta för mycket och avropen gick inte alltid heller på ramavtalet. Vi vill göra rätt och följa LOU.”⁹⁴

⁹³ Intervju med en företrädare för en region.

⁹⁴ Intervju med en företrädare för en region.

Flera regioner uppger att framgångsfaktorer för ett digitalt system för styrning av avrop är att centralisera funktionen så att endast vissa namngivna personer är behöriga att göra avrop. Systemen bör även ha presentationer av konsulterna som bemanningsföretagen erbjuder. Det förväntas innebära att det blir enklare att kontrollera och följa upp leverantörerna, exempelvis att alla obligatoriska krav är uppfyllda enligt ramavtalet. Detta leder till kontroll över hur många förfrågningar som skickas ut, om leverantören har sett avropet, hur många som svarar på avropen och vilka konsulter som sedan kommer in från ramavtalet.

En region anför att det tidigare förekom att man ibland betalade för hög ersättning till bemanningsföretag eftersom avropen genomfördes decentraliserat och de avropande enheterna inte alltid förstod ramavtalen. Enligt regionen innebär ett digitalt styrsystem att detta svårligen kommer att inträffa. Med ett digitalt avropssystem kommer leverantörer inte att kunna leverera konsulter som inte följer av ramavtal. Reaktionerna från leverantörerna på de nya digitala systemen som utvecklas har varit lite blandade. En del leverantörer efterfrågar personliga kontakter med enheter, samtidigt ökar insynen för leverantörerna då alla exempelvis kan se vilket bemanningsföretag som har tilldelats uppdrag.

En av regionerna vi intervjuat har berättat att man infört dispensförfarande som innebär att man utsett en särskild beslutsfattare som måste godkänna varje inhyrning. Regionen menar att detta varit en väldigt effektiv metod för att öka kontrollen av inköp för bemanning till hälso- och sjukvården. Dispensförfarandet har lett till att nästan alla förvaltningar och sjukhus har minskat inhyrningen under 2019. För att ett dispensförfarande ska bli framgångsrikt krävs det dock aktivt stöd i planering till de olika förvaltningarna och sjukhusen.

”Dispensförfarandet fungerar till viss del som ett filter och får effekten att det krävs större framförhållning och planering och det skapar på så sätt bättre kontroll över inköpen.”⁹⁵

Inrättandet av bemanningscentra och dispensförfaranden har gett bäst effekt inom sjukhusen. Skillnaden mellan primärvårdens och sjukhusens inhyrning förklaras av att det är lättare att ha framförhållning på de större sjukhusen. Primärvårdens vårdcentraler med egna verksamhetsområden har ett starkare beroende och därför vanligtvis ett mer kortsiktigt behov. Inom primärvården kan allmänläkare hyras på allt från några timmar upp till ett år. Den största delen av inhyrningen avser planerad frånvaro.

4.5 Upphandlingsskadeavgiftsärenden avseende bemanningstjänster

Västernorrlands län

I augusti 2016 ansökte Konkurrensverket i domstol om upphandlingsskadeavgift mot Region Västernorrland.⁹⁶ Till grund för ansökan anförde Konkurrensverket att regionen direktupphandlat bemanningstjänster avseende en verksamhetschef. Regionen hade ursprungligen för avsikt att ingå ett anställningsavtal med verksamhetschefen avseende den aktuella tjänsten, men i stället tecknade regionen ett avtal med verksamhetschefens bolag vilket därmed innebar ett köp av en tjänst. Avtalet ingicks utan föregående annonsering och var därför att betrakta som en otillåten direktupphandling. Det sammanlagda värdet av upphandlingen beräknades till 9 984 000 kronor. Förvaltningsrätten biföll Konkurrensverkets talan och beslutade att regionen skulle betala en upphandlingsskadeavgift om 700 000 kronor.

⁹⁵ Intervju med en företrädare för en region.

⁹⁶ Se Förvaltningsrätten i Härnösands dom den 25 november 2016 i mål nr 2748-16 E.

Norra regionerna

I december 2018 ansökte Konkurrensverket i domstol om upphandlingskadeavgift mot norrlandsregionerna Region Norrbotten, Region Västerbotten, Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland. Till grund för ansökan anförde Konkurrensverket att regionerna direktupphandlat bemanningstjänster avseende specialistläkare och specialistsjuksköterskor. Regionerna direktupphandlade bemanningstjänsterna eftersom en gemensam annonserad upphandling hade försenats och hänvisade till undantagen synnerliga skäl och synnerlig brådska i LOU. Förseningen berodde enligt regionerna dels på att upphandlingen annonserats för sent, dels på den tidsutdräkt som följer av en överprövning av tilldelningsbeslut i domstol.

Att det funnits problem vid genomförandet av tidigare upphandlingar av aktuella bemanningstjänster hade varit känt under en längre tid. Det framgår av Konkurrensverkets rapport som berör dessa frågor och som publicerades i oktober 2015.⁹⁷ Regionerna bedömdes därför ha haft möjlighet att genomföra eventuella åtgärder för att komma till rätta med problemen och ett upphandlat avtal på plats innan de gamla bemanningsavtalen löpt ut. Att det arbetet drog ut på tiden var en omständighet som regionerna förfogade över. Brådskan som föranledde direktupphandlingarna hade således förorsakats av regionernas agerande och vid sådana förhållanden är undantaget från upphandling på grund av synnerlig brådska eller synnerliga skäl inte tillämpligt. Det framkom inte heller några andra skäl för att underlåta annonsering.

⁹⁷ Se Konkurrensverkets rapport 2015:10, *Hyrläkare i primärvården – En kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader*.

Det sammanlagda värdet av direktupphandlingarna uppgick till närmare 778 miljoner kronor. Förvaltningsrätten biföll Konkurrensverkets talan och beslutade att regionerna skulle betala totalt 17,2 miljoner kronor i upphandlingsskadeavgift.⁹⁸

4.6 Regler kring bisysslor

Begreppet bisyssla definieras inte i lag men anses huvudsakligen omfatta konkurrerande verksamhet som arbetstagare ägnar sig åt vid sidan av anställningen. Många läkare som är anställda av regionerna är också själva egenföretagare och arbetar som hyrläkare som bisyssla på sin lediga tid.

Alla regioner har regler som innebär att läkarna måste anmäla bisysslor och få dem godkända. Enligt lagen (1994:260) om offentlig anställning (LOA) har arbetstagaren en skyldighet att på begäran lämna uppgifter om sina bisysslor till arbetsgivaren. Det åligger sedan arbetsgivaren att reagera för det fall denne anser att bisysslan är otillåten. En bisyssla kan anses otillåten om den är konkurrerande, arbetshindrande eller förtroendeskadlig.

Regionerna tillåter inte läkare som är anställda av regionen att arbeta som inhyrd läkare i samma region eftersom det anses som konkurrerande verksamhet. Däremot finns normalt inga hinder emot att läkaren hyr ut sig till andra regioner. Det har genom åren riktats kritik från revisorer i vilken grad regionerna säkerställer att anställda läkares bolag inte sålt tjänster till den region som hen är anställd i. Det har funnits brister i både anställdas anmälningsplikt

⁹⁸ Se Förvaltningsrätten i Umeås dom den 24 september 2109 i mål nr 1914-19, 1916-19, 1917-19 och 3326-18.

och regionstyrelsens uppföljning.⁹⁹ Enligt Statskontorets rapport från 2019 tycks emellertid granskningen av arbetstagarnas bisysslor inte vara någon prioriterad uppgift för arbetsgivare.¹⁰⁰

Inhyrd personal omfattas inte av upphandlande myndigheters arbetsgivaransvar eftersom de inte är anställda. Här gäller alltså inte LOA och reglerna om bisysslor. Kravet på att myndigheten ska agera på ett rättssäkert sätt gäller dock oavsett om den som företräder myndigheten är anställd eller inhyrd.

4.7 Karenstidsvillkor i upphandlingar

Karenstidsvillkor, dvs. villkor som hindrar tidigare anställda att arbeta som konsult för sin tidigare arbetsgivare under en viss tid efter att anställningen avslutats. Karenstidsvillkor har endast en gång prövats av högre instans. Det är Kammarrätten i Göteborg som i ett avgörande bedömt att ett krav på karenstid på sex månader var förenligt med LOU.¹⁰¹

Det är dock inte ovanligt att regioner ställer upp mer omfattande karenstidskrav i upphandlingar och det har ifrågasatts om syftet med användandet av karenstidsvillkor, så som en del regioner tillämpar dem i dag, är proportionerligt vid genomförandet av upphandling av bemanning till hälso- och sjukvården.¹⁰² Företrädare från branschen har i intervjuer med Konkurrensverket uppmärksammat att karenstider utökats från 6 till 12 månader i

⁹⁹ PWC (2017), *Bisysslor – uppföljande granskning Norrbottens läns landsting*.

¹⁰⁰ Statskontoret (2019), *Offentligt anställdas bisysslor - En studie av hanteringen av bisysslor i myndigheter, kommuner och regioner*.

¹⁰¹ Se Kammarrätten i Göteborgs domar den 6 november 2014 i mål nr 7603-7604-13.

¹⁰² Vid tidpunkten för upprättandet av denna rapport prövar Förvaltningsrätten i Stockholm i mål nr 2343-20, bland annat, om karenstidsvillkor är förenligt med LOU.

flera regioners ramavtal avseende bemanning till hälso- och sjukvården.

”Det är angeläget att de karenstider på upp till tolv månader som många regioner i dag infört i sina upphandlingar omedelbart måste upphöra.”¹⁰³

Karensen innebär huvudsakligen att leverantörer inte kan anställa personer som under den avtalade karenstiden varit anställda hos den upphandlande myndigheten (regionen). Syftet med karensreglerna är att hindra att anställda hos de upphandlande myndigheterna säger upp sig och börjar arbeta som inhyrd personal hos samma arbetsgivare.

Under coronapandemin har problem med inlåsnings effekter blivit ett akut problem då karensreglerna direkt hindrar personal från privata bolag att göra insatser i regionernas sjukvård. Region Stockholm som under våren 2020 var den värst drabbade regionen, mätt i antal insjuknade invånare, valde att bortse från karensreglerna för att kunna ta in personal från den privata marknaden. En sammanställning från Sveriges Radio visar dock att 14 regioner saknade planer på att frångå regelverket på det sätt som Region Stockholm gjort.¹⁰⁴ Karensbestämmelserna är omstridda och har varit hårt kritiserade från fackliga organisationer. Ett fackförbund menar att man inte kan ha kompetens sittande hemma för att de inte får utöva yrket.¹⁰⁵

¹⁰³ Vårdförbundets remissvar, SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*.

¹⁰⁴ Upphandling 24 (2020-03-30) samt Sveriges Radio. Sveriges 21 regioner fick frågan från Sverige Radio, 14 besvarade enkäten.

¹⁰⁵ Upphandling 24 (2020-03-30).

Enligt Kompetensföretagen är karenstider en bidragande faktor till att personal i regionerna går över till privat sektor i stället för att som anställda vara "fast" i regionen. Kompetensföretagen uppger att synen på vårdanställda kan vara att de är långt ned i hierarkin, att de inte kan ta tjänstledigt och att de är lite "livegna" inom regionerna. Det är en stor skillnad mot de privata arbetsgivarna.

"I stället för karensklausuler bör man i stället jobba på sin egen förmåga som arbetsgivare."¹⁰⁶

Sveriges Läkarförbund uppger att karensklausuler i regionernas ramavtal gör att det är svårt för läkare att arbeta deltid som hyrläkare. Vissa företrädare för bemanningsbranschen går så långt som att karensklausuler borde förbjudas och motiverar det med att karensklausulers effekt i praktiken blir ett yrkesförbud för vissa professioner utan att diskussion förts med den enskilda arbetstagaren. Klausulerna riskerar därför att få en bakvänd effekt och kan komma att leda till att vårdpersonal inte vill låta sig anställas hos regioner.

Regionerna som intervjuats anför att karensklausuler är nödvändiga. Flera av regionerna som intervjuats uppger att merparten av leverantörerna inte ser karenstidsvillkor som ett problem. Utan karensregler finns det inget som hindrar att personal säger upp sig och går till ett bemanningsföretag och sedan kommer tillbaka till samma arbetsplats. En region förklarar att alla regioner har karensklausuler i sina ramavtal och förtydligar bilden med att det såklart även finns problem med motsvarande klausuler i leverantörsledet, sådana villkor kan till exempel leda till vite om bemanningspersonal tar anställning hos en region.

¹⁰⁶ Intervju med ett fackförbund.

4.8 Vårdgivares inhyrning av vårdpersonal och undantaget från skatteplikt för vårdpersonal

Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) har funnit att ett bemanningsföretags uthyrning av sjukvårdspersonal inte ska undantas från skatteplikt för mervärdesskatt.¹⁰⁷ I avgörandet bedömde HFD att en leverantörs uthyrning av vårdpersonal inte utgjorde sådan sjukhusvård, sjukvård eller sjukvårdande behandling som enligt artikel 132.1 b eller c i mervärdesskattedirektivet ska undantas från skatteplikt. Eftersom bolaget var ett bemanningsföretag som inte själv bedriver sjukvård kunde uthyrningen inte heller undantas på den grunden att den ska ses som en transaktion nära knuten till vården.

Skatterättsnämnden har meddelat fyra förhandsbesked som för-
anletts av Skatteverkets tolkning av mervärdesskatteundantaget för
sjukvård.¹⁰⁸ Skatterättsnämnden instämmer i Skatteverkets tolkning
och gör bedömningen att de aktuella tjänsterna utgör mervärdes-
skattepliktig uthyrning av personal. HFD har därefter fastställt
Skatterättsnämndens förhandsbesked.¹⁰⁹ Vårdföretagarna har i flera
skrivelser till regeringen bland annat begärt förtydligande av mer-
värdesskattelagen och uppmärksammat regeringen på de möjlig-
heter till lagändringar som Vårdföretagarna anser finns. Regeringen
har tillsatt en utredning som ska undersöka förutsättningarna för
förändrad lagstiftning i fråga om mervärdesskatt vid inhyrd
vårdpersonal och inhyrd personal för social omsorg.¹¹⁰ Uppdraget
ska redovisas senast den 1 april 2021.

¹⁰⁷ Se HFD 2018 ref. 41.

¹⁰⁸ Se Skatterättsnämndens beslut den 21 maj 2019 i ärende dnr 42-18/I, 2-19/I, 1-19/1 och beslut den 5 juli i ärende dnr 45-18/I.

¹⁰⁹ Se HFD:s dom den 5 februari 2020 i mål nr 3447-19, 3477-19, 3478-19 och 4431-19.

¹¹⁰ Utredningen om mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg (Fi 2020:04).

Regioner och kommuner är undantagna från mervärdesskatt

Både regioner och kommuner är undantagna från mervärdesskatt och har dessutom avdragsrätt för ingående mervärdesskatt.¹¹¹ Det innebär att mervärdesskatt i normalfallet inte innebär någon merkostnad för dem, vilket är viktigt eftersom det annars skulle vara billigare att driva verksamheter i egen regi än att köpa dem från privata företag. Även hälso- och sjukvård som bedrivs av privata vårdgivare är undantagna från mervärdesskatt, men utan avdragsrätt för ingående mervärdesskatt. Det innebär att privata vårdgivare, exempelvis vårdcentraler, som köper tjänster av bemaningsföretag får en högre kostnad jämfört med regioners egen regi.

Enligt Kompetensföretagen har införandet av mervärdesskatten i princip förstört deras möjligheter att hyra ut personal till privata vårdgivare. Det har enkelt blivit för dyrt för de privata vårdgivarna att hyra in personal. Fokus har nu därför helt flyttats till de offentliga vårdgivarna.

”Marknaden uppgick tidigare till uppskattningsvis en miljard, nu är den i princip noll.”¹¹²

Dagens mervärdesskatteregler och undantaget för vård och omsorg kan således komma att leda till att olika aktörer får skilda förutsättningar.

¹¹¹ Se lagen (2005:807) om ersättning för viss mervärdesskatt för kommuner, regioner, kommunalförbund och samordningsförbund.

¹¹² Intervju med en branschorganisation.

Minskad flexibilitet avseende tillfälligt inhyrd personal

Det har under våra intervjuer framkommit att vårdgivare ifrågasätter om effekterna av mervärdesskattekomensationen¹¹³ till regioner som gör det mer attraktivt för regioner att köpa privata tjänster i stället för att producera i egen regi fortfarande uppfyller sitt syfte. De menar att många utförare inom hälso- och sjukvården, inte minst små aktörer på landsbygden, behöver utrymme för flexibilitet vad gäller bemanning. Den nya praxis från Högsta förvaltningsdomstolen och EU-domstolen om mervärdesskatt för inhyrd personal innebär kostnadsökningar för privata utförare inom hälso- och sjukvården som hyr in vårdpersonal.

Vårdföretagarna uppger att det här är ett problem som inte går att lösa genom att anställa personal i stället för att hyra in. Framförallt mindre vårdgivare använder hyrpersonal för att på ett flexibelt sätt täcka upp tillfälliga behov. De menar att anställningar på deltid inte är tillräckligt attraktivt och flera vårdgivare har inte möjlighet att tillsätta heltidstjänster som ett alternativ. Mervärdesskatten slår även mot vårdgivare som anlitar andra vårdgivare som underleverantörer för mindre uppdrag som ligger utanför själva kärnverksamheten. Som en följd av den nya tolkningen av mervärdesskattebestämmelserna kan patienter komma att påverkas eftersom en minskad flexibilitet hos privata vårdgivare leder till sämre tillgänglighet och längre väntetid hos vårdgivare när de drar ner på tillfällig inhyrd personal. Vårdgivare kan exempelvis bli tvungna att remittera patienter som de tidigare hanterat själva. Det är framför allt ett problem i glesbygd och patienter kan komma att remitteras till vårdgivare längre hemifrån än vad som annars skulle vara fallet.

¹¹³ Mervärdesskattekomensationens syfte är att kompensera kommuner och regioner för dold mervärdesskatt och upprätthålla konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata välfärdsalternativ.

Den minskade lönsamheten som följer på grund av högre kostnader för inhyrd personal kan komma att leda till att andra budgetposter hos privata vårdgivare blir lidande, exempelvis intern kompetensutveckling och liknande. Den ökade kostnaden för inhyrning leder även till minskad flexibilitet för kompetensförsörjning. Det var tidigare vanligt att hyra in äldre erfarna läkare som var nära pensionsålder men som fortfarande ville arbeta i mindre omfattning för att trygga kompetensutveckling och kompetensförsörjning. Den bristande flexibiliteten leder nu till att de hellre slutar helt, i stället för att arbeta deltid som inhyrd personal, vilket tidigare var vanligt.

Kompensation för mervärdesskatt

Regeringen har i budgeten för 2020 föreslagit ett tillfälligt statsbidrag till regionerna för mervärdesskattekostnader för hyrpersonal inom vården och föreslår att medel avsätts till regionerna för att de ska kunna ersätta de berörda aktörerna.¹¹⁴ Regeringen föreslår att anslaget ökas med 210 miljoner kronor 2020 och beräknar motsvarande belopp 2021 och 2022.

Vårdföretagarna uppger att sett ur ett konkurrensperspektiv är dess medlemmar negativt inställda. De menar att det är regionernas egenregi inom primärvården som är den stora konkurrenten för de privat drivna vårdcentralerna. Vårdföretagarna uppger att det enda sättet att kompenseras är genom att ta del av kompensationen för mervärdesskatt från regioner och kommuner, vilket inom primärvården och för övriga vårdgivare inom LOV endast sker efter regionernas goda vilja. De menar att det kan ifrågasättas om det ens är möjligt att ge leverantörer kompensation utöver den fastställda ersättningen i valfrihetssystemet eftersom det kan komma att bedömas vara ett otillåtet statsstöd. Även i avtal som upphandlats enligt LOU kan det komma att slå lite skevt eftersom utrymmet att förhandla om upphandlade avtal är begränsade.

¹¹⁴ Se prop. 2019/20:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.7.7.

Bemanningsföretagen menar att de levererar till den kund som är villig att betala det pris de efterfrågar. Ökad offentlig efterfrågan och den nya mervärdesskattepålagan har därmed drivit upp priserna på konsultläkare och inhyrd personal. Prisutvecklingen för konsultläkare och inhyrd vårdpersonal riskerar också att öka attraktionskraften för svensk vårdpersonal att välja tillfälliga anställningsformer framför en fast anställning vilket ytterligare skulle förvärra kontinuitet och tillgänglighet för patienterna.

4.9 Viten

En vitesklausul är en överenskommelse mellan avtalsparter om att vid ett visst avtalsbrott ska den felande parten betala ett på förhand bestämt skadestånd till den andra parten. Vitesklausuler används vanligen när avtalsbrott riskerar att medföra en skada men där skadans storlek är svår att beräkna och bevisa. Exempel på vitesklausuler i avtal för bemanning till hälso- och sjukvården är när erbjuden resursperson saknar behörighet eller efterfrågad kompetens, leveransförsening eller felaktig fakturering. Vitesklausuler ska innehålla en tydlig definition av vad som är att betrakta som avtalsbrott och en tydlig bestämmelse om vitesbeloppets storlek, eller hur beloppet ska beräknas. Vitesklausulens syfte är, enkelt uttryckt, att avskräcka ett icke önskvärt beteende och få effekten att parterna följer avtalet. För att viten inte ska riskera att få en konkurrenshämmande effekt behöver de vara proportionerliga. Det innebär att vitesbeloppet ska fastställas till ett belopp som med hänsyn till omständigheterna kan antas förmå parterna att följa avtalet.

Enligt företrädare för en region är en viktig framgångsfaktor vid upphandling av bemanning till hälso- och sjukvården förståelse för att varje avtal bygger på två parter. Avtalen är viktiga och det ska inte finnas några tolkningsföreträden från någon sida. Det är viktigt

med ett bra samarbete mellan beställare, avropande enhet och leverantör. Användandet av viten ställer högre krav på den upphandlande myndigheten att följa upp avtalen och omfattande ramavtal med många leverantörer och avropande enheter ställer höga krav på en god administration. En företrädare för en region förklarar att det är viktigt med ett välfungerande systemstöd och ett sådant system kan till och med till stor del undanröja brister som tidigare hanterats genom viten.

Under våra intervjuer har det getts uttryck för att höga viten har dålig effekt och inte är konstruktivt om de inte är proportionerliga. Att tillämpa viten för situationer som är svåra för leverantörer att påverka är sannolikt inte heller effektivt. En företrädare för en region uttrycker det som att viten är till för att det ska fungera när det inte fungerar, viten ska inte fungera som ett straff. För hårda viten för bagatellartade överträdelser och för krav som inte fungerar konstruktivt riskerar i stället att påverka konkurrensen negativt.

För ökad förståelse för hur viten kan tillämpas i en viss bransch krävs dialog med branschföreträdare och leverantörer.

”Att döma ut höga viten har förmodligen dåligt effekt. I den RFI som nu skickades ut för kommande upphandling har många leverantörer studsat på de föreslagna vitesbeloppen.”¹¹⁵

Även för företrädare för bemanningsbranschen är det viktigt att viten är proportionerliga för att få en konkurrensfrämjande effekt. En vanlig orsak som föranleder vite är enligt regionerna att konsulten inte dyker upp. Även att fakturor är felaktiga och inte stämmer med tidsredovisningen föranleder vanligtvis viten. Det förekommer även att viten används om leverantörer som inte

¹¹⁵ Intervju med företrädare för en region.

svarar på avrop. Branschföreträdare menar dock att det alltid kommer att förekomma att man som leverantör missar att svara på ett avrop och att det med dagens avropssystem inte är lämpligt att ställa krav på avropssvar förenat med vite.

4.10 Regionala respektive nationella upphandlingar

Regionerna tror mycket på nationellt samarbete när det gäller upphandling och inhyrning av bemanningspersonal till hälso- och sjukvården. Nationell samverkan kan ske på flera sätt, exempelvis genom nationell upphandling där en eller flera regioner genomför upphandling för alla eller genom att alla regioner genomför egna upphandlingar men tillämpar samma nationella villkor.

Regionerna menar att en nationellt samordnad upphandling av bemanning till hälso- och sjukvården skulle kunna bidra till att skapa en välmående bemanningsbransch där bemanningsföretagen inte kommer att kunna spela ut regionerna mot varandra på samma sätt som är möjligt när varje enskild region upphandlar för sitt egna behov.

Regionerna menar att på lite längre sikt skulle en nationell upphandling kunna avlasta inköpsprocessen vilket kan frigöra resurser för avtalsadministration och uppföljning. En nationellt samordnad upphandling innebär att villkor och tolkningar av ramavtal på en nationell nivå gynnar både beställare och leverantörer.

Nackdelarna med en nationellt samordnad upphandling är en minskad flexibilitet för regionerna. Det krävs även att alla regioner trots skiftande demografiska och geografiska förutsättningar kan förhålla sig till avtalet och att det förankrats väl i respektive region. Dessa problem kan dock avhjälpas genom en välutvecklad

organisation och en nationell samsyn. En nationellt samordnad upphandling förutsätter dock grundliga marknadsanalyser och att man tillämpar olika regionala priskoefficienter.

Även företrädare för bemanningsbranschen är positiva till nationella upphandlingar där leverantörer bjuds in till dialog innan upphandlingsdokumenten annonseras. En nationell upphandling kan enligt branschföreträdare förslagsvis delas in i 6–7 regioner med olika ersättningsnivåer beroende på om det exempelvis är glesbygdsområde som är mer svårrekryterat. Det förekommer redan i dag att olika regioner har olika ersättning. Branschföreträdare har sett problem med olika priser i olika regioner och konkurrens om personal mellan regionerna. Detta problem skulle även kunna lösas genom en nationell inkösuppföljning, exempelvis genom SKL Kommentus.

Nationell samverkan där regionerna upphandlar för sitt egna behov men tillämpar samma nationella villkor skiljer sig inte mycket från hur regionerna arbetar redan i dag. Fördelarna med nationella villkor är att det är en välkänd metod och väl förankrat i regionerna samt erbjuder en stor flexibilitet för de enskilda regionerna. Nackdelarna är desamma som vi ser i dag dvs. att små regioner förblir små och inte lika attraktiva vilket innebär en risk för att leverantörerna spelar ut regionerna mot varandra.

Inköpscentraler

En inköpscentral är en upphandlande myndighet som tillhandahåller centraliserad inköpsverksamhet och eventuellt även stöd för inköp. En inköpscentral kan bland annat agera mellanhand och upphandla varor och tjänster för andra upphandlande myndigheter eller agera grossist och sälja varor och tjänster till andra upphandlande myndigheter. När en upphandlande myndighet köper in en vara eller en tjänst från en inköpscentral är detta köp undantaget

från upphandlingslagstiftningen.¹¹⁶ Den upphandlande myndigheten har uppfyllt sina skyldigheter enligt LOU vid köpet eftersom inköpscentralen i sin tur upphandlat varorna eller tjänsterna enligt LOU. De tydligaste fördelarna med grossistverksamhet är att det sannolikt ökar förutsättningarna att få lägre priser och förmånligare villkor eftersom de köper in stora volymer. En annan fördel för de upphandlande myndigheterna är att det går snabbt och effektivt att köpa direkt från en inköpscentral. Nackdelarna är bland annat att det kan leda till en begränsning av marknaden för leverantörer. Inköp av stora volymer gynnar vanligen stora leverantörer och små och medelstora leverantörer kan komma att missgynnas. Dessa risker kan dock begränsas om inköpscentralen har en genomtänkt inköpsstrategi.

Nationell upphandling inom sjukvården har redan aktualiserats med anledning av covid-19 som medförde att regionerna, på grund av bristande lagerhållning, snabbt fick brist på sjukvårdsmaterial och skyddsutrustning för personalen. Då motsvarande brist även fanns i en mängd länder var den globala efterfrågan mycket hög. Det var inte rimligt att enskilda regioner skulle genomföra egna upphandlingar av en global bristvara, varför Socialstyrelsen fick i uppdrag att fungera som inköpscentral på nationell nivå för att samordna och även genomföra upphandling av sjukvårdsmaterial, skyddsutrustning och viss medicinskteknisk utrustning.

SKR har gett SKL Kommentus Inköpscentral i uppdrag att samordna inköp av bristvaror som desinfektionsmedel och skyddsutrustning för kommunernas räkning. Syftet med upplägget är att Inköpscentralen genom mer omfattande beställningar ska möjliggöra effektivare samarbeten och på längre sikt bygga upp lager.¹¹⁷

¹¹⁶ Se 7 kap. 10–11 § LOU. En upphandlande myndighet får anlita en inköpscentral utan att upphandla tjänsten.

¹¹⁷ SKL Kommentus, *Avtal skrivet för inköp av bristvaror under coronapandemin*, den 23 april 2020.

5 Slutsatser

När Konkurrensverket skrev den förra rapporten om hyrläkare var utgångspunkten dels att det förekom många direktupphandlingar och andra upphandlingsjuridiska problem, dels den stora kostnadsökningen som uppstod när efterfrågan ökade och konkurrensutsättningarna inte fungerade. Det förekom även bristande leveranssäkerhet på ingångna ramavtal som innebar att bemanningsföretagen inte kunde erbjuda några läkare vid avrop. När upphandlade leverantörer inte kunde leverera hyrläkare hänvisades regionerna till direktupphandling hos leverantörernas egna dotterbolag i stället, vilket medförde än högre kostnader för inhyrda läkare.

Nu, fem år senare, kan vi konstatera att en hel del förändringar i regionernas upphandlingar har ägt rum, men att behoven av att hyra in vårdpersonal inte har minskat utan till och med ökat.

I den föregående rapporten analyserade vi enbart behovet av inhyrning av läkare i primärvården. Denna rapport har haft ett något bredare perspektiv som även inkluderar sjuksköterskor och andra delar av vården.

Fortsatt svårt att bemanna vårdcentraler, särskilt i glesbygd

Precis som 2015 har regionerna stora svårigheter att bemanna vårdcentraler med läkare, särskilt i glesbygd. Flera av våra intervju-personer menar att det till och med blivit ännu sämre jämfört med 2015. Att primärvården fortfarande har svårt att rekrytera läkare, trots att det generellt sett inte råder någon brist på läkare i Sverige uppges bero på flera faktorer. Ett grundläggande problem är att det är svårt att få läkare under utbildning att specialisera sig inom allmänmedicin. Andra pekar på att arbetsmiljörelaterade problem som hög arbetsbelastning bidrar till ett behov av fler årsarbetskrafter när en del läkare reducerar sin arbetstid.

Vi kan konstatera att regionernas tidigare farhågor 2015 om fortsatta svårigheter med rekrytering av läkare har besannats. Behoven har inte minskat utan snarare ökat och spritt sig till andra yrkesgrupper, främst sjuksköterskor.

Behovet av att hyra in sjuksköterskor har ökat kraftigt de senaste åren

Allt fler sjuksköterskor hyrs in, främst till den somatiska vården. Under 2019 ökade kostnaden för inhyrda sjuksköterskor med 14 procent i regionerna jämfört med föregående år. Det handlar främst om specialistsjuksköterskor, men även till exempel om att bemanna en hel operationssal på ett sjukhus.

Utmaningarna med att minska kostnaderna för att hyra in vårdpersonal är större i och med en ökad efterfrågan på sjuksköterskor.

Regionerna arbetar sedan 2015 aktivt med att minska kostnaderna för hyrpersonal

Sedan 2015 bedriver SKR och regionerna ett arbete med att gemensamt verka för att behovet av hyrläkare måste minska. Därför bedrev de också ett nationellt projekt om oberoende av hyrpersonal mellan åren 2015 och 2019. Projektet är formellt avslutat men arbetet fortgår i regionerna gemensamt i olika fokusområden. Trots det har behovet inte minskat utan snarare ökat och spritt sig till andra yrkesgrupper, främst sjuksköterskor. Projektet startades efter Konkurrensverkets förra rapport. Målet med projektet var att hyrkostnaden skulle uppgå till max två procent av de totala personalkostnaderna senast den 1 januari 2019.

Regionernas totala kostnader för hyrpersonal har dock inte minskat. Kostnaden för inhyrd personal var 2019 omkring 5,6 miljarder, vilket var en ökning med drygt 1,6 miljarder kronor

sedan 2015. Några regioner har dock minskat sina kostnader för inhyrd personal under 2019, bland annat Norrbotten, Västra Götaland och Örebro.

Andelen inhyrd personal motsvarade 3,8 procent av de totala personalkostnaderna i regionerna vilket var 1,8 procentenheter över SKR:s mål om oberoende av hyrpersonal inom vården. En region nådde under 2019 dock målet om oberoende av personal, Västra Götaland.

Konkurrensverket kan konstatera att regionerna har utvecklat sina upphandlingar vilket är positivt. Bland annat har de ökat leveranssäkerheten och kontrollen över kostnaderna. Regionerna har också utvecklat avtalsuppföljningen och arbetat för att minska den merkostnad som är förknippad med att hyra in personal i stället för att ha anställd personal. Grundproblemet som innebär att det är svårt att rekrytera läkare till bland annat vårdcentraler i glesbygd kräver förmodligen andra insatser för att behov och kostnader för hyrpersonal ska minska på sikt.

Fler bemanningsföretag på ramavtal har minskat behovet av direktupphandlingar

Det fanns 2015 flera regioner som hade ganska få leverantörer på sina ramavtal men av våra intervjuer framgår att det numera är vanligt med många leverantörer. Runt 50 leverantörer är inte ovanligt. Avsikten med att anta fler leverantörer på ramavtal är att minska risken att inte få leverans av läkare eller sjuksköterskor vid tilldelning från ramavtal. Med fler bemanningsföretag på ramavtal minskar regionernas behov av att direktupphandla på grund av bristande leveranser. Behovet av ofta mer kostsamma direktupphandlingar minskar samtidigt som leveranssäkerheten kan förväntas öka.

Centraliserade avropsordning ger en ökad kontroll

Regionerna gjorde 2015 oftare avropen från ramavtalen på enhetschefs nivå men nu verkar i stort sett alla regioner ha centraliserat avropen och infört olika former av krav på dispenser för avrop på centraliserad nivå. Konkurrensverket anser att det är positivt med en mer central hantering av avropen, eftersom det bör innebära en mer konsekvent hantering av rutinerna och ge bättre förutsättningar för kontrollen över kostnader och behov av bemanning.

En centraliserad avropsordning blir också ett stöd till enhetschefer och vårdcentralchefer då de inte behöver hantera förfrågningar från bemanningsföretag som försöker runda ramavtalen, vilket tidigare varit ett problem.

Elektroniska avropssystem ökar kontrollen vid avrop

År 2015 lyfte Konkurrensverket fram vikten av avtalsuppföljning, dvs. att fakturor från bemanningsföretag har avtalat pris och att tidsredovisningen för den inhyrde läkaren är korrekt. Flera regioner har till Konkurrensverket själva lyft fram behovet av en kontinuerlig och utvecklad avtalsuppföljning, till exempel angående kontroll av fakturor från bemanningsföretag och utdömande av viten.

Konkurrensverket menar att införande av elektroniska avropssystem, som flera regioner är på väg att införa, kan underlätta avtalsuppföljningen. Elektroniska avropssystem kan även bidra till att öka följsamheten till de priser och avropsordning som följer av ramavtalen, minska riskerna för otillåtna direktupphandlingar och sannolikt även minska riskerna för korruption.

För att det ska vara möjligt att utnyttja de möjligheter som ges av elektroniska avropssystem bör någon form av nationell samverkan ske kring utformningen av ramavtal och rapporteringsrutiner. Annars finns risk för resurskrävande administration hos leverantörerna om inte systemen är kompatibla. Det är inte vanligt att leverantörer har avtal med flera regioner.

Regionerna tillämpar oftare vitesklausuler

Flera regioner har till Konkurrensverket fört fram att fler och effektiva viten är ett sätt att få bort oseriösa leverantörer. Genom att mer konsekvent nyttja viten blir det en form av självsanering inom branschen, där oseriösa leverantörer trängs ut.

Det verkar fortfarande förekomma att bemanningsföretag försöker sälja in sina tjänster utanför ramavtalen, men dock mindre förekommande än 2015. Det kan bero på att bemanningsföretag som är ramavtalsleverantörer och som försöker kontakta enheter direkt får vitesförelägganden i högre utsträckning än vad som var fallet 2015.

Konkurrensverket anser att det bör framgå tydligt av upphandlingsdokumenten under vilka omständigheter viten kan utgå. Vitesbeloppet bör också vara i proportion till avtalsbrottet. För strikta viten för bagatellartade överträdelser och för krav som inte fungerar konstruktivt riskerar i stället att påverka konkurrensen negativt genom att det leder till att färre leverantörer deltar i upphandlingarna.

Fasta priser kan pressa kostnaderna för regionerna

De regioner som nu eller nyligen genomfört upphandlingar av hyrpersonal har bestämt ett fast pris för alla leverantörer. Detta var också ett av Konkurrensverkets förslag i den föregående rapporten från 2015.

Utvecklingen med att de flesta regioner, jämfört med 2015, numera tillämpar fasta priser har bidragit till att pressa kostnaderna eftersom det inte längre är möjligt för de läkare som är underleverantörer till bemanningsföretagen att välja leverantörer med högre priser. En annan positiv effekt har varit att man kommit till rätta med problemet att de högst rankade ramavtalsleverantörerna inte kan leverera enligt de priser de erbjudit.

Nettoomsättningen bland bemanningsföretag ökar men vinstmarginalen minskar

Bland de 17 bemanningsföretag som deltagit flest gånger i regionernas upphandlingar har nettoomsättningen stadigt ökat mellan 2015 och 2018, men den genomsnittliga vinstmarginalen har kraftigt försämrats under samma period. I princip har den halverats. Enligt Konkurrensverket finns det flera tänkbara orsaker till de sjunkande vinstmarginalerna. Krav på följsamhet till ramavtal är en viktig faktor som leder till färre direktupphandlingar. En annan är att allt fler regioner gått över till fast pris. En tredje tänkbar faktor är att bemanningsföretagen känner av en allt högre konkurrens om kompetensen, vilket leder till högre personalkostnader.

Karensvillkor och bisysslor

Regionerna menar att karensvillkor är en nödvändighet för att förhindra att personal säger upp sig och kommer tillbaka till samma arbetsplats som inhyrd via ett bemanningsföretag. Å andra sidan menar professionen och bemanningsföretagen att just karensvillkor är en bidragande orsak till att regionerna inte kan behålla sin personal. Konkurrensverket anser att det är naturligt att arbetsgivare har kontroll över anställdas bisysslor och även vissa karensvillkor. Karenstidsvillkor i upp till sex månader har av domstol bedömts förenliga med LOU. Karenstidsvillkor har dock enbart prövats av högre instans en gång och i viss begränsad omfattning. Rättsläget avseende karenstidsvilkors omfattning får därmed anses fortsatt

vara oklart. Flera regioner uppger nu också att de infört karens-tidsvillkor på 12 månader.

Regionerna tillåter inte sina anställda läkare att arbeta som inhyrd hyrläkare i den region där de arbetar eftersom det anses som konkurrerande verksamhet. Regionerna bör skaffa sig mer kunskap om de bisysslor som kan konkurrera med arbetsgivarens verksamhet eller är arbetshindrande. En region som inte känner till sina anställdas bisysslor har även sämre möjligheter att organisera sin verksamhet på ett effektivt sätt och undvika jäv och intressekonflikter som kan tänkas uppstå när regionen upphandlar.

Mervärdesskatt på inhyrd personal

Konkurrensverket har flera gånger uppmärksammats på hur konkurrensen mellan privat och offentligt bedriven vård påverkas av mervärdesskattereglerna för inhyrd personal. Att tillse att förutsättningarna finns för en effektiv konkurrens är dock till stor del en regulatorisk fråga.

Regeringen har beslutat att undersöka förutsättningarna för förändrad lagstiftning i fråga om mervärdesskatt vid inhyrd vårdpersonal och inhyrd personal för social omsorg. Uppdraget ska redovisas senast den 1 april 2021. Konkurrensverket kan konstatera att tillämpningen av mervärdesskattereglerna innebär problem för privata företag som bedriver sjukvård (och som omfattas av mervärdesskattundantaget för vård och omsorg) eftersom kostnaden att anlita bemanningsföretag blir högre.

Nationell samverkan

I princip samtliga regioner menar att nationell samverkan vid upphandling av bemanningstjänster på lång sikt är en förutsättning för att få ordning på vårdbemanningsbranschen. Konkurrensverket ser dock flera utmaningar med nationella upphandlingar. En är till exempel svårigheterna att säkra leveranssäkerhet i samtliga regioner. En annan rör frågan om hur man kan differentiera ersättningen beroende på om det rör sig om bemanning av en vårdcentral i glesbygd jämfört med en operationssal på ett universitetssjukhus i en storstad. En tredje är att upprätthålla en effektiv och sund marknadssituation där regionerna får en dominerande roll för marknadens funktionssätt. Trots utmaningarna delar Konkurrensverket uppfattningen att regionerna bör verka för mer nationell samverkan när det gäller hyrpersonal till vården, inte minst när det gäller system för uppföljning och avrop. Behov och förutsättningar skiljer sig dock mellan regionerna, och även inom vissa regioner, vilket innebär att hänsyn måste tas till de regionala skillnader som finns.

Ett första steg mot ökad nationell samverkan har redan tagits i samband med coronapandemin. Socialstyrelsen har börjat genomföra nationella inköp av skyddsutrustning till personal i vården för regionernas och kommunernas räkning, och några regioner genomför inköp av läkemedel för behandling av covid-19 till intensivvården för samtliga regioners räkning. Konkurrensverket menar att erfarenheterna från dessa nationella inköpsprocesser är för tidiga att utvärdera då pandemin inte har upphört, men vi kan konstatera att det visat sig vara möjligt att på mycket kort tid ställa om till nationella inköp med flera regioner och myndigheter i samverkan.

Referenser

Dagens Samhälle, *Ökade kostnader för bemanning hotar vården* (den 24 februari 2020).

Dagens Medicin, *Hyrpersonal tas sällan med i budgeten* (nr 50–52 2019).

Dedicare *Delårsrapport Q 3 2019*.

Dedicare *Årsredovisning 2019*.

Konkurrensverket, *Statistik om offentlig upphandling 2019*, 2019:3.

Konkurrensverket, *Konkurrensen i Sverige*, 2018:1.

Konkurrensverket, *Hyrläkare i primärvård*, 2015:10.

Konkurrensverket, *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler*, 2014:2.

McKinsey & Company, *Tid till vård ger vård i tid* (juli 2019).

OECD (2019), *State of Health in the EU – Sverige Landsprofil Hälsa*

Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020, utg.omr. 9*.

Prop. 2017/18:158, *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden*.

Prop. 2001/02:142, *Ändringar i lagen om offentlig upphandling, m.m.*

PWC (2017), *Bisysslor – uppföljande granskning Norrbottens läns landsting*.

Region Stockholm (2019), *Arbetsmiljön i primärvården*.

SKL Kommentus, *Avtal skrivet för inköp av bristvaror under coronapandemin*, (den 23 april 2020).

SKR, *Bättre upphandling av inhyrd personal*, Rapport 2019-12-09.

SKR (2019), *Projekt – oberoende av inhyrd personal*.

SKR, *Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården*, Halvår 1 2019.

SKR (2019), *Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården. Jämförelser av kvartal 4 2018 med kvartal 4 2017 och Jämförelser av utvecklingen 2016–2018 Sammanfattning*.

SKR (2020), *Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården Jämförelser av helår 2019 med helår 2018*.

SKR, *Verksamhetsstatistik 2018*.

Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2020*.

Socialstyrelsen (2019), *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2018 samt arbetsmarknadsstatus 2017*.

Socialstyrelsen (2017), *Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, läkare och sjuksköterskor, offentlig och privat regi*.

SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*.

Statskontoret (2019), *Offentligt anställdas bisysslor - En studie av hanteringen av bisysslor i myndigheter, kommuner och regioner*.

Vårdanalys (2020), *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder.*

Domstolar

HFD 2019 ref. 65

HFD 2018 ref. 41

HFD:s dom av den 5 februari 2020
(mål nr 3447-19, 3477-19, 3478-19 och 4431-19).

Kammarrätten i Sundsvalls dom den 26 augusti 2015
(mål nr 3208-14 och 3209-14).

Kammarrätten i Göteborgs dom den 6 november 2014
(mål nr 7603-7604-13).

Kammarrätten i Göteborgs dom den 18 april 2007
(mål nr 6870-6871-06).

Förvaltningsrätten i Stockholm
(mål nr 2343-20).

Förvaltningsrätten i Umeås dom den 24 september 2019
(mål nr 1914-19, 1916-19, 1917-19 och 3326-18).

Förvaltningsrätten i Härnösands dom den 25 november 2016
(mål nr 2748-16 E).

Övrigt

Skatterättsnämndens beslut den 21 maj 2019 (ärende dnr 42-18/I, 2-19/I, 1-19/1) och beslut den 5 juli (ärende dnr 45-18/I).

Upphandling 24 (2020-03-30) samt Sveriges Radio.

För fem år sedan publicerade Konkurrensverket en rapport om hyrläkare i primärvården. Nu har vi gjort en uppföljning av marknaden för vårdbemanning.

I den här rapporten har vi ett något bredare angreppssätt genom att dels studera regionernas samlade inköp av vårdpersonal inom primärvård, slutenvård och psykiatri, dels även inkludera personalgruppen sjuksköterskor. Rapporten ger en bild av hur regionerna arbetar med att utveckla upphandlingarna och vilka förändringar som skett på marknaden sedan 2015.



Adress 103 85 Stockholm

Telefon 08-700 16 00

konkurrensverket@kkv.se

www.konkurrensverket.se