

Uppföljning av vårdval i primärvården

– förutsättningar och hinder
Delrapport 1

Konkurrensverkets rapportserie 2009:5

Konkurrensverket november 2009
Utredare: Stefan Jönsson, Josefin Nilsson (projektledare),
Stefan Sagebro och Maria Weber Person
ISSN-nr 1401-8438
Arkitektkopia, Stockholm 2009
Foto: Istockphoto

Förord

Konkurrensverket har regeringens uppdrag att från konkurrenssynpunkt följa och utvärdera landstingens införande av vårdvalssystem i primärvården. Uppdraget ska slutredovisas senast den 25 november 2010. Denna rapport utgör den första delredovisningen av uppdraget.

I rapporten beskrivs några viktiga förutsättningar för att ett vårdvalssystem ska bidra till valfrihet, mångfald och väl fungerande konkurrens till nytta för det allmänna och brukarna. Även potentiella och förekommande konkurrensproblem uppmärksammas.

I kommande rapporter kommer Konkurrensverket att fördjupa analysen av nu identifierade förutsättningar och problem. Utifrån detta kommer förslag att lämnas till eventuella åtgärder för att förbättra valfriheten och förutsättningarna för en positiv kvalitetskonkurrens mellan vårdgivarna.

Stockholm i november 2009

Dan Sjöblom
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	6
1 Inledning.....	11
1.1 Konkurrensverkets uppdrag.....	11
1.2 Utredningens ansats och problemidentifiering.....	12
1.3 Grundläggande begrepp	13
1.4 Disposition.....	15
2 Marknader och konkurrens	17
2.1 Konkurrens ger ökad välfärd.....	17
2.2 Hälsa- och sjukvård – inte en vanlig marknad.....	18
3 Konkurrensutsättning av offentlig verksamhet	20
4 Vägar för mångfald och konkurrens inom vården	24
4.1 Vårdgivare med ersättning enligt nationella taxan	24
4.2 Vårdgivare med vårdavtal	27
4.2.1 Konkurrens genom offentlig upphandling.....	27
4.2.2 Konkurrens genom valfrihetssystem.....	29
4.3 Vägen till vårdval	29
5 Förutsättningar för fungerande valfrihetssystem	33
5.1 Möjlighet för inträde på marknaden.....	34
5.1.1 Uppdragets omfattning	35
5.1.2 Befolkningsunderlag	38
5.1.3 Ersättningsystem.....	40
5.1.4 Tillträde till kunder	44
5.2 Välinformerade konsumenter.....	48
5.2.1 Information om valfrihetssystem	50
5.2.2 Ger information aktiva val?	52

5.3	Konkurrensneutralitet.....	53
5.3.1	Subventioner och fördelning av kostnader.....	53
5.3.2	Olika regelverk.....	56
6	Erfarenheter från tre landsting.....	61
6.1	Beskrivning av vårdvalssystemen.....	61
6.2	Ekonomiskt resultat	64
6.3	Antalet vårdenheter	66
6.4	Aktiva val.....	68
6.5	Tillgänglighet	70
7	Erfarenheter från tillsynen över LOV.....	74
7.1	Den initiala listningsproceduren.....	74
7.2	Konkurrensfördel för befintliga aktörer.....	76
7.3	Listningskampanjer före införandet	77
7.4	Fördelning enligt närhetsprincipen	78
7.5	Hur hantera första listningen?	82
8	Vårdvalssystem och taxeläkare.....	84
8.1	Kostnadsansvar för vård hos annan vårdgivare.....	84
8.2	Möjlighet till vård hos taxeläkare.....	85
8.3	Övervältring av kostnader	86
8.4	Differentierade patientavgifter	87
9	Farhågor och förväntningar inför vårdvalet.....	89
10	Avslutande kommentarer	98
Källor	103

Sammanfattning

I januari 2009 trädde lagen om valfrihetssystem (LOV) i kraft, vilken reglerar vad som ska gälla för kommuner och landsting som vill konkurrenspröva vård- och omsorgsverksamhet enligt ett valfrihetssystem. Lagen är en del av statsmakternas strävan att sätta brukaren i fokus, flytta över makten från politiker och tjänstemän till medborgarna, öka brukarnas valfrihet och inflytande samt att stimulera tillkomsten av fler utförare och större mångfald inom berörda områden.

Sedan slutet av 1980-talet har olika vägar prövats för att konkurrensutsätta verksamheter inom vård- och omsorgssektorn. Omfattningen varierar dock mellan olika landsting. Det kan konstateras att landstingen, trots den ökade andelen vård i privat regi, fortfarande är den största och dominerande aktören inom hälso- och sjukvården.

Konkurrensverkets uppdrag

Enligt beslut av statsmakterna ska samtliga landsting ha infört ett vårdvalssystem i primärvården senast den 1 januari 2010. Vid utformningen av vårdvalssystemet ska LOV tillämpas. Detta innebär att det blir fritt för vårdgivare att etablera sig inom primärvården, under förutsättning att de uppfyller de krav som landstinget ställer i förfrågningsunderlaget för vårdvalssystemet. För invånarna innebär detta att rätten att välja vårdgivare inom primärvården stärks.

Konkurrensverket har fått regeringens uppdrag att följa och utvärdera landstingens införande av vårdvalssystemen.

I denna första delrapport beskrivs ett antal faktorer som är av betydelse för hur vårdvalssystemen kan komma att fungera och hur olika regler eller krav med koppling till landstingens olika vårdvalssystem påverkar förutsättningarna för etablering, mångfald och väl fungerande konkurrens till nytta för patienten. Rapporten utgör den första

av tre som Konkurrensverket kommer att presentera inom ramen för uppdraget. En andra delrapport kommer att lämnas senast den 19 maj 2010 och slutrapporten den 25 november 2010.

Etableringsförutsättningar

En viktig förutsättning för att konkurrensen ska kunna fungera effektivt är att det inte finns några betydande hinder för företag att etablera sig och utmana befintliga företag. Omfattningen av och inriktningen på företagens åtagande inom vårdvalssystemet bestäms av landstinget. Här har det stor betydelse för etableringsbenägenheten hur stort det potentiella kundunderlaget är och hur ersättningen till vårdgivarna utformas.

Kapitations- eller prestationsersättning

De ersättningssystem som landstingen tillämpar grundas på olika stora delar av fast (kapitering) respektive rörlig (prestationsbaserad) ersättning. Ersättningssystemet utgör ett viktigt styrmedel i ett vårdvalssystem och beroende på vad landstinget vill uppnå med vårdvalet kan olika kombinationer av fast och rörlig ersättning tillämpas.

Ju bredare uppdrag som beslutas av landstinget, desto större kundunderlag krävs för att få lönsamhet i verksamheten och desto svårare blir det för nya företag att etablera sig. Genom att, som i Stockholm, dela upp primärvården i flera mindre vårdvalssystem där vårdgivarna själva kan välja vilka delar de vill vara verksamma inom, och genom ett system med en större del rörlig ersättning, ökar förutsättningarna för nyetablering och för små företag att delta i vårdvalssystemet.

Listning och icke-val

Ett landsting ska enligt LOV tillhandahålla ett icke-valsalternativ för invånare som inte själva kan eller vill välja utförare av berörd verksamhet. En invånare som valt en vårdgivare inom ett vårdvalssystem listas normalt vid den valda vårdmottagningen. De landsting, med

Stockholm som undantag, som infört ett vårdvalssystem har valt att även lista de invånare som inte aktivt valt vårdgivare.

En fråga som kommit att få stor uppmärksamhet är hur listningsproceduren och icke-valsalternativet inom vårdvalssystemet utformas. I ett system där samtliga invånare listas kommer den initiala fördelningen av invånare att få stor betydelse för företagets möjligheter att etablera sig på marknaden. Listning enligt närhetsprincipen kan även påverka hur företagen väljer att lokalisera sig inom ett landsting.

Aktiva och välinformerade konsumenter

Förutsättningarna för konsumenterna att välja vårdgivare kommer att ha stor betydelse för företagets möjlighet att etablera sig inom ett vårdvalssystem. Erfarenheter visar att en liten del av befolkningen tenderar att göra aktiva val och att få väljer att byta utförare.

Ju större del av befolkningen som gör ett aktivt val och ju större del av ersättningen som är prestationsbaserad, desto mindre betydelse kan listningsproceduren och icke-valsalternativet väntas få. Att främja aktiva val är därför en viktig del i förutsättningarna för en fungerande konkurrens inom ett vårdvalssystem. Här har landstinget en viktig roll att se till att invånarna har tillgång till nödvändig information som kan hjälpa dem att välja vårdgivare.

Befolkningsutveckling

Erfarenheten från Halland är att det vid införandet etablerades flera nya vårdgivare och att utvecklingen därefter gått relativt långsamt vad gäller antalet nyetableringar. I Stockholm har tillströmningen av nya vårdgivare däremot varit kontinuerlig. En del av denna utveckling kan sannolikt tillskrivas den årliga befolkningstillväxten som är betydligt större i Stockholm än i Halland. Det är rimligt att anta att befolkningsströmmarna är en avgörande faktor för om antalet företag ökar eller minskar med tiden.

Konkurrens mellan offentliga och privata aktörer

Av rapporten framgår att det kan vara svårt (för att inte säga omöjligt) att uppnå rättvisa konkurrensförhållanden mellan offentligt och privat ägda vårdgivare i ett vårdvalssystem. Klagomål som ofta framförs i dessa sammanhang är att ersättningen är låg och att egenregin tillåts bedriva verksamheten med ekonomiskt underskott. Sådana subventioner snedvrider konkurrensen.

En viktig förutsättning för att ett vårdvalssystem ska fungera väl är att landstinget tydligt separerar rollen som beställare och finansiär från rollen som utförare. Det bör i en sådan organisation även finnas tydliga regler för hur en situation där landstingsdrivna vårdenheter går med förlust ska hanteras.

Vårdvalssystem och taxeläkare

När vårdvalssystem införs kommer det i många landsting att finnas två parallella system för privata vårdgivare inom primärvården, vårdgivare med samverkansavtal (s.k. taxeläkare) och vårdgivare med vårdavtal inom vårdvalssystemet. I vissa fall kommer dessa system att påverka varandra. I rapporten behandlas vissa problem som identifierats mellan dessa båda system. Problem berör exempelvis att vårdgivarna i ett vårdvalssystem ges kostnadsansvar för vård som utförs av taxeläkarna och oklarheter om patientens möjlighet att få vård hos de senare.

Från och med april 2009 är det möjligt för vårdgivare med ersättning enligt nationella taxan att överlåta verksamheten och rätten till ersättning till någon annan vårdgivare, s.k. ersättningsetablering. Konkurrensverket har kartlagt antalet anmälningar som inkommit till landstingen om ersättningsetablering. Totalt 242 läkare och sjukgymnaster hade den 30 september 2009 lämnat in en sådan anmälan.

Den fortsatta uppföljningen

Syftet med denna första delrapport har varit att lägga en grund för den fortsatta utvärderingen och uppföljningen av landstingens införande av vårdvalssystem i primärvården. I rapporten belyses viktiga förutsättningar för att ett vårdvalssystem ska fungera väl och bidra till fungerande konkurrens till nytta för det allmänna och för patienterna.

När detta uppdrag slutredovisas kommer erfarenheterna av vårdvalssystem i många landsting fortfarande att vara begränsade. Möjligheten att dra långtgående slutsatser om effekterna av vårdvalssystemen kan därför tänkas vara begränsad även vid slutrapporteringen. I den fortsatta uppföljningen kommer de frågor som tas upp i denna delrapport att analyseras närmare bland annat med avseende på förutsättningarna för valfrihet och en mångfald av utförare inom hälso- och sjukvården.

1 Inledning

Det finns i princip två metoder som kan användas av kommuner och landsting som vill konkurrensutsätta verksamhet inom vård- och omsorgssektorn, entreprenadupphandling eller ett valfrihetssystem.

Från och med 1 januari 2010 kommer det att vara obligatoriskt för landstingen att organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Detta ska ske genom att landstingen inför ett vårdvalssystem i enlighet med lagen (2008:963) om valfrihetssystem (LOV). Det grundläggande syftet med reformen är att stärka patienternas valfrihet, stimulera mångfald och flytta makten från landstinget till patienten.

Systemet ska utformas så att alla utförare behandlas lika. Den enskildes val får inte heller begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. För vårdgivare innebär detta att en möjlighet att etablera sig inom primärvården under förutsättning att de uppfyller de krav som ställs i landstingens förfrågningsunderlag.

1.1 Konkurrensverkets uppdrag

I anledning av det obligatoriska vårdvalet har regeringen uppdragit åt Konkurrensverket att från konkurrenssynpunkt följa och utvärdera landstingens införande av vårdvalssystem i primärvården. I uppdraget ingår att följa hur landstingens införande av vårdvalssystemen påverkar konkurrensen och förutsättningarna för en mångfald av vårdgivare inom hälso- och sjukvården.

Konkurrensverket ska bl.a. följa hur systemen påverkar tillkomst av nya verksamheter, små och medelstora företag och företagande på

ideell grund. I uppdraget ingår även att utreda eventuella gränsdragningsproblem mellan å ena sidan vårdvalssystemen och å andra sidan systemet med vårdgivare med ersättning enligt den s.k. nationella taxan, samt att följa hur lagändringarna avseende ersättningsetablering för dessa vårdgivare tillämpas.

Syftet med uppdraget till Konkurrensverket är att förse regeringen med underlag som ska ligga till grund för eventuella åtgärder för att förbättra valfriheten och förutsättningarna för en positiv kvalitetskonkurrens mellan vårdgivarna. Ett annat syfte är att uppföljningen ska kunna användas av landstingen i den fortsatta utvecklingen av vårdvalssystemen.

Konkurrensverket ska lämna delredovisningar till Socialdepartementet den 1 december 2009 och den 19 maj 2010. Senast den 25 november 2010 ska uppdraget slutredovisas.

1.2 Utredningens ansats och probleminventering

Syftet med denna första delrapport är att lägga en grund för det fortsatta utredningsarbetet genom att på ett tidigt stadium uppmärksamma potentiella, men även förekommande, problem vid införandet av vårdvalssystem i primärvården.

Konkurrensverket har valt att tillämpa en kombination av olika tillvägagångssätt. En utgångspunkt har varit Konkurrensverkets erfarenheter från konkurrens mellan offentliga och privata aktörer. Ett annat underlag är undersökningar och utvärderingar av valfrihetssystem och konkurrens inom vård- och omsorgssektorn. Därutöver tillkommer Konkurrensverkets erfarenheter från tillsynen över LOV.

En referensgrupp med berörda myndigheter och intresseorganisationer har knutits till projektet¹. Med referensgruppen har utredningens ansats och dispositionen för den första delrapporten diskuterats. Vidare har problem och erfarenheter av vårdvalssystem samt behov av särskilda utredningsinsatser efterhört.

Konkurrensverket har även intervjuat representanter från de tre landsting som har längst erfarenhet av vårdvalssystem i primärvården, dvs. Halland, Västmanland och Stockholm. Att särskilt studera befintliga vårdvalssystem har bedömts som en viktig utgångspunkt för den fortsatta utvärderingen.

Därutöver har Konkurrensverket uppdragit åt konsultföretaget Markör att undersöka företagets förväntningar och farhågor inför de vårdvalssystem som från och med den 1 januari 2010 ska ha införts i samtliga landsting. Uppdrag har även lagts ut på konsultföretaget WSP för att kartlägga inkomna anmälningar om ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare.

1.3 Grundläggande begrepp

Inom vårdområdet används ibland olika begrepp för samma sak och samma begrepp kan ibland ha en något varierande innebörd beroende på vem som är kommunikatör. Lokala variationer mellan landstingen förekommer. Här följer en kort beskrivning över några vanliga begrepp som berörs i denna rapport.

¹ Medverkande myndigheter är Socialstyrelsen, Tillväxtverket och Konsumentverket. Bland intresseorganisationerna finns Sveriges Kommuner och Landsting, Landstinget Dalarna (tillika representant för Sveriges Offentliga Inköpare), Nätverket Uppdrag Hälsa (tillika Nätverket Hälsa och demokrati), Vårdförbundet, Sveriges Läkarförbund, Almega, Famna, Coompanion och Arbetsgivarförbundet KFO. Vid första mötet fanns representanter från samtliga myndigheter och organisationer, med undantag för Coompanion, Landstinget Dalarna och Sveriges Läkarförbund.

Det finns flera olika begrepp för **valfrihetssystem**. Inom hälso- och sjukvården brukar begreppet vårdvals-system användas och inom kommunal verksamhet används ibland begreppet kundvals-system.

Med **vårdval, valfrihet och kundval** menas i denna rapport rätten att välja bland vårdgivare som ingår i ett av landstinget beslutat valfrihetssystem. Rätten att välja vårdgivare behöver inte föregås av ett valfrihetssystem uppbyggt utifrån LOV men lagen öppnar för fri etablering. Detta förväntas leda till en ökad mångfald och konkurrens som är en grundförutsättning för en reell valfrihet.

Vårdgivare, utförare, leverantör, producent och företag är begrepp som används synonymt i denna rapport. Med vårdgivare avses en fysisk eller juridisk person och ingen åtskillnad görs utifrån ägar- eller driftsform. I begreppet **privata företag**, utförare osv. innefattas ideella organisationer och stiftelser.

En **vårdenhet** inom primärvården kan ha olika namn, t.ex. vårdcentral, närskjukvårdsmottagning, familjeläkare och husläkare. Uppdraget för en vårdenhet kan skilja sig något utifrån landstingets definition av primärvård och uppdragets utformning inom vårdvalsystemet.

I rapporten används begreppet **landsting** ur ett finansiär- och beställarperspektiv (upphandlande myndighet). Landstingsdriven vårdverksamhet benämns som **egenregi** i rapporten.

Med **taxeläkare** menas läkare som tecknat samverkansavtal med landstingen enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL), vilket innebär att de har rätt till ersättning från landstinget enligt den s.k. nationella taxan. Taxeläkare som tecknar vårdavtal med landstingen med andra villkor än som följer av LOL förlorar sin rätt till ersättning enligt nationella taxan. Sjukgymnaster som har samverkansavtal med landstingen har på motsvarande sätt rätt till ersättning enligt lagen (1993:165) om ersättning för sjukgymnastik (LOS).

Primärvård utgör en första vårdnivå inom hälso- och sjukvården och omfattar grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver de medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens som typiskt sett återfinns inom den slutna vården, främst sjukhusvård.

Det finns dock ingen entydig definition av begreppet och vilka vårdtjänster som ingår i primärvården kan variera mellan olika landsting. Vissa landsting använder sig av andra begrepp såsom husläkarverksamhet, närsjukvård och "den första vårdnivån" när de beskriver primärvård.

Av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att *"Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens."*

Primärvård bedrivs generellt sett av allmänläkare (specialister i allmänmedicin) och distriktssjuksköterskor vid vårdcentraler eller av allmänläkare med ersättning enligt den nationella taxan. Även hemsjukvård räknas till primärvård och i vissa fall förekommer att primärvård ges vid sjukhus. Allmänmedicin är en grundläggande kompetens inom primärvården. Uppdraget är dock så brett att ingen enskild yrkesgrupp ensamt kan svara för uppgiften. Det förekommer att vårdgivare svarar för ett helt primärvårdsåtagande, men även att åtagandet är uppdelat på olika vårdgivare som var och en svarar för delar av det, exempelvis barnhälsovård och mödrahälsovård.

1.4 Disposition

Efter detta inledningskapitel följer i kapitel 2 en översiktlig beskrivning av konkurrensens välfärdsfrämjande effekter samt hälso- och

sjukvårdsmarknadens särskilda egenskaper. I kapitel 3 skildras hur offentlig verksamhet har konkurrensutsatts samt förekomsten av privata inslag inom hälso- och sjukvårdsområdet.

I kapitel 4 beskrivs olika möjligheter att konkurrenspröva hälso- och sjukvårdsverksamhet samt hur lagstiftningen utvecklats fram till införandet av lagen om valfrihetssystem och det obligatoriska vårdvalet inom primärvården. Därefter följer i kapitel 5 en beskrivning av faktorer som kan påverka företags möjlighet att träda in på marknaden, samt slutligen vikten av informerade och aktiva konsumenter. I samma kapitel ges även en generell beskrivning av förutsättningarna för konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata aktörer samt branschspecifika skillnader mellan offentliga och privata utförare inom vård- och omsorgssektorn.

I kapitel 6 behandlas genomförda utvärderingar av samt erfarenheter från vårdvalssystemen i Halland, Stockholm och Västmanland ur ett konkurrensperspektiv. I kapitel 7 redogörs för några iakttagelser och erfarenheter från Konkurrensverkets informations- och tillsynsarbete inom området. De konkurrensproblem som kan uppstå i gränslandet mellan vårdvalssystemen och systemet med taxeläkare tas upp i kapitel 8.

I kapitel 9 redovisas företagens farhågor och förväntningar inför de vårdvalssystem som ska införas i primärvården senast 1 januari 2010. Rapporten avslutas med kapitel 10 där utvalda delar av framställningen problematiseras ytterligare.

2 Marknader och konkurrens

För att från konkurrenssynpunkt följa och utvärdera införandet av vårdvalssystem i primärvården, är det viktigt att ha en grundläggande kunskap om marknadsmekanismer eller hur konkurrensen fungerar och varför en väl fungerande konkurrens kan väntas medföra positiva samhällsekonomiska effekter. I detta kapitel beskrivs vad som menas med konkurrens och effekterna av en effektiv konkurrens. Dessutom ges en kortfattad beskrivning av hur verksamheter inom hälso- och sjukvården i vissa avseenden skiljer sig från andra konkurrensutsatta marknader.

2.1 Konkurrens ger ökad välfärd

Konkurrens förekommer på marknader för varor och tjänster, inom sport, biologi, på arbetsmarknaden m.m. och kan liknas vid en tävlan och ett urvalsförfarande mellan olika aktörer där den som är bäst ska vinna. På marknader för varor och tjänster konkurrerar företag om kundernas förtroende och köpkraft genom att erbjuda produkter med lägre pris, högre kvalitet eller bättre service än sina konkurrenter.

Konkurrensen leder till att företagen försöker öka produktionseffektiviteten för att kunna erbjuda varor eller tjänster till förmånligare villkor än konkurrenterna. Konkurrensens positiva påverkan på produktivitetstillväxt och ekonomisk effektivitet har belagts i ett flertal studier (OECD, 2005). Flera länder inom OECD har under de senaste två decennierna genomfört omfattande regelreformer för att öppna marknader för konkurrens. Utvärderingar av dessa reformer bekräftar att ökad konkurrens gynnar produktivitet och ekonomisk tillväxt (OECD, 2002).

Konkurrensen medför även att utbudet av berörda produkter kontinuerligt anpassas efter konsumenternas preferenser, eftersom företagens framgång är beroende av huruvida konsumenterna vill köpa produkten. De företag som inte lyckas effektivisera sin produktion och som inte utvecklar sitt utbud av varor och tjänster utifrån konsumenternas efterfrågan slås ut från marknaden till förmån för mer effektiva och innovativa konkurrenter. En väl fungerande konkurrens leder därför till att just de produkter som konsumenterna efterfrågar produceras och att det sker till lägsta möjliga kostnad.

Att vi producerar rätt saker (produktionen anpassas) och på rätt sätt (produktionen effektiviseras) är tillsammans med hur mycket vi arbetar det som styr den ekonomiska tillväxten. En god ekonomisk utveckling ger bättre förutsättningar att finansiera välfärden i samhället. En väl fungerande konkurrens är därmed en viktig förutsättning för en ökad välfärd.

2.2 Hälsa- och sjukvård – inte en vanlig marknad

Inom hälso- och sjukvården, liksom inom andra verksamheter, kan tillämpning av konkurrenslösningar bidra till att öka effektivitet och innovationsbenägenhet. Förutom tidigare beskrivna generella förhållanden som normalt gäller för marknader på varor och tjänster uppvisar hälso- och sjukvården ett antal särskilda egenskaper.

Hälso- och sjukvården i Sverige är i huvudsak offentligt finansierad. En företagsetablering inom t.ex. primärvården förutsätter därför normalt att företaget får en stor del av verksamheten finansierad med offentliga medel. Finansieringsförutsättningarna medför att landstinget får ett avgörande inflytande på produktutbudet och antalet aktörer inom hälso- och sjukvården, vilket påverkar graden av konkurrens. Dessa verksamheter brukar därför benämnas finansiella monopol.

Att en tredje part finansierar den konsumtion kan begränsa förutsättningarna för en effektiv resursanvändning som en väl fungerande konkurrens kan åstadkomma. Vårdtagare har i detta fall exempelvis försvagade incitament att begränsa konsumtionen. Tjänsternas komplexitet bidrar till att konsumenterna ofta har svårt att bedöma det egna behovet av vård och vilka behandlingsalternativ som är tillgängliga. Producenterna ges därmed en större möjlighet att påverka omfattning och kvalitet på den vård som produceras, s.k. utbudsstyrd efterfrågan.

Det offentliga kan som finansiär dessutom ofta ha svårt att överblicka vad som är en motiverad vård, både vad gäller omfattning och kvalitet. Det finns därför risk för överproduktion när verksamheten konkurrensutsätts. Detta kan motverkas genom att reglera på vilket sätt och i vilken utsträckning som privata vårdgivare får ersättning för utförda prestationer. En annan viktig åtgärd är att följa upp vårdkvaliteten, såväl inom privat bedriven vård som inom landstingens egna verksamheter.

Som framgår av 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har ett landsting rätt att sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget enligt lag ansvarar för². Det fråntar dock inte landstingen deras ansvar för att dessa tjänster tillhandahålls invånarna. Om en privat vårdmottagning läggs ner är landstingen skyldiga att se till att invånarna erhåller vården på annat vis.

² Detta gäller normalt inte uppgifter som innefattar myndighetsutövning.

3 Konkurrensutsättning av offentlig verksamhet

Den utveckling som skett inom den offentliga sektorn sedan början av 1980-talet brukar sammanfattas genom begreppet *New Public Management* (NPM). Begreppet inbegriper idéer lånade från det privata näringslivet om hur organisationer bäst bör drivas. Inom NPM betraktas ett verksamhetsområde som en marknad, med producenter och kunder som aktörer. Med NPM har även nya organisationsuppdelningar och styrmedel tillkommit såsom målstyrning, resultatstyrning och resultatenheter samt en uppdelning i beställare och utförare.

Under 1990-talet regelreformerades flera marknader, vilket i många fall innebar att statliga monopol öppnades för konkurrens. Det främsta syftet med regeländringarna var att effektivisera verksamheterna (SOU 2004:19). Här kan nämnas ett antal marknader som tidigare varit statligt ägda eller reglerade; taxi-, inrikesflyg-, järnväg-, post-, tele- och elmarknaderna, som samtliga regelreformerades under 1990-talet.

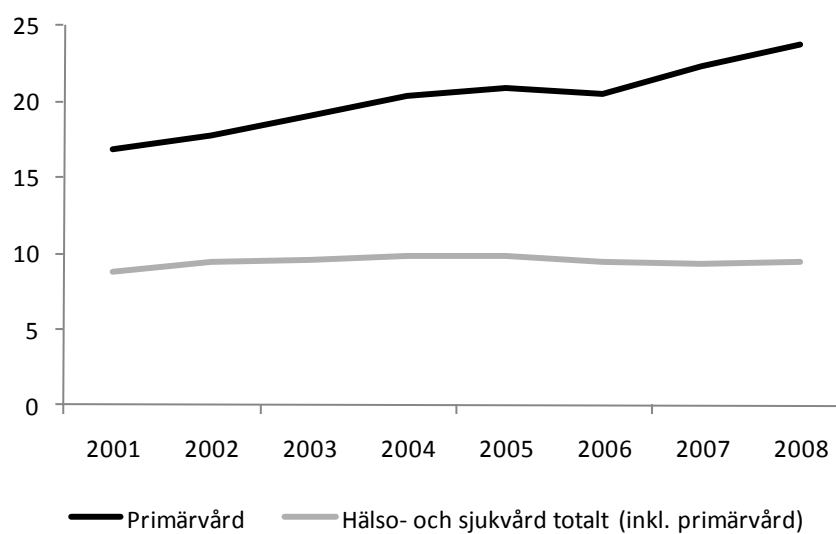
Inom vård- och omsorgssektorn var det framförallt stödverksamheter, t.ex. IT-funktioner och städning, som initialt utsattes för konkurrens medan kärnverksamheten fortsatte att bedrivas i offentlig regi. Med tiden kom detta att förändras och även kärnverksamheten började konkurrensutsättas och privata utförare blev allt mer vanligt förekommande inom sektorn.

Hälso- och sjukvård i privat regi

Som framgår av bild 3.1 har andelen hälso- och sjukvård som produceras av privata företag, beräknad som landstingens köp av verksamhet i procent av den totala nettokostnaden, varit relativt konstant

sedan år 2001³. Om enbart primärvården studeras kan en något mer tilltagande andel vård i privat regi noteras. Mellan åren 2001 och 2008 ökade andelen privat bedriven primärvård, mätt som andel av nettokostnaden, med drygt 40 procent. Eftersom primärvården kostnadsmissigt utgör en liten del av hälso- och sjukvården (omkring 20 procent), ger denna utveckling en begränsad effekt på andelen av den totala hälso- och sjukvården som tillhandahålls av privata vårdgivare.

Bild 3.1 Landstingens köp av verksamhet från privata företag (exkl. tandvård och läkemedel inom läkemedelsförmånen). Andel av nettokostnaden i procent



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, (2009a; 2008;2007; 2006; 2005; 2004; 2003; 2002)

År 2008 bedrevs knappt 24 procent av den offentligt finansierade primärvården och knappt 10 procent av den totala hälso- och sjukvården i privat regi. Trots den ökade andelen privat vård är

³ Med köp av verksamhet avses verksamhet och entreprenader där det finns avtal eller liknade överenskommelse med annan producent, och som kommunen annars skulle ha utfört i egen regi.

landstingen fortfarande den största och även dominerande aktören inom hälso- och sjukvården.

Variationer mellan landsting

Företagsstrukturen i olika landsting beror till stor del på i vilken utsträckning landstingen valt att konkurrensutsätta och köpa verksamhet från andra vårdgivare. Som framgår av tabell 3.1 finns det stora variationer mellan landstingen vad gäller omfattningen av privat bedriven vård.

**Tabell 3.1 Landstingens köp av verksamhet från privata företag.
Andel av nettokostnaden i procent. År 2008**

Huvudman	Primärvård	Hälso- och sjukvård totalt (inkl. primärvård) ¹
Stockholm	43,1	21,0
Västmanland	39,4	10,2
Halland	32,9	10,2
Skåne	27,1	9,3
Värmland	18,3	7,4
Västerbotten	17,9	3,9
Västra Götaland	17,7	6,7
Västernorrland	17,1	5,0
Örebro	16,2	5,0
Gävleborg	16,0	6,4
Kronoberg	15,8	4,5
Östergötland	14,8	5,5
Sörmland	14,1	4,6
Uppsala	12,8	6,1
Kalmar	11,1	3,2
Jämtland	9,7	3,4
Blekinge	9,1	1,9
Norrbottn	8,9	3,0
Jönköping	7,2	3,1
Dalarna	4,6	2,3
Summa	23,8	9,5

1 Exkl. tandvård och politisk verksamhet

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2009a)

4 Vägar för mångfald och konkurrens inom vården

För att det ska vara ekonomiskt möjligt för vårdgivare att etablera sig inom hälso- och sjukvården krävs normalt att dessa har möjlighet att få ersättning från landstingen för att bedriva vården. Detta kräver att vårdgivaren antingen har ett samverkansavtal med landstinget och får ersättning enligt nationella taxan eller har ett vårdavtal med landstinget som tilldelats enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) eller lagen om valfrihetssystem (LOV).

I detta kapitel beskrivs de olika möjligheterna samt de lagar som reglerar landstingens möjligheter att konkurranspröva eller köpa hälso- och sjukvårdsverksamhet från andra vårdgivare än den egna regionen.

I kapitlet beskrivs även några viktiga regelförändringar som genomförts under 2000-talet och som påverkar möjligheterna att konkurransutsätta den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. En av de viktigare förändringarna är bestämmelsen om obligatoriskt vårdval inom primärvården. Denna förändring kan komma att ge betydande bidrag till utvecklingen av konkurrens och mångfald inom hälso- och sjukvården.

4.1 Vårdgivare med ersättning enligt nationella taxan

Vårdgivare med ersättning enligt den nationella taxan bedriver verksamhet i enlighet med lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) eller lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS). Ersättningsnivån, som framgår av förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik, har beslutats av regeringen i samråd med Sveriges

Kommuner och landsting och Sveriges Läkarförbund respektive Legitimerade Sjukgymnasters Riskförbund (Ds 2007:22).

För att en vårdgivare ska få ersättning enligt nationella taxan krävs att de antingen har ingått ett s.k. samverkansavtal med ett landsting eller har rätt till detta enligt övergångsbestämmelserna till LOL och LOS⁴. Landstingen ska betala för den vård som läkare och sjukgymnaster bedriver inom ramen för detta system. Ersättningen för den vård som bedrivs betalas av landstingen. Däremot är landstingets inflytande och möjlighet att styra över dessa verksamheter ofta begränsad. Detta är en viktig skillnad mellan samverkansavtal och vårdavtal. Som framgår av beskrivningen i avsnitt 4.2 ger vårdavtal landstingen större möjlighet att styra och kontrollera den vård som bedrivs i privat regi.

År 2008 fanns det totalt 1 078 läkare och 1 419 sjukgymnaster som fick ersättning enligt den nationella taxan (Sveriges Kommuner och Landsting, 2009b). Därutöver finns ett antal vårdgivare som får ersättning enligt ett vårdavtal med landstingen, men som efter utgången av vårdavtalet har rätt att återgå till systemet med ersättning enligt taxelagarna. År 2002 hade 580 läkare och 530 sjukgymnaster denna möjlighet. Flertalet av dessa vårdgivare var verksamma i Stockholms läns landsting (Ds 2007:22; SOU 2003:7).

Vid tilldelningen av ett samverkansavtal krävs sedan april 2009 att landstinget tillämpar antingen lagen om offentlig upphandling eller lagen om valfrihetssystem. Detta följer av att Kommissionen år 2007 riktade kritik mot att det svenska taxeläkarsystemet stred mot EG:s upphandlingsdirektiv (2004/18/EG).

⁴ Enligt övergångsbestämmelser gäller att vissa läkare och sjukgymnaster kan få ersättning enligt LOL och LOS utan att ha ingått ett samverkansavtal med landstinget. Det kan exempelvis röra sig om läkare och sjukgymnaster som varit anslutna till den dåvarande motsvarigheten till Försäkringskassan (1975-1993) eller vårdgivare som etablerade sig under 1994 då det rädde fri etableringsrätt inom hälso- och sjukvården. Även husläkare som etablerade sig med stöd av lagen (1993:58) om husläkare kan ha rätt till ersättning enligt den nationella taxan utan att det föreligger ett samverkansavtal med landstinget. (DS 2007:22)

Det är numera ovanligt att landsting ingår samverkansavtal med vårdgivare inom hälso- och sjukvården. I stället föredrar landstingen att sluta vårdavtal med vårdgivare, eftersom det ger större inflytande över vårdens innehåll. Detta har medfört att antalet läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan minskat successivt sedan 1995.

För att motverka denna trend har regeringen de senaste åren infört vissa förändringar i LOL och LOS. Bland annat avskaffades år 2007 åldersgränsen för läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt dessa lagar och sedan april 2009 är det möjligt för läkare och sjukgymnaster att överlåta samverkansavtalet och rätten till ersättning till någon annan vårdgivare, s.k. ersättningsetablering.

Som framgår av den kartläggning som Konkurrensverket låtit konsultföretaget WSP genomföra avseende den senare lagändringen, hade totalt 242 anmälningar om ersättningsetablering inkommit till samtliga landsting den 30 september 2009. De tre största landstingen Stockholm, Västra Götaland och Skåne stod för 70 procent av dessa anmälningar. Totalt har 13 av 21 landsting fått in fem eller färre anmälningar och två landstingen har inte fått in några anmälningar (Konkurrensverkets dnr 519/2009 aktbilaga 3). Erfarenheterna kring dessa ersättningsetableringar kommer att utredas närmare och beskrivas i Konkurrensverkets kommande redovisningar av föreliggande regeringsuppdrag.

Därutöver kan nämnas att det i slutbetänkandet *Regler för etablering av vårdgivare - Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård* (SOU 2009:84) föreslås ett nytt system för etablering av vårdgivare som vill verka med offentlig finansiering inom den öppna specialiserade vården. Det föreslagna systemet bygger på en ny lag om vårdgivaretablering (LOVE) som ska ersätta de nu gällande taxelagarna, dvs. LOL och LOS.

4.2 Vårdgivare med vårdavtal

Det vanligaste när landsting vill konkurrenspröva sin verksamhet eller köpa tjänster från privata vårdgivare är att landstinget och vårdgivaren inom ramen för ett vårdavtal kommer överens om verksamhetens inriktning, åtaganden, ersättningar, former för rapportering m.m. Villkoren i vårdavtalet styrs inte av annan reglering än att landstinget ska tillse att vårdgivaren utför sådan vård som landstingen är skyldiga att tillhandahålla invånarna.

Vid tilldelningen av ett vårdavtal ska antingen LOU eller LOV tillämpas. Dessa lagar utgör två alternativa förfaranden som kan användas för att skapa konkurrens inom berörda områden. Det kommunala självstyret har inneburit att det i praktiken har utvecklats flera olika former för sådan konkurrensutsättning.

I det följande ges en kortfattad beskrivning av hur tillämpningen av LOU och LOV påverkar förutsättningarna för konkurrens mellan vårdgivare.

4.2.1 Konkurrens genom offentlig upphandling

Den mest använda metoden för att konkurrenspröva verksamhet inom hälso- och sjukvården har länge varit att verksamheterna upphandlats enligt LOU, s.k. entreprenadupphandling.

Vid en entreprenadupphandling utformar landstinget ett förfrågningsunderlag där den verksamhet som ska upphandlas beskrivs och där de krav som ställs på utförarna av berörda tjänster framgår. Vårdgivare bjuds därefter in att lämna anbud på den verksamhet som ska upphandlas. Verksamheten är som regel ett i förväg preciserat objekt och vårdgivaren är ofta garanterad en viss produktions-

volym. Den aktör som lämnar det ekonomiskt mest fördelaktiga⁵ anbudet eller erbjuder det lägsta priset vinner upphandlingen och får ingå vårdavtal med landstinget. Vårdavtalet ger vårdgivaren rätt att bedriva verksamhet av viss kvantitet enligt de villkor och ersättningsnivåer som framgår av avtalet. Konkurrensen mellan företagen uppstår vid upphandlingstillfället då företagen konkurrerar *om* marknaden.

En vanligt förekommande kritik mot entreprenadupphandlingar inom vården är att kontinuiteten riskerar att försämrans genom att en ny upphandling måste ske efter avtalstidens slut och att det därmed kan bli en ny aktör med ny personal som tar över verksamheten. Vidare har framförts att det kan vara svårt att beskriva och definiera de tjänster som ska upphandlas, eftersom enskilda individers behov och önskemål i många fall varierar. Detta försvårar för landstingen att i förfrågningsunderlaget formulera relevanta och uppföljningsbara krav på utförarna (Konkurrensverket, 2007).

Ett annat uppmärksammat problem med offentliga upphandlingar är att små företag ofta har svårt att delta i konkurrensen. Det beror bl.a. på att regelverken är komplexa och ställer höga administrativa krav på anbudsgivarna, vilket utgör ett särskilt stort problem för små företag som ofta saknar nödvändig kompetens och utarbetade rutiner för anbudsgivning. Ett annat problem är att kraven som ställs vid en upphandling många gånger är så omfattande att små företag saknar kapacitet att driva hela verksamheten på egen hand (Nutek, 2005; Konkurrensverket, 2002).

⁵ Vid utvärdering enligt "det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet" fastställs ett antal kriterier som anbuden utvärderas utifrån. Ofta rör det sig om såväl pris som ett antal kvalitetsaspekter som var och en givits olika vikt vid utvärderingen av anbuden. Ett sådant förfarande innebär att det inte nödvändigtvis blir den leverantör som lämnat det lägsta anbudet som vinner upphandlingen.

4.2.2 Konkurrens genom valfrihetssystem

I ett valfrihetssystem enligt LOV ges samtliga utförare som uppfyller de krav som ställs i förfrågningsunderlaget möjlighet att bedriva verksamhet med ersättning från landstinget. Samtliga förfrågningsunderlag samlas och publiceras i Kammarkollegiets databas. Ett företag kan när som helst ansöka om godkännande i ett valfrihetssystem och till skillnad från en upphandling enligt LOU finns ingen gräns för hur många aktörer som landstinget kan sluta vårdavtal med. För invånarna innebär detta att en rätt att välja vårdgivare inom valfrihetssystemet.

Vårdgivarna är inte garanterade någon produktionsvolym eller ersättning från landstinget. Ersättningen fastställs av landstinget och fördelas utifrån invånarnas val. Om en vårdgivare inte får några patienter utbetalas således inte någon ersättning.

Eftersom utförarna i ett valfrihetssystem inte garanteras några inkomster skapas incitament för vårdgivarna att hörsamma konsumenternas signaler och anpassa tjänsterna efter de önskemål och behov som finns. I ett valfrihetssystem skapas därmed konkurrens *på* marknaden snarare än *om* marknaden (se vidare kapitel 5).

4.3 Vägen till vårdval

Valfrihetssystem är ingen ny företeelse. Som framgår av bild 4.1 var Nacka först ut med att införa kundval genom att år 1985 införa s.k. fotvårdscheckar och sedermera (år 1992) även hemtjänstcheckar inom äldreomsorgen. Under 1990-talet började olika vägar för att konkurrenspröva den kommunala och landstingskommunala verksamheten att växa fram. Utvecklingen drevs främst av lokala initiativ snarare än lagstiftningsförändringar.

År 2007 införde Halland som första landsting ett valfrihetssystem i primärvården. Systemet gick under benämningen Vårdval Halland. Samma år fick Konkurrensverket i uppdrag från regeringen att identifiera och behandla regelverk av betydelse för företagande inom den offentligt finansierade vården och omsorgen.

Ett av de hinder som Konkurrensverket identifierade i samband med detta uppdrag var att LOU av många ansågs vara ett olämpligt sätt att konkurrenspröva vård- och omsorgsverksamhet. Det fanns även en viss oklarhet kring om valfrihetssystem var förenliga med upphandlingslagstiftningen. Detta bedömdes utgöra ett hinder för konkurrens inom vård och omsorgssektorn, eftersom osäkerheten bidrog till att begränsa tillämpningen av valfrihetslösningar.

Bild 4.1 Vägen till vårdval

2006	2007	2008	2009	Januari 2010	Efter sommaren 2010
År 2006 hade 25 kommuner infört och ytterligare 24 kommuner hade planer på att införa kundval i hemtjänsten. (Socialstyrelsen, 2007)	Halland införde vårdvalssystem inom primärvården Konkurrensverket föreslår en nationell lag för valfrihetsmodeller inom primärvård samt hemtjänst inom äldreomsorgen	Vårdval införs i landstingen Västmanland och Stockholm	Lagen om valfrihetssystem införs Riksdagen beslutar att landstingen senast den 1 januari 2010 ska ha infört ett vårdvalssystem inom primärvården.	Samtliga landsting har annonserat vårdvalssystemet i Kammarkollegiets databas	Vårdvalssystemen beräknas vara igång i samtliga landsting

Det främsta hindret mot företagande inom vården och omsorgen som Konkurrensverket identifierade, var dock att kommuner och landsting bedrev verksamheten i egen regi utan att konkurrenspröva denna. Konkurrensverket föreslog därför att det skulle införas ett krav på att kommuner och landsting skulle införa valfrihetssystem i

primärvård samt inom den del av äldreomsorgen som brukar kallas hemtjänst. Förslaget innebar att utförarna skulle godkännas av en statlig tillsynsmyndighet enligt nationellt utformade krav och att fri etablering skulle gälla för de som uppfyllde dessa krav (Konkurrensverket, 2007).

För att tydliggöra rättsläget, men även för att underlätta för kommuner och landsting att öka valfriheten och konkurrenspröva sina verksamheter genom ett valfrihetssystem, infördes i januari 2009 lagen om valfrihetssystem (LOV). Förutom att bringa klargörande i juridiska tveksamheter som fanns var lagen en del av statsmakternas strävanden att sätta brukaren i fokus, flytta över makten från politiker och tjänstemän till medborgare, öka brukarnas valfrihet och inflytande samt att stimulera fler utförare och större mångfald inom vård och omsorg (Prop. 2008/09:29).

Under pågående utredningsarbete som ledde fram till LOV tillsattes en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. För att stärka invånarnas rätt till valfrihet ingick i uppdraget att föreslå hur fri etablering kan införas i primärvården (Dir. 2007:90). I april 2008 lämnade utredaren förslag i denna del som innebar att landstingen blir skyldiga att införa ett vårdvalssystem i primärvården där vårdgivarna ges rätt att etablera sig. Vid utformandet av vårdvalet föreslogs att (den då ännu inte antagna) lagen om valfrihetssystem skulle tillämpas (SOU 2008:37).

Utredningen ledde fram till proposition *Vårdval i primärvården* (Prop. 2008/09:74) som sedermera antogs av riksdagen. Detta innebär att samtliga landsting senast den 1 januari 2010 ska ha infört ett vårdvalssystem i primärvården i enlighet med LOV. Denna bestämmelse framgår av 5 § hälso- och sjukvårdslagen och har av bl.a. Sveriges Kommuner och Landsting tolkats som att landstingen senast vid denna tidpunkt ska ha publicerat sitt förfrågningsunderlag i Kammarkollegiets databas. Tolkningen har på olika sätt förmedlats

till landstingen och innebär i praktiken att det i vissa landsting kommer att dröja en bit in på våren eller sommaren 2010 innan nya vårdgivare kan etablera sig inom dessa vårdvalssystem⁶.

⁶ Enligt uppgifter från Dagens Medicin (23 september 2009, *Tema Privatvård*) kommer vårdvalssystemen i Blekinge, Dalarna, Jämtland, Norrbotten, Värmland, Västerbotten, Västernorrland och Örebro i praktiken att vara igång tidigast våren 2010. I Jönköping, Gotland och Kalmar kan det dröja till sommaren 2010 innan vårdgivarna kan etablera sig inom vårdvalssystemet.

5 Förutsättningar för fungerande valfrihetssystem

För en väl fungerande konkurrens krävs bl.a. att det inte finns några betydande hinder för nya företag att träda in på marknaden eller att antalet företag redan är tillräckligt stort. Det finns inga entydiga svar på vad som är ett tillräckligt många företag, utan detta kan variera i det enskilda fallet (Nilsson m.fl., 2005). I teorin gäller att det under vissa förutsättningar kan räcka med hotet från potentiella konkurrenter för att en marknad ska fungerande väl. Detta förutsätter att det inte finns några hinder för inträde eller utträde på marknaden och att såväl konsumenter som producenter har fullständig information om bl.a. priser och produkters egenskaper. En marknad med dessa egenskaper betecknas enligt ekonomisk teori som perfekt konkurrens.⁷ Dessa villkor är i praktiken som regel inte uppfyllda. Den perfekta konkurrensmarknaden bör därför främst ses som en jämförelsenorm som är intressant att studera, eftersom en sådan marknad är effektiv i alla avseenden.

Som framgår av avsnitt 2.2 är hälso- och sjukvården i flera avseenden olik många andra marknader. De vårdvalssystem som nu införs innebär däremot att primärvården får allt fler egenskaper som kan liknas vid en vanlig marknad. I rapporten *Choice in the delivery of local government services*, som utarbetats av Frontier Economics (2006), framförs tre förutsättningar som bör vara uppfyllda för att ett valfrihetssystem ska kunna bidra till en väl fungerande konkurrens:

⁷ För att det ska råda perfekt konkurrens krävs, utöver redan nämnda egenskaper, att produkterna är homogena (alla företag säljer identiska produkter), att varken producenter eller konsumenter individuellt kan påverka priset, att det inte förekommer några transaktionskostnader eller kostnader för externa effekter. Vissa ekonomer menar att det även krävs ett stort antal säljare för att det ska råda perfekt konkurrens, medan andra hävdar att det räcker med att det finns potentiella säljare för att ett företag inte ensamt ska kunna påverka priset utan att förlora alla kunder (Carlton & Perloff, 2000).

- att företagens fasta kostnaderna är låga,
- att det finns tillräckligt många utförare som konkurrerar om konsumenterna och
- att konsumenterna är välinformerade och har möjlighet och förmåga att välja utförare utifrån denna information.

Som synes kopplar detta till några av de förutsättningar som ska gälla för perfekt konkurrens, där de två förstnämnda förutsättningarna till stor del handlar om förekommande hinder för inträde på marknaden.

En annan viktig förutsättning för att konkurrensen ska fungera väl är att marknads aktörer agerar under konkurrensneutrala förhållanden och att inte någon aktör ges otillbörliga fördelar. Denna förutsättning gäller generellt och har uppmärksammats av Konkurrensverket särskilt på marknader där offentliga och privata aktörer konkurrerar med varandra.

I detta kapitel beskrivs ovan nämnda förutsättningarna för konkurrens och väl fungerande valfrihetssystem närmare.

5.1 Möjlighet för inträde på marknaden

Möjligheten för företag att träda in på marknader är av grundläggande betydelse för konkurrensen. Om nya företag relativt enkelt kan etablera sig, eller om konkurrenter kan expandera produktionen, har ett dominerande företag inte samma förutsättningar att utnyttja sin marknadsmakt, särskilt inte på lång sikt. Förutsättningarna för etablering är således av stor betydelse för graden av konkurrens.

I realiteten finns det inga marknader som är helt utan inträdeshinder, även om dessa kan vara mer eller mindre betydande. Beroende

på förhållandena i det enskilda fallet kommer det att ta olika lång tid och kräva olika mycket investeringar innan ett nytt företag får fotfäste och på allvar kan utmana redan etablerade företag. Detta påverkar i sin tur incitamenten för inträde. Uppdragets omfattning, befolkningsunderlaget och ersättningsnivån är kanske några av de viktigaste faktorerna för att tillräckligt många vårdgivare ska etablera sig i ett valfrihetssystem

5.1.1 Uppdragets omfattning

Att etablera en vårdcentral kan innebära avsevärda investeringar för att skaffa lokaler, anställa personal, teknisk utrustning, marknadsföring m.m. Hur stora investeringar som krävs är beroende av vilka krav som ställs på verksamhetens omfattning. Som huvudregel måste alla investeringar vara på plats när verksamheten startar. Samtidigt kan inkomsterna vara osäkra, både på grund av risken för justeringar i ersättningssystemet från finansärens och på grund av variationer i efterfrågan från brukarna (Econ Analysis, 2004).

Ett flertal empiriska studier har visat att höga investeringskostnader har betydande inverkan på intresset för att träda in på en marknad, särskilt om kostnaderna är irreversibla (s.k. sunk costs) och inte ger något ekonomiskt utbyte om företaget tvingas lämna marknaden (OECD, 2006). Exempel på sådana kostnader är lokaler som är specialanpassade för en särskild verksamhet och därför inte med lätthet kan användas till något annat ändamål.

Möjligheten för vårdgivare att etablera sig inom ett vårdvalssystem är i stor utsträckning beroende av hur landstingen väljer att utforma dessa system. Genom de krav som ställs på vårdgivarna och omfattningen av vårdgivarnas åtagande kan kostnaderna för verksamheten påverkas. Högt ställda krav och ett brett åtagande kan exempelvis bidra till att etableringskostnaderna blir så höga att särskilt små

aktörer får svårt att etablera sig. Det kan exempelvis handla om krav på teknisk kapacitet, bemanning och kompetens.

I några landsting förekommer kritik mot att de krav som formuleras på vad verksamheten ska innehålla, t.ex. i termer av antal läkare, öppettider och tillgång till medicintekniska tjänster, är allt för omfattande. Enligt kritikerna innebär kraven att bara landstingens egen regi kommer att uppfylla kraven och att det därmed inte kommer att kunna ske någon etablering av nya aktörer.

I sammanhanget kan nämnas att ett landstings beslut om basuppdragets omfattning i ett vårdvalssystem har överklagats till länsrätten. Som skäl för klagomålet anförs bl.a. att kravet på basuppdraget strider mot proportionalitetsprincipen enligt LOV och att begärda åtagande i praktiken innebär att det sannolikt bara är de största privata vårdgivarna i landet som har möjlighet att åta sig uppdraget (Länsrätten i Norrbottens läns dom i mål 1420-09).

Som framgår av den undersökning som Konkurrensverket uppdragit åt konsultföretaget Markör (2009) att genomföra avseende företagens farhågor och förväntningar inför det obligatoriska vårdvalet, bedöms bl.a. kravet på bemanning och kompetens samt öppettider och servicenivå ha stor betydelse när det gäller förutsättningarna för att bedriva primärvårdsverksamhet inom ett vårdvalssystem (se vidare kapitel 9).

Att vårdgivarnas ansvar för patienter under jourtid är en viktig aspekt ur etableringssynpunkt, uppmärksammas även av Anell i rapporten *Vårdval i primärvården – Modeller och utvecklingsbehov* (2008). Sådana krav innebär bl.a. att fler läkare måste anställas eller att vårdenheterna måste samverka med gemensamma jourmottagningar.

Ju lägre krav som ställs desto lägre blir etableringskostnaderna och riskerna för vårdgivare som önskar delta i ett vårdvalssystem. Lågt

ställda krav kan alltså ses som ett sätt för landstingen att underlätta etablering, främja mångfald och öka konkurrensen mellan vård- enheterna. Det gäller dock att hitta en balans där de krav som ställs i avtalet mellan vårdgivare och landsting är tillräckligt höga för att kraven på god vård som ställs enligt hälso- och sjukvårdslagen ska tillgodoses (Anell, 2008). Det kan exempelvis vara naturligt att kraven är mer omfattande i gleset befolkade områden med långa avstånd till sjukhus, eftersom vårdcentralerna under sådana förhållanden måste kunna ta ett större ansvar för sjukvården än i t.ex. storstäder, där det finns ett omfattande utbud av vård på olika nivåer.

IT-system

Konkurrensverket har mött flera synpunkter på att det ställs krav på att vårdgivarna ska ansluta sig till eller använda sig av särskilda IT-system som innebär kostnader för nya vårdgivare inom vårdvals- systemet. Samtidigt kan gemensamma IT-system som t.ex. journal- system och rapporteringssystem vara nödvändiga för att vårdvals- systemen ska fungera i praktiken och för att invånare ska få en adekvat vård oavsett vilken vårdgivare de vänder sig till. Här finns därför ett dilemma eftersom det handlar om att få till stånd en gemensam infrastruktur där journaler och annan information kan utbytas på ett effektivt sätt mellan olika vårdgivare. Samtidigt bör inte nya aktörer påföras en extra kostnad som avskräcker från inträde på marknaden eller orsakar en konkurrenssnedvridning, och som kan hämma tillkomsten av nya IT-lösningar anpassade efter patienternas behov.

Att det rör sig om en målkonflikt visar framförda synpunkter som motiveras utifrån helt olika utgångspunkter. Ett klagomål som in- kommit till Konkurrensverket rör att leverantörer enligt villkoren måste betala en hög avgift för att ansluta sig till landstingens system. Andra vill inte använda landstingens anvisade system utan vill an- vända andra lösningar. Här finns även klagomål från system-

leverantörer som vill kunna sälja sina system till vårdgivare och anser sig bli utkonkurrerade när landstinget kräver ett visst system.

Exempel från Halland, Stockholm och Västmanland

På en övergripande nivå ses många likheter mellan landstingen Halland, Stockholm och Västmanland. Något som förenar landstingen är viljan att erbjuda befolkningen valfrihet genom att skapa större mångfald bland vårdgivarna. Det finns även en strävan att ge befolkningen en ökad tillgänglighet till vård utan att förlora kostnadskontrollen. Medlen för att uppnå dessa mål varierar dock.

Särskilt vad gäller åtagandets omfattning kan konstateras att det finns variationer mellan de tre landstingen. Det bredaste primärvårdsåtagandet återfinns i Västmanland, men även Halland har ett brett åtagande för vårdvalet. Ett motiv till detta har varit att landstingen prioriterat en sammanhållen vård som bidrar till kontinuitet och en helhetslösning för patienten. I Stockholm har den främsta målsättningen varit att öka tillgängligheten för patienterna. Primärvården har därför i stället delats upp i flera olika vårdvalssystem.

I såväl Stockholm som Halland är erfarenheten att de flesta nya vårdgivare som etableras vid starten endast består av 1-2 läkare som innehar olika samarbetsavtal med andra aktörer för att kunna fullfölja uppdraget. Ett misstänkt inträdeshinder i Stockholm är dock att nya företag inte tillåts delta i den samverkan som redan etablerade husläkarmottagningar byggt upp.

5.1.2 Befolkningsunderlag

Hur företag väljer att etablera sig på en marknad beror på vilken typ av vara eller tjänst som avses. Tjänster med lågt värde som konsumeras relativt ofta tillhandahålls vanligen vid många olika faciliteter som är utspridda över hela marknadsområdet, vilket bl.a. beror på att konsumenternas transportkostnader utgör en betydande del av

värdet på tjänsten. Om det däremot rör sig om sällanköpsvaror tenderar producenterna att etablera sig i ett kluster i centralorten (Jansson, 2006b; Carlton & Perloff, 2000).

Beslutet om var de offentligt finansierade tjänsterna ska lokaliseras grundas inte bara på ekonomiska bedömningar, utan även på politiska önskemål om att tillhandahålla god service i hela landet (landstinget eller kommunen). Med hänsyn till att transportkostnaderna ökar med avståndet mellan producent och konsument, är det rimligt att anta att vårdgivare inom primärvården framförallt är lokalt verksamma och att invånarna generellt sett väljer en vårdenhet med bekvämt avstånd från t.ex. hemmet eller arbetet.

Inom mindre tätbefolkade områden kan det därför vara svårt att uppnå ett tillräckligt stort befolkningsunderlag för att en verksamhet ska kunna bedrivas med effektivt nyttjande av nödvändig kapacitet. Detta kan illustreras med resultatet från en undersökning av hur den genomsnittliga kostnaden för vårdcentraler i övre Norrland varierade beroende på antalet patientbesök. Av denna undersökning framgår att en vårdcentral med ca 10 000 patientbesök per år hade 2,6 gånger högre genomsnittskostnad än en vårdcentral med omkring 50 000 patientbesök per år (se Wall, 2001 i Jansson, 2006a).

Detta talar för att konkurrensen inom ett vårdvalssystem, allt annat lika, kommer att vara större i storstadsområden än inom mindre tätbefolkade områden. När vårdvalssystemen utformas bör därför särskild hänsyn tas till förekommande glesbygdsproblematik. Det finns annars risk för att det uppstår s.k. vita fläckar på kartan där det finns behov men inga vårdgivare finns etablerade. Under sådana omständigheter finns dock enligt förarbetena till LOV möjlighet för landstingen att upphandla en vårdentreprenad i enlighet LOU.

Erfarenheter från Halland, Stockholm och Västmanland

I såväl Halland, Stockholm som Västmanland förekommer områden där den bara finns en vårdgivare etablerad. Givet att den etablerade

verksamheten fungerar väl upplevs detta inte som något större problem inom landstingen. Vårdgivare tycks enligt landstingens erfarenhet dessutom intressera sig särskilt för områden där patienterna förefaller vara mindre nöjda med vården.

Erfarenheten är att vårdgivare visar sig intresserade av att etablera sig i nya bostadsområden där det växer fram behov av primärvårdsverksamhet. Det är vanligt att en dialog förs mellan intresserade leverantörer och landstinget om var det finns behov av att etablera nya vårdenheter.

Några "vita fläckar" har enligt landstingen inte uppstått sedan införandet av vårdvalssystemen. I Västmanland finns möjlighet för vårdgivare att få hyresbidrag för satellitenheter till en familjeläkarmottagning som kan bedrivas inom områden med begränsat patientunderlag. Med satellit menas en mindre enhet som t.ex. endast bedriver distriktssköterskeverksamhet eller annan vårdverksamhet i begränsad omfattning eller vissa dagar i veckan.

5.1.3 Ersättningssystem

Av rapporten *Strukturer, resurser, drivkrafter* (Anell, 2004) framgår att de ersättningsprinciper som gäller för betalning inom primärvården potentiellt sett har en stor betydelse för verksamhetens inriktning och omfattning. I de vårdvalssystem som nu införs kan ersättningssystemen på en övergripande nivå klassificeras som mer eller mindre rörliga eller fasta (Anell, 2009).

Av de intervjuer som Konkurrensverket genomfört med företrädare för Hallands, Stockholms och Västmanlands läns landsting framgår att det valda ersättningssystemet till stor del var ett resultat av tradition och de mål som politiken ville uppnå med vårdvalssystemet. I Halland och Västmanland, där fokus legat på att skapa en sammanhållen vård med helhetslösningar för patienterna, tillämpas ett

ersättningssystem som bygger på en stor del fast ersättning per invånare som är listad på respektive vårdenhet, s.k. kapitering. I dessa landsting utgör den fasta ersättningen över 80 procent av den totala ersättningen till vårdgivarna. Resterande del utgörs av främst patientavgifter (Anell, 2008).

I Stockholm tillämpas däremot ett system med en stor del rörlig ersättning. Endast omkring 40 procent av ersättningen baseras på kapitering och resterande del utgör s.k. prestationsersättning, där ersättning utgår per besök och beroende på vilken yrkeskategori som besöket avser (Anell, 2008). I ett system med en stor del rörlig ersättning kan vårdgivarna börja få ersättning från första dagen i vårdvalssystemet. Genom att minska de trösklar som en stor del fast ersättning riskerar att skapa, underlättas etablering av nya vårdgivare. Det valda ersättningssystemet har således varit en del i Stockholm läns landstings strävan efter mångfald och ökad tillgänglighet inom vården.

Kapitations- eller prestationsersättning

En fördel med vårdvalssystem där ersättningen till stor del grundas på kapitering är att modellen skapar kostnadskontroll för landstingen och att modellen bidra till att skapa incitament för hälsofrämjande och sjukförebyggande vård. En farhåga är dock att det ska bidra till sämre tillgänglighet för patienterna, eftersom varje besök innebär en kostnad för vårdgivarna. Såväl Halland som Västmanland har därför valt att ge den vårdgivare där patienten är listad kostnadsansvaret för besök som patienten gör hos andra vårdgivare.

Om systemet i stället baseras på en stor del rörlig ersättning främjas tillgängligheten. Däremot ökar risken för överproduktion och att landstinget tappar kostnadskontroll över verksamheten. Särskilt inom områden där åtkomsten till en tjänst tidigare på olika sätt har varit begränsad, exempelvis genom ransonering eller kösystem, kan införandet av ett valfrihetssystem leda till ökad konsumtion. Det kan

således leda till högre kostnader, men inte nödvändigtvis sämre produktivitet (Econ Analysis, 2004). En annan risk är att systemet stimulerar till fler korta besök i stället för färre och längre besök som kanske på ett bättre sätt skulle tillgodose patientens behov.

Som framgått tidigare var ett syfte med vårdvals-systemet i Stockholm att underlätta för patienterna att komma till primärvården, vilket var ett av motiven till varför landstinget valt ett system med en hög del rörlig ersättning. Med hänsyn till risken för överkonsumtion har landstinget valt att definiera ett ersättningstak baserat på antalet besök hos olika yrkeskategorier. Om vårdgivaren överstiger detta tak reduceras ersättningen per besök i två steg och i slutänden kommer endast patientavgiften för besök vid en vård-enhet att betalas ut (se vidare avsnitt 6.1).

Styrning genom ersättnings-systemet

En viktig faktor som påverkar huruvida det kommer att uppstå en mångfald av vårdgivare när vårdvalssystemen införs, är hur ersättningsnivåerna ser ut i förhållande till de krav som ställs och förutsättningarna på den enskilda orten. Givet att ersättningsnivån skapar utrymme för en god lönsamhet kommer fler nya aktörer vilja etablera sig inom ett landsting än om ersättningsnivån är snålt tilltagen (Anell, 2008).

I exempelvis Stockholm används ersättningsnivån som en uttrycklig marknadsregulator. Om många nya aktörer etableras inom ett område ses detta som en indikation om att ersättningsnivån är högt satt och att det finns utrymme att sänka ersättningen. Om det däremot går dåligt för vårdgivarna och företag tvingas lämna vårdvalssystemet ses det som ett tecken på att ersättningen bör höjas. Dock poängteras att det finns ett ömsesidigt beroende mellan vårdgivarna och landstinget, vilket utgör en sorts garanti för att inga orimliga beslut fattas när det gäller förändringar i ersättningsnivån eller andra spelregler i vårdvalssystemet.

Eftersom ersättningsystemet kan få betydande konsekvenser för vilka resultat som uppnås med ett vårdvalssystem, utgör det ett viktigt styrmedel i vårdvalet. Genom differentierade ersättningsystem, där särskild ersättning utgår till vårdgivare inom vissa områden, t.ex. mindre tätbefolkade områden eller socioekonomiskt belastade områden, kan vården exempelvis styras i en riktning där det annars inte hade varit attraktivt för vårdgivarna att etablera sig. Differentierade ersättningsnivåer kan även tillämpas för att skapa en mer rättvis fördelning av resurserna och för att främja vård till särskilda patientgrupper.

Vikten av att kunna differentiera ersättningsnivån är något som bl.a. tas upp i rapporten *Kundvalssystemets effekter på kostnader i Nacka kommun* (Econ Analysis, 2004). Om det finns stora variationer i de kostnader som är förknippade med en tjänst och detta inte avspeglas i ersättningen kan vissa vårdgivare överkompenseras samtidigt som det blir oattraktivt för vårdgivare att etablera sig inom mer vårdtunga områden.

I Halland, Stockholm och Västmanland har den fasta delen av ersättningen differentierats utifrån olika åldersintervall där små barn och gamla genererar de högsta kapitationsersättningarna, eftersom ålder antas vara en indikator på vårdtyngd. För den rörliga delen gäller att särskild ersättning även utgår för vårdbesök med patienter som behöver tolk. Som redan framförts förekommer i Västmanland även att landstinget ger ut hyresbidrag inom glest befolkade områden.

I landstingen tillämpas även bonus eller avtalsviten för att styra vårdgivarna mot de uppsatta målen i landstingen. I Halland görs exempelvis avdrag från kapitationsersättningen om en vårdgivare inte uppfyller målet på täckningsgrad, som innebär att minst 80 procent av alla besök i öppenvården ska ske inom närsjukvården.

Att delge vårdgivarna särskilt kostnadsansvar inom vissa områden kan vara ett annat sätt för landstingen att styra vården i önskad rikt-

ning. Det kan även handla om ett sätt för landstingen att skapa kostnads kontroll och att vård inte överproduceras eller vältras över på andra vårdenheter eller vårdnivåer (Anell, 2009).

5.1.4 Tillträde till kunder

När marknader öppnas för konkurrens krävs tillträde till kunder för att nya företag ska kunna etablera sig på marknaden. Redan etablerade företag, i synnerhet tidigare monopolister, har ofta en stor kundstock, både absolut sett och relativt nya företag. För nya företag kan det krävas betydande marknadsföringsinsatser för att värva kunder. Etablerade företag behöver däremot inte på motsvarande sätt informera om sina produkter. Sådana omständigheter riskerar att begränsa intresset för nya aktörer att träda in på marknaden (Konkurrensverket, 2009).

Om kundrörligheten på en marknad är låg kan företagen inte locka till sig tillräckligt många kunder genom att sänka priserna eller erbjuda tjänster av hög kvalitet. Ingen marknad kan därför fungera väl utan aktiva kunder. Det är därför viktigt att det inte är för svårt att byta leverantör av en vara eller tjänst. Ifall konsumenten förbinder sig att nyttja en produkt under en lång tidsperiod, t.ex. utifrån rabatterbjudanden eller olika typer av bonusprogram, uppkommer s.k. inläsningseffekter. Höga omställningskostnader vid bytet av leverantör kan också motverka inträde av nya aktörer, eftersom det försvårar för nya företag att locka kunder från redan etablerade aktörer.

Som framgår av Konsumentverkets rapport *Kundrörlighet – exempel på hinder för konsumenter inom några viktiga marknader* (2009) tycks det krävas ett relativt stort missnöje för att konsumenter på tandvårdsmarknaden ska byta tandläkare. Konsumenternas kunskapsunderläge är enligt Konsumentverkets bedömning en av de främsta orsakerna till varför inläsningseffekter uppstår på denna marknad. För

konsumenter som upplever sig nöjda med sin nuvarande tandläkare, faller det sig naturligt att stanna kvar. Att tjänster i större utsträckning än varor kännetecknas av denna typ av informationsasymmetri, kan vara en förklaring till varför konsumenter generellt sett tycker att det är svårare att byta leverantör av tjänster än varor. Det är troligt att det inom primärvården råder samma typer av inlåsnings-effekter, eftersom primärvården har liknande egenskaper och karakteriseras av liknande informationsasymmetrier som inom tandvården.

Tillträdet till kunder begränsas av få aktiva val

Verksamheter där valfrihetssystem används är i hög utsträckning beroende av efterfrågan på berörda tjänster. Möjligheterna att nå nya brukare beror på ett flertal faktorer, bl.a. vilken målgruppen är, hur stort upptagningsområdet är, hur villiga brukarna är att byta tjänst-leverantör samt tjänstens karaktär. En skolas upptagningsområde lär exempelvis bli större ju äldre barn som tillhör målgruppen. Upptagningsområdet för ett särskilt boende kan tänkas vara relativt omfattande, samtidigt som benägenheten att byta boende är begränsad (Econ Analysis, 2004).

De teoretiska hindren för aktiva val som gäller särskilt för tjänster, inte minst inom vårdsektorn, gör sig även gällande i praktiken. Undersökningar inom äldreomsorgen visar att det är ett begränsat antal brukare som aktivt väljer utförare, att medvetenheten om valfrihetssystemet är låg och att informationen om tillgängliga utförare är bristfällig. Samtidigt framgår att det finns en utbredd önskan om att äldre ska kunna välja utförare och att medvetenheten om valfrihetssystemet tenderar att öka ju längre tid systemet varit i drift (Charpentier, 2004; Socialstyrelsen, 2004; Stockholms Stad, 2007).

Olika brukarundersökningar inom bl.a. hemtjänst visar även att brukarna är angelägna om att det finns en kontinuitet i kontakten med professionen, och att inte tilldelas ny personal särskilt ofta.

(Svensson & Edebalk, 2006) I kontakten med en läkare är det tänkbart att kontinuitet är särskilt viktigt, både för att läkaren ska ha god patientkännedom och för att patienten ska känna förtroende för relationen. Brukarnas preferenser för kontinuitet i läkarkontakten kan därför vara en förklaring till varför många väljer att inte byta vårdgivare inom primärvården.

Listning påverkar etableringsmöjligheten

Även erfarenheter från vårdvalssystem i primärvården visar att endast en begränsad del av befolkningen aktivt väljer utförare och att få utnyttjar möjligheten att byta vårdgivare. Som framgår av LOV är landstingen skyldiga att tillhandahålla ett icke-valsalternativ för de individer som inte själva kan eller vill välja en vårdgivare.

I många landsting baseras ersättningen i vårdvalssystemet på antalet listade patienter, s.k. kapitationsersättning. I dessa system listas vanligen samtliga invånare vid någon vårdmottagning i samband med att vårdvalssystemet införs. Invånare som inte aktivt väljer utförare listas enligt icke-valsalternativet hos någon vårdgivare. Under vissa förutsättningar kan detta bidra till att en marknad med flera nya vårdgivare etableras redan vid införandet av vårdvalssystemet. Eftersom rörligheten bland invånarna tenderar att vara låg, kan det dock vara svårt för nya företag att etablera sig om de inte är med från dagen då invånarna listades inom vårdvalssystemet. Detta har bidragit till att frågan om den initiala listningen har fått stor uppmärksamhet i samband med vårdvalssystemets införande.

I Stockholm, där det inte förekommer någon passiv listning av invånarna, har frågan om listning inte varit föremål för diskussion i samma utsträckning som i andra vårdvalssystem som införts. Detta kan förklaras av att förutsättningarna för att etablera sig inte i lika stor utsträckning påverkas av när dessa väljer att träda in i systemet.

Ett system där invånare som inte aktivt listar sig hos någon vårdgivare kan vara olistade kan således bidra till att det blir lättare för företag att successivt träda in i vårdvalssystemet. Samtidigt kan det ta längre tid innan nya vårdgivare etableras, eftersom vårdgivarna inte får något initialt patientunderlag. Detta kan bekräftats med erfarenheter från valfrihetssystem inom hemtjänsten i Nacka, där det många gånger varit nödvändigt för vårdgivarna att under etableringstiden ha en annan anställning till dess att kundstocken blivit tillräckligt stor. (Konkurrensverket, 2007)

Ovanstående resonemang bygger på att listningen har utformats på ett konkurrensneutralt sätt och att alla vårdgivare i systemet har chans att få patienter listade enligt icke-valsalternativet. Resonemanget håller således inte för system där exempelvis egenregion eller en upphandlad vårdenhet har utsetts till icke-valsalternativ. Sådana förhållanden riskerar leda till att möjligheten till etablering är begränsad såväl före som efter införandet av vårdvalssystemet.

Befolkningsutvecklingen påverkar möjligheten att lista nya patienter

Oavsett om systemet bygger på en stor del fast eller rörlig ersättning, kan det antas vara svårt för nya vårdgivare att etablera sig inom ett vårdvalssystem där en stor del av befolkningen redan listats, eller aktivt listat sig, vid någon mottagning. Givet att endast en liten del av befolkningen väljer att byta vårdgivare, är det framförallt inflyttade (och nyfödda) i ett landsting som nya vårdgivare har att konkurrera om tillsammans med redan etablerade företag. Mot bakgrund av detta kan befolkningsutvecklingen i ett landsting antas påverka förutsättningarna för nya vårdgivare att träda in och etablera sig i ett vårdvalssystem. Ju lägre kundrörligheten är och ju färre som flyttar in till eller som föds i landstinget, desto längre tid kan det väntas ta för nya vårdgivare som etablerar sig att uppnå ett tillräckligt stort kundunderlag.

I såväl Halland, Stockholm som Västmanland görs bedömningen att det, utifrån gällande vårdåtagande och ersättningssystem, krävs ungefär 3 000 listade patienter vid en vårdmottagning för att bedriva verksamheten. I Halland uppgår antalet inflyttade och nyfödda till omkring 14 000 personer per år (beräknat som ett genomsnitt av åren 2006-2008). Motsvarande antal uppgår i Västmanland till 11 000 personer per år. Antalet utflyttade och döda uppgår till omkring 11 300 respektive 10 400 per år. Befolkningsmängdens nettopåverkan är följaktligen relativt liten i dessa landsting (SCB:s befolkningsstatistik).

Befolkningstillväxten i Stockholms län har de senaste åren uppgått till knappt 30 000 invånare per år, med omkring 62 000 inflyttade och 27 000 nyfödda (beräknat som ett genomsnitt av åren 2006-2008). Stockholm växer således årligen i storlek med en medelstor svensk stad. Det är rimligt att anta att dessa förutsättningar bidrar till att göra det lättare för nya vårdgivare att etablera sig inom vårdvalssystemet i Stockholm än i regioner med liten befolkningstillväxt. Det är även rimligt att anta att dessa skillnader kommer att påverka utvecklingen av antalet företag och förutsättningarna för mångfald inom vårdvalssystemet.

5.2 Välinformerade konsumenter

Ingen marknad kan fungera väl utan aktiva och välinformerade konsumenter. Det är genom konsumenternas aktiva val som incitament skapas för producenterna att effektivisera sin produktion och utveckla nya produkter för att tillfredsställa konsumenternas önskemål. Om konsumenterna väljer vara eller tjänst utan att reflektera över faktorer som pris eller kvalitet kommer effektivisering och produktutveckling att försämrats.

En förutsättning för att kunna göra aktiva val är att konsumenterna delges och skaffar sig information om den aktuella produkten, priset

men även olika kvalitetsaspekter, för att därefter kunna väga detta mot jämförbara produkter och de egna preferenserna. Om sådan information saknas försämras möjligheterna till aktiva val och därmed också en väl fungerande konkurrens. Information, eller transparens i nämnda avseenden, är därför en viktig faktor inom samtliga konkurrensutsatta marknader.

Även inom vårdvalssystem är det viktigt med aktiva och välinformerade konsumenter. En skillnad mot de flesta andra marknader är att konsumenten inte möter något pris att ta hänsyn till, utan väljer utifrån andra preferenser såsom tidigare erfarenheter, bemötande från personalen och vårdens medicinska kvalitet. Vårdgivarna konkurrerar således genom att erbjuda bästa möjliga vårdkvalitet utifrån de ekonomiska ramar som landstinget beslutat.

Att kunna göra aktiva, informerade val inom vårdområdet är dock förknippat med vissa utmaningar, inte minst eftersom tjänstens kvalitet i många fall kan bedömas först efter att tjänsten utförts. Det innebär att konsumenten, för att med säkerhet kunna bedöma tjänstens kvalitet, behöver prova ett antal olika alternativ. När det gäller vårdkvalitet kan det även dröja en lång tid efter att tjänsten utförts innan en utvärdering kan göras huruvida t.ex. operationen hade avsedd effekt, vilket ytterligare försvårar informationsinhämtning och kvalitetsjämförelser.

Detta fenomen kan illustreras med exempel från tandvårdsmarknaden där det ofta krävs en inledande undersökning innan tandläkaren kan ge konsumenten ett kostnadsförslag. Eftersom varje sådan undersökning innebär en kostnad för patienten försvagas konsumenternas incitament att uppsöka fler tandläkare. Kunden kan alltså finna det rationellt att sätta ambitionen lägre än att inför varje planerat köp göra en total genomgång av alla tänkbara alternativ för att få fram det absolut bästa valet. Det kan räcka med att produkten är tillräckligt bra. Ju högre kostnaderna är för att få information om produktutbudet, desto lägre antal producenter är det rationellt för

kunden att skaffa information om. Producenternas möjlighet att utöva marknadsstyrka ökar därmed och förutsättningarna för fungerande konkurrens försämras (Konsumentverket, 2009).

Generellt befinner sig även konsumenterna på vårdområdet i ett kunskaps- och informationsunderläge gentemot producenterna, vilket kan göra det än mer problematiskt för konsumenterna att bedöma kvalitet och vårdbehov. Patienter är dessutom inte sällan i en utsatt och försvagad position och inte alltid i stånd att göra komplicerade val när en vårdinrättning kontaktas. Det är mot denna bakgrund viktigt att landstingen samlar in och tillhandhåller nödvändig information till invånarna om vårdens och vårdgivarnas kvalitet i ett vårdvalssystem.

5.2.1 Information om valfrihetssystem

Det är den upphandlande myndigheten som enligt LOV ska ansvara för att lämna saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig information om samtliga leverantörer som myndigheten tecknat kontrakt med inom ramen för ett valfrihetssystem. Därutöver finns möjligheter för samtliga aktörer att marknadsföra sina tjänster gentemot medborgarna, inom de begränsningar som följer av marknadsföringslagen och landstingets förfrågningsunderlag.

I en undersökning av Statskontoret (2007) konstateras att det inom olika valfrihetssystem i stor utsträckning saknas sådan information som konsumenterna är i behov av för att kunna välja utförare. Även Svenskt Näringsliv (2007) drar denna slutsats efter att ha studerat den information som ges ut via kommunernas webbplatser. Trots att det har skett en förbättring sedan år 2005 bedömer Svenskt Näringsliv att kommunernas information fortfarande är svårtillgänglig och att det utifrån informationen i många fall är svårt att jämföra olika utförare.

Stockholm, Halland och Västmanland informerar medborgarna om möjligheten till aktivt val regelbundet. Dessa landsting använder även sina webbplatser för att presentera information om vårdvalet och de olika vårdenheterna. Till viss del kan även vårdenheterna jämföras, främst vad gäller fakta om vilka kompetenser som respektive vårdenhet besitter.

För att kunna jämföra vårdgivares sammantagna kvalitet krävs mer än en förteckning över öppettider, vilka vårdtjänster som erbjuds samt om vårdenheten har någon särskild inriktning eller profil. En viktig faktor är enheternas medicinska kvalitet. Sveriges Kommuner och Landsting administrerar i samverkan med Socialstyrelsen nationella kvalitetsregister för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen administrerar även ett hälsodataregister dit rapportering är obligatorisk för utförarna. Dessa register är dock byggda av och för de yrkesgrupper som har nytta av dem i sina professioner och är ofta svårtillgängliga för lekmän. De kan därför inte rimligen betraktas som en lämplig källa för patienter som söker information om vårdkvalitet.

Inte heller *Öppna jämförelser*, som också drivs av Sveriges Kommuner och Landsting i samverkan med Socialstyrelsen, kan i sammanhanget anses vara tillräcklig information för brukarna. I *Öppna jämförelser* ges information om kvalitet, kostnader och resultat från ett flertal kommunala verksamhetsområden, och syftar främst till att stimulera landsting och kommuner att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheterna. Här finns dock en strävan i syfte att göra informationen mer brukarvänlig.

Ett annat försök att tillgängliggöra vårdstatistik för brukarna är webbplatsen *OmVård* som finansieras av Svenskt Näringsliv. Här presenteras offentlig statistik kring enskilda vårdgivare på ett sätt som en medborgare enkelt kan ta till sig och som möjliggör jämförelser mellan olika vårdgivare. Fortfarande saknas många av de kvali-

tetsindikatorer som skulle vara önskvärda och nu finns främst uppgifter om tillgänglighet samt vissa vårdkategorier. Webbplatsen är trots det ett exempel på att relevant information på vårdområdet kan göras tillgänglig för medborgarna. Det är också troligt att en påtaglig utveckling kommer att ske inom området, både vad gäller vilken information som görs tillgänglig samt hur den presenteras.

5.2.2 Ger information aktiva val?

Information är en förutsättning för att konsumenterna ska kunna göra medvetna och aktiva val av vårdgivare. Däremot är välinformerade konsumenter ingen garanti för att invånarna kommer att göra aktiva val. En nyligen genomförd studie av internationell forskning på området visar att offentlig redovisning av kvalitet inom vården stimulerar vårdgivarna att utveckla och förbättra sina resultat. Däremot ges svagt stöd för att patienterna väljer vårdgivare baserat på denna redovisning. Kvalitetskonkurrensen skulle således inte i första hand skapas genom konsumenternas val, utan snarare genom att kvalitetsredovisningar leder till en större medvetenhet bland vårdgivarna och en tävlan om att utföra en högkvalitativ vård (Calltorp m.fl., 2008).

En anslutande fråga är vilken typ av information som invånarna efterfrågar i valet mellan olika vårdgivare. I kvalitet kan inrymmas flera olika faktorer som påverkar patientens sammanlagda upplevelse av vårdbesöket, förutom medicinsk kvalitet även tillgänglighet, bemötande, service, etc. Det är viktigt att förstå vilka faktorer som invånarna grundar sina val på för att kunna utforma relevant information och sprida denna på lämpligt sätt.

5.3 Konkurrensneutralitet

Många av de klagomål som Konkurrensverket får gäller att offentliga aktörer agerar på konkurrensutsatta marknader på ett sätt som snedvrider konkurrensen, vilket riskerar leda till att etableringsmöjligheterna för privata alternativ hämnas och att verksamma företag trängs ut från marknaden.

Att uppnå total konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata aktörer kan vara svårt (för att inte säga helt omöjligt), vilket bl.a. beror på grundläggande skillnader i finansieringsförutsättningar, riskprofil och avkastningskrav. Offentliga aktörer har således ekonomiska förutsättningar som skiljer sig från privata aktörer på ett fundamentalt sätt. De kan t.ex. inte gå i konkurs som ett privat företag kan (eller ägarna låter dem åtminstone inte gå i konkurs). Kunder och potentiella handelspartners kan därmed uppleva det som mindre riskfyllt att interagera med en offentlig aktör än dess privata konkurrenter.

5.3.1 Subventioner och fördelning av kostnader

En tidigare genomgång av de klagomål som inkommit till Konkurrensverket visar att det vanligaste problemet som privata aktörer möter i konkurrens med offentliga aktörer är att den offentliga verksamheten på olika sätt subventioneras med offentliga medel (Konkurrensverket, 2004). Exempel på detta kan vara direkta finansiella bidrag, lån eller garantier till mer förmånliga villkor än marknaden erbjuder samt försäljning eller uthyrning av lokaler till ett pris eller hyra under marknadens värdering.

Förekomsten av den här typen av subventioner riskerar leda till att effektiva aktörer slås ut från marknaden pga. att skattemedel används för att finansiera en mindre effektiv aktör. På längre sikt riskerar det att leda till lägre effektivitet och innovationstakt.

Det kan även röra sig om s.k. korssubventionering, vilket exempelvis uppstår när en konkurrensutsatt verksamhet bedrivs integrerad med en konkurrenskyddad verksamhet som är anslagsfinansierad och den förstnämnda verksamheten inte belastas fullt ut med de faktiska kostnaderna för verksamheten. Ett exempel är när gemensamma kostnader, såsom administrations-, data- och lokalkostnader, inte fullt ut belastar de konkurrensutsatta verksamheterna.

Det bör dock nämnas att det kan vara svårt att fördela myndighetens gemensamma kostnader på ett sätt som motsvarar den faktiska resursanvändningen. I stället måste mer eller mindre osäkra fördelningsmetoder tillämpas. Beroende på hur kostnadsfördelningen har gjorts kan utföraren antingen få en fördel eller en nackdel gentemot sina konkurrenter med snedvriden konkurrens som följd.

Egenregins förluster i ett vårdvalssystem

Problem med offentliga subventioner och korssubventioner inom vården kan förekomma när verksamheten upphandlas enligt LOU eller när ett valfrihetssystem enligt LOV tillämpas. Vid en upphandling kan det t.ex. handla om att egenregienheten lägger ett bud som är under självkostnaden för verksamheten och att offentliga medel därefter tillförs för att täcka det underskott som sedermera uppstår för verksamheten.

Enligt lagstiftningen ska valfrihetssystemen vara utformade så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för annat. Bland annat nämner regeringen att det t.ex. kan finnas skäl att betala högre ersättning i glest bebyggda delar av landstinget för att stimulera etableringar i just dessa områden (Prop. 2008/09:74).

Ett klagomål som i olika sammanhang förs fram är att egenregin kan bedriva verksamheter till kostnader som överstiger de inkomster som följer av ersättningen i vårdvalssystemen, t.ex. genom att verksamheter tillåts att bedrivas med förlust under längre tid. En vanligt

förekommande fråga är huruvida det ska vara tillåtet för egenregin att kvitta resultatet mellan olika vårdenheter, så att en förlust vid en mottagning kan täckas upp av en vinst från någon annan mottagning. En annan fråga gäller hur länge det bör vara accepterat för egenregin att bedriva verksamheten med underskott innan åtgärder vidtas.

Det kan finnas olika förklaringar till att egenregin går med förlust. En möjlig förklaring är att verksamheten inte drivs lika effektivt som andra vårdcentraler eller att antalet listade patienter minskat och att verksamheten ännu inte hunnit anpassas till detta förhållande. En annan förklaring kan vara att ersättningen är för låg i förhållande till de förväntningar och krav som ställs på de verksamheter som ska bedrivas. Ett tecken på detta kan vara att det inte etableras några privata leverantörer eller att de som etableras inte uppnår lönsamhet. Det kan även bero på att ersättningssystemen inte avspeglar de kostnadsskillnader som finns, t.ex. på grund av gleshet eller skillnader i patientmixen med avseende på vårdbehov.

Separera beställar- eller finansieringsansvaret från producentrollen

Utöver att egenregin, direkt eller indirekt, kan ges ekonomiska fördelar i ett valfrihetssystem finns även risk för att verksamheten ges andra fördelar gentemot sina konkurrenter. Det kan t.ex. handla om att egenregienheterna får bättre tillgång till viktig information eller nödvändiga faciliteter än övriga aktörer inom vården.

För att minimera risken för rollkonflikter är det därför viktigt att landstingen skiljer på rollen som beställare och finansiär från den egna producentrollen. Detta förutsätter normalt att en särskild beställarorganisation införs och att den konkurrensutsatta verksamheten avskiljs från andra verksamheter (myndighetsutövning m.m.) och ges ett eget kostnads- och resultatansvar.

För att skapa konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata aktörer har landstingen i såväl Halland, Stockholm som Västmanland valt att organisatoriskt skilja mellan driften och finansieringen av den landstingsdrivna vården. Att säkerställa denna uppdelning framförs som en viktig förutsättning vid införandet av ett vårdvals-system.

5.3.2 Olika regelverk

En annan orsak till varför det kan vara svårt att uppnå konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata aktörer är att nuvarande lagar och förordningar i vissa fall skapar olika förutsättningar för driften av en verksamhet. Detta gäller exempelvis mervärdesskattelagstiftningen och de lagar som gäller för insyn i offentlig verksamhet.

Olika momsregler ger olika villkor

Verksamheter inom vård och omsorg är undantagna från mervärdesskatteplikt (moms). Det innebär att det blir dyrare för landsting att köpa vård och omsorg från privata aktörer jämfört med att producera tjänsterna i egen regi, eftersom kommuner och landsting har rätt att återfå den moms som inte får dras av i mervärdesskattesystemet. Det kan leda till att kommuner och landsting väljer att producera vissa varor och tjänster själva i stället för att köpa dem av privata aktörer. Eftersom privata aktörer inte kan dra av momsen på sina inköp får de en högre kostnad än kommunen för att producera vård- och omsorgstjänster.

Detta förhållande riskerar att snedvrider konkurrensen mellan offentliga och privata vårdgivare. Vid kommuners och landstings köp av vård och omsorgstjänster kompenseras de dock av staten för den ingående moms som den privata vårdgivaren inte har kunnat göra avdrag för. Denna kompensation uppgår normalt till 6 procent

av priset vid köp från privata vårdgivare.⁸ Detta hanterar emellertid inte helt det faktum att privata vårdgivare får högre kostnader än landstinget vid inköp av varor och tjänster, eftersom de inte på motsvarande sätt har rätt att dra av kostnaden för ingående moms. Om ersättningen i ett vårdvalssystem är densamma för såväl offentliga som privata vårdgivare, innebär detta en konkurrensfördel för den egna regin eftersom denne inte behöver bära kostnaden för den ingående momsen i verksamheten.

För att egenregin pga. gällande momsregler inte ska ges otillbörliga fördelar gentemot privata vårdgivare har såväl Halland, Stockholm som Västmanland valt att kompensera de privata vårdgivarna inom vårdvalssystem i enlighet med landstingens schablonersättning från staten. Dock framförs att denna schablon eventuellt är högre än de verkliga momskostnaderna, vilket i praktiken innebär att de privata vårdgivarna ges en konkurrensfördel gentemot den landstingsdrivna verksamheten.

Olika lösningar på problemet har tidigare föreslagits. Höga administrationskostnader för olika förslag och begränsningar i EG:s mervärdesskattedirektiv har dock medfört att det varit svårt att komma till rätta med problemet (se bl.a. Konkurrensverket 2009:4).

Här kan nämnas att regeringen i proposition *Offentliga bidrag på lika villkor* (Prop. 2008/09:171), där tydligare bestämmelser om kommunernas bidrag till fristående skolor föreslås, framför att en lämplig nivå på kompensation för mervärdesskatt bör vara 6 procent. Förslaget grundas på en avvägning mellan vilken kompensation som är mest rättvisande och de administrativa kostnaderna för att åstadkomma detta.

⁸ Schablonersättningen baseras på beräkningar där privata företag som tillhandahåller vård- och omsorgstjänster uppskattas ha kostnader för inköp av varor och tjänster som motsvarar 20-30 procent av företagets totala kostnader, resterande del utgör lönekostnader. Vid 25-procentig moms innebär detta att privata utförare i genomsnitt har 4-6 procent (25 % x 20-30 %) högre kostnader än kommuner och landsting.

Sämlre insyn i privat verksamhet

Som uppmärksammas i Riksrevisionens rapport *Statens styrning av kvalitet i privat äldreomsorg* (2008) omfattas privata utförare inte alltid av de föreskrifter som gäller för offentliga utförare. Exempel härpå är Socialstyrelsens föreskrifter om system för klagomålshantering, meddelarfrihet och skydd mot efterforskning och repressalier från arbetsgivare, möjligheten för allmänheten att ta del av handlingar, anmälningsprocedurer av missförhållanden etc.

Vissa av de nämnda reglerna kan föras in som krav i de avtal som landstingen sluter med respektive vårdgivare. Som konstateras av Riskrevisionen (2008) är det ofta oklart för olika parter vilken rättslig ställning sådana avtalsvillkor har. Skillnaderna medför också en risk för att insynen i privata vårdgivares verksamhet försvåras och att eventuella missförhållanden inte uppmärksammas.

Privata vårdgivare kan även dra fördel av reglerna om insyn i offentlig verksamhet. Exempelvis kan rekrytering från egenregin underlättas av att lönerna är offentliga. Skillnader i regler kan på detta sätt leda till att konkurrensen snedvrids till privata företags fördel (Svenskt Näringsliv, 2008). Offentliga utförare kan också hämmas av politiska beslut på olika nivåer, t.ex. att personalen ska ha rätt till heltidstjänster, eller av villkoren i kollektivavtal. I många fall kan sådana krav inte ställas på privata utförare. Som framgår av en länsrättsdom är det inte tillåtet att ställa krav på kollektivavtal i förfrågningsunderlaget till ett vårdvalssystem (Länsrätten i Skåne läns dom i mål nr 5538-09).

Att reglera möjligheten till insyn i privata företags är dock förenat med vissa svårigheter, vilket bl.a. framgår av Konkurrensverkets yttrande (dnr 877/96) över betänkandet *Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader* (SOU 1996:67) och yttrande (dnr 415/2001) över utkast till studie om insyn i kommunala entreprenader m.m. Till saken kan även nämnas att regeringen den 3 september 2009 tillsatte

en utredare som bl.a. ska utvärdera hur det regelverk som finns kring insyn i kommunala bolag och entreprenader har tillämpats i praktiken (Dir. 2009:81).

Möjlighet att sälja tilläggstjänster

En annan förutsättning som skiljer mellan offentliga och privata aktörer är möjligheten att erbjuda s.k. tilläggstjänster. Med tilläggstjänster avses här tjänster som ligger utanför det offentliga åtagandet och som invånarna i sin helhet själva betalar för. Inom äldreomsorgen har det exempelvis handlat om fönsterputsning, gräsklippning och andra liknande tjänster som normalt sett inte omfattas av den äldres biståndsbeslut.

Det är inte tillåtet för en kommun eller ett landsting att på samma sätt som privata vårdgivare erbjuda tilläggstjänster. Sådan verksamhet omfattas normalt inte av den kommunala kompetensen eller vad en kommun få ägna sig åt enligt kommunallagen (1991:900).

Möjligheten att erbjuda tilläggstjänster kan användas som ett konkurrensmedel inom ett valfrihetssystem. Begränsningarna i den kommunala kompetensen framförs därför i vissa sammanhang som en konkurrensnackdel för offentliga aktörer.

I Konkurrensverkets yttrande (dnr 909/2005) över departementspromemorian *Kommunala befogenheter att tillhandahålla hushållsnära tjänster åt äldre* avstyrkte Konkurrensverket förslaget om att utvidga den kommunala kompetensen för att ge kommuner och landsting möjlighet att vid sidan om det offentliga åtagandet erbjuda tilläggstjänster inom äldreomsorgen. En sådan möjlighet ansågs medföra fler risker och nackdelar från konkurrenssynpunkt än den befintliga konkurrenssnedvridningen medför. Dessutom bedömdes en sådan utvidgning av den kommunala kompetensen medföra att gränserna för det offentliga åtagandet suddas ut och att det blir otydligt för

vårdtagare och patienter vad de kan väntas få hjälp med inom ramen för den offentliga finansieringen och vad de måste betala för själva.

Exempel på tjänster som kan erbjudas som tilläggstjänster inom primärvården är hälsoundersökningar, företagshälsovård, vaccinationer och utfärdande av olika intyg. Även bland privata företag tycks dock intresset för tilläggstjänster vara begränsat (Markör, 2009).

Huruvida skillnaden mellan offentliga och privata vårdgivares möjligheter att erbjuda tilläggstjänster kan medföra allvarliga konkurrenssnedvridningar inom primärvården är oklart. Som framgår av de intervjuer som genomförts med företrädare för landstingen Halland, Stockholm och Västmanland har företagens intresse för att tillhandahålla tilläggstjänster hittills ha varit låga. Frågan torde således inte utgöra något betydande konkurrensproblem.

6 Erfarenheter från tre landsting

Halland, Stockholm och Västmanland är de landsting som har längst erfarenhet av vårdvalssystem i primärvården. Dessa system har utvärderats i olika utsträckning. De olika faktorer som utvärderingarna belyst har varierat utifrån vilka mål som respektive landsting satt upp för vårdvalssystemen, mål som inte alltid har tydliga effekter på konkurrensen. I detta kapitel beskrivs erfarenheterna från dessa vårdvalssystem med fokus på frågor som är av intresse från konkurrenssynpunkt. Om inte annat anges hänvisas här till de intervjuer som genomförts med företrädare för berörda landsting.

6.1 Beskrivning av vårdvalssystemen

Av redogörelsen i kapitel 5 framgår att landstingens utformning av vårdvalssystemet påverkar hur vården och förutsättningarna för fungerande konkurrens utvecklas. Här följer en kort beskrivning av några av de för konkurrensen centrala delarna i de studerade vårdvalslösningarna.

Vårdval Halland

Landstinget i Halland införde ett valfrihetssystem i primärvården i januari 2007 under namnet Vårdval Halland. Ambitionen var att vårdvalet skulle inbegripa det mesta av den öppna vården, inte bara husläkare- och familjeläkarverksamhet, därför började begreppet närsjukvård att användas. Detta tar sig uttryck i det breda uppdrag som Halland utformat där primärvårdsenheterna ska ta ett helhetsansvar för individens vårdbehov. På de olika enheterna kan därför även finnas andra specialister än allmänläkare (Anell, 2008).

Halland tillämpar en hög fast ersättning baserat på antalet listade patienter hos vårdenheterna (kapitering). Ersättningen har

differentierats utifrån invånarnas ålder. Därutöver får enheterna inkomster genom patientavgifter, ersättning för besök av patienter som är listade på andra enheter samt för särskilda uppdrag som ligger utanför vårdvalssystemet, exempelvis för mödravård eller en ungdomsmottagning (Anell, 2008).

Information om vårdvalssystemet distribueras löpande i form av foldrar som skickas till invånarna, information i massmedia och via internet. Dialogforum med invånarna i länet har anordnats för att inhämta åsikter och behov inom vårdvalet. Därutöver har en s.k. jämförelsebok på nätet upprättats där invånarna kan jämföra de olika vårdgivarna i vårdvalssystemet.

Vårdval Stockholm

Vårdvalssystemet i Stockholm initierades i januari 2008 och skiljer sig märkbart från de vårdvalssystem som övriga landsting konstruerat. I Stockholm delas primärvårdsuppdraget upp i flera olika delar som var för sig utgör ett vårdvalssystem som en enskild aktör kan ansluta sig till. Kraven på leverantörerna blir därför mer begränsade än inom andra landstings vårdvalssystem, samtidigt som det sammanhållna ansvaret som andra landsting eftersträvar uteblir (Anell, 2008).

Även vad gäller ersättningssystemet utmärker sig detta vårdvalssystem. Här uppgår kapitationsersättningen endast till 40 procent, differentierat utifrån ålder. Därutöver betalas en rörlig besöksersättning som varierar i storlek beroende på vilken yrkeskategori som mottagit besöket. För att minska incitamenten för onödigt många besök avtar den rörliga ersättningen med ökat antal besök per individ. Efter i genomsnitt 1,9 besök per år och patient minskar ersättningen med 33 procent och efter i genomsnitt fyra besök betalas endast patientavgiften. Det betalas även extra ersättning för t.ex. hembesök, särskilda åtgärder och besök i geografiskt avlägsna områden (Anell, 2008).

Löpande annonskampanjer genomförs med syfte att uppmana till eget val. Ambitionen är att alla som inte gjort ett aktivt val årligen ska informeras om vårdvalet. Information om olika vårdenheter och kvalitetsomdömen samlas på www.vardguiden.se för att underlätta jämförelser mellan vårdgivare. Dessutom distribueras tidningen Vårdguiden till samtliga hushåll i länet flera gånger per år med adressuppgifter till samtliga primärvårdsenheter m.m.

Vårdval Västmanland

Även i Västmanland infördes ett vårdvalssystem i primärvården i januari 2008. I detta vårdvalssystem ligger det bredaste uppdraget av de tre här berörda landstingen. Exempelvis ingår både barnhälsovård och mödrahälsovård i vårdgivarnas åtagande (Anell, 2008).

Liksom de flesta andra landsting tillämpar Västmanland en hög fast ersättning baserat på antalet listade patienter hos vårdenheterna differentierat utifrån ålder. Därutöver tillkommer ersättning för vissa tilläggsuppdrag. Dessa är dock färre till antalet än inom många andra landsting eftersom uppdraget i Västmanland är relativt omfattande (Anell, 2008).

Landstinget har en egen webbplats där information om vårdvalssystemet och jämförelser mellan vårdgivare finns redovisade. Nyinflyttade får information om vårdvalet och uppmanas göra ett aktivt val. Kontaktuppgifter till aktuella vårdgivare inom vårdvalet skickas årligen ut till alla hushåll. Via *Mina Vårdkontakter* som är en tjänst på webben kan befolkningen exempelvis kontakta sin läkare och att söka information om olika vårdgivare.

Tabell 6.1 Sammanfattning: De tre landstingens vårdvalssystem

	Uppdraget	Ersättning	Information
Halland	Brett	+80 procent kapitering	Via foldrar, internet och massmedia
Stockholm	Smalt	Ca 40 procent kapitering	Annonskampanjer, webbplatsen och tidningen Vårdguiden
Västmanland	Brett	+80 procent kapitering	Webbplats samt utskick till invånarna

6.2 Ekonomiskt resultat

I Halland redovisade egenregin ett ekonomiskt underskott på 16,5 miljoner kronor år 2008, vilket motsvarade 2,2 procent av omsättningen. Det är en försämring gentemot föregående år, då egenregin hade i princip ett nollresultat. Det finns relativt stora skillnader i det ekonomiska resultatet mellan olika egenregienheter, där vissa uppvisar ett mindre överskott medan andra har kraftiga förluster. En riskfond är etablerad där de ekonomiska resultaten för olika enheter kan utjämnas inom "landstingskoncernen" (Paulsson, 2009).

Egenregiverksamheten i Stockholms läns landsting (exklusive avancerad sjukvård i hemmet) redovisade år 2008 ett negativt resultat på 19,5 miljoner kronor, vilket är en försämring jämfört med föregående år då verksamheten redovisade ett överskott på 35,2 miljoner kronor. Underskottet 2008 motsvarar 0,8 procent av omsättningen. Resultaten är dock inte helt jämförbara eftersom landstinget har ändrat redovisningsprincip mellan åren. Bland annat har bonussystemet ändrats vilket innebär att bonus, med avdrag för vite, som avser

verksamhetsåret 2008 utbetalas (och kan därmed redovisas) först under 2009. Denna bonus uppgick till knappt 15 miljoner kronor och ingår alltså inte i 2008 års redovisade resultat.

Även i Stockholm är det en stor spridning i resultat mellan resultat-enheterna samt stora förändringar mellan åren i enheternas resultat. Andelen resultatenheter med underskott ökade från 27 procent år 2007 till 51 procent år 2008. Den förändrade ersättningen för husläkarmottagningarna med samma ersättning per listad patient för alla mottagningar och en ökad andel rörlig ersättning uppges ha medfört en minskning av ersättningen för vissa vårdmottagningar, trots en stor total ökning av antalet besök (Berggren & Sandberg, 2008).

Landstingets egenregi i Västmanland har gått med förlust under flera år och kontinuerliga ägartillskott har utbetalats för att täcka dessa förluster. Två privata familjeläkare har fått lägga ner verksamheten på grund av en problematisk ekonomisk situation. Landstinget ser inte kvittning mellan olika resultatenheter i en koncern som ett problem, men däremot att alla verksamheter sammantaget går med förlust sedan en lång tid. En enhet i Sala har lagts ut på entreprenad efter en längre tid med ekonomiska svårigheter. Enheten upphandlades enligt LOU genom en kvalitetsupphandling och ingår nu i vårdvalssystemet. Därutöver saknas en konkret plan för hur eventuella framtida underskott ska hanteras.

Tabell 6.2 Sammanfattning: Egenregins resultat

	Resultat 2008	Resultat 2007
Halland	-16,5 miljoner kr, 2,2 % av omsättningen	±0 kr
Stockholm	-19,5 miljoner kr, 0,8 % av omsättningen	+35,2 miljoner kr
Västmanland	-13,3 miljoner kr, 1,3 % av omsättningen	-0,9 miljoner kr

Framtida utmaningar

Ovanstående redogörelse visar att den egna regin allmänt sett har en ekonomiskt kärv ställning i de berörda landstingen. Det kan finnas flera orsaker till detta. Många enheter upplever ett minskat antal patienter med lägre ersättning som följd. Det kan vara en utmaning att anpassa verksamheten till den minskande efterfrågan. Om detta inte görs kvarstår kostnaderna på en hög nivå samtidigt som intäkterna sjunker. Även andra faktorer kan misstänkas spela en viktig roll, främst att egenregin inte lyckas uppnå nödvändig effektivitet eller att ersättningen i vårdvalssystemet är för låg.

6.3 Antalet vårdenheter

I Halland drevs totalt 24 vårdenheter i landstingets egen regi år 2008. Antalet privata vårdenheter ökade från 12 till 20 mellan år 2006 och 2007. Året därpå etablerades ytterligare två privata vårdenheter. Intresset för etablering har varit störst i de befolkningsmässigt största kommunerna. I de två minsta kommunerna, Hylte och Laholm, etablerades inga nya vårdgivare det första året. Under det andra året ersattes en vårdenhet i landstingets regi i Laholm av en privat. Vid ingången av 2009 har även en privat enhet lagts ner. De privata

vårdgivarna har även ökat sin marknadsandel (mätt utifrån andel invånare), från 27,3 procent år 2006 till 33,3 procent år 2007 och slutligen 36,7 procent 2008 (Paulsson, 2009).

I valfrihetssystemet inom Stockholms läns landsting bedrevs husläkarverksamhet vid totalt 182 mottagningar under 2008, en ökning från föregående års 162 mottagningar. Antalet mottagningar i landstingets egen regi minskade från 86 till 76 under motsvarande period (Berggren m.fl., 2009).

I Västmanland etablerades tre nya vårdenheter samt en satellitmottagning under 2008. En av vårdenheterna fick problem under året och upphörde med sin verksamhet vid årsskiftet 2008/2009. Ytterligare en familjeläkarmottagning etablerades under 2009 men verksamheten avvecklades senare under året. En sammanslagning av två landstingsdrivna vårdmottagningar till en gemensam har skett under 2009. Sammantaget finns vid utgången av år 2009 totalt 32 familjeläkarmottagningar i Västmanland. Ungefär hälften av dessa drivs av privata vårdgivare.

Tabell 6.3 Sammanfattning: Antal primärvårdsenheter

	Vårdenheter 2008	Vårdenheter 2007
Halland	22 privata, 24 egen regi	20 privata, 25 egen regi <small>(2006: 12 privata, 25 egen regi)</small>
Stockholm	106 privata, 76 egen regi	76 privata, 86 egen regi
Västmanland	Ca 30 mottagningar, varav ca hälften i egen regi	Ca 27 mottagningar, varav ca hälften i egen regi

Utveckling på marknaden

Stockholm utmärker sig med en kontinuerlig tillströmning av nya privata aktörer som etablerar sig. Det ökande befolkningsunderlaget som orsakas av inflyttningen till Stockholm skapar grundförutsättningarna för detta. Även i Halland skedde en påtaglig ökning av antalet privata aktörer när vårdvalet infördes. Samtidigt etablerades endast två privata företag under vårdvalets andra år, varav en övertog en verksamhet som tidigare bedrevs i landstingets regi. I Västmanland har inträdet av privata aktörer varit relativt begränsat, även om det bör tilläggas att en stor del av primärvården redan drevs av privata aktörer vid starten av vårdvalssystemet.

Sammantaget ger dessa iakttagelser visst stöd för hypotesen att starten för ett vårdvalssystem kan ha stor betydelse för vårdgivarnas möjlighet att etablera sig om samtliga invånare listas vid införandet av vårdvalssystemet. I system med en större andel rörlig ersättning och där ingen passiv listning av invånarna förekommer kan vara olistade kan det vara lättare för företagen att etablera sig även efter systemets ikraftträdande. Skillnaderna mellan berörda landsting kan dock till stor del troligtvis förklaras av att befolkningstillväxten varit betydligt högre i Stockholm än i Halland och Västmanland.

6.4 Aktiva val

Under 2007 registrerades totalt ca 47 000 aktiva val i Halland⁹. Året därpå var antalet betydligt lägre, nämligen 29 000 varav en stor del kan hänföras den vårdenhet som övergick från drift i landstingets

⁹ Observera att det rör sig om antal val och inte antal personer som valt, en och samma person kan välja flera gånger. Att inte göra ett aktivt val behöver dessutom inte betyda att individen inte gjort ett aktivt ställningstagande till vilken vårdenhet denne vill tillhöra. I det fall där landstingets förslag på vårdenhet som icke-valsalternativ överensstämmer med den vårdenhet som individen själv föredrar finns inget behov av att göra ett aktivt val eftersom resultatet blir detsamma. Därför är antalet personer som gjort ett aktivt ställningstagande rimligtvis högre än antalet som gjort ett aktivt val.

regi till privat drift (Paulsson, 2009). Varje månad flyttar ca 1 000 personer till Halland. Det är framförallt dessa och antalet nyfödda samt personer som väljer en ny vårdgivare som nyetablerade enheter kan konkurrera om. För att kunna få ekonomisk bärighet för en vårdenheter i Halland bedöms det krävas ca 3 000-3 500 listade patienter.

I Stockholm registrerades 94 500 nya listningar, samt 162 400 omval, mellan april 2007 och april 2008. Totalt gjorde 15 procent av befolkningen ett eller flera val under 2008. En stor del av befolkningen i Stockholm var listade hos en husläkare eller på en husläkarmottagning redan innan vårdvalet infördes. Under perioden december 2007 till december 2008 ökade andelen av länets invånare som valt husläkare eller husläkarmottagning från 89 till 90 procent. Till detta ska nämnas att vårdgivarna under hösten 2007 arbetade intensivt för att uppmana till aktiva val; i april 2007 var "endast" 87 procent listande (Berggren & Sandberg, 2008; Berggren m.fl., 2009).

Det kan nämnas att det främst är personer i åldern 20-39 år som valt vårdgivare från att tidigare ha varit olistade (Berggren & Sandberg, 2008; Berggren m.fl., 2009). En trolig förklaring till detta är att en stor del av de 62 000 individer som flyttar till Stockholm varje år tillhör denna åldersgrupp (SCB:s befolkningsstatistik). Intressant är dock att personer inom denna åldersgrupp dessutom är mest benägna att välja om (Berggren & Sandberg, 2008; Berggren m.fl., 2009). Det talar för att andra aspekter än det egna hälsotillståndet påverkar individens benägenhet att göra ett aktivt val inom vårdvalet. Av Stockholms läns landsting bedöms ca 2 500 patienter krävas för att en vårdenheter ska kunna bedriva sin verksamhet utan att gå med förlust. En enheter kan klara sig med mindre antal patienter under speciella förhållanden (som t.ex. ett stort vårdbehov) eller under en begränsad tid.

Liksom i Stockholm har befolkningen i Västmanland till stor del varit listade på olika vårdenheter redan innan vårdvalssystemet startade.

Sedan vårdvalets tillkomst har drygt 22 000 individer gjort ett aktivt val och listat sig eller listat om sig, eller 9 procent av befolkningen. För att en vårdgivare ska klara sig ekonomiskt görs bedömningen att det krävs ca 3 000 listade patienter vid en vårdmottagning

Tabell 6.4 Sammanfattning: Antal aktiva val

	Aktiva val
Halland	29 000 aktiva val under år 2008, 47 000 under år 2007
Stockholm	94 500 nya listningar och 162 400 omval mellan april 2007 och april 2008
Västmanland	22 000 aktiva val från 1 januari 2008 till 30 oktober 2009

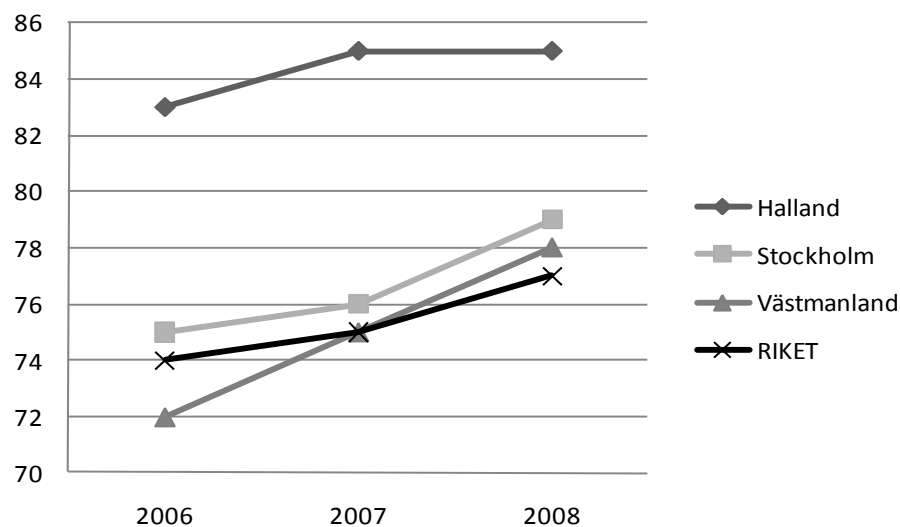
Begränsat antal val

Genomgången visar att det är ett begränsat antal personer som gör väljer att aktivt lista eller lista om sig inom ett vårdvals-system. Detta får konsekvenser för möjligheterna att etablera nya verksamheter särskilt i de landsting där ersättningen till stor del är beroende av att patienter listar sig på mottagningen. Därmed minskar förutsättningarna för mångfald och en effektiv konkurrens.

6.5 Tillgänglighet

Halland tillhör de landsting som sedan länge har haft hög tillgänglighet inom primärvården. Det gäller både väntetider och möjligheten att komma fram via telefon. Som framgår av bild 6.1 är tillgängligheten klart över riksgenomsnittet. Tillgängligheten ökade mellan år 2006 och 2007 för att efterföljande år sjunka ner mot 2006 års nivå (Paulsson, 2009).

Bild 6.1 Andel invånare som (helt eller delvis) upplever sig ha tillgång till nödvändig sjukvård. Procent

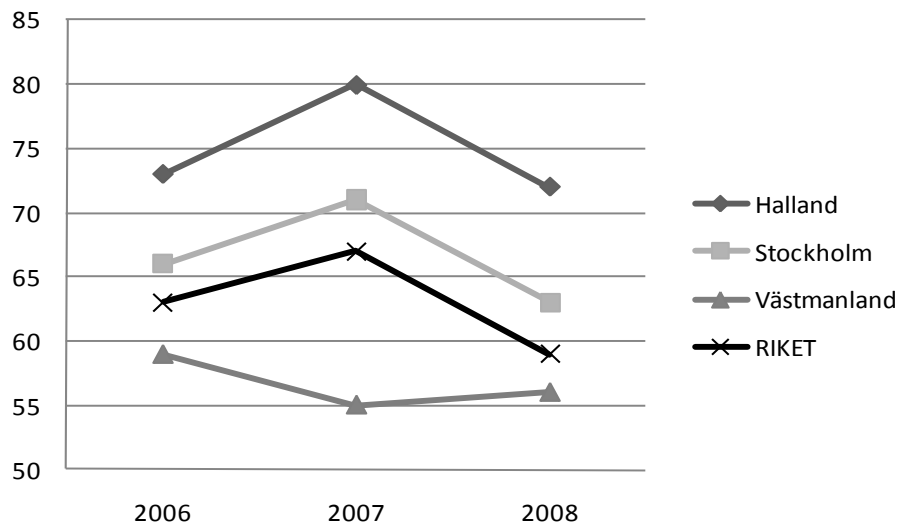


Källa: www.vardbarometern.nu, bearbetning av Konkurrensverket¹⁰

Stockholm har haft ökad tillgänglighet som en framträdande målsättning i vårdvalet. Befolkningen verkar också uppleva en ökad tillgänglighet till vården, även om telefontillgängligheten har försämrats något mellan 2007 och 2008. Som framgår av bild 6.2 ligger tillgängligheten i Stockholm något över riksgenomsnittet.

¹⁰ Vårdbarometern är en befolkningsundersökning om svenskarnas kunskaper om, erfarenheter av och attityder till hälso- och sjukvården. Undersökningen genomförs, på uppdrag av deltagande landsting och regioner, fyra gånger per år och omfattar omkring 0,5 procent av den vuxna befolkningen i dessa landsting och regioner. Endast Gotlands kommun, som har ett landstingsansvar, står utanför denna undersökning. Resultatet av dessa undersökningar redovisas på www.vardbarometern.nu.

Bild 6.2 Andel invånare som upplever det som mycket eller ganska lätt att komma fram till en vårdcentral per telefon. Procent



Källa: www.vardbarometern.nu, bearbetning av Konkurrensverket

Västmanland är det landsting av de tre undersökta som har den lägsta tillgängligheten inom primärvården. Framför allt är det telefontillgängligheten som brister där Västmanland är sämre än riksgenomsnittet. På frågan huruvida invånarna anser sig ha tillgång till den sjukvård som de behöver är Västmanland däremot bättre än riksgenomsnittet. Resultatet tycks även ha förbättrats de senaste åren.

Trots detta har landstinget Västmanland framfört ett visst missnöje med utvecklingen av tillgängligheten inom vårdvalssystemet. Landstinget har påtalat att det finns vissa möjligheter att manipulera systemet vid redovisning av tillgängligheten. Exempelvis förekommer det att vårdgivare "läser listan" för patienter som önskar besöka vårdenheten, vilket innebär att det bara är möjligt för patienter att boka tid hos vårdenheten en vecka i förväg. På detta sätt kommer

vårdenheten aldrig behöva redovisa mer än sju dagars väntetid för en patient.

Ett annat sätt för vårdgivarna att på pappret visa god tillgänglighet är att tillämpa långa telefonköer där patienten kan få vänta mycket länge på att få tala med en telefonist. När telefonisten slutligen svarar kan vårdenheten redovisa 100 procentig tillgänglighet, trots att patienten troligtvis upplever vårdens telefontillgänglighet som dålig. Denna typ av förfaranden har tidigare kontrollerats av landstingskansliet. I och med införandet av vårdvalssystemet överväger landstinget att ånyo göra en sådan uppföljning. Under 2010 avser landstinget även att införa ytterligare ekonomiska incitament för att stimulera en positiv utveckling av tillgängligheten. Det kommer att utformas som ett avdrag från ersättningen om tillgängligheten hos en vårdenhet är lägre än 85 procent.

Vårdvalets påverkan på tillgängligheten

En större rörlig ersättning kan vara ett ekonomiskt incitament för vårdgivarna att förbättra tillgängligheten, men det finns även andra styrmedel, exempelvis mer riktade ekonomiska styrmedel eller kvalitetsmätningar och öppen kvalitetsredovisning.

Hur stor påverkan vårdvalssystemens utformning har på den upplevda tillgängligheten till primärvården i de olika landstingen är svårt att svara på. Ett visst mått av samvariation tycks råda, vilket kan tyda på att det finns flera andra faktorer som påverkar den upplevda tillgängligheten. Vidare kan konstateras att det redan innan systemen infördes fanns skillnader i tillgänglighet mellan landstingen.

7 Erfarenheter från tillsynen över LOV

Inom ramen för tillsynen över lagen om valfrihetssystem (LOV) har Konkurrensverket olika möjligheter att initiera ärenden. En utgångspunkt för detta arbete är de klagomål som kommer in till Konkurrensverket. I detta kapitel redogörs för några iakttagelser och erfarenheter från Konkurrensverkets informations- och tillsynsarbete som är av intresse från konkurrenssynpunkt.

7.1 Den initiala listningsproceduren

Som beskrivs i avsnitt 5.1.3 baseras ersättningen till leverantörerna i de vårdvals-system som införts (Stockholm undantaget) på en stor del kapitering där ersättningen beräknas på hur många invånare som är listade på respektive vårdenhet.

När ett vårdvals-system med hög andel kapitationsersättning införs är det vanligt att landstingen listar samtliga invånare på vårdgivare i systemet. Ett brev skickas till invånarna med information om möjligheten att välja samt vilken mottagning individen kommer att listas vid om denne inte själv väljer någon annan utförare. Denna listning sker normalt utifrån det icke-valsalternativ som landstinget beslutat om.

Med aktiv listning menas i detta sammanhang att invånaren tar initiativ och väljer vårdgivare. Passiv listning innebär motsatsvis att invånaren av någon anledning inte utnyttjar valmöjligheten och därför blir listad enligt icke-valsalternativet. Det kan exempelvis handla om att individen är nöjd med den vårdgivare som framgår av icke-valsalternativet eller att denne inte är i behov av vård och därför inte bryr sig om att göra ett aktivt val.

Stockholms läns landsting skiljer sig i detta avseende från övriga landsting som infört ett vårdvalssystem i primärvården. I Stockholm tillämpas ett system där invånarna förblir olistade om de inte själva gör ett aktivt val. Kapitationsersättning utgår endast för individer som aktivt listat sig vid någon vårdmottagning.

Som framgår av redogörelsen i avsnitt 5.1.4 kan andelen invånare som gör ett aktivt val i många fall förväntas vara relativt låg. Detta innebär att icke-valsalternativets utformning får en stor betydelse för vårdgivarnas möjligheter att etablera sig, särskilt i vårdvalssystem med en hög andel kapitationsersättning.

Icke-valsalternativet är av särskilt stor betydelse när ett valfrihets-system införs, eftersom den första listningen som görs kommer att ligga kvar ända tills invånarna väljer en annan vårdgivare. Vårdgivarnas inkomster blir därmed i hög utsträckning beroende av den första listningen. I takt med att systemet utvecklas och att allt fler invånare har gjort ett aktivt val kommer betydelsen av icke-valsalternativet och listningsproceduren att minska.

Principer för fördelning av icke-val

Konkurrensverket har identifierat fyra olika fördelningsprinciper för icke-valsalternativet och den initiala listningsproceduren. I flera landsting tillämpas en kombination av dessa:

- val av vårdgivare i tidigare system,
- tidigare besök på vårdgivare,
- närhetsprincipen och
- egen regi

Vårdvalssystemet i Västra Götalandsregionen är ett exempel där flera fördelningsprinciper har tillämpats vid den initiala listningen.

I första hand listades invånarna i regionen på den vårdmottagning där de sedan tidigare varit listade. Invånare som inte tidigare listat sig vid någon mottagning listades i andra hand vid den mottagning som de besökt minst tre gånger under de senaste 15 månaderna. I tredje hand listades invånarna enligt närhetsprincipen, dvs. den vårdmottagning som låg närmast invånarens folkbokföringsadress.

Den fjärde principen för fördelning av icke-valsalternativet som identifierats innebär att de som inte gör något aktivt val listas på en landstingsdriven vårdmottagning. I propositionen till LOV framförs att egenregin kan vara det bästa icke-valsalternativet för vissa typer av tjänster, eftersom huvudansvaret för verksamheten ligger på den upphandlande myndigheten (Prop. 2008/09:29). Hittills har inte något landsting infört ett vårdvalssystem där den egna regin är icke-valsalternativ. Beslut har dock fattats i bl.a. Norrbottens läns landsting om att tillämpa ett sådant förfarande. Detta beslut har överklagats till länsrätten (mål 1420-09 E, Länsrätten i Norrbottens län).

7.2 Konkurrensfördel för befintliga aktörer

Möjlighet att kunna välja vårdgivare inom primärvården är ingen ny företeelse utan fanns även tidigare enligt en frivillig överenskommelse mellan samtliga landsting¹¹. I många landsting har det därför varit möjligt för patienter att vara listade vid en vårdmottagning (eller hos en läkare) redan innan införandet av vårdvalssystemet.

När det initiala listningsförfarandet grundas på antingen tidigare listningssystem eller patienternas tidigare besök hos olika vårdgivare, ges befintliga leverantörer en konkurrensfördel gentemot de nyetablerade aktörerna i vårdvalssystemet.

¹¹ Av olika anledningar har dock denna valfrihet i praktiken många gånger varit begränsad.

Det har också framhållits att nya leverantörer efter vårdvalssystemets ikraftträdande i praktiken är hänvisade till patienter som gör aktiva val. Eftersom det framförallt är patienter som är i behov av vård som har anledning att välja vårdgivare, kan aktiva patienter generellt sett antas ha ett större vårdbehov än passiva patienter. Att etablera sig i ett system där passiva patienter redan listats vid någon mottagning kan därför i sig vara en konkurrensnackdel. En nyetablerad vårdgivare måste dessutom satsa på en jämförelsevis omfattande marknadsföring för att nå dessa patienter.

Det kan emellertid tyckas rimligt att invånare som haft möjlighet att välja mellan flera vårdgivare, eller som valt och som återkommit till samma vårdgivare vid upprepade tillfällen, erbjuds denna som ett icke-valsalternativ. På samma sätt kan det anses rimligt att tidigare gjorda val att lista sig hos en vårdgivare respekteras även vid införandet av ett vårdvalssystem.

I dessa sammanhang finns det anledning att även ta hänsyn till vad som är lämpligt i ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framhålls kontinuitet och goda kontakter mellan invånare och vårdgivare som en viktig beståndsdel i vad som anses vara god vård. För att inte motverka en god kontinuitet i vården och kontakterna mellan invånare och vårdgivare kan det finnas anledning att låta en invånare som besökt en vårdgivare upprepade gånger ges denna som icke-valsalternativ.

7.3 Listningskampanjer före införandet

Som framgår ovan är vårdvalssystemet i Västra Götalandsregionen ett exempel på landsting där listningen grundas på tidigare val och besök inom primärvården.

När Västra Götalandsregionen började annonsera sitt vårdvalssystem i Kammarkollegiets databas under våren 2009 var det

redan möjligt för invånarna att lista sig vid hos vårdgivare inom primärvården. Denna möjlighet skulle finnas fram till att vårdvals-systemet trädde i kraft den 1 oktober samma år.

Detta utnyttjades av ett antal befintliga vårdgivare (både offentliga och privata) som startade massiva listningskampanjer där olika former av marknadsföring användes för att, lista nya patienter på den egna mottagningen. Däremot var det inte möjligt för nya leverantörer som ansökt och blivit godkända till det nya vårdvals-systemet, eftersom valblanketterna skulle skickas ut till invånarna först under augusti 2009.

Detta förhållande fick stor uppmärksamhet. För att motverka den konkurrensnackdel som listningskampanjerna innebar för nya leverantörer beslutade Västra Götalandsregionen att de val som gjordes efter den 1 juni 2009 inte skulle användas som grund vid listning vid införandet av vårdvalssystemet.

7.4 Fördelning enligt närhetsprincipen

Flera landsting tillämpar olika varianter av närhetsprincipen som icke-valsalternativ, vilket innebär att invånare tilldelas den vårdmottagning som ligger närmast invånarens bostadsadress. Att närhetsprincipen kan vara ett lämpligt icke-valsalternativ framgår av proposition *Lag om valfrihetssystem* (Prop. 2008/09:29).

I samband med införandet av vårdvalssystem uppkommer en delvis ny situation i jämförelse med när landstingen själva kunde avgöra var olika vårdmottagningar skulle vara placerade, genom att det kan förekomma två eller flera vårdgivare inom ett område som tidigare kunde ses som ett naturligt upptagningsområde för en specifik vårdmottagning. Vidare har geografiska informationssystem och andra tekniska hjälpmedel möjliggjort exakta uppskattningar av avstånden mellan invånarnas bostadsadresser och vårdmottagningarna.

Sammantaget innebär detta att den geografiska placeringen i vissa situationer kan få en oväntat stor betydelse för möjligheten att bedriva verksamhet i olika delar av ett landsting.

Två näraliggande vårdmottagningar

Ett klagomål som inkommit till Konkurrensverket gäller en vårdmottagning i en större förort i en av storstadsregionerna där det etablerats två vårdmottagningar. Enligt den listning som gjordes enligt närhetsprincipen tilldelades den ena vårdmottagningen mer än tio gånger fler invånare än den andra (3268 respektive 267), trots att de båda mottagningarna låg i närheten av varandra i de centrala delarna av orten.

Av det svar som Konkurrensverket fått från det berörda landstinget framgår att de har använt en strikt tillämpning av närhetsprincipen och att den kraftiga skillnaden i antal listade invånare förklaras av att den ena vårdmottagningen ligger mer centralt än den andra och att de flesta invånare i den aktuella orten har närmare till denna mottagning.

Bild 7.1 Karta över ort med två närliggande vårdmottagningar



Källa: Google kartdata, bearbetad av Västra Götalandsregionen, Karta enligt närhetsprincipen per 1 oktober 2009, hämtad från www.vgregion.se

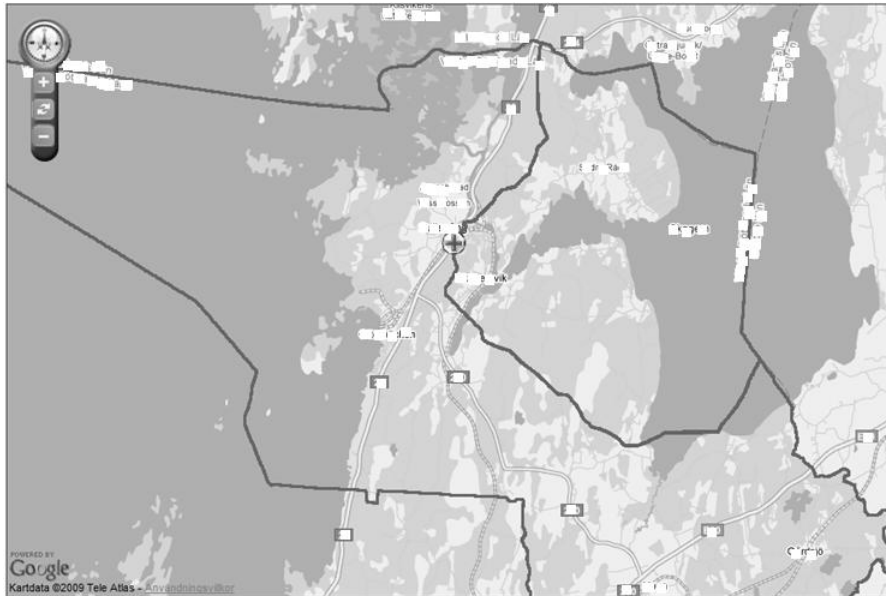
Exemplet som illustreras av bild 7.1 visar att en strikt tillämpning av närhetsprincipen kan leda till stora skillnader i antal listade invånare mellan två närliggande vårdmottagningar, även om skillnaden i avstånd kan tyckas försumbar. Val av lokalisering kan därmed få en avgörande betydelse för vårdgivare i ett vårdvalssystem där icke-valsalternativet baseras på närhetsprincipen.

Flera vårdmottagningar på samma adress

I samma landsting som exemplifieras ovan finns flera exempel på att två vårdmottagningar ligger på samma adress. Detta innebär att närhetsprincipen inte går att tillämpa. Enligt landstinget ger de modeller som använts resultatet att den ena vårdgivaren tilldelas samtliga invånare i närområdet och den andra blir utan. För att hantera problemet har landstinget i dessa fall gjort en manuell

justering av den geografiska positionen som inneburit att den ena vårdgivaren tilldelats samtliga invånare på den ena sidan om vårdmottagningen (t.ex. väster) medan den andra fått samtliga på den andra sidan (t.ex. öster).

Bild 7.2 Karta över ort med två vårdmottagningar på samma adress



Källa: Google kartdata, bearbetad av Västra Götalandsregionen, Karta enligt närhetsprincipen per 1 oktober 2009, hämtad från www.vgregion.se

Resultatet av den justering som illustreras i bild 7.2 var att den ena mottagningen fick omkring två tredjedelar av de invånare som listades enligt närhetsprincipen (1919 av 2839).

Sammanlagt har fem fall identifierats i det berörda landstinget där två vårdgivare har etablerat sig på samma adress. I två av fallen drivs båda mottagningarna i egen regi. I dessa fall har invånarna fördelats relativt jämnt mellan vårdgivarna. I de övriga tre fallen drivs den ena mottagningen av privat aktör medan den andra drivs i

landstingets egen regi. I samtliga dessa fall har den privata vårdgivaren fått färre listningar.

Konkurrensverket har kontaktat de tre vårdgivarna. Den första förklarade att de fått strax under hälften av invånarna och hade inte lämnat samtycke men inte heller protesterat mot fördelningen. Den andra berättade att de tagit kontakt med landstinget och påpekat den sneda fördelningen. Efter påtryckningar hade landstinget ändrat fördelningen så att de invånare som skulle fördelats enligt närhetsprincipen fördelades lika mellan vårdgivarna. Landstinget hade därefter föreslagit en ny justering av den geografiska placeringen som de lämnat samtycke till. Den tredje privata vårdgivaren hade inte fått någon respons från landstinget och var fortfarande mycket missnöjd.

7.5 Hur hantera första listningen?

Att den första listningen får en så stor ekonomisk betydelse för leverantörerna innebär en uppenbar konkurrensnackdel för de leverantörer som träder in i systemet efter att den första listningen har genomförts. De system som hittills identifierats innebär att de listningar som görs när systemet införs ligger kvar tills vidare. Det medför att de leverantörer som varit med från början får ersättning för passivt listade invånare under flera år trots att de kanske aldrig besöker vårdgivaren.

Nyetablerade vårdgivare får visserligen vara med vid fördelningen av nyinflyttade (och nyfödda). Hur många som fördelas på detta sätt är beroende på befolkningsutvecklingen och kan därför variera mellan olika landsting.

Den bästa lösningen är givetvis att invånarna engagerar sig och gör ett aktivt val av vårdgivare. Landstingen har ansvar för att ge god information och andra förutsättningar för att invånarna ska kunna

välja. Det är dock för närvarande en relativt låg andel av befolkningen som aktivt väljer vårdgivare inom primärvården. Eftersom tillämpade ersättningsmodeller ofta grundas på en stor del fast ersättning per listad invånare, kommer den initiala listningsproceduren med stor sannolikhet att ha stor betydelse för hur förutsättningarna för mångfald och konkurrens utvecklas i ett vårdvalssystem. Resultaten av den första listningen kan därför påverka konkurrensförhållandena under lång tid.

8 Vårdvalssystem och taxeläkare

Som framgår av beskrivningen i kapitel 4 finns för närvarande dels vårdgivare med samverkansavtal med landstinget (s.k. taxeläkare) och som får ersättning enligt den nationella taxan, dels vårdgivare som får ersättning i enlighet med ett vårdavtal med landstinget.

Taxeläkarnas samverkansavtal gäller ofta tills vidare. När vårdvalssystem införs innebär detta att det i många landsting kommer att finnas två parallella system för privata vårdgivare inom primärvården. I detta avsnitt redogörs för de konkurrensproblem som kan uppstå mellan dessa system.

8.1 Kostnadsansvar för vård hos annan vårdgivare

I landsting som tillämpar en ersättningsmodell med en hög andel kapitationsersättning är det vanligt att vårdgivaren har kostnadsansvar för besök som deras listade patienter gör hos andra vårdgivare. Detta gäller besök hos såväl vårdgivare inom vårdvalssystemet som vårdgivare med ersättning enligt den nationella taxan, dvs. taxeläkarna. Kostnadsansvaret omfattar endast den vård som ingår i vårdvalssystemet.

Detta kostnadsansvar motiveras utifrån att vårdgivarna ska ansvara för varje listads patients vårdbehov. Utan ett sådant kostnadsansvar skapas incitament för vårdgivarna att inte själva svara för vårdbehovet utan i stället hänvisa patienterna till andra mottagningar. Kostnadsansvaret kan dock medföra att en vårdgivare får avsevärda kostnader om invånare vid upprepade tillfällen går till andra vårdgivare utan att denne har möjlighet att påverka detta.

Erfarenheten i Halland är att det, om en vårdgivare vid upprepade tillfällen tar emot patienter som listats hos en annan vårdgivare, ofta

uppstår en diskussion mellan berörda vårdgivare om att förmå patienten att lista sig vid den mottagning där vården tillhandahålls. Problemet synes därför vara särskilt påtagligt när det handlar om vårdgivare utanför vårdvalssystemet, dvs. taxeläkare, eftersom det då normalt inte är möjligt att genom omlistning överlåta kapitationsersättningen och kostnadsansvaret till den vårdgivande taxeläkaren.

Det kan ifrågasättas om det är rimligt att vårdgivare i ett vårdvalssystem ska ha kostnadsansvar för patienter som föredrar att gå till taxeläkare utanför vårdvalet och som aldrig besöker den vårdgivare där denne är listad. Här bör övervägas att införa en möjlighet för patienter som så önskar att förbli olistade i vårdvalssystemet. En sådan lösning skulle innebära att taxeläkarna får ersättning från landstinget enligt LOL eller LOS och att någon kapitationsersättning i dessa fall inte betalas till någon vårdgivare i vårdvalssystemet.

8.2 Möjlighet till vård hos taxeläkare

Det har även framförts till Konkurrensverket att den information som givits till invånarna i samband med den första listningen i vissa fall varit otydlig vad gäller invånarnas möjlighet att efter vårdvalssystemets införande få vård från taxeläkare.

I vissa fall har informationen uppfattas som att invånarna inte längre har rätt att vända sig till en taxeläkare. Denna situation har uppstått i landsting där vårdvalssystemet innebär att invånarna måste listas vid någon vårdmottagning inom vårdvalssystemet och därmed uppfattar att de inte längre kan vara "listade" hos en taxeläkare. Detta har uppmärksammats som ett problem bland taxeläkarna, eftersom de därmed riskerar att förlora sina patienter till vårdgivarna i vårdvalssystemet.

Ytterligare en fråga som uppkommit är om taxeläkare ska kunna vara underleverantörer till vårdgivare i vårdvalssystemet. Som

framgår av LOL får taxeläkare inte ta emot någon annan ersättning från landstinget än enligt den nationella taxan. Det förekommer att landsting i förfrågningsunderlagen hindrar privata leverantörer att anlita taxeläkare som underleverantörer avseende del av vårdenhetens basuppdrag samt för servicetjänster. Från konkurrenssynpunkt innebär detta en begränsning. Konkurrensverket har inlett en granskning av om detta är förenligt med LOV.

8.3 Övervältring av kostnader

Ett annat exempel på en möjlig gränsdragningsproblematik mellan taxeläkare och vårdvals-system som kommit Konkurrensverket till del är övervältring av kostnader.

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning inom Stockholms läns landsting har vid den löpande uppföljningen uppmärksammat ett misstänkt fall av bedrägeri som rör redovisningen av kostnaderna för medicinsk service. Det gäller en taxeläkare som har ett onormalt högt nyttjande av medicinsk service (taxeläkare har inget kostnadsansvar för medicinsk service) och en närliggande vårdvalsproducent (vårdvalsproducenter har kostnadsansvar för medicinsk service) som har ett motsvarande, oväntat lågt, utfall.

När två ersättningssystem löper parallellt men med olika villkor för samma typ av verksamhet, finns alltid en risk för övervältring av kostnader mellan systemen, i syfte att öka vinsten för den enskilda enheten. Systematisk uppföljning och analys är viktigt för att skapa trovärdighet till de olika systemen och för att eliminera eventuella misstankar om att bedrägeri förekommer. I detta fall gäller misstanken otillbörligt nyttjande av fri medicinsk service genom annan leverantör.

8.4 Differentierade patientavgifter

Ytterligare kritik som framförts är att landsting har beslutat om högre patientavgifter för besök hos taxeläkare än för besök på den vårdmottagning där invånaren är listad enligt vårdvalssystemet. Effekten för patienten blir att ett besök hos taxeläkaren kan bli dyrare än ett besök på vårdmottagningen. Det finns inget som hindrar taxeläkarna från att ta ut en lägre patientavgift, men mellanskillnaden betalas då inte av landstinget. Oavsett vilket riskerar alltså taxeläkaren att påverkas negativt av de differentierade patientavgifterna.

Frågan om differentierade patientavgifter (såväl inom ett vårdvalssystem som mellan taxeläkare och vårdgivare i vårdvalssystemet) har varit föremål för prövning enligt kommunallagen. I en dom från länsrätten fastslås att detta förfarande inte anses strida mot vare sig kommunallagen eller hälso- och sjukvårdslagen (Länsrätten i Skåne läns dom i mål 12405-08, 12672-08, meddelad i Malmö 2009-06-16).

I detta fall är det kommunallagens likställighetsprincip som rör kommuninvånarna som har prövats. Som framgår av domen har differentierade patientavgifter i praxis, avseende annan lagstiftning än LOV, ansetts vara ett godtagbart sätt att styra patientströmmarna i önskad riktning. I ett vårdvalssystem kan det handla om att styra patienten att söka vård hos den vårdgivare där individen är listad och som har kostnadsansvaret för den vård som ges patienten.

I det fall som varit föremål för bedömning gäller de differentierade patientavgifterna även i relationen mellan vårdgivare inom vårdvalssystemet, där patienten får betala en högre patientavgift om denne väljer att besöka en annan vårdgivare än den där patienten är listad.

Konkurrensverket har gjort bedömningen att förfarandet med differentierade patientavgifter inte strider mot LOV så länge alla leverantörer inom valfrihetssystemet behandlas lika. Eftersom

taxeläkare inte ingår i valfrihetssystemet omfattas inte heller detta fall av LOV (Konkurrensverkets beslut dnr 300/2009).

Från konkurrenssynpunkt kan dock differentierade patientavgifter leda till att konkurrensen mellan vårdgivarna snedvrids. Det finns även risk för att avgifterna skapar inlåsnings effekter inom vårdvalssystemet genom att den högre avgiften uppfattas som en omställningskostnad för invånare som funderar på att byta och därför vill pröva att gå till en annan vårdgivare. Som framgår av avsnitt 5.1.4 riskerar detta leda till att kundnöjdheten försämras, vilket i sig begränsar förutsättningarna för en väl fungerande konkurrens.

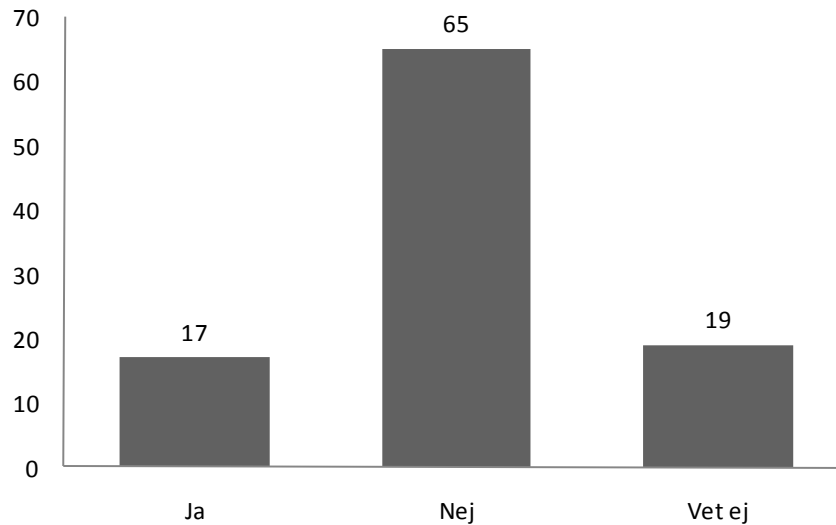
9 Farhågor och förväntningar inför vårdvalet

Konkurrensverket har uppdragit åt konsultföretaget Markör (2009) att undersöka de privata vårdgivarnas förväntningar och farhågor inför införandet av det obligatoriska vårdvalet den 1 januari 2010. Undersökningen genomfördes via telefonintervjuer med 140 företag (varav 54 som är verksamma i ett vårdvalssystem) inom primärvård. Syftet med undersökningen har varit att ge en indikation på frågor som är viktiga för berörda företag samt vilka problem som finns eller befaras uppkomma. Rapporten finns på Konkurrensverkets webbplats (www.konkurrensverket.se/rapporter).

Av intervjuade företag finns en överblick av sådana som etablerats under de senaste åren. De flesta av dessa företag är små med ett fåtal anställda. Huvuddelen av de intervjuade företagen är verksamma i landsting som redan infört vårdvalssystem, främst Stockholm men även Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Ungefär fyra av tio företag har svarat att de är verksamma inom ett vårdvalssystem.

Samtliga företag i undersökningen har fått ta ställning till hur de kommer att agera och hur de kan komma att påverkas av, vårdvalssystemens införande i landstingen. Som framgår av bild 9.1 uppger en majoritet (65 procent) av de företag som redan är verksamma inom ett eller flera vårdvalssystem att de inte avser ansöka om godkännande i ytterligare vårdvalssystem, medan 17 procent avser att göra det.

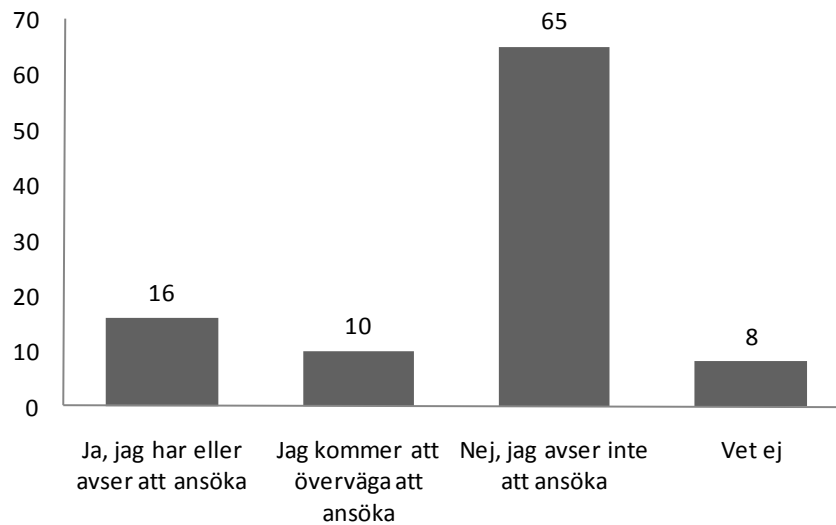
Bild 9.1 Kommer företaget att ansöka om godkännande i fler vårdvalssystem i primärvården? Procent
(Fråga till företag som redan ingår i ett vårdvalssystem)



Som orsak till varför företagen inte avser att ansöka om godkännande i fler vårdvalssystem framförs att man är nöjd med omfattningen på den egna verksamheten, att verksamheten är nystartad och att de krav som ställs upplevs som orimliga. Andra orsaker är att den ekonomiska ersättningen upplevs som otillfredsställande och att man avvaktar för att se hur vårdvalet utvecklar sig. Flera anger att det i framtiden kan bli aktuellt att ansöka till fler vårdvalssystem.

Även bland de företag som inte är verksamma inom ett vårdvalssystem anger en stor andel av de tillfrågade (65 procent) att de inte avser att ansöka om att få delta i ett vårdvalssystem medan 26 procent har, avser eller kommer att överväga att ansöka om deltagande, vilket framgår av bild 9.2.

Bild 9.2 Kommer företaget att ansöka om godkännande i ett vårdvalssystem i primärvården? Procent
(Fråga till företag som inte ingår i ett vårdvalssystem)



Något som flera av dessa vårdgivare nämner som orsak till varför de inte avser att ansöka om godkännande i ett vårdvalssystem är att de närmar sig pensionsålder och därför inte ser det som något alternativ. Bland dessa vårdgivare är det ingen som planerar att sälja eller överlåta verksamheten, framförallt pga. att det inte bedöms vara möjligt för allmänläkare att överlåta verksamheten när vårdvalssystemen införs.

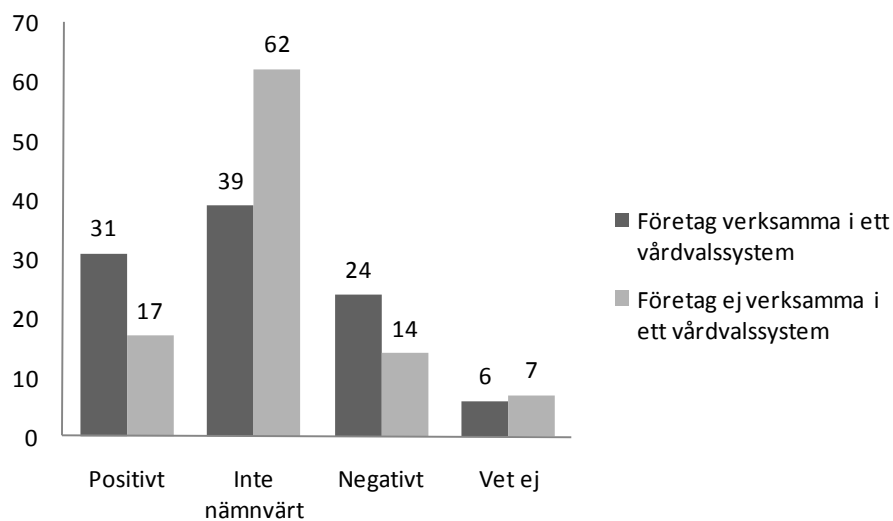
Även bland dessa vårdgivare framförs att kraven upplevs vara svåra att uppfylla för företag som drivs av en eller ett fåtal personer och att vårdvalet skulle kräva en större ekonomisk investering än vad de i nuläget är beredda att göra.

Vissa företag anger att verksamheten bara är en bisyssla eller att de för närvarande arbetar med landstinget under fasta avtal som vårdvalet inte kommer att påverka.

På frågan om hur det obligatoriska vårdvalet kommer att påverka det totala antalet företag inom primärvården svarade 54 procent av företagen att antalet kommer att öka. Ungefär lika stor andel (52 procent) tror att vårdvalssystemen kommer att bidra till ett ökat utbud av tilläggstjänster. En stor del av de exempel på tjänster som anges är dock sådana som normalt ligger inom det offentliga åtagandet och som även finansieras av landstingen. I dessa fall handlar det således snarare om tilläggsuppdrag som vårdgivare kan få från landstingen, exempelvis uppdrag att bedriva specialistvård och barnhälsovård vid sidan av vårdvalssystemet.

I bild 9.3 redovisas resultatet av frågan hur företaget har eller hur det kan komma att påverkas av införandet av vårdvalssystemen. De företag som inte är verksamma i ett vårdvalssystem tycks i stor utsträckning (62 procent) vara av åsikten att den egna verksamheten inte kommer att påverkas nämnvärt av vårdvalssystemens införande. Ungefär lika många tror att verksamheten kommer att påverkas positivt (17 procent) som negativt (14 procent).

Bild 9.3 Hur har eller kommer företaget att påverkas av vårdvalet?
Procent



Som framgår av bilden är det som förväntat en större andel av företagen som redan är etablerade i ett eller flera vårdvalssystem som tagit ställning till huruvida verksamheten har påverkats positivt (31 procent) eller negativt (24 procent). Något färre (39 procent) menar att verksamheten inte har påverkats i nämnvärd utsträckning av vårdvalssystemet.

De företag som uppger att verksamheten påverkats positivt uppger bl.a. att valfrihetssystemet varit en förutsättning för att starta företaget och att det lett till ett ökat antal patienter samt möjliggjort för företaget att visa sin förmåga att erbjuda en högkvalitativ vård. Bland annat framförs följande:

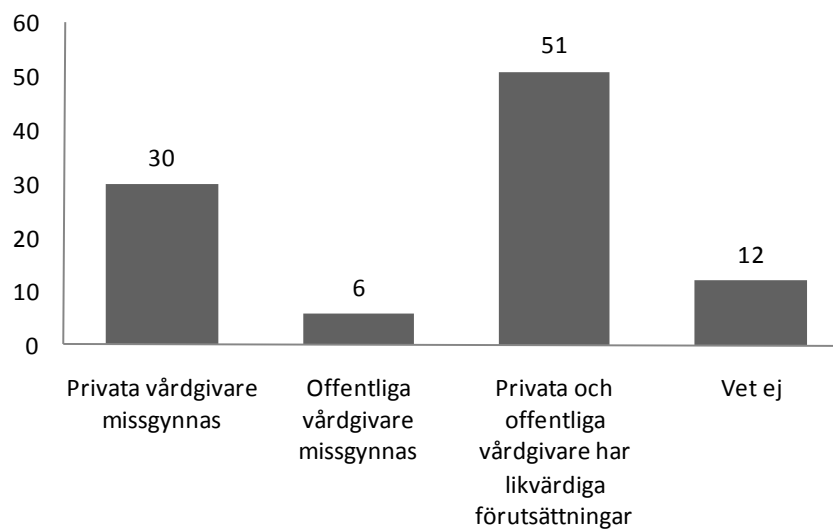
”Det har ju möjliggjort att starta vårt företag från noll. På sex månader har vi igångsatt nio driftställen, anställt 50 personer och fått 23 000 patienter. Om man skulle ha byggt en liknande organisation under andra förutsättningar skulle det ha tagit mycket längre tid.”

De företag som uppger att verksamheten har påverkats negativt menar exempelvis att kraven är för höga, ersättningen för låg, patientantalet har sjunkit samt att de administrativa bördorna har ökat. Detta ges bl.a. följande uttryck:

”Det har blivit mera krav och mindre medel, alltså blir patienterna lidande när man får mindre tid för dem. Vi har många invandrare som har svårt med språket och andra patienter som det krävs längre tid för. Vi måste ha hög tillgänglighet och längre öppettider. Kräver att vi måste ha öppet 8-22, trots att behovet då på kvällen är obefintlig. För att klara detta har vi tvingats sluta avtal med annat företag. Detta medför inget viktigt, bara extra pengar, tid och kraft.”

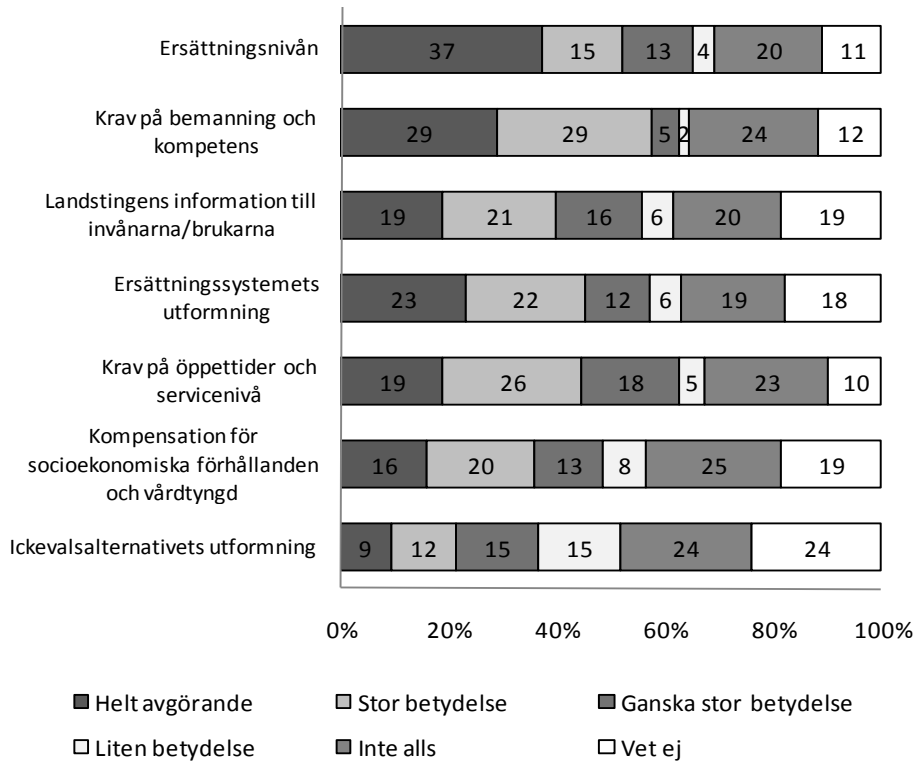
Samtliga företag har tillfrågats om de tror att införandet av vårdvalssystem kommer leda till att privata och offentliga vårdgivare ges likvärdiga förutsättningar att bedriva sin verksamhet. Som framgår i bild 9.4 anser huvuddelen (51 procent) att privata och offentliga vårdgivare ges likvärdiga förutsättningar, 30 procent anser att privata vårdgivare missgynnas och endast 6 procent att offentliga vårdgivare missgynnas. Det går inte att utläsa någon skillnad mellan företag som är verksamma i ett vårdvalssystem och de som inte är det.

Bild 9.4 Ges privata och offentlig vårdgivare likvärdiga förutsättningar i vårdvalssystemet? Procent



De faktorer som företagen tror kommer att ha stor betydelse för att bedriva primärvårdsverksamhet inom ett vårdvalssystem är framförallt ersättningsnivån, ersättningssystemets utformning, kraven på bemanning och kompetens samt öppettider och servicenivå. Som framgår av bild 9.5 anser närmare fyra av tio att ersättningsnivån kommer att ha avgörande betydelse. Icke-valsalternativets utformning tillmäts inte någon större vikt i sammanhanget. En bidragande orsak kan vara att en stor del av de svarande verkar inom Stockholms läns landsting som inte tillämpar någon passiv listning.

Bild 9.5 Vilken betydelse har följande faktorer av för företagens förutsättningar att bedriva primärvårdsverksamhet i ett vårdvalssystem? Procent



Företagen har i även beretts möjlighet att fritt uttrycka sin mening vad som kommer att vara av betydelse för förutsättningarna för att driva berörd verksamhet inom ett vårdvalssystem. Ett återkommande svar här var ersättningsnivån och principerna för ersättningen. Även frågan om landstingens sätt att hantera moms tas upp som en konkurrensnackdel för de privata vårdgivarna.

Vikten av information om vårdgivarna samt långsiktiga spelregler från landstingens sida är andra viktiga frågor som tas upp av flera företag i undersökningen. Ett företag lyfter även landstingets

förmåga att hantera rollen som beställare som en avgörande faktor för att få ett fungerande vårdvalssystem.

Farhågor och förväntningar inför vårdvalssystemens ikraftträdande

Slutligen har företagen fått lyfta fram sina främsta farhågor och förväntningar inför vårdvalssystemens införande. Även bland dessa svar återkommer frågan om ersättningsnivåer. Många framför en rädsla för att egna vårdmottagningar kommer tvingas att upphöra med verksamheten eller rentav gå i konkurs på grund av för få patienter eller för låg ersättning. Här hänvisas också till att landstingen subventionerar sin egen verksamhet.

En annan, kanske i sammanhanget överraskande, farhåga är att systemet blir kostnadsdrivande, t.ex. genom att fler provtagningar beställs och genomförs på patienternas begäran oavsett om det är medicinskt motiverat, eftersom vårdgivarna anser att de måste tillfredsställa patientens önskemål.

Flera företag framförde dessutom en oro för att systemen inte är tillräckligt utarbetade och att detta leder till barnsjukdomar och kaos i landstingen. Det finns även en rädsla för att det saknas en stabil politisk förankring och att de vårdvalssystem som nu införs riskerar att brytas upp om det blir en ny politisk majoritet vid nästa val.

Bland de förväntningar som framfördes var det mest återkommande svaret att systemet skulle bidra till en bättre vård och ökad tillgänglighet för patienterna.

10 Avslutande kommentarer

Lagen om valfrihetssystem (LOV) infördes som en del i regeringens strävan mot att sätta medborgaren i fokus, öka dennes valfrihet och inflytande samt att stimulera fler utförare och större mångfald inom vård- och omsorgssektorn. Den reform som nu genomförs i primärvården (och som innebär att samtliga landsting ska organisera verksamheten enligt LOV) bidrar till att stärka patientens ställning ytterligare. Samtidigt förbättras förutsättningarna för konkurrens och möjligheten för vårdgivare att starta egen verksamhet förstärks.

Vårdvalssystem i primärvården är en relativt ny företeelse, vilket innebär att erfarenheterna i många avseenden fortfarande är något begränsade. Baserat på hittillsvarande erfarenheter är det möjligt att göra några inledande iakttagelser av förekommande konkurrens- och etableringsproblem. Hittills uppmärksammade problem har till stor del koppling till listningsproceduren och utformningen av icke-valsalternativet inom vårdvalssystemet.

Passiv listning och etableringsmöjligheter

I samtliga landsting som infört ett vårdvalssystem förekommer någon form av kapitationsersättning, vilket innebär att vårdgivarna får en fast ersättning för varje patient som listats vid vårdmottagningen. I system där ersättningen huvudsakligen grundas på kapitering i kombination med omfattande kostnadsansvar¹², listas vanligtvis samtliga invånare inom landstinget vid någon mottagning. De som inte aktivt väljer listas enligt icke-valsalternativet.

Från konkurrenssynpunkt har den passiva listningen varit förenad med vissa problem. Det är rimligt att anta att personer med ett

¹² Kostnadsansvar som även omfattar vård hos annan vårdgivare än den där patienten är listad.

begränsat vårdbehov har en lägre benägenhet att göra ett aktivt val av vårdenhet, vilket medför att passivt listade i genomsnitt är mindre kostnadskrävande än personer som gjort ett aktivt val. De mottagningar som erhåller en relativt stor andel passiva listningar får därmed en ekonomisk fördel. Detta innebär att de principer som används vid fördelningen av passivt listade många gånger får betydelse för företagets möjlighet att etablera sig inom vårdvalssystemet.

Enligt Konkurrensverkets iakttagelser har den passiva listningen vid införandet av vårdvalssystem ofta bidragit till att befintliga mottagningar gynnas. Andra sidan av myntet blir att etableringssvårigheter för nya vårdgivare skapas, vilket försämrar förutsättningarna för mångfald och fungerande konkurrens.

Listning inget krav enligt LOV

Landstingen är enligt LOV skyldiga att tillhandahålla ett icke-valsalternativ för de individer som inte själva kan eller vill välja vårdgivare. Det ska särskilt framhållas att LOV lämnar stor frihet för landstinget att utforma valfrihetssystemet efter lokala preferenser. Det ställs inte något krav på att passiv listning alltid ska ske, det enda som krävs är att det finns ett fullgott icke-valsalternativ. Det är alltså möjligt att låta invånare vara olistade i ett vårdvalssystem.

Olika konkurrensaspekter avseende listningsproceduren

I ett system med stor del rörlig ersättning och där kapitationsersättning endast utgår för aktiva val (ingen passiv listning förekommer) undviks flera av de problem som identifierats i föreliggande rapport. Exempelvis får valet av lokalisering inte en lika avgörande betydelse för företagen som när närhetsprincipen tillämpas som grund för listningsproceduren. Samtidigt skapar systemet starkare incitament för vårdgivarna att vidta åtgärder för att invånarna ska lista sig vid någon mottagning.

Vidare innebär ett sådant system att det typiskt sett kan vara lättare för nya vårdgivare att etablera sig efter att vårdvalssystemet har trätt i kraft. Från konkurrenssynpunkt kan således mycket tala för ett system utan passiv listning och en större del rörlig ersättning.

Andra avväganden kan dock tala för ett system med passiv listning och en större del kapitationsersättning. Exempelvis innebär det att landstingen erhåller kontroll över den totala kostnaden för primärvården. Systemet kan även bidra till att stimulera hälsofrämjande arbete.

Från konkurrenssynpunkt kan det även finnas avväganden som talar för att, utifrån konkurrensneutrala villkor, lista samtliga invånare vid införandet av ett vårdvalssystem. Här bör särskild hänsyn tas till marknadsförhållandena vid införandet av vårdvalssystemet. Genom att den initiala listningen innebär att företagen kan få en viss kundstock redan från första dagen av vårdvalssystemet, kan den initiala listningen underlätta för nya vårdgivare att etablera sig på marknaden. Särskilt i landsting där antalet vårdgivare är litet kan detta vara ett sätt att snabbt etablera en verklig valfrihet för invånarna.

Starten är viktig för den fortsatta utvecklingen

Mot bakgrund av nämnda konkurrensproblem bör landstingen noga överväga vilka av de nu tillämpade principerna som är ändamålsenliga och huruvida ersättningsmodellerna är rimliga. För att en väl fungerande konkurrens ska kunna växa fram, är det viktigt att landstingen noga avväger balansen mellan kapitations- och prestationsbaserad ersättning mot förhållandena i det enskilda landstinget.

En uppenbar risk finns att de initiala problem som identifierats får återverkningar även långsiktigt alldeles oavsett om en anpassning av villkoren sker längre fram. För vårdvalssystemet en felaktig start kan det vara ett drygt arbete att återskapa förtroendet för den valda modellen.

Tillsyn över LOV och konkurrensfrämjande åtgärder

Konkurrensverket vill avslutningsvis framhålla att landstingen har givits en betydande frihet när de utformar sina vårdvals-system enligt LOV. Det går därför inte att sätta något likhetstecken mellan å ena sidan sådant som är olämpligt från konkurrenssynpunkt och å andra sidan sådant som är förbjudet enligt LOV. Det som är olämpligt från konkurrenssynpunkt kan men behöver inte alltid vara förbjudet enligt LOV.

Som alltid med lagstiftning är det inte möjligt och heller inte alltid önskvärt att förbjuda alla olämpliga beteenden – gott omdöme och sunt förnuft måste också få ett spelrum. Vad gäller LOV kan särskilt konstateras att viktiga delar av valfrihetssystemen har undantagits från möjligheterna till rättslig prövning genom överklagande, bl.a. frågan om information till brukarna och utformningen av icke-valsalternativet.

Konkurrensverket har här dubbla roller. I rollen som tillsynsmyndighet tolkas LOV i de tillsynsbeslut som fattas. Inom ramen för nuvarande utvärderingsuppdrag står det Konkurrensverket däremot mera fritt att även anlägga lämplighetsaspekter utifrån ett konkurrensperspektiv.

Det fortsatta arbetet

Syftet med föreliggande rapport har varit att identifiera konkurrensproblem som kan uppstå i samband med införandet av vårdvals-system i primärvården. Utifrån aktualiserade konkurrensproblem kommer ytterligare utredningsinsatser vidtas för att inhämta information för djupare analyser.

En ofta återkommande fråga är att ersättningsnivåerna är låga och att egenregin tillåts bedriva verksamheten med underskott, vilket snedvrider konkurrensen mellan vårdgivarna. Denna fråga kommer

så långt möjligt att belysas i det fortsatta utredningsarbetet. Det bör dock framhållas att frågan till sin natur är sådan att ett vårdvals-system bör ha varit i gång en tid för att den ska kunna utredas. En annan fråga som kommer att belysas i den fortsatta utvärderingen, och som har betydelse för vårdgivarnas möjlighet att delta i ett vårdvalssystem, är hur brett vårdgivarnas åtagande utformas och vilka villkor som gäller för etablering.

Här kan även nämnas att Konkurrensverket har ett särskilt uppdrag att följa ersättningsetableringarna och de konkurrensproblem som kan uppstå i gränslandet mellan vårdvals- och taxeläkarsystemen. En statlig utredare har nyligen lagt fram förslag med avgörande betydelse för taxeläkarnas framtida verksamhet. Konkurrensverket vill i detta avseende framhålla att vårdvalet inte är avsett som ett redskap för att påverka utformningen eller utvecklingen i andra sidoordnade system, t.ex. taxeläkarna och deras ersättningar enligt LOL.

Källor

Anell, A. (2009). *Vårdval i primärvården - Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner*. Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet.

Anell, A. (2008). *Vårdval i primärvården - Modeller och utvecklingsbehov*. Skriftserie 2008:1, Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet.

Anell, A. (2004). *Strukturer, resurser, drivkrafter*. Lund: Studentlitteratur.

Berggren, A.-M., Sandberg, C., & Bogenstam, N. (2009). *Vårdval Stockholm 2008 - Vårdvalsrapport januari-december 2008*. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Stockholms läns landsting.

Berggren, A.-M., & Sandberg, C. (2008). *Vårdval Stockholm - Första kartläggningen*. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Stockholms läns landsting.

Carlton, D. W., & Perloff, J. M. (2000). *Modern Industrial Organization* (3 uppl.). United States of America: Addison-Wesley.

Charpentier, C. (2004). *Kundvalets effekter och funktionssätt*. Working paper Series in Business Administration NO 2004:1.

Dir. 2009:81. *Kommunala företag*. Finansdepartementet.

Dir. 2007:90. *Patientens rätt i vården*. Socialdepartementet.

Ds 2007:22. *Ersättningsetablering m.m. för vissa privata vårdgivare*.

Econ Analysis. (2004). *Kundvalssystemets effekter på kostnader i Nacka - Framtagen på uppdrag av Nacka kommun*. Rapport 2004-042.

Frontier Economics. (2006). *Choice in the delivery of local government services*. A report prepared for the Audit Comissoin, London.

Jansson, J. O. (2006a). *Ekonomi och politik för tjänster*. Stockholm: SNS Förlag.

Jansson, J. O. (2006b). *The Economics of Services. Development and Policy*. Cheltenham: Edward Elgar.

Konkurrensverket. (2009). *Åtgärder för bättre konkurrens - Förslag*. Konkurrensverkets rapportserie 2009:4.

Konkurrensverket. (2007). *Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg - förslag för konkurrens och ökat företagande*. Konkurrensverkets rapportserie 2007:3.

Konkurrensverket. (2004). *Myndigheter och marknader – tydligare gräns mellan offentligt och privat*. Konkurrensverkets rapportserie 2004:4.

Konkurrensverket. (2002). *Vårda och skapa konkurrens - Vad krävs för ökad konsumentnytta?* Konkurrensverkets rapportserie 2002:2.

Konsumentverket. (2009). *Kundrörlighet - exempel på hinder för konsumenter inom några viktiga marknader*. 2009:5.

Markör. (2009). *Företagens förväntningar inför värdevals-systemets införande*. Rapport på uppdrag av Konkurrensverket.

Nilsson, J.-E., Bergman, M., & Pyddoke, R. (2005). *Den svåra beställarrollen - Om konkurrensutsättning och upphandling i offentlig sektor*. SNS Förlag.

Nutek. (2005). *Små företag och offentlig upphandling - Hinder och möjligheter för små företag att delta i offentliga upphandlingar*. R 2005:21.

OECD. (2006). *Barriers to entry 2005*. Policy roundtables DAF/COMP(2005)42.

OECD. (2005). *Product Market Competition in OECD Countries: A Synthesis*. Working Party No. 1 on Macroeconomic and Structural Policy Analysis.

OECD. (2002). *Competition, Innovation and Productivity Growth: A Review of Theory and Evidence*. Working Papers No. 317, Economics Department .

Paulsson, G. (2009). *Vårdval Halland - Utvärderingsrapport 2008*. Ekonomihögskolan Lunds universitet.

Prop. 2008/09:171. *Offentliga bidrag på lika villkor*.

Prop. 2008/09:74. *Vårdval i primärvården*.

Prop. 2008/09:29. *Lag om valfrihetssystem*.

Riksevisionen. (2008). *Statens styrning av kvalitet i privat äldreomsorg*. RiR 2008:21.

Socialstyrelsen. (2007). *Kundval inom äldreomsorgen*.

Socialstyrelsen. (2004). *Konkurrensutsättning inom äldreomsorgen*.

SOU 2009:84. *Regler för etablering av vårdgivare - Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård*. Slutbetänkande av Utredningen om patientens rätt.

SOU 2008:37. *Vårdval i Sverige*. Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt .

SOU 2004:19. *Långtidsutredningen 2003/04*. Huvudbetänkande av Långtidsutredningen.

SOU 2003:7. *Åldersgränser och ersättningsetablering*. Betänkande från Vårdgivarutredningen .

SOU 1996:67. *Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader.*

Statskontoret. (2007). *Vård, skola och omsorg - vilken information behöver brukaren för att välja.* 2007:19.

Stockholms Stad. (2007). *Hemtjänsten i Stockholm - en enkät till brukarna hösten 2006.*

Svenskt Näringsliv. (2008). *Vårdval - att flytta makten till patienterna.*

Svenskt Näringsliv. (2007). *Får kommunens invånare veta vad de vill veta 2006?*

Svensson, M., & Edebalk, P.-G. (2006). *Kvalitetskonkurrens och kundval inom kommunal äldreomsorg.* Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie 2006:6.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2009a). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2008.*

Sveriges Kommuner och Landsting. (2009b). *Privata läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt nationell taxa.*

Sveriges Kommuner och Landsting. (2008). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2007.*

Sveriges Kommuner och Landsting. (2007). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006.*

Sveriges Kommuner och Landsting. (2006). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005.*

Sverigs Kommuner och Landsting. (2005). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2004.*

Sveriges Kommuner och Landsting. (2004). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2003.*

Sveriges Kommuner och Landsting. (2003). *Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner 2002*.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2002). *Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner 2001*.

Intervjuer

Karlsson, K., & Enderborn, K. (den 6 oktober 2009). Landstinget Västmanland. (J. Nilsson, S. Sagebro, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 8 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Olsson, A., & Lundqvist, P. (den 30 september 2009). Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. *Stockholms läns landsting*. (J. Nilsson, S. Sagebro, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 10 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Preuss, J. (den 5 oktober 2009). Landstinget Halland. (J. Nilsson, S. Sagebro, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 11 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.