

Uppföljning av vårdval i primärvården

Landstingens vårdvalssystem och erfarenheter
Delrapport 2

Konkurrensverkets rapportserie 2010:2

Konkurrensverket maj 2010

Utreddare: Stefan Jönsson, Josefin Nilsson (projektledare) och
Maria Weber Persson

ISSN-nr 1401-8438

E-print AB, Stockholm 2010

Foto: Istockphoto

Förord

Konkurrensverket har regeringens uppdrag att från konkurrens- synpunkt följa och utvärdera landstingens införande av vårdvals- system i primärvården. Uppdraget ska slutredovisas senast den 25 november 2010.

Denna rapport utgör den andra delredovisningen av uppdraget. I rapporten beskrivs hur landstingen utformat sina vårdvalssystem, motiven bakom särskilda ställningstaganden samt erfarenheterna från införandeprocessen.

Hittillsvarande erfarenheter från vårdvalssystemen och införandet är generellt sett positiva. Systemen är dock fortfarande under utveck- ling och i samtal med såväl landsting som vårdgivare har Konkur- rensverket identifierat vissa förbättringsområden.

I denna rapport lämnas ett antal förslag och rekommendationer till hur de vårdvalssystem som nu införts kan vidareutvecklas

Stockholm i maj 2010

Dan Sjöblom
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	6
1 Inledning	11
1.1 Konkurrensverkets uppdrag.....	11
1.2 Kort summering av första delrapporten	12
1.3 Fokus i andra delrapporten.....	14
2 Motiv och mål som präglat vårdvalssystemen	16
3 Landstingens vårdvalssystem	19
3.1 Vårdvalsuppdragets bredd och krav på vårdgivarna.....	19
3.1.1 Verksamheter som ingår i uppdraget.....	20
3.1.2 Reglering av och ansvar för verksamheten.....	24
3.1.3 Samverkan och tilläggsuppdrag.....	29
3.1.4 Motiv och särskilda hänsyn	30
3.1.5 Synpunkter från olika vårdaktörer	33
3.2 Listning och icke-val	38
3.2.1 Övergångsregler för listning av patienter	39
3.2.2 Listning av nyinflyttade och nyfödda	42
3.2.3 Synpunkter från olika vårdaktörer	45
3.3 Ersättningssystem.....	46
3.3.1 Ersättningssystemens uppbyggnad	46
3.3.2 Moms och administration	54
3.3.3 Synpunkter från olika vårdaktörer	55
4 Ersättningsnivå och subventioner	60
4.1 Fastställande av ersättningsnivåer.....	60
4.2 Ersättningsnivå som marknadsregulator.....	62
4.3 Bedömning av ersättningsnivå	63
4.3.1 Ifrågasättande av ersättningsnivåer.....	63
4.3.2 Misstanke om subventioner	64
4.3.3 Indikatorer på felaktig ersättningsnivå	66

5	Erfarenheter från vårdval.....	68
5.1	Införandeprocessen ur ett landstingsperspektiv.....	68
5.1.1	Erfarenheter från införandet	69
5.1.2	Lärdomar från införandet.....	70
5.2	Nyetablerade och godkända vårdenheter	72
5.3	Nya vårdgivare och utvecklingstendenser	76
5.4	Vårdgivarnas misstro till vårdvalssystemen	80
6	Att styra genom beställar-/utförarorganisation	84
6.1.1	Styrning av verksamhet.....	84
6.1.2	Roller och ansvar	86
6.1.3	Nya roller i landstingen.....	88
7	Tillsyn och tillämpning av LOV.....	90
7.1	Frågor om talerätt.....	92
7.2	Beslut att inte godkänna en leverantör.....	93
7.3	Krav i förfrågningsunderlaget	95
7.4	Icke-valsalternativets utformning	100
7.5	Bristande konkurrensneutralitet	104
8	Sammanfattande slutsatser och rekommendationer	106
8.1	Fortsatt utveckling av vårdvalssystemen.....	107
8.2	Utveckling av tillgänglig information	111
8.3	Arbete med konkurrensneutralitet	113
8.4	Lärdomar från införandeprocessen	119
8.5	Det fortsatta utredningsarbetet	120
Källor	122

Sammanfattning

Konkurrensverket har fått i uppdrag av regeringen att följa och utvärdera landstingens införande av vårdvalssystem i primärvård. Detta är den andra delrapporten inom ramen för uppdraget. Fokus i rapporten ligger på hur landstingen har utformat vårdvalssystemen, motiven bakom särskilda ställningstaganden samt erfarenheterna från införandeprocessen. Slutrapporten kommer att presenteras senast den 25 november 2010.

Landstingens motiv och mål vid införandet av vårdval

De bakomliggande motiven och målen som landstingen har haft vid införandet av vårdval varierar. Generellt sett har de landsting som införde eller planerade att införa ett vårdvalssystem i primärvården redan innan det blev obligatoriskt, haft uttalade mål om mångfald och att stärka patientens ställning genom att skapa förutsättningar för reell valfrihet.

De landsting som anger att de troligen inte hade infört något vårdvalssystem om det inte blivit obligatoriskt har uppgivit att det huvudsakliga syftet vid införandet har varit att följa lagen.

Landstingens utformning av vårdvalssystemen

Vårdvalsuppdragets bredd

Det finns ingen entydig definition av begreppet primärvård. Trots detta finns det stor överensstämmelse mellan landstingen om vad som utgör grund- eller basåtagande i primärvården.

De främsta skillnaderna är hur landstingen har valt att hantera barnhälsovård, mödrahälsovård, rehabilitering, hemsjukvård och medicinsk fotvård. Det finns även landsting som har valt att dela upp

primärvården i flera olika vårdvalssystem, där till exempel barnhälsovård är ett eget vårdval.

Det har också framkommit att vissa åtaganden som ingår i uppdraget, exempelvis hemsjukvård, kan variera i omfattning mellan landstingen. Krav om särskild bemanning och tillgänglighet över dygnet kan ha stor betydelse för hur vittgående uppdraget är.

Listning och icke-val

Möjligheten för invånarna att välja vårdgivare i primärvården är ingen ny företeelse och i flera landsting har det sedan tidigare funnits någon form av listningssystem. I de vårdvalssystem som nu har införts ges vårdgivarna generellt sett ingen rätt att neka eller avvisa någon som väljer vårdenheten, vilket innebär att patientens rätt att välja vårdgivare därmed har stärkts.

Flertalet landsting har valt en modell för listning som innebär att invånare som inte aktivt väljer vårdgivare listas passivt. Val av princip för fördelning av icke-väljare har stor betydelse för nya vårdgivares möjlighet att etablera sig, eftersom en betydande del av ersättningen ofta grundas på antalet listade patienter.

Ersättningssystemet

Samtliga landstings ersättningssystem innefattar en kapitationsersättning, dvs. en fast ersättning som utgår för invånare som listats vid en vårdmottagning. I samtliga fall tillämpas någon form av viktning av kapitationsersättningen. Principerna för viktning varierar mellan landstingen.

Därutöver utgår ofta någon form av besöksrelaterad ersättning. För att styra vårdgivarna i önskad riktning tillämpar flertalet landsting även någon form av målrelaterad ersättning.

Ersättningsystemens konstruktion är ofta ett resultat av tidigare traditioner och erfarenheter inom respektive landsting och ett verktyg för att uppnå de fastslagna målen för vårdvalet.

Ersättningsnivåer och subventioner

Ersättningsnivåer i landstingen fastställs årligen utifrån den beslutade budgetramen för verksamheten. Det finns en misstro bland vårdgivare, att landstingen inte gör korrekta bedömningar av ersättningsnivån i förhållande till vårdvalsuppdraget och de krav som ställs på vårdgivarna. Privata vårdgivare upplever att det finns brister i landstingens redovisning och uppföljning som leder till att felaktiga beslutsunderlag presenteras för beslutsfattarna, vilket kan leda till att ersättningsnivån sätts för lågt.

Erfarenheter från vårdvalssystemen

Bestämmelsen om obligatoriskt vårdval trädde i kraft den 1 januari 2010. Flera landsting har tolkat det som att förfrågningsunderlagen för vårdvalssystemen senast vid denna tidpunkt ska finnas tillgängliga i Kammarkollegiets databas (Valfrihetswebben). Den faktiska starten av vårdvalet har därför förskjutits i vissa landsting.

Införandeprocessen

Uppfattningen hos landstingen är att införandeprocessen har gått snabbt och att den har krävt stora arbetsmässiga insatser. I flera landsting som inte tidigare haft, men som i och med vårdvalet infört någon slags beställar-/utförarorganisation, framförs att det tar tid att till fullo införa en sådan modell i både tanke och handling.

Införandet av vårdval har bidragit till att sätta ljus på flera viktiga frågor. Det har även framförts att vårdvalssystemet har bidragit till att kostnader mer tydligt kopplas till resurser samt att olikheter mellan vårdenheter har uppmärksamats. En annan positiv effekt som framkommit är att primärvårdens uppdrag och avgränsningen

gentemot den specialiserade vården har tydliggjorts. Även frågan om uppföljning och målstyrning har fått ökat fokus.

Nyetableringar

Mätt som antalet mottagningar har vårdvalsreformen bidragit till en ökad valfrihet för patienterna. Totalt har 181 nya vårdenheter etablerats eller godkänts för etablering, vilket motsvarar en ökning på nära 19 procent. Det är framförallt privata vårdgivare som svarar för ökningen.

Många av de vårdgivare som har etablerat nya mottagningar är sedan tidigare kända av landstingen. Det kan exempelvis handla om vårdgivare som bedrivit vård inom annan specialitet eller vårdgivare med ersättning enligt den nationella taxan.

Utvecklingstendenser

Införandet av vårdval har medfört positiva förändringar, såsom förbättrad tillgänglighet och ökat patientfokus. I flera landsting har mottagningar börjat erbjuda utökade öppettider. Betydelsen av bemötande och kundservice har även fått ökad uppmärksamhet. Exempelvis har insatser vidtagits för att göra väntrum och lokaler mer välkomnande.

Utvecklingen avseende nya sätt att organisera och bedriva verksamheten uppges dock av landstinget ha varit begränsad.

Slutsatser och rekommendationer

Utifrån de initiala effekter som uppmärksammats av landstingen, med ökat patientfokus, ökad tillgänglighet och en mångfald av vårdgivare, är Konkurrensverkets bedömning att införandet av vårdvalssystemen har varit framgångsrikt. Vårdval är dock en relativt ny företeelse och fortfarande under utveckling. Flera förbättringsområden har identifierats.

Konkurrensverket lämnar i denna rapport följande rekommendationer för att ytterligare förbättra införda vårdvalssystem:

- Ge vårdvalssystemen tid att utvecklas
- Vidareutveckla ersättningssystemen och öka möjligheten för mångfald i tjänsteutbudet
- Öka samarbetet och samordningen mellan landstingen
- Utveckla landstingens förfrågningsunderlag
- Förbättra transparensen i ersättningssystemen
- Skapa förutsättningar att få ersättningsnivån prövad
- Inför konkurrensneutral styrning av vårdvalssystem

1 Inledning

Från den 1 januari 2010 ska landstingen ha organiserat primärvården så att medborgarna kan välja vårdgivare eller utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Detta ska ske genom att landstingen inför ett vårdvalssystem i enlighet med lagen (2008:963) om valfrihetssystem, LOV.

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

Det grundläggande syftet med reformen är att stärka patienternas valfrihet, stimulera mångfald och flytta makten från landstinget till patienterna.

1.1 Konkurrensverkets uppdrag

Konkurrensverket har fått regeringens uppdrag att från konkurrenssynpunkt följa och utvärdera införandet av vårdvalssystem i primärvården. I uppdraget ingår att följa hur landstingens införande av dessa system 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 samt företagande på ideell grund. I uppdraget ingår även att utreda eventuella gränsdragningsproblem mellan vårdvalssystemen och systemet 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 ge regeringen underlag för eventuella åtgärder för att förbättra valfriheten och förutsättningarna för kvalitetskonkurrens mellan vårdgivarna till nytta för patienterna. Ett annat syfte är att uppföljningen ska kunna användas av landstingen i den fortsatta utvecklingen av vårdvalssystemen.

Konkurrensverket lämnade en första delrapport *Uppföljning av vårdval i primärvården – förutsättningar och hinder*¹ till regeringen den 1 december 2009. I denna andra delrapport ligger fokus på hur landstingen utformat sina vårdvalssystem. Uppdraget ska slutredovisas senast den 25 november 2010.

1.2 Kort summering av första delrapporten

I Konkurrensverkets första delrapport beskrivs några grundläggande förutsättningar för att landstingens vårdvalssystem ska leda till väl fungerande konkurrens till nytta för invånare och patienter. I det följande ges en kort summering.

Hinder för inträde

Det finns flera faktorer som påverkar företagens möjlighet till etablering i ett vårdvalssystem. Det kan exempelvis handla om hur landstinget valt att utforma vårdvalssystemen, vilka krav som ställs, hur ersättningssystemet har utformats och hur patienter som inte aktivt valt vårdgivare hanteras.

Förutsättningarna för etablering är som regel av grundläggande betydelse för graden av konkurrens på en marknad. Om nya företag relativt enkelt kan etablera sig, eller om konkurrenter kan expandera produktionen, skapas en press på företagen att utveckla och anpassa

¹ Konkurrensverket (2009)

sina varor och tjänster till konsumenternas önskemål. Det leder till en mer effektiv användning av samhällets resurser.

Befolkningsutveckling och kundrörlighet

Förutsättningarna för etablering kan även handla om yttre eller strukturella faktorer, såsom befolkningsunderlag och befolkningsutveckling, som till stor del ligger utanför ett landstings möjlighet att påverka. Även kundrörligheten, eller hur aktiva invånarna är att välja och byta vårdgivare, påverkar etableringsmöjligheten. Här kan landstinget påverka dels genom olika listningsförfaranden och utformningen av icke-valsalternativet, dels genom information och andra insatser som kan främja förutsättningarna för aktiva val av vårdgivare.

Politiska beslut om utformning av ett vårdvalssystem och insatser för att exempelvis främja aktiva val bland invånarna spelar en viktig roll för förutsättningarna för ett väl fungerande vårdvalssystem.

Förtroende för systemet

Politiska beslut kan även få en indirekt betydelse för företagens vilja att investera och etablera sig i ett vårdvalssystem. Om förtroende för landstingen saknas och om villkoren upplevs som osäkra eller instabila, kan företagens etableringsvilja hämmas. Det är viktigt att skapa ett förtroende mellan landsting och vårdgivare om att det kommer att råda konkurrensneutrala villkor mellan offentliga och privata vårdgivare.

En ytterligare aspekt som tas upp delrapport 1 är den dubbla och ibland motstridiga roll (dels som finansiär/beställare, dels som utförare av vården) som landstingen har när verksamheten konkurrensutsätts. Det ställer särskilda krav på landstingen vid utformning av vårdvalssystem.

1.3 Fokus i andra delrapporten

Syftet med den första delrapporten var att lägga en grund för det fortsatta utredningsarbetet genom att uppmärksamma potentiella och förekommande problem vid införandet och tillämpningen av vårdvalssystem i primärvården. I denna rapport beskrivs hur landstingen utformat vårdvalssystemen, motiven bakom särskilda ställningstaganden samt erfarenheterna från införandeprocessen. Tillämpningen av vårdvalssystemet berörs till de delar som är kända eller kartlagda. En majoritet av landstingen har haft systemen i bruk endast en begränsad tid eller har ännu inte kommit igång. Det innebär att ytterligare erfarenheter av vårdvalssystemen kan komma att redovisas i Konkurrensverkets slutrapport i november 2010.

Genomförande

I arbetet med denna delrapport har Konkurrensverket träffat berörda tjänstemän i samtliga landsting och regioner som den 1 januari 2010 hade annonserat ett förfrågningsunderlag om vårdvalssystem i Kammarkollegiets databas. Av tidsmässiga skäl ingår inte Gotlands kommun i Konkurrensverkets undersökning, eftersom kommunen var jämförelsevis sen med att publicera sitt förfrågningsunderlag. Kommunen har däremot kontaktats i vissa specifika frågor som rör Vårdval Gotland.²

Intervjuerna genomfördes framför allt under februari och mars 2010. Utgångspunkten för intervjuerna har varit de förutsättningar och hinder för fungerande vårdvalssystem som belystes i den första delrapporten. Huvuddelen av denna rapport bygger på dessa intervjuer, dvs. på erfarenheter från beställarsidan i landstingen samt på uppgifter hämtade ur förfrågningsunderlagen.

² Fortsättningsvis avses med landsting såväl landsting och regioner som Gotlands kommun.

Konkurrensverket har även träffat representanter från egenregin i några landsting där vårdvalssystemet varit i drift en längre tid. Därutöver har Konkurrensverket uppdragit åt konsultföretaget Markör AB (Markör) att genomföra djupintervjuer med vårdgivare verksamma inom vårdval. Privata vårdgivare i både större koncerner och mindre företag, stiftelser och ideella verksamheter samt offentliga leverantörer ingår i studien. Syftet är att inhämta en bred grupp av vårdgivares synpunkter på och erfarenheter av vårdvalssystemen. Erfarenheter och synpunkter har även inhämtats från den referensgrupp som har knutits till arbetet med denna rapport³.

³ Referensgruppen består av myndigheter och intresseorganisationer. 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, Vårdföretagarna, Famna, Coompanion och Arbetsgivarföreningen KFO. Vid det möte som anordnades den 18 januari 2010 närvarande representanter från samtliga myndigheter och organisationer, med undantag för Coompanion, Socialstyrelsen och Vårdföretagarna. De två senare har träffats vid separat tillfälle.

2 Motiv och mål som präglat vårdvals-systemen

De bakomliggande motiven och målen med vårdvalet som kommit att prägla utformningen av vårdvalssystemen varierar något mellan landstingen. Socialstyrelsen⁴ konstaterar dock att det finns vissa gemensamma drag för samtliga landstings förfrågningsunderlag som framhåller:

- hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- ökad tillgänglighet
- att vårdbehov ska vara styrande för verksamheten
- att vårdenheten ska medverka till en samordnad eller sammanhållen vårdprocess och
- att den vårdenhet där man är listad vid ska vara ett naturligt förstahandsval.

Många landsting framhåller även målen att stärka patientens ställning, mångfald och att systemet ska ge möjlighet till kostnads-kontroll.

Samtliga landsting som införde vårdval under år 2009 eller tidigare, gjorde detta oberoende av riksdagens beslut att det skulle bli obligatoriskt. Två landsting som infört ett vårdvalssystem under 2010 framhåller att vårdvalet med stor sannolikhet skulle ha införts även om det inte hade blivit obligatoriskt. Däremot bedöms att processen har förkortats något på grund av vårdvalsreformen. Det är framför allt i dessa landsting som det finns uttalade mål om mångfald och att

⁴ Socialstyrelsen (2010)

stärka patientens ställning genom att skapa förutsättningar för reell valfrihet.

Övriga landsting, som införde ett vårdvalssystem 2010, hade troligtvis inte infört det om det inte blivit obligatoriskt. Dock poängteras i intervjuer med landsting att valfrihet för patienterna funnits tidigare och att det är den fria etableringen som landstingen varit tveksamma till. De politiska mål som ställts upp i dessa landsting skiljer sig generellt sett från övriga landsting som tidigare infört vårdval och det huvudsakliga syftet med införandet har varit att följa lagen. Utöver de mål som omnämns i Socialstyrelsens rapport, betonar dessa landsting i större utsträckning vikten av att bevara befintliga strukturer i primärvården, regelefterlevnad och att skapa konkurrensneutrala villkor.

I vissa fall har mål och visioner varit otydliga eller saknats, vilket inneburit stor frihet för tjänstemännen att utforma modellen. Att följa lagen tycks i dessa fall varit styrande för utformningen. Däremot har lagens intention, i form av mångfald och ökad valfrihet, fått mindre utrymme.

I nästa kapitel ges en översiktlig beskrivning av hur vårdvalssystemen har utformats i olika landsting. Halland var det första landstinget att införa vårdval varför många tagit del av detta landstings erfarenheter. I takt med att fler landsting infört eller utarbetat egna vårdvalssystem har dessa påverkat utformningen av andra landstings vårdvalssystem. Ett viktigt forum för erfarenhetsutbyte har varit de nätverksträffar som anordnats av Sveriges Kommuner och Landsting.

Sett till hur landstingen har utformat sina vårdvalssystem förefaller Halland i många fall ha varit en ledstjärna. I Halland har ambitionen varit att påverka systemet i stort genom att överföra större andel av öppenvårdsbesöken, som inte kräver sjukhusets resurser, till vårdenheter inom vårdvalssystemet. Denna ambition har påverkat såväl

kraven på vårdenheterna som ersättningssystemets uppbyggnad, bl.a. genom valet av ett brett åtagande och avdrag på ersättningen om uppsatta mål för vårdmottagningen inte uppnås⁵.

Som framgår av den följande redogörelsen skiljer sig vårdvals-systemet i Stockholm från övriga landsting. I Stockholm har målet framför allt varit att öka tillgängligheten till främst läkare i primärvården och att skapa mera mångfald.

⁵ Anell (2009)

3 Landstingens vårdvalssystem

Med utgångspunkt från några av de frågor som belystes i Konkurrensverkets⁶ första delrapport om införandet av vårdvalssystem i primärvården, beskrivs i detta kapitel hur landstingen har utformat vårdvalet. Beskrivningen syftar till att ge en översiktlig bild över likheter och skillnader mellan de olika systemen.

Det finns landsting som har valt att dela upp primärvården i flera olika vårdvalssystem. Beskrivningen nedan har avgränsats till att endast omfatta det system som gäller för vårdcentraler, husläkarmottagningar eller motsvarande. Andra vårdvalssystem i primärvården har inte studerats närmare.

Om inget annat anges refereras här till landstingens förfrågningsunderlag och till den information som erhållits vid intervjuer med tjänstemän som arbetat med införandet och implementeringen av vårdvalssystemen. Uppgifter och citat har dessutom inhämtas från de djupintervjuer som Markör⁷ genomfört med vårdgivare i primärvården.

3.1 Vårdvalsuppdragets bredd och krav på vårdgivarna

Vad som ingår i primärvårdens uppdrag varierar mellan landstingen och över tid. Som framförs av Socialstyrelsen⁸ har det förts en fortlöpande debatt om vad som är eller vad som borde vara primärvårdens uppdrag. Vårdvalsreformen har satt ytterligare ljus på denna fråga.

⁶ Konkurrensverket (2009)

⁷ Markör (2010)

⁸ Socialstyrelsen (2010)

Det finns ingen entydig definition av begreppet primärvård och gränsen mellan olika vårdnivåers ansvar har blivit allt mindre tydlig. Av hälso- och sjukvårdslagen framgår att primärvården ska svara för befolkningens behov av behandling, omvårdnad, rehabilitering och förebyggande arbete som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser. Begreppet definieras således i relation till sin omgivning, vilket innebär att primärvårdens roll successivt förändras i takt med att utvecklingen bidragit till att allt mer vård kan tillhandahållas utanför sjukhusen⁹.

Till primärvård hör enligt Socialstyrelsen¹⁰

- åtgärder av läkare som är specialister inom allmänmedicin
- distriktssköterskeverksamhet
- barn- och mödrahälsovård (exkl. specialistmödravård)
- kommunernas hälso- och sjukvårdsverksamhet.

3.1.1 Verksamheter som ingår i uppdraget

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt hur landstingen infört vårdval i enlighet med vad som föreslogs i proposition *Vårdval i primärvården*¹¹. Av uppdragets slutredovisning framgår att det i förfrågningsunderlagen för vårdval finns stor överensstämmelse mellan landstingen om vad som utgör ett grund- eller basåtagande i primärvården. Däremot framförs att utformningen av förfrågningsunderlagen varierar kraftigt mellan olika landsting, vilket gör att det

⁹ Socialstyrelsen (2010)

¹⁰ Socialstyrelsen (2010)

¹¹ Prop. 2008/09:74

vid en första anblick kan förefalla vara större skillnader mellan olika vårdvalssystem än vad det faktiskt är¹².

Uppmärksammade skillnader rör främst hur landstingen valt att hantera barnhälsovård (BHV), mödrahälsovård (MHV), rehabilitering, hemsjukvård och medicinsk fotvård. Av tabell 3.1 nedan framgår vilka verksamheter som ingår (ja) och vilka som ligger utanför (nej) respektive landstings vårdvalssystem, utöver det grund- eller basuppdrag som förenar de olika landstingen. Enligt Socialstyrelsens¹³ bedömning är det framförallt ur dessa aspekter som omfattning och inriktning av vårdvalsuppdragen skiljer sig åt.

¹² Socialstyrelsen (2010)

¹³ Socialstyrelsen (2010)

Tabell 3.1 Skillnader i vårdvalssystemen

	BHV	MHV	Rehab	Hemsjuk- vård	Medicinsk fotvård
Halland	ja	nej	ja	ja	ja
Västmanland	ja	ja	ja	ja	ja
Stockholm	nej	nej	nej	ja	nej
Gotland	ja	nej	ja	ja	nej
Kronoberg	ja	nej	ja	ja	nej
Region Skåne	nej	nej	ja	nej	nej
Uppsala	nej	nej	ja	nej	nej
Östergötland	ja	nej	ja	ja	ja
VG regionen	ja	nej	nej	ja	ja
Sörmland	ja	nej	ja	nej	nej
Jönköping	nej	nej	ja	ja	ja
Kalmar	nej	nej	ja	ja	nej
Blekinge	ja	nej	ja	nej	nej
Värmland	ja	ja	ja	ja	ja
Örebro	ja	ja	ja	ja	nej
Dalarna	ja	ja	ja	nej	ja
Gävleborg	nej	nej	ja	nej	ja
Västernorrland	ja	ja	ja	ja	ja
Jämtland	ja	ja	ja	nej	ja
Västerbotten	ja	ja	ja	ja	ja
Norrbottn	ja	ja	ja	ja	ja

Källa: Socialstyrelsen (2010). Tabellen har kompletterats och korrigerats av Konkurrensverket i samråd med Socialstyrelsen.

Vårdvalssystemet i Stockholm är det som har minst likheter med övriga vårdvalssystemet. Skillnaderna gäller i synnerhet ersättnings-systemet (se vidare avsnitt 3.3) men även bredden på uppdraget skiljer sig från de flesta övriga landsting. För att främja mångfald och underlätta etablering av nya vårdenheter har Stockholm valt ett smalt uppdrag för husläkarverksamheten, vilket även stämmer överens med hur primärvården tidigare var organiserad. Separata vårdvalssystem i primärvården har införts för barnhälsovård, mödrahälsovård, fotsjukvård, läkarinsatser i särskilda boenden och

logopedi. Dessa uppdrag kan kombineras med varandra, varvid det är möjligt för vårdgivare att erbjuda invånarna sammanhållna vårdcentraler.

Av Socialstyrelsens redovisade skillnader mellan landstingens vårdvalsuppdrag framgår att även Uppsala läns landsting och Region Skåne har valt ett jämförelsevis smalt uppdrag. Särskilda vårdvalssystem har i Region Skåne utformats för barnhälsovård, multimodal smärtbehandling och kognitiv beteendeterapi. I Uppsala har mödrahälsovård och medicinsk fotvård för diabetiker lagts som egna vårdvalssystem medan barnhälsovård ligger som ett tilläggsuppdrag. Ett krav på barnhälsovård ansågs utgöra ett potentiellt etableringshinder, eftersom det krävs en viss volym för att upprätthålla hög kompetens inom området. Det finns planer på att lägga barnhälsovården som ett eget vårdvalssystem.

Utifrån ovanstående indelning av verksamheter finns det fem landsting som valt att låta vårdvalssystemet omfatta samtliga av Socialstyrelsen identifierade verksamhetsområden. Ett av dessa landsting är Norrbotten, vars beslut om bredden på åtagandet i juni 2009 överklagades enligt kommunallagen i förvaltningsdomstol. Av domen framgår att beslutet om det breda uppdraget inte strider mot kommunallagen eftersom breda uppdrag förespråkas i vårdvalspropositionen och de krav som ställs på vårdgivarna bedöms vara proportionerliga utifrån landstingens primärvårdsuppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen¹⁴.

Enligt Socialstyrelsens¹⁵ bedömning återfinns det bredaste eller mest omfattande uppdraget i Västmanland, där även ansvar för ungdomsmottagning ingår. Denna verksamhet är dock av mindre omfattning och torde inte påverka förutsättningarna för etablering i någon större

¹⁴ Förvaltningsdomstolen i Luleå, mål nr 173-10

¹⁵ Socialstyrelsen (2010)

utsträckning jämfört med övriga fem landsting med motsvarande breda uppdrag.

Trots detta framförs av företrädare för Norrbottens läns landsting att Vårdval Norrbotten troligtvis innehar det bredaste primärvårdsuppdraget av samtliga landsting. Dock poängteras att det rör sig om gradskillnader mellan landstingen, exempelvis vad gäller ansvaret för jour och hemsjukvård. Paradoxalt nog framför landstinget även att Norrbotten utifrån exempelvis krav på kompetens och öppettider kan anses ha ett av de smalaste uppdragen, eftersom vårdgivarna ges stor frihet att själva utforma verksamheten för att uppfylla föreliggande uppdrag. Detta innebär att vissa delar av uppdraget inte behöver erbjudas vid den mottagning invånarna listas vid, utan kan tillhandahållas av annan vårdgivare som mottagningen har samarbetsavtal med.

3.1.2 Reglering av och ansvar för verksamheten

Socialstyrelsen¹⁶ presenterar en lista över vilka verksamheter som ingår i vårdvalsuppdraget utöver bas- och grunduppdraget för samtliga landsting. I det följande ges en översiktlig beskrivning av några av de områden där Konkurrensverket identifierat gradskillnader vad gäller dels graden av detaljreglering, dels hur långt åtagandet för vissa verksamhetsområden sträcker sig. Exempel på sådana skillnader återfinns i kravet på öppettider och kompetens samt de delar av uppdraget som avser ansvaret för jour och beredskap, rehabilitering och hemsjukvård. Beskrivningen gör inte anspråk på att vara fullständig utan syftar till att illustrera komplexiteten i att jämföra och rangordna bredden på vårdvalsuppdraget i olika landsting.

¹⁶ Socialstyrelsen (2010)

Reglering av öppettider

De flesta landsting har valt att precisera kraven för vårdenheternas öppettider. Dessa krav kan t.ex. innebära att vårdmottagningen ska vara tillgänglig för besök och telefonsamtal vissa tider på dygnet, preciserat per veckodag alternativt ett visst antal timmar per vecka.

Totalt har sex landsting valt att helt överlåta beslut om öppettider till vårdgivarna. I ett par av dessa landsting (exempelvis Skåne och Dalarna) framförs att öppettiden bedöms utgöra ett konkurrensmedel, varvid behov att reglera denna del av uppdraget inte anses föreligga. Det framförs även att vårdgivarnas ansvar för jourverksamhet har en reglerande effekt på mottagningarnas öppettider, varför det inte heller kan anses nödvändigt att precisera denna del av uppdraget. I Norrbottens läns landsting förs även ett resonemang kring att reglerade öppettider (liksom krav på bemanning) riskerar att begränsa möjligheterna till etablering i olika delar av länet. Exempelvis kan det på orter med litet befolkningsunderlag och med långa avstånd vara svårt att bemanna en mottagning 40 timmar i veckan. Under sådana omständigheter kan en mottagning med 20 timmars öppettid per vecka vara att föredra framför en mottagning med längre öppettider som ligger på betydligt längre avstånd från invånarnas bostad.

Reglering av kompetens

Vad gäller kraven på kompetens finns, som även konstateras av Socialstyrelsen¹⁷, en stor enighet om att läkare med specialistkompetens i allmänmedicin och distriktssköterskor ska utgöra basen för kompetensen i vårdvalsuppdraget. Däremot finns variationer i vilken omfattning dessa yrkesgrupper ska finnas tillgängliga vid en vårdmottagning. Det finns exempel på landsting som beslutat om en miniminivå på antalet eller andelen allmänläkare som ska finnas på

¹⁷ Socialstyrelsen (2010)

en mottagning. Andra landsting har valt att inte närmare reglera antalet allmänläkare.

Även vad gäller krav på andra kompetenser som ska ingå i uppdraget varierar det i vilken omfattning detta preciseras i förfrågningsunderlaget. I flera fall framförs att kravet på kompetens och bemanning i praktiken är självreglerande i förhållande till föreliggande uppdrag, gällande arbetstidsreglering, m.m.

Det är mot denna bakgrund som flera landsting har valt att inte närmare reglera vilka kompetenser och hur många som ska vara anställda eller finnas tillgängliga vid en mottagning. Inte något landsting ställer högre krav än att det ska finnas minst tre läkartjänster vid en mottagning. Detta är en nivå som även landsting med relativt smala uppdrag bedömer vara en rimlig lägsta nivå på bemanning för att verksamheten ska kunna bedrivas med kontinuitet. Dock framförs att lägre ställda krav på bemanning kan underlätta för nyetablering, eftersom personalrekryteringen inte behöver vara slutförd i samband med godkännande av verksamheten.

I flera landsting förekommer problem med läkarbrist och svårigheter att rekrytera personal till primärvården i vissa delar av länet. Hänsyn till detta har i många fall tagits vid beslut om vilka krav som ska ställas på kompetens och bemanning. Sådan hänsyn har t.ex. Kalmar läns landsting tagit, genom att vårdenheter med färre än 2 700 invånare inom en mils radie undantas från kravet på att det ska finnas minst två läkare samlokaliserade vid en vårdenhet. För dessa mottagningar gäller i stället att det ska finnas ett formaliserat samarbete med annan vårdenhet.

Ansvar för jour och beredskap

I samtliga landsting ingår ansvar för jour- och beredskapsverksamhet i vårdvalsuppdraget. Hur långt detta ansvar sträcker sig varierar

såväl mellan som inom olika landsting. I flertalet landsting har vårdgivarna ett ansvar för listade patienter dygnet runt. I uppdraget ingår då såväl beredskap som bemanning vid jourmottagning kvällar och helger. Det finns dock exempel på landsting där uppdraget enbart omfattar beredskap.

Hur jourverksamheten i praktiken organiseras varierar mellan olika landsting. I vissa fall framgår av förfrågningsunderlaget att vårdgivarna ska samverka i denna del. En samverkansplan för hur uppdraget ska uppfyllas och hur ansvaret mellan vårdgivarna kommer att fördelas ska då upprättas. I andra fall ställer landstinget krav på att vårdgivarna ska delta i den landstingsorganiserade jourverksamheten. Det förekommer även landsting som inte närmare reglerar hur denna del av uppdraget ska genomföras. Frivilliga samverkansformer mellan vårdgivarna är då vanligt förekommande, för att klara kravet på bemanning och uppnå effektivare resursanvändning.

Att uppfylla kravet på jour och beredskap utan samverkan kan vara svårt, särskilt för små företag. Möjligheten att samverka med andra vårdgivare i denna del kan därför vara av avgörande betydelse för att bli godkänd att bedriva verksamhet inom vårdvalet. I landsting där det inte finns någon reglerad skyldighet att delta i gemensam jour har ett potentiellt inträdeshinder identifierats. Nya vårdgivare kan av konkurrenter hindras att släppas in i befintliga samverkansformer. Det finns redan erfarenheter av sådana etableringshinder.

Ansvar för rehabilitering och hemsjukvård

Även vad gäller ansvaret för hemsjukvård och rehabilitering (rehab) kan bredden på åtagandet skilja sig mellan olika landsting där vårdvalsuppdraget inkluderar dessa verksamheter.

Vad gäller rehabverksamhet kan uppdraget i vissa fall omfatta såväl sjukgymnastik, arbetsterapi som psykosociala insatser. I andra fall omfattas exempelvis enbart insatser inom rehabiliteringsgarantin¹⁸.

Sett ur ett bemanningsperspektiv finns även stora skillnader i hemsjukvårdsuppdragen. Landsting som endast har ansvar för läkarinsatser i hemsjukvård har ett betydligt smalare uppdrag än de landsting som har fullt ansvar för hemsjukvård, med bemanning av sjukvårdspersonal dygnet runt. Tillgång till bilar är även nödvändigt för detta uppdrag. Dessa skillnader i uppdragets bredd beror på att vissa landsting har växlat över ansvaret för hemsjukvård till kommunen.

I något landsting ingår ansvar för avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) i vårdvalets basuppdrag för hemsjukvård. ASIH är en verksamhet där stora insatser krävs och där behoven av insatser dessutom uppkommer sporadiskt över året. Variationer uppkommer utifrån svårt sjuka patienters behov av avancerad vård i hemmet och är svåra att förutse. Att tillhandahålla sådan verksamhet och samtidigt arbeta utifrån ekonomiskt satta ramar kräver god planering och flexibel personal. Det kan gå lång tid när en vårdgivare inte har någon patient med dessa behov samtidigt som en närliggande vårdgivare kan ha flera vårdkrävande patienter. Samverkan mellan vårdgivare gällande ASIH och hemsjukvårdsuppdrag underlättar arbetet och sprider risken både resursmässigt och ekonomiskt. Speciellt för mindre vårdgivare torde en samverkanslösning eller köp av dessa tjänster från annan vårdgivare vara att föredra. Finns inte den möjligheten får uppdragets omfattning anses vara ett relativt stort etableringshinder.

¹⁸ Rehabiliteringsgarantin syftar till att hjälpa patienter som har långvarig smärta eller psykiska besvär att undvika sjukskrivning eller beredas möjlighet att få tillbaka sin arbetsförmåga. Staten har avsatt extra medel som landstingen kan ta del av för att behandla dessa patienter.

3.1.3 Samverkan och tilläggsuppdrag

Vissa uppgifter i primärvården kan vara svåra att fördela på flera aktörer. Det kan exempelvis handla om ett litet patientunderlag, vilket leder till svårigheter att säkra kompetensen på den enskilda mottagningen om samtliga vårdgivare ska tillhandahålla tjänsten. Barnhälsovården och läkarinsatser i särskilt boende har av vissa landsting bedömts vara ett sådant fall.

Det kan även handla om mer verksamhetsövergripande insatser, såsom närområdesansvar för smittskydd, hälsofrämjande arbete och utvecklingsinsatser, vilka inte direkt kopplar till den enskilda vårdcentralens verksamhet.

Vissa landsting har valt att inom ramen för vårdvalssystemet lägga dessa verksamheter i ett s.k. gemensamt närområdesansvar. Detta innebär vanligen att vårdgivarna, utan beställarens direkta medverkan, ska upprätta en områdes- eller samverkansplan där en tydlig ansvarsfördelning mellan vårdgivarna inom ett förutbestämt område framgår. Om nya vårdenheter etableras eller någon befintlig mottagning upphör ska dessa planer revideras. Det är för tidigt att utvärdera hur det gemensamma områdesansvaret i praktiken kommer att fungera. Däremot har det förekommit att landsting varit tvungna att medla mellan vårdgivare vid upprättande och revidering av områdesplanen.

Andra landsting har valt att lägga denna typ av verksamheter utanför vårdvalet som anslagsfinansierad verksamhet inom landstingets egenregi eller som s.k. tilläggsuppdrag eller tilläggsåtaganden. Det innebär att vårdgivarna i ett vårdvalssystem kan ansöka om att få utföra dessa uppdrag mot särskild ersättning. Landstingen förbehåller sig då vanligtvis rätten att begränsa antalet vårdgivare eller vid behov begära att en vårdgivare tillhandahåller dessa tjänster.

Eftersom det inte råder någon etableringsfrihet i den mening att alla som uppfyller i förväg ställda krav har rätt att tillhandahålla dessa tjänster, får dessa tilläggsuppdrag anses ligga utanför det vårdvalssystem som regleras enligt LOV. I vissa fall har landstinget uttryckt en ambition om att uppnå en jämlik och konkurrensneutral fördelning av förekommande tilläggsuppdrag. Ur juridiskt hänseende bör dessa uppdrag upphandlats enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU. I många fall sker emellertid inte detta. Ofta saknas även en policy eller riktlinjer för hur konkurrensneutralitet ska uppnås vid tilldelningen av dessa tilläggsuppdrag.

3.1.4 Motiv och särskilda hänsyn

Före driftstarten av vårdvalssystemen riktades mycket kritik mot det grunduppdrag som flera landsting planerat att införa. Den av Socialstyrelsen¹⁹ genomförda uppföljningen av de krav som ställs på vårdgivarna indikerar dock att skillnaderna mellan landstingen inte är så stora som det kan uppfattas vid en första anblick.

Det kan konstateras att bredden på åtagandet i många fall sammanfaller med hur primärvården historiskt varit organiserad i landstingen. Exempelvis har barnhälsovården i många fall legat som egna enheter vid sidan av vårdcentralverksamheten. Utifrån detta har bl.a. Region Skåne valt att lägga barnhälsovården som ett eget vårdvalssystem. Andra landsting, exempelvis Gävleborg, har valt att i stället lägga denna verksamhet som ett tilläggsuppdrag med särskild ersättning inom vårdvalssystemet.

Fyra landsting har av historiska skäl valt att lägga mödrahälsovården som ett eget vårdvalssystem eller som tilläggsuppdrag. I övrigt grundas beslut om att låta mödravården ligga utanför

¹⁹ Socialstyrelsen (2010)

vårdvalssystemet på att denna verksamhet anses tillhöra den specialiserade vården och därmed ligga utanför primärvårdens uppdrag.

Bakom beslut om bredden på åtagandet i ett vårdvalssystem ligger även de övergripande mål som landstingspolitikerna velat uppnå med vårdvalssystemet i respektive landsting. Generellt sett tycks landsting som valt ett bredare uppdrag lägga större vikt vid att uppnå en sammanhållen vård med helhetslösningar för patienten. De landsting som valt smalare uppdrag har haft mer uttalade tillgänglighetsproblem i primärvården. Ökad tillgänglighet har därmed varit ett mer framträdande mål.

I vissa landsting där det funnits politiska betänkligheter till införandet av obligatoriskt vårdval med etableringsfrihet har det inte funnits några tydliga politiska direktiv vid införandet, annat än att om möjligt behålla grundstrukturen i primärvården.

Regelefterlevnad har i dessa fall varit en av de främsta utgångspunkterna vid utformandet av vårdvalssystemet. Ett brett uppdrag anses också överensstämmande med det grunduppdrag som behandlades i vårdvalspropositionen²⁰. Det har därför inte ansetts möjligt att undanta primärvårdsuppgifter från vårdvalet utan att lägga dessa i ett separat vårdvalssystem. Detta anses vara en av orsakerna till de breda uppdragen i dessa landsting.

Liknande hänsyn har tagits och påverkat vårdvalssystemets utformning i bl.a. Västra Götalandsregionen där landstinget från början ville lägga samordningsansvaret för vissa uppgifter som tilläggsuppdrag vid sidan om vårdvalssystemet. Utifrån en bedömning att detta inte vore förenligt med LOV har verksamheten organiserats som ett gemensamt områdesansvar där vårdgivarna i vårdvalssystemet är skyldiga att samverka.

²⁰ Prop. 2008/09:74

Den relativt korta tid som landstingen haft för att införa vårdval kan också ha påverkat uppdragets bredd till att behålla befintliga strukturer.

Glesbygdshänsyn

I många landsting finns en ambition eller ett uttalat politiskt ställningstagande att det inom varje kommun eller inom rimligt avstånd för invånarna ska finnas en vårdcentral. Att bedriva vårdcentraler i orter med litet befolkningsunderlag kan dock bli kostsamt på grund av höga fasta kostnader och svårigheter att optimera verksamheten vid litet patientunderlag.

Vid intervjuerna med tjänstemän från landstingen, särskilt de fyra nordligaste landstingen, har frågan om glesbygd diskuterats. Den generella uppfattningen är att uppdraget för vårdcentraler på orter med litet befolkningsunderlag och långa avstånd till sjukhus är delvis annorlunda jämfört med vårdcentraler i mer tätbefolkade områden.

Långa avstånd anses ställa högre krav på en mer utbyggd primärvård, exempelvis genom att ansvaret för akut omhändertagande vidgas. Dessutom bidrar de strukturella förhållandena till ett delvis annat sätt att bedriva verksamheten. Vårdcentraler i glesbygd jobbar ofta bredare än vårdcentraler i större städer. Exempelvis genomförs där enklare operationer och det är vanligt att återbesök som normalt sker vid sjukhusens öppenvård i stället tillhandahålls i primärvården. Högre kompetenskrav ställs således på dessa vårdcentraler och i vissa fall genomgår vårdpersonalen särskild utbildning för att klara det bredare uppdraget.

Ofta är samarbetet med kommunerna mer långtgående i glesbygdsområden. En fragmenterad vård anses leda till gränsdragningsproblem som kan vara svåra att hantera från samarbetssynpunkt. Ett brett uppdrag anses vidare vara en förutsättning för att kunna

tillhandahålla vård till invånare inom glesbygdsområden. Samtidigt är befolkningsunderlaget i flera delar av dessa landsting allt för litet för att en vårdenhet ska kunna uppfylla hela det breda uppdraget. Detta är en av orsakerna till varför Norrbottens läns landsting valt att varken reglera öppettider eller kompetenskrav närmare. Övriga landsting i norra sjukvårdsregionen²¹ har i stället valt att göra det möjligt att driva filialmottagning som är ansluten till en större vårdcentral. I exempelvis Jämtland kommer sju av landstingets egna enheter efter godkännande i vårdvalssystemet att utgöra filialmottagningar till närliggande vårdcentraler med fullt vårdutbud. Ambitionen är att detta ska bidra till att servicen i glesbygden säkras samtidigt som riskerna för fragmentering minskar.

3.1.5 Synpunkter från olika vårdaktörer

Bredden på åtagandet och de krav som ställs på vårdgivarna kan komma att påverka förutsättningarna för etablering och därigenom förutsättningarna för en väl fungerande konkurrens. Ju högre krav som ställs desto svårare kan det väntas bli för små företag att etablera sig. Nedan presenteras några av de synpunkter som framkommit angående bredden på vårdvalsuppdraget och de krav som ställs på vårdgivarna. Redogörelsen grundas på de intervjuer som Konkurrensverket låtit genomföra med beställare och utförare inom landstingens primärvård samt på de intervjuer som Markör på uppdrag av Konkurrensverket genomfört med olika vårdgivare i primärvården

Bredden på uppdraget och krav på verksamheten

Breda vårdvalsuppdrag riskerar att begränsa förutsättningarna för små företag att etablera sig i ett vårdvalssystem. Trots detta framgår

²¹ Norra sjukvårdsregionen omfattar Norrbottens, Västerbottens, Jämtlands och Västernorrlands län.

av Markörs intervjuundersökning att även vissa mindre vårdaktörer förespråkar bredare uppdrag.

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

Privat vårdgivare

Andra framför dock kritik mot att det i vissa landsting finns krav på många olika specialister och att det alltid krävs barnhälsovård och sjukgymnast. Att alla tvingas ha exakt samma verksamhet, ses som en likriktning som slår ut småskalig privat verksamhet.

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

Privat vårdgivare

Kraven på den verksamhet som ska finnas på en vårdcentral upplevs dock som rimliga av de flesta vårdgivare. Ett argument för att alla vårdcentraler ska ha samma basutbud är att det ökar förutsättningarna för en likvärdig vård. Ett annat argument är att vårdgivare annars skulle välja de lönsamma delarna och strunta i övriga. Detta ges bland annat följande uttryck:

”Om det inte finns mål [krav] så är risken att vissa slås ut och att man struntar i viktiga delar för att de inte ger vinst. Man tar bara de mest lönsamma. Kraven är ett sätt att undvika det.”

Privat vårdgivare

Liknande argument har framförts av landstingen vid diskussionen om glesbygdsfrågorna. Uppfattningen är att det särskilt inom glesbefolkade områden skulle bli svårt och kostsamt att tillgodose de resterande delarna av primärvården vid en snävare utformning av vårdvalsuppdraget.

Däremot framförs synpunkter från privata vårdgivare att det kan vara nödvändigt att göra avsteg från kraven på bemanning för att underlätta etablering inom glesbygd och oattraktiva områden med rekryteringsproblem och litet patientunderlag.

Samverkan kring uppgifter med litet patientunderlag

Som framgår av redogörelsen i avsnitt 3.1.3 finns det vissa uppgifter i primärvården som kan vara svåra att fördela på flera aktörer. En privat vårdgivare illustrerar detta utifrån kravet på jourverksamhet.

”Konkurrens är bra, men det kan också bli slöseri med resurser. Vi måste tillhandahålla jourverksamhet vilket är bra, men det borde styras upp bättre. Det finns för många jourmottagningar och för få patienter. Efterfrågan är inte i relation till utbudet.”

Privat vårdgivare

Det finns även en viss oro för hur den framtida utvecklingen i primärvården kommer att påverkas om det saknas samordnare eller initiativtagare kring verksamhetsövergripande insatser. Som framgår av avsnitt 5.3 är uppfattningen att egenregin i tidigare system många gånger tagit detta övergripande ansvar och att det finns farhågor om att vårdvalssystemen på sikt kommer att begränsa drivkrafterna bakom detta engagemang. Farhågan har lyfts av såväl beställare som utförare inom den landstingsdrivna primärvården. I Markörs intervjuundersökning framförs följande:

”Man kan så här i efterskott undra om det är rimligt att ha femton vårdcentraler i centrala Göteborg. [...] Jag har inte noterat att det kommit fler olika verksamheter. Snarare att det kan bli en utspädning av det som redan finns, genom att alla ska tillgodose på samma sätt. Vi har ju samarbete med Försäkringskassan, Socialen och Arbetsförmedlingen men nu ska ju de fördelas på alla vårdcentraler men det blir ju så få på varje att samarbetet ligger nere för tillfället.”

Offentlig vårdgivare

Uppföljning och uppsägning

Som framgår av Markörs djupintervjuer framför flera vårdgivare att det är positivt med höga krav och breda uppdrag. Samtidigt framförs kritik mot att kraven på vårdgivarna inte följs upp i tillräcklig utsträckning och att konkurrensen riskerar att snedvridas på grund av att vårdcentraler som i praktiken inte uppfyller kraven får fortsätta sin verksamhet.

I rapporten *Införandet av vårdval i primärvården* framför Socialstyrelsen²² att det finns skillnader på vilket sätt landstingen följer upp vårdenheternas verksamheter. I samtliga förfrågningsunderlag finns uppföljningsplaner och Socialstyrelsens bedömning är att stor vikt har lagts vid uppföljningsfrågan i samtliga landsting.

Flera av de landsting som Konkurrensverket har varit i kontakt med tar upp frågan om möjligheten att utesluta leverantörer som inte uppfyller åtagandet på ett tillfredsställande sätt. Bland annat belyser Stockholms läns landsting svårigheten i att hitta en balans där de krav som ställs skyddar mot oseriösa vårdgivare samtidigt som hindren för inträde begränsas. Flera landsting framför även svårigheten att utforma avtal som möjliggör uppsägning av leverantörer med bristfällig kvalitet. Det anses även finnas politiska betänkligheter med uppsägning av avtal, eftersom det riskerar att leda till missnöje bland vissa invånare.

²² Socialstyrelsen (2010)

Möjligheten att bryta kontraktet med en vårdgivare är en fråga som har diskuterats i de nätverksträffar som har anordnats av Sveriges Kommuner och Landsting. Här har landstingen försökt komma fram till skrivningar som underlättar för uppsägning av vårdavtal utifrån vissa preciserade överträdelser av avtalet. I Gävleborg har landstinget infört en skarpare skrivning i avtalen för att möjliggöra uppsägning av avtal. Bestämmelserna har dock ännu inte prövats i praktiken. Det finns även planer på att skapa bättre möjligheter för vårdgivarna att säga upp kontraktet med landstinget.

Ekonomiska förutsättningar

Frågan om bredden på uppdraget har även diskuterats med den referensgrupp som har knutits till Konkurrensverkets uppföljningsuppdrag. En generell uppfattning är att avgränsade uppdrag underlättar för små företag att etablera sig. Samtidigt framförs att en bidragande orsak till varför vårdgivare ibland förespråkar snävare uppdrag är att ersättningsnivåerna inte motsvarar det ansvar som vårdgivarna väntas ta.

I så gott som samtliga landsting finns goda förutsättningar för vårdgivare att samverka för att lösa vårdvalsuppdraget. Det finns dock en ovana bland vårdgivarna att organisera den typen av samarbete. I takt med att nya samarbetsformer utvecklas skapas nya förutsättningar för små företag att etablera sig eller vara verksamma i ett vårdvalssystem. För att detta ska vara möjligt krävs dock att de ekonomiska förutsättningarna motsvarar det ansvar som enligt förfrågningsunderlaget åligger vårdgivarna.

3.2 Listning och icke-val

Möjligheten för invånarna att välja vårdgivare i primärvården är ingen ny företeelse och i flera landsting har det sedan tidigare funnits någon form av listningssystem. Däremot har det i tidigare system många gånger funnits ett tak för antalet listade patienter vid en mottagning eller hos en specifik läkare.

I de vårdvalssystem som nu har införts ges vårdgivarna generellt sett ingen rätt att neka eller avvisa någon som väljer enheten, vilket innebär att patientens rätt att välja vårdgivare har stärkts. Ett undantag finns dock i Stockholm där varje vårdgivare själv avgör hur många personer som denna kan lista. Vårdgivarna är dock alltid skyldiga att ta emot olistade patienter och har endast rätt att neka listning av personer som redan är listade på en annan mottagning. I vissa andra landsting är det möjligt för vårdgivare att under en övergångstid införa ett listningsstopp, om den medicinska säkerheten inte annars kan garanteras²³.

Samtliga landsting har valt att tillämpa någon form av listningssystem som ligger till grund för den ersättning som utgår till vårdgivarna. Ett ställningstagande som landstingen måste ta är om passiv listning av invånarna ska förekomma, dvs. om samtliga invånare ska listas vid någon vårdenhet eller om enbart aktiva val ska registreras i landstingets listningssystem.

Det är viktigt att poängtera att det inte finns något krav enligt LOV på landstingen att lista invånare vid någon mottagning. Det finns således inget hinder mot att låta invånare vara olistade i ett

²³ Socialstyrelsen, (2010) och Anell (2009)

vårdvalssystem. Däremot ska landstinget tillhandahålla ett icke-valsalternativ till invånare som inte kan eller vill göra ett eget val av vårdgivare. Erfarenheten är dock att icke-valsalternativet har liten betydelse i vårdvalssystem där invånarna förblir olistade om aktivt val inte görs.

3.2.1 Övergångsregler för listning av patienter

Landstingens regler för listning av invånare som inte aktivt väljer vårdgivare har visat sig ha stor betydelse för etablering i ett vårdvalssystem. Av tabell 3.2 framgår de övergångsregler som gällt i olika landsting vid den initiala listningen av invånarna. I vilken turordning olika fördelningsprinciper har tillämpats framgår av antalet kryss i nedanstående tabell, där ett kryss anger att markerad fördelningsprincip tillämpas i första hand, två kryss i andra hand osv.

Tabell 3.2 Listningsprinciper vid initial fördelning

	Alla invånare listades vid införandet	Utgångspunkter för initial listning			Nyetablerade fick del av passiv listning
		Tidigare listor/områdesansvar	Besöksstatistik	Närhetsprincipen	
Halland	ja		X	XX	ja
Västmanland	ja	X			nej
Stockholm	nej	X			n.a.
Gotland	ja	X			nej
Kronoberg	ja	X			nej
Region Skåne	ja	X	XX	XXX	ja
Uppsala	nej	X			n.a.
Östergötland	ja	X			nej
VG regionen	ja	X	XX	XXX	ja
Sörmland	ja	X		XX	ja
Jönköping	ja			X	ja
Kalmar	ja	X		XX	ja
Blekinge	ja	X		XX	ja
Värmland	ja	X		XX	ja
Örebro	ja	X			nej
Dalarna	ja	X			nej
Gävleborg	ja	X		XX	ja
Västernorrland	ja	X			nej
Jämtland	ja	X			nej
Västerbotten	ja	X		XX	nej
Norrbotten	ja	X			nej

Källa: Konkurrensverket

Som framgår av tabellen har tidigare listningssystem eller tidigare områdesansvar i så gott som alla landsting utgjort grunden för det initiala listningsförfarandet i vårdvalssystemen. Ett landsting som avviker i detta avseende är Jönköping. Här fanns inget tidigare listningssystem och för att möjliggöra för nya vårdgivare att etablera sig i vårdvalssystemet tilldelades varje vårdgivare (såväl befintliga som nyetablerade) ett närområde enligt vilket invånare som inte aktivt väljer vårdgivare listas. Närområdet utformades av

landstinget med ambitionen att varje område skulle omfatta minst 3 500 invånare.

I princip alla landsting har listat samtliga invånare vid någon vård-enhet i samband med vårdvalssystemets införande²⁴. I flera av dessa landsting hade samtliga invånare redan listats i tidigare system. Endast i Stockholm och Uppsala, dvs. de två landsting med högst andel prestationsersättning, förblir de som inte var listade enligt tidigare system olistade fram till dess ett aktivt val görs.

I vissa landsting, där inte alla invånare var listade sedan tidigare, eller där det var möjligt att skilja mellan aktivt och passivt listade, har även besöksstatistik och närhetsprincipen, dvs. den vårdenhet som ur geografiskt hänseende ligger närmast invånarens folkbok-föringsadress, tillämpats vid den initiala listningen. Som framgår av ovanstående tabell har Halland, Region Skåne och Västra Götalands-regionen vid den initiala listningen valt en kombination av tidigare listning, besök och närhet till vårdcentralen.

Efter den initiala listningen sker allmänt sett ingen omlistning av passivt listade patienter om nya vårdgivare etablerar sig efter starten av vårdvalssystemet. Möjligheten för nya vårdgivare att vara med vid den initiala listningen är till största delen beroende av de tidsra-mar som landstingen satt upp för publicering av förfrågningsunder-laget, ansökan, godkännande och starten av vårdvalssystemet.

I exempelvis Sörmland publicerades förfrågningsunderlaget i slutet av juni 2009. Från detta datum hade vårdgivarna fram till och med den 1 september 2009 på sig att lämna in sin ansökan för att kunna vara med vid starten den 1 januari 2010 då den initiala listningen av invånarna påbörjades. I andra fall finns exempel på landsting där annonsering och driftsstart av vårdvalssystemet skedde med enbart

²⁴ Vanligtvis listas inte personer som lever under skyddad identitet och i vissa landsting kan personer aktivt välja att inte vara listad vid någon mottagning.

ett par dagars mellanrum, vilket i praktiken inneburit att nya vårdgivare uteslutits från att vara med vid den passiva listningen.

Som framgår av tabell 3.2 har det i drygt hälften av landstingen inte varit möjligt för nya vårdgivare att vid starten vara med vid fördelningen av passivt listade.

Hur landstingen i sina förfrågningsunderlag och vid genomförda intervjuer beskrivit principerna för den initiala listningen varierar. I vissa fall framgår att de som inte tidigare varit listade vid någon mottagning, listas vid den mottagning som före införandet var geografiskt närmast invånarens folkbokföringsadress. Detta har i tabell 3.2 redovisats med enbart ett kryss i kolumnen "Tidigare listor/områdesansvar", eftersom nya vårdgivare inte varit med i fördelningen av de olistade invånarna.

3.2.2 Listning av nyinflyttade och nyfödda

Att invånarna aktivt väljer vårdgivare är en viktig förutsättning för att ett vårdvalssystem ska fungera väl. Det är alltså angeläget att eftersträva aktiva val såväl vid införandet som efter ikraftträdandet av ett vårdvalssystem.

När vårdvalssystemet trätt i kraft och den initiala listningen genomförts, uppkommer frågan hur nyinflyttade eller nyfödda vars föräldrar inte aktivt väljer vårdgivare bör hanteras i listningssystemet.

Konsekvent med de principer som gällde vid införandet av vårdvalssystemet har Stockholm och Uppsala valt att enbart lista de invånare som aktivt väljer vårdgivare. Som framgår av tabell 3.3 har även Kronoberg och Gotland valt ett sådant förfarande.

Tabell 3.3 Listningsprinciper för nyinflyttade och nyfödda

	Enbart aktiva val listas	Närhets- principen	Egen regin	Enligt initial fördelning
Halland		X		
Västmanland		X		
Stockholm	X			
Gotland	X			
Kronoberg	X			
Region Skåne		X		
Uppsala	X			
Östergötland		X		
VG regionen		X		
Sörmland				X
Jönköping		X		
Kalmar		X		
Blekinge		X		
Värmland		X		
Örebro				X
Dalarna			X	
Gävleborg		X		
Västernorrland		X		
Jämtland				X
Västerbotten		X		
Norrbotten			X*	

* Avser även en LOU-upphandlad vårdcentral i Vittangi i privat regi.

Källa: Konkurrensverket

Det vanligaste är att landstingen valt att tillämpa icke-valsalternativet för att lista de som inte aktivt väljer en vårdgivare. Som framgår av tabellen ovan har detta icke-valsalternativ i flertalet landsting utformats i enlighet med närhetsprincipen. För sådana beräkningar används mer eller mindre förfinade metoder. I vissa fall utgår listningen från beräkningarna av fågelvägen och i andra fall tillämpas tämligen avancerade metoder, med geografiska informationssystem (GIS) och andra tekniska hjälpmedel, för att utse närmaste vårdenhet.

Det förekommer även landsting där närhetsprincipen utgår från en områdesindelning som fastställs av landstingen. Om nya vårdgivare etablerar sig ändras gränserna för befintliga närområden och listningen kommer att utgå från den reviderade närområdesplanen. Det förekommer även exempel på landsting som i dessa fall fördelar listade patienter utifrån en särskild turordning.

I några enstaka fall har landstinget valt att lista invånarna på ett begränsat urval av vårdgivare. Exempelvis har Dalarna och Norrbotten utformat icke-valsalternativet så att passiv listning enbart sker på vårdenheter som drivs av landstinget. I andra fall har icke-valsalternativet begränsats till att enbart omfatta vårdgivare som var med vid den initiala listningen.

Efter den initiala listningen omfattar icke-valsalternativet normalt sett enbart nyinflyttade och nyfödda. I några enstaka landsting där den passiva listningen utgår från närhetsprincipen omlistas även de som flyttar inom landstinget, förutsatt att inget aktivt val gjorts. I detta avseende skiljer sig Landstinget Gävleborg från övriga landsting.

I likhet med flera andra landsting utgår den passiva listningen i Gävleborg från en fördelning av närområden som fastställts av landstinget och när nya vårdgivare etablerar sig i ett närområde ändras detta. En viktig skillnad är dock att de som inte aktivt valt en vårdenhet, kommer att listas om i enlighet med den nya närområdesindelningen som följer av en nyetablering. Det valda systemet i Gävleborg motiverades med att landstinget vid starten av vårdvals-systemet ville ge nyetablerade företag möjlighet att ta del av passivt listade. Tiden för införandet ansågs däremot vara allt för knapp för att hinna med en tillräckligt lång annonseringskampanj samtidigt som vårdgivarna skulle hinna godkännas och systemet träda ikraft till den 1 januari 2010.

3.2.3 Synpunkter från olika vårdaktörer

Att som vårdcentral få olistade patienter anses av de flesta vårdgivare som deltagit i Markörs undersökning ha stor betydelse för möjligheten att bedriva verksamhet i ett vårdvalssystem. Hur landstingen har valt att utforma listningsmodellen kan således få stor inverkan på förutsättningarna för nya aktörer att etablera sig. Av ovanstående beskrivning av listningsförfarandet framgår att vårdgivare som fanns etablerade före införandet av vårdvalssystemet generellt sett tenderar att gynnas framför nyetablerade vårdgivare.

Även de principer som landstinget valt för fördelningen av olistade kan få oväntade effekter i det enskilda fallet. Detta exemplifieras bl.a. i ett av de klagomål som inkommit till Konkurrensverket. Problematiken beskrivs även vid en av intervjuerna som genomförts av Markör där vårdgivaren refererar till hur listningen fungerat på två olika platser i landet.

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

Privat vårdgivare

En annan fråga som belystes av vårdgivarna i djupintervjuerna med Markör var att det inte finns något tak för hur många patienter som kan lista sig vid en mottagning. Detta upplevs vara ett problem för vårdcentraler som har svårt att få tag i läkare eller som inte vill expandera. Eftersom ingen kan nekas listning kan det innebära ett stort tillflöde av patienter till vårdgivare med gott rykte. Om inte resurser finns för att möta efterfrågan riskerar tillgängligheten att försämrans och bedömningen är att det finns risk för att såväl bemöt-

ande och vårdkvalitet påverkas negativt. Det finns exempel på vårdgivare som befarar att det enda sättet att i framtiden styra patientströmmarna blir genom att försämma bemötandet och vårdkvaliteten.

3.3 Ersättningssystem

Ersättningssystemens konstruktion är ett resultat av tidigare traditioner och erfarenheter inom respektive landsting och ett verktyg för att uppnå de fastslagna målen för vårdvalet.

Den korta införandeprocessen kan ha hämmat utvecklingen av ersättningssystemen. Flertalet landsting har valt ett ersättningssystem för vårdval som till stora delar liknar systemet som tidigare har tillämpats. Att ändra ekonomisk styrmodell och därmed ekonomisystem kräver engagemang och resurser. Förutom arbetet med att fastställa mål och modell för ersättningen måste it-system anpassas och personal utbildas. Även investeringar i ny it-struktur kan vara nödvändiga och tidskrävande upphandlingar är inte ovanliga i sammanhanget.

3.3.1 Ersättningssystemens uppbyggnad

Ersättningssystemen innefattar olika former av ersättning som sammantaget ska täcka leverantörers kostnader för utförd vård enligt uppdraget.

Samtliga landstings ersättningssystem innefattar en kapitationsersättning, dvs. en ersättning som grundar sig på antalet listade, som utgår när en patient aktivt väljer eller passivt listas vid en vårdmottagning. Denna ersättning speglar patientens val och utbetalas oavsett om patienten är i behov av vård eller inte. Därutöver innehåller så gott som alla landstings ersättningssystem någon form av besöksrelaterad ersättning.

I vissa landsting utgår även glesbygdsersättning för att kompensera vårdgivare som etablerar sig inom områden med litet befolkningsunderlag och långa avstånd till närmaste sjukhus eller vårdenhet. Denna ersättning kan utgå från patientens val av vårdmottagning alternativt utifrån mottagningens geografiska placering i länet. För att styra vårdgivarna i önskad riktning tillämpar flertalet landsting även någon form av målrelaterad ersättning.

I tabell 3.4 nedan presenteras en översiktlig bild av de olika ersättningsformerna som landstingen valt att basera den totala ersättningen på. Tabellen är en grov förenkling av landstingens ersättningsystem. Det finns stora variationer i hur olika parametrar använts vid utformningen av ersättningsystemen i respektive landsting.

Tabell 3.4 Ersättningssystemens utformning

	Kapitationsersättning			Glesbygds- ersättning	Besöks- ersättning (listade)	Målrelaterad er- sättning	
	Ålder	ACG	Socio- ekonomi			Täcknings- grad	Övriga mål
Halland	X				X	X	X
Västmanland	X			X	X		X
Stockholm	X				X	X	X
Gotland	X ¹			X	X	X	
Kronoberg	X			X	X	X	
Region Skåne	x ²	X	X			X	X
Uppsala	X			x ³	X		X
Östergötland	X		X	X	X	X	X
VG region	X	X	X	X		X	X
Sörmland	X		X	X	X	X	X
Jönköping	X		X	X	X	X	X
Kalmar	X		X		X	X	X
Blekinge	X					X	X
Värmland	X	X	X	X	X		X
Örebro	X		X	X	X		X
Dalarna		X	X	X	X	X	X
Gävleborg	X		X	X	X	X	X
Västernorrland	X		X	X	X		X
Jämtland	X		X	X	X		X
Västerbotten	X		X	X	X		X
Norrbottn	X		X	X	X		

¹ Särskild ersättning utgår även för personer med biståndsbeslut om särskilt boende.

² Gäller endast läkemedelsersättning

³ Patienter boende i förutbestämda geografiska områden genererar ett extra påslag på kapitationsersättningen

Källa: Konkurrensverket

Kapitationsersättning

Kapitationsersättning (kapitetring) är en fast ersättning som utgår till den vårdmottagning där patienten har listats. De landsting som valt en stor andel kapitering har gjort detta främst av två skäl, bibehållen kostnadskontroll samt viljan att stimulera hälsorelaterade och förebyggande insatser. Valet har till stor del även styrts av hur tidigare ersättningssystem varit utformade.

Förutom i Stockholm och Uppsala utgör andelen kapitationsersättning mer än 80 procent (i flertalet landsting över 90 procent) av den totala ersättningen i vårdvalssystemet²⁵. Den stora andelen kapitationsersättning är en trolig anledning till att listningsproceduren varit stundtals hårt debatterad runt om i landet.

Hur olika ersättningssystem kan väntas påverka vårdgivarnas incitament och agerande har belysts i ett flera rapporter²⁶. Av dessa framgår bl.a. att en stor andel kapitering i förhållande till besöksersättning kan medföra vissa risker, som minskad tillgänglighet utifrån att ersättningen utgår även om patienter inte bereds tillgång till vård. Landstingen har därför fört in andra parametrar i ersättningssystemet för att kompensera för detta. Besöksersättning, målrelaterad ersättning utifrån täckningsbidrag samt kostnadsansvar för patienter som besöker annan vårdgivare, används vanligen som styrverktyg för att minska denna risk.

Samtliga landsting har, utifrån ett antagande om att vårdbehovet varierar mellan olika individer, valt någon form av viktning för

²⁵ I Stockholm och Uppsala motsvarar kapitaionsersättningen 40 respektive 70 procent av den totala ersättningen.

²⁶ För vidare studier av ekonomisystemens effekter se bl.a. rapporten "Vårdval inom primärvården" som skrivits av Anell (2009) vid Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds Universitet. I rapporten beskrivs sju landstings ersättningssystem och effekterna av dem belyses.

utbetalning av kapitationsersättningen. Principerna för viktning varierar mellan landstingen. Tre olika principer har identifierats:

- demografi (ålder och kön)
- vårdtyngd (diagnosklassificering enligt ACG²⁷)
- socioekonomi (utifrån uppgift om individen eller utifrån individens bostadsort)

Den enklaste principen för viktning av kapitationsersättningen utgår endast från olika ålderintervall. I mer komplexa system kan samtliga ovanstående principer användas för viktning. Av tabell 3.4 framgår vilka principer för viktning som använts i respektive landsting.

I några landsting används dessutom en egen viktlista för läkemedel, baserad på ett snävare åldersintervall samt en indelning efter kön. Bakgrunden till detta är att det finns större variationer i den förväntade konsumtionen av läkemedel mellan olika åldrar och kön, jämfört med det förväntade antalet vårdbesök²⁸.

Glesbygdsersättning

I flera landsting förekommer områden med ett begränsat befolkningsunderlag och med långa avstånd till sjukhus, vilket anses påverka kostnadsbilden negativt och därmed även viljan till etablering i området. Detta har vissa landsting på olika sätt försökt att kompensera för vid utformningen av ersättningssystemet.

Den geografiska belägenheten används som utgångspunkt för glesbygdsersättning. I vissa landsting, såsom Norrbotten, fastställs ersättningen utifrån uppgifter om den listade invånarens avstånd

²⁷ ACG (Adjusted Clinical Groups) är en metod som används för att fördela resurser med hänsyn till patienternas behov av vård.

²⁸ Anell (2009)

till närmaste vårdenhet, alternativt vårdmottagningens avstånd till närmaste sjukhus eller tätort. Det förekommer även landsting, exempelvis Dalarna, som låter en fast extra ersättning utgå till vårdmottagningar som etablerar sig inom av landstingets förutbestämt geografiskt område. I Västmanland utgår i stället ett hyresbidrag till vårdmottagningar inom vissa geografiska områden, vilket också kan betraktas som en form av glesbygdsersättning.

Täckningsgrad och övrig målrelaterad ersättning

Målrelaterad ersättning (eller avdrag om målet inte har uppfyllts) används i flertalet landsting för att styra uppdragstagare i önskad riktning.

Täckningsgrad är en form av målrelaterad ersättning som definieras på olika sätt i landstingen utifrån lokala förutsättningar och ambitionsnivå. Det går därför inte att fullt ut göra jämförelser mellan landsting utifrån denna parameter. Generellt beräknas täckningsgraden som vårdenhetens andel av listade invånares totala konsumtion av öppenvård.

Syftet med täckningsgraden är att stimulera vårdmottagningarna att ta det fulla ansvaret för listade patienters allmänmedicinska vårdbehov. Det ska vara lönsamt att ta emot patienter som söker vård vid vårdmottagningen och olönsamt att bortse från patientens vårdbehov. Att därutöver styra patientströmmar från specialiserad öppenvård vid sjukhus till primärvården för att erbjuda vård i patientens närhet, anses även vara en positiv effekt av täckningsbidraget. Styrning genom uppsatta mål för täckningsgrad har även ett ekonomiskt motiv genom att behandling på lägsta möjliga vårdnivå frigör resurser för mer vårdkrävande patienter vid sjukhusen.

Övriga målrelaterade ersättningar innefattar vanligen ett flertal medicinska kvalitetsindikatorer där ett målvärde angetts. Indikatorer på god vård mäts ofta genom patientenkäter och olika former av

tillgänglighetsmätningar. Ersättningen baseras sedan på utfallet av dessa mätningar. Andra indikatorer utgår från medicinska rekommendationer och riktlinjer, exempelvis deltagande i medicinska register. Även andra former av indikatorer förekommer, t.ex. fortbildning av personal och miljöcertifiering²⁹.

Besöksersättning för listade patienter

Syftet med ersättning för besök av patienter som är listade vid vårdmottagningen är att stimulera till ökad tillgänglighet. I Stockholm, som är det landsting som mest avviker från övriga landsting gällande andelen besöksersättning i förhållande till kapitering, är syftet med besöksersättningen även att underlätta för nyetableringar i länet. Eftersom besöksersättningen utgår direkt från vårdkonsumtionen, kan ersättning för utförd vård genereras direkt från starten av en ny mottagning, innan antalet listade invånare blivit tillräckligt stort för att täcka driftskostnaderna.

Med en större andel besöksersättning anses risken vara stor för okontrollerbara kostnadsökningar. För att motverka detta har Stockholms läns landsting valt att utgå från en avtagande intäktskurva för det totala antalet besök vid vårdmottagningen. Vid ett första intervall, beräknat utifrån totalt antal besök per totalt antal listade patienter, sänks besöksersättningen procentuellt för att vid nästa intervall helt upphöra. Här bortses från patientavgiften som vårdgivaren alltid är garanterad vid patientbesök.

Övriga landstings ersättningssystem omfattar endast en mindre andel besöksersättning, normalt motsvarande patientavgiften. I vissa landsting utgår besöksersättning oavsett antalet besök. Landstinget kompenserar då vårdenheterna för utebliven patientavgift när hög-

²⁹ De olika indikatorernas relevans för att uppnå önskade effekter i primärvård kommer inte att beröras vidare i denna rapport.

kostnadsskyddet träder in. I andra landsting, exempelvis Östergötland, utgår ingen sådan kompensation.

Några landsting har valt att behålla patientavgiften, eftersom den varierar utifrån den yrkeskategori som tar emot patienten och i stället betala en besöksersättning som är yrkesneutral. Syftet med detta är att undvika en icke önskvärd styrning av vården och att vårdgivarna själva ges möjlighet att bedöma vilken yrkeskategori som bäst kan tillgodose patientens behov. Risken är annars att resurser används felaktigt, exempelvis genom att läkare tar emot besök som sjuksköterskor bäst är lämpade att utföra. Det finns även landsting som har valt att inte betala ut någon besöksersättning för listade patienter.

Besöksersättning för olistade patienter

När listade patienter väljer att besöka en annan mottagning än där patienten är listad, får den mottagande vårdenheten en besöksersättning enligt fastställd prislista. Ofta genomförs motsvarande avdrag från ersättningen vid den mottagning där patienten är listad.

Därutöver kan besöksersättning betalas ut för patienter från andra län och länder, asylsökande, personer med skyddad identitet eller personer som av andra anledningar valt att inte lista sig vid någon mottagning³⁰. Dessa besök ersätts vanligtvis enligt en fastställd prislista.

Övrig ersättning

Det förekommer även andra former av ersättning inom vårdvalssystemen. Dessa varierar utifrån landstingens fastställda vårdvals-

³⁰ Med undantag för personer med skyddad identitet är möjligheten att avstå från listning begränsad till ett fåtal landsting.

uppdrag. Riktade ersättningar för tilläggåtaganden, samverkansansvar samt deltagande i forskning och utbildning är några exempel.

3.3.2 Moms och administration

Vid genomgång av förfrågningsunderlag och vid intervjuer med landstingen har två typer av ersättningsparametrar identifierats där egenregin och privata vårdgivare behandlas olika: momskompensation och ersättning för administration. Ersättningen utgår till privata vårdgivare och syftar till att kompensera privata utförare för faktorer som annars skulle ge landstingets egenregi-enheter konkurrensfördelar.

Momskompensation

I Konkurrensverkets första delrapport om vårdvalssystem i primärvården framgår att reglerna för mervärdesskatt inom hälso- och sjukvården skiljer sig mellan offentliga och privata vårdgivare. För att bättre säkerställa konkurrensneutralitet mellan landstingets enheter och de privata vårdgivarna lämnar samtliga landsting en momskompensation till privatägda företag³¹. Denna momskompensation uppgår till mellan 2 och 6 procent av den totala ersättningen till vårdgivarna.

Kronoberg, som är det landsting som lämnar lägst momskompensation, har en skrivning i förfrågningsunderlaget som medger en omprövning av nivån för momskompensation om det kan påvisas att kompensationen är för låg. Uppsala har en liknande skrivning som medger företag med högre momskostnader än 3 procent av den totala ersättningen, att ansöka om högre kompensation. En sådan ansökan har inkommit och utreds för närvarande av landstinget.

³¹ Offentligt ägda aktiebolag omfattas inte av den momsfordel som förvaltningsdriven verksamhet erhåller. Om landstingets egna vårdcentraler bolagiseras bör momskompensation även utgå till dessa företag.

Administrativ ersättning

Två landsting, Jämtland och Kalmar, ersätter privata företag för administrativa kostnader. Ersättningen avser att kompensera de privata leverantörerna för de landstingsgemensamma kostnader som primärvården i egenregi nyttjar. Dessa landsting har valt en redovisningsmodell där centrala kostnader inte fördelas ut till de verksamheter som i realiteten använder tjänsterna. Landstingets vårdenheter har därmed inte eget kostnadsansvar för central administration utan denna verksamhet ses som en fri nyttighet inom landstinget. För att kompensera privata företag för detta utgår en extra ersättning som enligt landstingets beräkningar ska motsvara primärvårdens andel av de centrala kostnaderna i landstinget. Ersättning utgår i ett av landstingen med sex kronor per listad patient och i det andra landstinget genom en uppräknings ersättning med 4,7 procent.

3.3.3 Synpunkter från olika vårdaktörer

Generellt sett framför de landsting som Konkurrensverket har träffat att de är nöjda med det ersättningsystem som utformats. Utifrån den begränsade förberedelse tiden inför vårdvalet har vissa landsting valt att avvakta med att införa vissa delar eller parametrar i ersättningsystemet.

Vid intervjuer med leverantörer ligger ofta fokus på problem med ersättningsystemet och ofta lyfts sådant som upplevs missgynna den egna verksamheten. Att vissa it-system inte varit helt färdigutvecklade vid starten av vårdvalet kan ha påverkat förtroendet för utbetald ersättning.

Olika effekter av ekonomisystemets utformning kritiserar ofta. Gemensamt vid diskussionerna är dock att det finns en vilja och förhoppning om att det går att åstadkomma ett rättvist system för

ersättning. I grunden är vårdgivarna positiva till LOV, förutsatt att negativa bieffekter eller orättvisor kopplade till ersättningssystemet rättas till.

Incitament och styreffekter

Vad gäller ersättningssystemet som sådant varierar de synpunkter som framförs av vårdgivarna något beroende på vilket eller vilka vårdvalssystem de är verksamma inom. Åsikterna kan även väntas gå isär beroende på var i landstinget som vårdgivaren är etablerad. Så här säger några vårdgivare som deltagit i Markörs intervjuundersökning.

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

Privat vårdgivare

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

Privat vårdgivare

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

Privat vårdgivare

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

Privat vårdgivare

Misstro och bristande transparens

Flera av leverantörerna ställer sig undrande till hur ersättningen räknats ut. Systemet upplevs inte som tillräckligt transparent och misstankar finns om att landstingen gynnar sina egna enheter.

”Frågan är hur man räknar ut CNI³² rent praktiskt. Hur vet man om man bor ensam eller tillsammans, vilken utbildningsnivå som finns, om man är utlandsfödd. Finns det verkligen sådan information om alla personer i alla områden? Det är ju en fråga? För våra områden ser ju mycket olika ut! ”

Privat vårdgivare

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

Ideell vårdgivare

En offentlig vårdgivare ger däremot uttryck för att vårdvalssystemet bidragit till att göra den ekonomiska modellen mer transparent och rättvis. Vidare ger vårdgivaren uttryck för att momskompensationen på 6 procent som utgår till privata företag är väl tilltagen, eftersom momskostnaderna uppskattas var lägre än så.

³² CNI (Care Need Index) beskriver hälso- och sjukvårdsbehov utifrån sociodemografiska variabler.

Ersättningssystemens bieffekter

Enligt tillfrågade vårdgivare bedöms ersättningssystemen även kunna leda till vissa oväntade och för samhället negativa effekter.

- Om antalet genomförda besök är viktiga för den totala ersättningen tenderar antalet besök att bli onödigt många. I stället för att göra flera saker vid samma besök, delas besöken upp så mycket som möjligt med fler återbesök. Motsatsvis är risken i de fall som antalet besök inte påverkar ersättningen, att tillgängligheten för patienterna försämras.
- Om läkarbesök ger mer ersättning än andra besök, ökar läkarbesöken. Patienter får träffa läkaren även då det inte är helt nödvändigt. Eftersom läkare samtidigt är en stor kostnad finns risk att vårdcentraler, i stället för fasta läkare, börjar anställa vikarierande läkare, exempelvis sådana som precis har avslutat sin allmäntjänstgöring³³.
- Inom vårdföretag med egna specialister/kliniker remitteras fler till de egna specialisterna än vad som egentligen behövs, eftersom det innebär mer pengar.
- Beroende på system kan det löna sig att vårda vissa patientgrupper före andra. Om systemet byggs upp så att det inte lönar sig att vårda exempelvis sjuka, äldre, invandrare eller lägre socialgrupper är det en uppenbar risk att dessa patientgrupper får sämre tillgänglighet till vård.
- Överdiagnostisering är en risk om vissa diagnoser ger mer ersättning.

³³ Allmäntjänstgöring (AT) är en tidsbegränsad anställning under handledning för den som fullgjort sin läkarutbildning.

Branschorganisationen Vårdföretagarna har genomfört flera undersökningar där leverantörer inom vårdvals-system har intervjuats. En fråga som Vårdföretagarna³⁴ belyser att de administrativa insatser som krävs för att ersättning ska utgå, kan upplevas som ett inträdes-hinder, framförallt för mindre företag.

”De stora företagen har administrativa fördelar som vi inte har, vilket gör det lättare för dem att möta många av de kravmål som regionen ställer.”

”Själva systemet innebär mer byråkrati och administration, vilket inte är något problem för oss, men säkert tufft för mindre vårdcentraler.”

(Citat ur Vårdföretagarnas rapport *Ett bättre Vårdval Sverige*, 2009)

En offentlig vårdgivare har framfört förhoppningar om att införandet av ett nytt gemensamt journalsystem ska minska den administrativa bördan för registreringar framöver, samt att den tekniska utvecklingen ska lösa vissa administrativa insatser i framtiden.

Landstingen har utformat ekonomisystemen utifrån de mål som fastslagits för primärvårdsverksamhet. Oavsett hur ersättningssystemen utformats finns alltid risk för icke önskvärda effekter. Samtliga landsting har därför lagt till olika principer för styrning i ekonomisystemet för att mildra och i bästa fall utesluta negativa effekter. Hur väl detta lyckats är ännu för tidigt att bedöma.

Landstingen är överlag nöjda med de effekter som hittills uppnåtts med vårdvalssystemen. Mindre justeringar i form av mer förfinade fördelningsmetoder gällande kapitationsersättning diskuteras i flera landsting. Exempelvis kommer några landsting troligen under de närmaste åren att införa diagnosklassificering enligt ACG för att viktiga ersättningen mot patienternas vårdtyngd. Kvalitetsindikatorer ses generellt som ett utvecklingsområde. Några landsting har även framfört att det kan bli aktuellt med mindre justeringar av den vikt som respektive parameter i ersättningssystemet ges.

³⁴ Vårdföretagarna (2009)

4 Ersättningsnivå och subventioner

Uppmärksammade problem med ersättningsnivåer och subventioner framhålls av flera intressenter. Av detta kapitel framgår att ersättningsnivån fastställs utifrån landstingets budgetram för verksamheten och att det vid fastställandet av budgetramen ofta tas hänsyn till historiska kostnader. Om ett landsting subventionerar egenregin påverkar det kostnadsbildningen. Frågan om ersättningsnivåer har därmed en stark koppling till frågan om subventioner.

4.1 Fastställande av ersättningsnivåer

Det finns inte någon direkt koppling mellan ersättningsnivån och självkostnadsberäkningar av primärvårdsproduktion i landstingets egenregi. Det kan dock konstateras att beställare i en beställar-/utförarorganisation inte ska ha tillgång till information om kostnaderna på utförarsidan. Beställaren har således inte underlag för att göra en självkostnads kalkyl. Rimlighetsbedömningar och avstämning mot historiska data görs dock på en mer övergripande resultatnivå vid fastställandet av budgetramen.

Ersättningsnivåer i landstingen fastställs i stället ofta utifrån den beslutade budgetramen för verksamheten som ersättningen avser att finansiera. Budgetmedel fördelas sedan vidare till ersättningssystemets olika delar. Ersättningsnivåer kan först därefter beräknas. Ersättningssystemets olika delar bestäms utifrån de behov landstingen identifierat och vilken styrning som anses vara nödvändig för att nå uppsatta mål.

Landsting med ett gynnsamt ekonomiskt läge ger ofta kompensation för den årliga pris- och löneutvecklingen vid fastställandet av budgetramen. Landsting med ett mer trängt ekonomiskt läge kan däremot tvingas avstå från denna typ av kompensation och i bespa-

ringssyfte dessutom tvingas minska budgetramen ytterligare. En avstannad eller negativ utveckling av ersättningsnivån förutsätter en ökad effektivitet i produktionen alternativt ett förändrat uppdrag, hårdare prioriteringar eller lägre kvalitet på utförd vård. Att tillåta uppkomst av köer kan även minska kostnaderna på kort sikt. En kombination av priskompensation, förändrat uppdrag och effektivitetskrav används ofta som grund vid det årliga fastställandet av budgetramen.

Bild 4.1 Beräkningsexempel, justering av årlig budgetram

<p>Årets budgetram: X mkr Lönekompensation + 4 % Årlig prisjustering utifrån index + 0,5 % Rationaliseringskrav - 3 % Förändrat uppdrag "del ett" + 2 mkr Förändrat uppdrag "del två" -2 mkr Budgetram nästkommande år X +1,5 %</p>

Landsting med ekonomi i balans eller som gjort extra satsningar i och med införandet av vårdval, upplever generellt sett inte ersättningsnivåer som en stor fråga. Landsting där situationen är en annan kan antas bli ifrågasatt mer frekvent, särskilt om etableringar uteblir eller om egenregin inte klarar uppdraget utifrån utbetald ersättning. Något landsting har uttryckt en viss oro över att de sparbetning som fastlades vid införandet av vårdval i praktiken kan vara svåra för vårdgivarna att realisera. Det har i diskussioner med landstinget framkommit att eventuella negativa resultat i egenregin vid kommande årsskifte inte nödvändigtvis kan hänföras till vårdvalssystemet som sådant. Resultatet hade sannolikt uppkommit även om vårdval inte införts. Det ekonomiska läget i det aktuella landstinget har tvingat fram stora sparbetning inom alla vårdområden och primärvården har inte undantagits från detta åtagande.

4.2 Ersättningsnivå som marknadsregulator

Ersättningsnivån uppfattas i vissa landsting som ett verktyg för att styra antalet etableringar i länet, att jämföra med övriga ekonomiska styrverktyg som bonus och vite. Om ersättningsnivån är felaktigt satt kommer det att avspegla sig på marknaden genom omotiverade förändringar av antalet vårdgivare. Ersättningsnivån bedöms av landstingen därför kunna fungera som en marknadsregulator. För få leverantörer kan vara en indikator på att ersättningsnivån är för låg eller vice versa.

I uppdragsgivarens roll ingår att reglera ersättningsnivån och utifrån identifierade behov av åtgärder, stimulera alternativt dämpa etableringstakten på marknaden. Detta ställningstagande framgår explicit i förfrågningsunderlaget till Hälsoval Dalarna:

”Ersättningsnivån är en utpräglad politisk fråga och ska vara avstämd mot uppdraget. Här kan konkurrensneutraliteten och möjligheten till privata etableringar fungera som test på hur väl uppdrag och resurser korresponderar”.

(Citat ur Landstinget Dalarnas förfrågningsunderlag, 2009-12-07)

Det har även vid intervjuer framkommit argumentation gällande ersättningsnivåer och ömsesidigt beroende. Uppdragstagare och uppdragsgivare kan anses vara i beroendeställning i förhållande till varandra. Uppdragstagaren är beroende av köpare för sina tjänster och uppdragsgivaren är i beroende av leverantörerna för att den vård som invånarna behöver ska finnas tillgänglig. Risken att ett landsting medvetet skulle sätta en för låg ersättningsnivå eller på annat sätt ställa orimliga krav på leverantörer och därigenom riskera att vårdutbudet minskar till en nivå där det egna ansvaret äventyras, framförs av vissa landsting vara begränsad. Detta beroendeförhållande kan dock antas vara starkare ju större del av vården som bedrivs i privat regi.

I förarbetena till LOV förs ett liknande resonemang, med utgångspunkt från den årliga justeringen av ersättningsnivån.

”Prisjustering måste självklart ske utifrån kommunens eller landstingets årliga beslut om budget där ersättning för olika verksamheter regleras. Dock ligger det i kommunens eller landstingets eget intresse att vidmakthålla ett valfrihets-system och därför bör förändringar göras på ett sådant sätt att den ekonomiska ersättningen inte försämras.”

(Citat ur prop. 2008/09:29)

4.3 Bedömning av ersättningsnivå

Ersättningsnivån har sannolikt större betydelse för företagens vilja att etablera sig än någon annan parameter inom ersättningssystemens konstruktion. Denna fråga har kommit att få stort fokus bland vårdgivare inom vårdvalssystemen.

4.3.1 Ifrågasättande av ersättningsnivåer

Det finns en misstro, att landstingen inte gör korrekta bedömningar av ersättningsnivån i förhållande till vårdvalsuppdraget och de krav som ställs på vårdgivarna. Privata vårdgivare upplever att det finns brister i landstingens redovisning och uppföljning som leder till att felaktiga beslutsunderlag presenteras för beslutsfattarna. Detta riskerar i sin tur leda till att ersättningsnivån sätts för lågt.

En annan synpunkt som framkommit vid intervjuer med vårdgivare är att vårdval kommer att generera ökade kostnader för vårdgivarna genom ökad administration, marknadsföring m.m. Om inte korrekta bedömningar gjorts utifrån vad vårdvalet som modell har för inverkan på kostnadsutvecklingen, kan även detta leda till att ersättningsnivån sätts för lågt. Vad den faktiska kostnadsutvecklingen av vårdval kommer att resultera i är ännu för tidigt att bedöma. Troligt är att vissa typer av kostnader kommer att öka medan andra kostnader

kommer att minska. Rädslan för att ersättningen inte kommer att täcka de faktiska kostnaderna kan delvis bero på att vårdvals-system är en ny företeelse. Nya ersättningsmodeller har etablerats på kort tid och effekterna kan vara svåra att överblicka från början. En mer generös ersättning skulle minska farhågorna och ge en försäkring för oförutsedda utgifter.

Av förarbetena till LOV framgår dock att det skulle kunna strida mot EU:s statsstödsregler att överprissätta en tjänst utifrån detta antagande, eftersom leverantören då kan anses ha mottagit en förmån³⁵. Om ersättningen i stället är för låg riskerar verksamhetens existens samt kvalitet på tjänsterna att försämrans. Det är därför av stor vikt att landstingen har gjort en korrekt bedömning av den faktiska kostnadsbilden när de ekonomiska ramarna beslutas.

4.3.2 Misstanke om subventioner

En annan misstro som finns bland privata vårdgivare, är att landstingets vårdenheter subventioneras i förhållande till privata vårdgivare inom vårdvals-systemen. Denna fråga är kopplad till frågan om ersättningsnivån. En vårdgivare framför följande:

”Landstinget går ständigt back med flera miljoner, deras verksamhet är kraftigt subventionerad. Samtidigt snålar man in på den totala ersättningen till vårdföretagen.”

(Citat ur Vårdföretagarnas rapport *Ett bättre Vårdval Sverige*, 2009)

Det finns alltså en uppfattning om att ersättningsnivån i vårdvals-systemen satts för lågt och att förluster i landstingets egen regi täcks genom kapitaltillskott från landstinget. Privata vårdgivare får därmed inte motsvarande subvention. På detta sätt får privata vårdgivare bära kostnaden för exempelvis förekommande sparbetning i primärvården. I värsta fall riskerar det att leda till att vårdgivare går

³⁵ Prop. 2008/09:29

i konkurs och att verksamheter tvingas lägga ned. Motsvarande risk föreligger inte för landstingets egna vårdenheter.

Att landstingets egenregi tillåts gå med förlust menar flera verksamhetschefer i Vårdföretagarnas³⁶ undersökning leder till att konkurrensen snedvrids.

”Konkurrensneutralitet? Formellt, ja visst, men i praktiken finns den inte alls. Landstingen stoppar ju in pengar i sin egen förlustverksamhet. De får ju aldrig ta konsekvenserna av sina förluster.”

(Citat ur Vårdföretagarnas rapport *Ett bättre Vårdval Sverige*, 2009)

Det finns även starka uppfattningar om att landstingsdrivna vårdenheter indirekt subventioneras genom att inte påföras samtliga faktiska kostnader för verksamheten eller att vårdvalsuppdraget korssubventioneras av annan icke konkurrensutsatt verksamhet. Följande framförs i intervju med Markör³⁷.

”Om man får samma ersättning som landstinget är det OK. Men de förutsätter att det inte finns dolda ersättningar. Jag tänker på hyreskostnader till exempel. Får de annan ersättning än detta? De har ju också hemsjukvård, kanske kan de säga att ‘våra arbetsterapeuter de kostar jättemycket’, sedan kanske de kan ha det de får till annat? Det har vi ingen insyn i, det kan man bara misstänka att enheter som är landstingsfinansierade får tillskott.”

Privat vårdgivare

Som framförs i avsnitt 4.3 ställer sig flera vårdgivare även frågande till hur ersättningen räknas ut. Systemet upplevs inte som tillräckligt transparent och det finns misstankar om att landstingen gynnar sig själva.

³⁶ Vårdföretagarna (2009)

³⁷ Markör (2010)

4.3.3 Indikatorer på felaktig ersättningsnivå

Av propositionen *Vårdval i primärvården*³⁸ framgår att det kan anses strida mot proportionalitetsprincipen att landstinget erbjuder vårdgivare alltför låg ersättning. Vidare framgår att denna princip inte gäller i förhållande till landstingens egna verksamheter men i förhållande till externa utförare och att en privat vårdgivare därmed kan hävda att det föreligger ett brott mot proportionalitetsprincipen. Som bevis härför kan de ekonomiska villkor som landstingets egna verksamheter arbetar under åberopas.

För att kunna bedöma om ersättningsnivån är för låg måste sannolikt flera indikatorer vägas samman. En sådan indikator kan vara utvecklingen av antalet leverantörer på marknaden. En annan indikator kan vara landstingets egenregins ekonomiska utfall för vårdvalsverksamheten.

För att egenregins ekonomiska utfall ska kunna utgöra grund för bedömning av ersättningsnivån har sannolikt tidsaspekten en avgörande betydelse. Ett enstaka år av förlust räcker förmodligen inte för att styrka att ersättningsnivån är felaktig, om inga andra indikatorer finns som stärker antagandet. Verksamhetens samtliga kostnader ska rymmas i den ersättning som betalas ut i vårdvalssystemet. Eftersom kostnaderna inte belastar verksamheten linjärt över tid, bör underskott ett år kunna finansieras av år med uppvisat överskott.

Tidsaspektens betydelse vid en bedömning av om ersättningsnivån är proportionerlig i förhållande till uppdraget har inte prövats i domstol och inte heller belysts i förarbeten till LOV. Vilken bevisbörda som kommer att krävas får domstolspraxis avgöra. Även ett enskilt år av underskott kan tillsammans med beslut om minskad budgetram få betydelse vid bedömningen av ersättningsnivån. Om det i samband med detta utgår ett ägartillskott för att täcka förlust

³⁸ Prop. 2008/09:74

för egenregi kan denna subvention ses som särskilt allvarig, eftersom de privata vårdgivarna då får stå för hela landstingets besparing.

5 Erfarenheter från vårdval

Bestämmelsen om obligatoriskt vårdval trädde i kraft den 1 januari 2010. Flera landsting har tolkat det som att förfrågningsunderlagen senast vid denna tidpunkt ska finnas tillgängliga i Kammarkollegiets databas. Den faktiska starten av vårdvalet har därmed förskjutits i vissa landsting.

Totalt var det åtta landsting som införde vårdval i primärvården redan innan detta blev obligatoriskt. I fem av dessa landsting infördes systemet under 2009, dvs. samma år som LOV trädde i kraft, ett startade 2007 och två 2008. I resterande 13 landsting har vårdvalssystem införts under 2010.

De erfarenheter som beskrivs i detta kapitel återspeglar i vilket skede landstinget befinner sig, hur länge vårdvalet varit i drift eller om landstinget fortfarande befinner sig i införandeprocessen³⁹.

5.1 Införandeprocessen ur ett landstingsperspektiv

Arbetet med att ta fram och utforma ett vårdvalssystem har i de flesta landsting skett genom att en projektgrupp bildats för att arbeta med införandet. Projektgrupperna har vanligtvis bestått av tjänstemän vid landstingen som i vissa fall samverkat med en politiskt partsammansatt styr- eller arbetsgrupp. I flera landsting har politisk enighet över blockgränserna varit en viktig målsättning och stor vikt har därför lagts vid att utforma ett vårdvalssystem som samtliga politiska partier står bakom. Ett motiv till detta har varit att skapa en stabil uppdragsbild så att vårdgivarna inte ska behöva oroa sig för plötsliga förändringar inför varje ny mandatperiod.

³⁹ Gotland publicerade sitt förfrågningsunderlag först den 23 mars 2010. Inga erfarenheter har därför inhämtats från kommunen gällande införandeprocessen.

Efter införandet av vårdvalssystemet har de tillsatta projektgrupperna i flera landsting permanentats, alternativt har arbetet överlämnats till en vårdvals- eller beställarenhet med uppgiften att förvalta systemet.

Uppfattningen i flera landsting är att införandeprocessen gått snabbt och krävt stora arbetsmässiga insatser. I flera landsting som inte tidigare haft, men som i och med vårdvalet infört någon slags beställar-/utförarorganisation, framförs att det tar tid att implementera en sådan organisation i både tanke och handling. Ofta upplever projektgruppen eller den tillsatta vårdvalsenheten sig vara mer förtrogna med beställarrollen än resten av organisationen.

5.1.1 Erfarenheter från införandet

Vid utformningen av vårdvalssystemen har landsting haft olika problem och förhållanden att ta hänsyn till. Av redogörelsen i avsnitt 3.3 framförs exempel på hur ersättningssystemet har anpassats för att genom hänsyn till socioekonomiska variationer och förekommande glesbygdsproblematik skapa förutsättningar för att bedriva vård i olika delar av länet. Ett annat exempel är landsting med uttalade tillgänglighetsproblem som arbetat med ett utvidgat jouransvar och målrelaterad ersättning som utgår till vårdgivare som uppnår eftersträvd täckningsgrad.

En generell uppfattning är att processen med att arbeta fram och införa vårdvalssystemet har bidragit till att sätta ljus på flera viktiga frågor i primärvården. Genomlysningen har bidragit till att landstingen tvingats hantera frågor som tidigare "sopats under mattan".

I många fall framförs att vårdvalssystemet bidragit till att kostnader på ett mer tydligt sätt kopplas till resurser samt att olikheter mellan vårdenheter uppmärksammas. Vårdvalssystemet anses därmed ha bidragit till rättvisare och mer jämlika villkor, även om vissa

utvecklingsområden har identifierats. En annan positiv effekt som framförs är att primärvårdens uppdrag och avgränsningen gentemot den specialiserade vården har tydliggjorts. Även frågan om uppföljning och målstyrning har fått ökat fokus vilket upplevs som positivt.

5.1.2 Lärdomar från införandet

En generell uppfattning i landstingen är att det är viktigt att låta olika reformer få verka en tid och utvärderas innan det tas beslut om nya åtgärder. Att från tid till annan ställa om till olika system är både svårt och resurskrävande.

Det tycks ha funnits ett stort intresse bland landstingen att lära av varandra och dela med sig av erfarenheter. De nätverksträffar som har anordnats av Sveriges Kommuner och Landsting uppges ha varit ett viktigt stöd vid utformningen och implementeringen av vårdvalssystemen.

Erfarenheterna från införandet speglar till stor del hur landstinget och primärvården tidigare varit organiserad. Generellt sett tycks omställningen till det nya systemet ha varit lättare i landsting med tidigare vana av att jobba i en beställar- och utförarorganisation.

It-system och registrering

En viktig och för många landsting tidskrävande fråga har varit att anpassa it-systemet till de nya förutsättningarna. I vissa fall har systemet krävt få anpassningar och inte vållat några större bekymmer vid införandet av vårdvalet. Andra framför att omställningen har varit omfattande och att det hade behövts mer planering och informationsinsatser för att undvika de värsta "barnsjukdomarna".

Behovet av planering och informationsinsatser är särskilt tydligt i landsting som infört vårdtyngdsrelaterad ersättning genom diagnos-

klassificering enligt ACG. Som exempel kan nämnas Västra Götalandsregionen, som trots omfattande informations- och utbildningsinsatser gentemot leverantörerna, upplevt brister i den information som rapporterats in till regionen. Även i Region Skåne framförs liknande erfarenheter. Att inte underskatta behovet av att utbilda och informera vårdgivarna om hur de ska registrera olika uppgifter i de olika it-systemen anses vara en viktig lärdom från införandet.

Denna lärdom har exempelvis Värmland tagit fasta på. För att invänta erfarenheter av hur registreringen fungerar, har landstinget valt att inledningsvis låta endast en mindre del av ersättningen baseras på ACG. En allt för stor andel ACG-relaterad ersättning ansågs dessutom försvåra för vårdgivare att beräkna ersättningens storlek, eftersom det för närvarande inte finns historiska data för sådana beräkningar.

Blekinge är ett annat exempel på ett landsting som valt att avvakta med att föra in ACG som en parameter i ersättningssystemet. Däremot har sådan registrering redan införts i landstinget och det finns en förhoppning om fortsatt utveckling för att denna parameter på sikt ska kunna ingå i ersättningssystemet.

Pågående vårdavtal

Så gott som samtliga landsting hade pågående vårdavtal med privata vårdgivare som de var tvungna att ta hänsyn till vid införandet av vårdvalssystemet. Flera landsting har på olika sätt arbetat för att underlätta en eventuell övergång och i några enstaka fall valde samtliga vårdgivare med vårdavtal som var i kraft att övergå till vårdvalssystemet. I flertalet fall kommer dock vårdgivare med vårdavtal under en övergångsperiod att finnas parallellt med vårdgivare i vårdvalssystemet. Därutöver finns vårdgivare med rätt att bedriva verksamhet med ersättning enligt den nationella taxan.

De krav som ställs på vårdgivare med vårdavtal skiljer sig ofta från de krav som ställs på vårdgivare inom vårdvalssystemet. I exempelvis Kalmar ställs krav på att vårdgivarna i vårdvalssystemet ska klara ett bredare uppdrag än vad som gäller för flera av de vårdgivare som är verksamma med vårdavtal. För landstinget innebär det att den egna regionen under en övergångsperiod kommer ha ett extra uppdrag att svara för vård som inte ingår i befintliga vårdavtal.

Några större bekymmer att hantera de olika system som kommer att finnas vid sidan om vårdvalssystemet har än så länge inte uppmärksamrats. En relativt samstämmig bedömning är dock att ett renodlat system utan flera olika avtalstyper hade varit att föredra.

5.2 Nyetablerade och godkända vårdenheter

Ett av syftena med att införa obligatoriskt vårdval i primärvården har varit att stärka patientens ställning och att få till stånd en ökad valfrihet och mångfald inom hälso- och sjukvården.

Av tabell 5.1 nedan framgår hur antalet mottagningar har förändrats sedan införandet av vårdval i de tre landsting som har längst erfarenhet av vårdval i primärvården. Redovisningen avser utvecklingen från året innan vårdvalssystemet infördes i respektive landsting.

Tabell 5.1 Vårdmottagningar i landsting som införde vårdval före 2009. Antal och årlig förändring sedan starten

	Halland				Stockholm				Västmanland			
	Antal enheter		Årlig förändring		Antal enheter		Årlig förändring		Antal enheter		Årlig förändring	
	off	priv	antal	%	off	priv	antal	%	off	priv	antal	%
2006	25	12	--		--		--		--		--	
2007	25	20	8	22	86	76	--		15	15	--	
2008	24	22	1	2	78	104	20	12	15	18	3	10
2009	24	23	1	2	75	115	8	4	14	17	-2	-6
2010	24	23	0	0	73	122	5	3	12	20	1	3
Total förändring sedan införandet av vårdval			10	27	--		33	20	--		2	7

Källa: Konkurrensverket

Som framgår av tabellen skedde den största ökningen av antalet mottagningar i landstingen det första året. I Västmanland har antalet mottagningar ökat i relativt begränsad omfattning jämfört med de två övriga landstingen. Däremot har andelen mottagningar som bedrivs i privat regi ökat från 50 till nära 63 procent i detta landsting.

I tabell 5.2 nedan redovisas antalet mottagningar i offentlig och privat regi före och efter införandet av vårdvalssystemet samt förändringen av det totala antalet mottagningar under denna period⁴⁰. I redovisningen inkluderas etablerade vårdenheter samt godkända enheter som inte hunnit men som enligt uppgift har för avsikt att etablera sig i landstingen⁴¹. Antalet godkända men ännu inte etablerade mottagningar framgår av de noter som infogats i tabellen.

⁴⁰ Uppgifterna har hämtats vid de intervjuer som genomfördes med landstingen. Uppgifterna har därefter kompletterats med uppgifter från landstingens webbsidor samt i vissa fall genom telefonsamtal med landstingen. Denna komplettering genomfördes i mitten av april 2010.

⁴¹ Från det att en mottagning godkännts för etablering gäller generellt att vårdgivaren har sex månader på sig att etablera mottagningen från det att avtal skrivits med landstinget.

Tabell 5.2 Vårdmottagningar i landsting som införde vårdval år 2009-2010. Antal och förändring sedan starten

	Etablerade före vårdvalet		Godkända /Etablerade april 2010		Total förändring	
	off	priv	off	priv	antal	%
Kronoberg	23	3	23	9	6	23
Region Skåne	87	40	89	62	24	19
Uppsala	26	15	26	17	2	5
Östergötland	35	7	36	10	4 ¹	10
VG-regionen	117	26	118	88	63	44
Sörmland	18	2	17	7	4	20
Jönköping	30	3	31	21	19 ²	58
Kalmar	27	15	27	15	0	0
Blekinge	14	6	13	10	3 ³	15
Värmland	23	2	23	9	7	28
Örebro	25	4	25	4	0	0
Dalarna	29	1	29	7	6 ²	20
Gävleborg	29	4	27	7	1 ²	3
Västernorrland	21	6	21	10	4 ²	15
Jämtland	25	4	17	4	-8	-28
Västerbotten	33	4	32	5	0 ³	0
Norrbottnen	32	1	32	2	1 ²	3
Totalt	594	143	586	287	136	18
inkl. landsting med vårdval före 2009	720	246	695	452	181	19

¹ Tre enheter ej etablerade

² Ingen enhet etablerad

³ En ny enhet godkänd, ej etablerad

⁴ Två enheter ej etablerade

Källa: Konkurrensverket

Om antalet enheter i Halland, Stockholm och Västmanland inräknas har antalet vårdenheter ökat med knappt 19 procent från det att vårdvalssystemen infördes i respektive landsting, vilket motsvarar 181 vårdenheter. I samtliga utom fyra landsting har antalet etablerade eller godkända mottagningar ökat. Framförallt är det privata

vårdgivare som svarar för ökningen. Den största ökningen av antalet vårdmottagningar återfinns i de landsting där det varit möjligt för nyetablerade vårdgivare att ta del av den initiala fördelningen av passivt listade patienter. Även i landsting som exempelvis Kronoberg och Dalarna har intresset för etablering visat sig vara relativt stort.

Ett landsting som avviker från övriga landsting är Jämtland som redovisar en negativ förändring av antalet vårdmottagningar. Minskningen i antalet mottagningar beror dock på att flera av de landstingsdrivna enheterna i och med det förändrade uppdraget organiserats som filialmottagningar som tillhör en större enhet som ansvarar för hela vårdvalsuppdraget. I praktiken har antalet mottagningsplatser i länet således inte minskat.

I Kalmar och Örebro hade, vid genomförandet av intervjuerna med landstingen, inga vårdgivare godkänts till vårdvalssystemet. För vårdgivare som önskar vara med vid ingången av Hälsoval Kalmar, var sista dag för ansökan den 7 maj 2010. Detta förklarar varför inga nya vårdmottagningar redovisas i tabellen ovan.

Geografisk spridning

Läkarbrist och rekryteringsproblem har bidragit till en begränsad utveckling av antalet vårdmottagningar i vissa områden eller i vissa landsting. I flera landsting framförs att nyetableringarna i huvudsak har koncentrerats till de största städerna. I några mindre landsting uppges däremot att ansökningarna varit spridda över hela länet och att någon koncentration inte har uppmärksamats. Flera framför att vårdgivarna tycks ha en god uppfattning om var befintlig vård fungerar bra respektive mindre bra och valt att anpassa etableringarna utifrån detta.

5.3 Nya vårdgivare och utvecklingstendenser

Av ovanstående redogörelse framgår att det i flera landsting skett en relativt stor tillströmning av antalet vårdenheter. Även i landsting där intresset för nyetablering varit begränsat har införandet av vårdval medfört att positiva förändringar, såsom förbättrad tillgänglighet och ökat patientfokus.

Förbättrad tillgänglighet och ökad patientfokus

En utveckling som har kunnat skönjas i flera landsting är att mottagningar börjat erbjuda utökade öppettider och att tillgängligheten för patienterna har förbättrats. Exempelvis framförs i Örebro att det tidigare varit svårt för invånarna att komma i kontakt med vårdcentralerna och att det nu bara finns två mottagningar som inte tar emot patienter redan samma dag som de söker vård.

I flera landsting framförs även att vårdgivarna har blivit bättre på att omhänderta de listade patienternas vårdbehov. Som exempel framförs att antalet jourbesök har minskat och att en större del av vården tillhandahålls på vårdmottagningarna. I Region Skåne har denna utveckling bidragit till att regionen kunnat stänga elva jourcentraler genom en förflyttning av omhändertagandet från jourtid till ordinarie öppettider.

Även i Västra Götalandsregionen har vårdvalssystemet bidragit till att primärvården börjat ta ett större ansvar för sina patienter. Tidigare var primärvården underdimensionerad vilket ledde till att patienterna fick söka vård vid akutsjukhusen. Till skillnad från utvecklingen i Region Skåne har vårdvalet i stället medfört att flera nya jourmottagningar öppnats. Belastningen på sjukhusens akutmottagningar har därmed minskat och en större del av vården tillhandahålls numer på rätt vårdnivå, vilket upplevs som positivt av regionen.

Den beskrivna utvecklingen kan ha flera förklaringar, exempelvis att vårdgivarnas åtagande och kostnadsansvar för listade patienter utvidgats samt att tidigare listningstak och möjlighet att neka patienters egna val tagits bort. Vidare framförs att vårdvalssystemet och hotet om konkurrens bidragit till ökat fokus mot patienternas behov och önskemål.

Flera landsting talar även om att attitydförändringar bland vårdgivarna har noterats. Bemötande och kundservice har fått ökat fokus och i vissa fall talas även om ett större engagemang hos personalen. Insatser har vidtagits för att göra väntrum och lokaler mer välkomnande. Exempel ges även på att ersättningssystemet bidragit till ökad kostnadsmedvetenhet.

Nya vårdgivare och nya sätt att organisera primärvården

Många av de vårdgivare som etablerat nya mottagningar är sedan tidigare kända av landstingen. Det kan exempelvis handla om vårdgivare som bedrivit vård inom annan specialitet eller inom företagshälsovård, landstingsanställda som valt att starta egen verksamhet eller läkare på nationella taxan som valt att övergå till vårdvalssystemet. Antalet mottagningar har således ökat men i praktiken bedöms vårdutbudet vara relativt oförändrat.

I vissa fall har vårdgivare valt att starta filialmottagningar för att kunna erbjuda vård närmare patienternas bostad. Det finns även exempel på vårdgivare som valt att anställa fler kompetenser för att bättre kunna tillgodose patienternas behov. På det stora hela framförs dock av flera landsting att utvecklingen avseende nya sätt att organisera och bedriva verksamheten varit begränsad. En förklaring till detta som framkommit vid intervjuer med landsting är att många vårdgivare är fostrade i landstingets egen regi och därmed styrs av gamla traditioner. Att börja tänka nytt bedöms vara en stor omställning för vårdgivarna. Liknande resonemang förs även av Sveriges

Läkarförbund⁴² som under hösten 2008 genomförde en vårdvals-enkät bland allmänläkare verksamma i Halland, Stockholm och Västmanland.

Även bland vårdgivare som deltagit i Markörs djupintervjuer framförs en relativt enhetlig syn om att vårdvalssystemen framförallt leder till en mångfald av antalet vårdcentraler, men inte nödvändigtvis till mångfald av innehåll i verksamheterna.

En allmän uppfattning bland de intervjuade är att vårdvalssystemet gynnar befintliga vårdmottagningar och inte minst de stora vårdföretagen. De mycket tydliga föreskrifterna och kraven som ställs på vad som ska ingå i verksamheten anses styra mot likriktning, vilket skapar litet utrymme för nytänkande och begränsar förutsättningarna för ett varierat utbud. En av vårdgivarna som deltog i djupintervjuerna, som driver ett stort antal vårdcentraler, tror dock att vårdvalssystemen kan bidra till större mångfald även i verksamheterna. Denne berättar att de i vissa områden ska satsa bl.a. på vårdcentraler med särskilt fokus på kvinnligt vårdbehov.

Vårdgivarnas syn på den framtida utvecklingen

På det stora hela upplevs vårdvalsreformen som något positivt även bland vårdgivarna. Erfarenheterna från såväl offentliga som privata vårdgivare sammanfaller till stor del med de erfarenheter som uppmärksammats av beställare i landstingen.

Den generella bedömningen, särskilt bland privata vårdgivare, är att patienters möjlighet att välja på sikt kommer att ge en bättre vård genom att vårdenheternas verksamhet utvecklas i enlighet med patienternas önskemål. Alla har dock inte samma positiva inställning. En offentlig och en ideell vårdgivare framför att den medicinska kvaliteten inte nödvändigtvis förbättras för att patienterna får som de vill.

⁴² Sveriges Läkarförbund (2009)

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

Ideell vårdgivare

Ur detta perspektiv framförs i intervjuer, som genomförts av Konkurrensverket med företrädare för den landstingsdrivna primärvården, att det kan vara en fördel med större vårdenheter med fler läkare som kan utbyta erfarenheter och stötta varandra vid svåra beslut.

Som framgår av beskrivningen i avsnitt 3.1.3 ingår i vissa vårdvalssystem ett gemensamt ansvar för och deltagande i bl.a. utvecklingsarbete, samarbetsgrupper med kommunerna, Försäkringskassan, m.m. En oro inför denna del av vårdvalsuppdraget har framförts inom den landstingsdrivna primärvården, eftersom det i förfrågningsunderlagen inte alltid finns någon med uttalat ansvar för dessa samordningsdelar. Uppfattningen är att den landstingsdrivna produktionen är mer engagerad och tar ett större ansvar för att dessa delar fungerar i praktiken. Att landstingets egenregionheter tar detta ansvar trots att ingen särskild ersättning utgår anses bero på en tradition av att bedriva verksamheten på detta sätt.

Vårdvalssystemet och därmed följande ersättningssystem har dock bidragit till att viljan och drivkrafterna inom landstingets egenregi att delta i de landstingsgemensamma aktiviteterna har minskat. Egenregin har börjat agera allt mer affärsmässigt och allt större vikt läggs vid vad som ingår respektive inte ingår i vårdvalsuppdraget.

Det finns inom landstingens egenregi en oro för vad som ska hända i framtiden om känslan av ett bredare ansvar försvinner. En uppfattning är att det saknas en kontrollfunktion kring vårdcentralernas samverkan och att det vore bättre om beställaren tog över ansvaret och mot ersättning fördelade dessa uppdrag på enskilda vårdgivare inom vårdvalssystemet. Denna typ av lösning tillämpas redan inom vissa landsting.

5.4 Vårdgivarnas misstro till vårdvalssystemen

Bland såväl offentliga som privata vårdgivare finns starka åsikter om hur den ena parten ges konkurrensfördelar framför den andra. I avsnitt 4.3 beskrivs att det bland privata vårdgivare finns en misstro mot ersättningsnivåerna och att egenregin på olika sätt subventioneras av landstinget. I detta avsnitt beskrivs ytterligare några skillnader i konkurrensvillkoren som anses förekomma mellan offentliga och privata vårdgivare.

Synpunkter från privata vårdgivare

Det varierar hur privata vårdgivare ser på kontakten med landstingen. Ett fåtal av de vårdgivare som deltog i Markörs undersökning menar att de alltid har behandlats väl och att konkurrensen skett på lika villkor. Flera upplever dock att de på något vis har missgynnats i förhållande till landstingets egen regi.

Missgynnandet upplevs inte direkt vara kopplat till LOV och vårdvalssystemen som idé, utan framställs som om landstingen medvetet väljer att utforma regler, marknadsföring och annat inom vårdvalssystemet på ett sätt som gynnar dem själva. Vissa hyser dock förhoppning om att vårdvalet ska leda till ett nytt bemötande, där egenregin och privata vårdgivare behandlas mer likvärdigt.

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

Privat vårdgivare

Ovanstående citat visar inte enbart på framtidstro, utan belyser även misstankarna om att egenregin subventioneras genom att landstingsdrivna vårdmottagningar inte påförs samtliga faktiska kostnader för verksamheten.

En annan relativt allmän upplevelse bland privata aktörer är att landstingens uppställda krav gynnar dem själva. Som exempel nämns tvång att ingå i landstingets administrativa system, använda landstingets laboratorier eller att tillhandahålla tjänster som inte är självklara för en bra vård. Ett annat exempel på sådant gynnande är att vissa delar av primärvården lämnats utanför vårdvalsuppdraget, vilket ansetts vara en konkurrensfördel för landstingets egenregiverksamhet.

”Den konspirationsteoretiskt lagde kunde tro att det fanns en djävulsk plan, vilket det säkert också var. De behöll mödravården, vilket var fräckt eftersom MVC är ingång till BVC som i sin tur är ingång till unga friska vuxna. I vecka 33 brukar MVC fråga vilken BVC de vill gå på och vid ett tillfälle blev det bara till offentliga. Det är inte konkurrensneutralt.”

Privat vårdgivare

Utifrån ovanstående resonemang drar en av de intervjuade i Markörs undersökning slutsatsen att landstinget inte klarar av sin dubbla roll som vårdgivare, kravställare och ansvarig för hur ersättningsystemet byggs upp. En tredje part skulle upplevas som mer trovärdigt.

”Generellt tycker inte jag att man klarar att vara beställare och utförare samtidigt. Man ser till sitt eget, det är enklare att sparka någon annans personal än sin egen. LOV är ju inte ett problem i sig, utan det är ett bra system. Risken finns mer i handhavandet av det. [...] Jag tror inte att det är hållbart att landstinget både är beställare och utförare. Det blir alltid så att man gynnar sig själv.”

Privat vårdgivare

Synpunkter från offentliga aktörer

En av de främsta synpunkterna som berörs av offentliga vårdgivare i intervjuer med Konkurrensverket handlar om att egenregin upplevs ha ett större ansvar än privata vårdgivare utan att extra ersättning för detta utgår.

Många gånger tycks de problem som upplevs av offentliga och privata vårdgivare vara olika sidor av samma mynt. Exempelvis upplever privata vårdgivare att de offentliga ges fördelar genom att de kan dra nytta av den landstingsgemensamma administrationen. Samtidigt upplever offentliga vårdgivare att kravet på att använda denna administration och betala en fast ersättning för denna är en konkurrensnackdel för den landstingsdrivna verksamheten, eftersom de inte själva kan ordna administrationen efter egna önskemål och behov. Möjligheten till marknadsföring är en annan fråga där både offentliga och privata upplever sig ha nackdelar i konkurrensen.

Generellt sett upplevs privata vårdgivare ha flexibla anställningsvillkor än de landstingsdrivna vårdgivarna. Andra skillnader som upplevs vara till nackdel för offentliga vårdgivare är att de i större utsträckning måste ta hänsyn till lagen (1982:80) om anställningsskydd och centrala lönesättningsystem som inte medger utrymme för anpassning efter lokala behov. Flera landstingsdrivna vårdgivare framför även att offentlighetsprincipen och kommunallagens begränsningar i vad ett landsting får ägna sig åt upplevs utgöra en konkurrensnackdel för den egna verksamheten.

Vidare framförs att förekommande krav på egenregin att avropa varor och tjänster från landstingets ramavtal i vissa fall vara en konkurrensnackdel. Att i övrigt följa upphandlingslagstiftningen upplevs vara oflexibelt och fördyra inköpen i förhållande till privata vårdgivare.

I vissa fall framförs även att privata aktörer bedöms ha större frihetsgrader och att egenregin upplever sig politiskt bakbundna. Som exempel anges att egenregin har begränsad möjlighet att starta och avveckla vårdenheter på affärsmässiga grunder.

Även inom egenregin upplevs landstingets dubbla roller som beställare och utförare vara problematiskt. Bland annat bedöms politiker och tjänstemän i vissa fall sakna förståelse för att vårdvalssystemet innebär begränsade möjligheter att styra och lägga extra uppdrag på egenregin.

6 Att styra genom beställar- /utförarorganisation

Landstinget har en myndighetsroll som regelsättare och finansiär av hälso- och sjukvård samtidigt som det är vårdproducent på en konkurrensutsatt marknad. De båda rollerna är motstridiga och kan, som framgår av föregående kapitel, skapa konkurrensproblem om det inte finns tydliga spelregler. De privata producenterna konkurrerar med både varandra och landstingets egen vårdproduktion. Att bedriva verksamhet i konkurrens med sin uppdragsgivare och huvudsakliga finansiär av tjänsterna kan upplevas problematiskt av privata vårdgivare. Misstankar om att landstinget gynnar den egna verksamheten uppkommer lätt utifrån de privata företagens normalt svagare ställning jämfört med landstingets egenregi. Viljan att klaga kan också motverkas utifrån rädslan för möjlig konflikt med uppdragsgivaren.

I detta kapitel beskrivs landstingets roll som beställare och utförare av vården närmare. Inledningsvis ges en överblick av begreppet styrning som är beställarens verktyg för att stimulera producenter att uppfylla landstingets intentioner med vårdvalssystemet.

6.1.1 Styrning av verksamhet

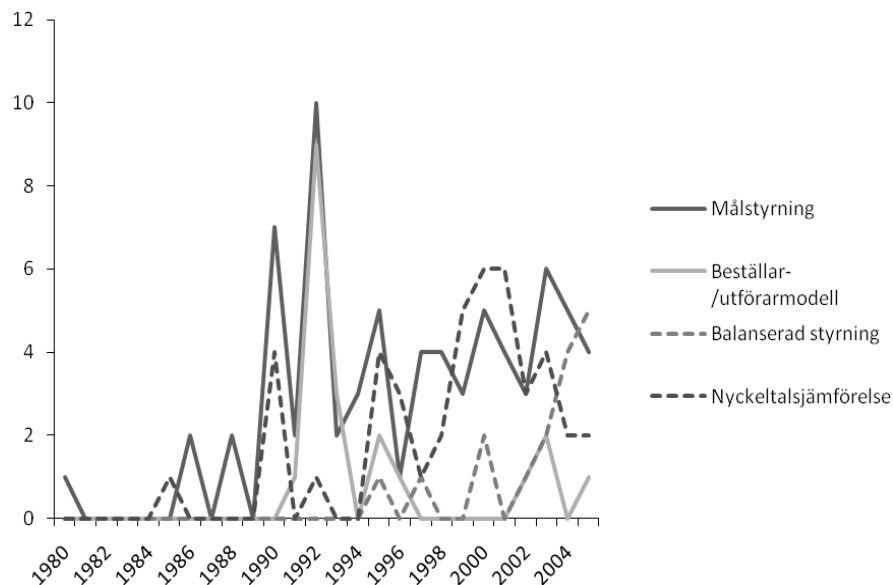
Med styrning avses en medveten påverkan av uppdragstagaren för att nå uppsatt mål. Landstingets styrmodell anger förutsättningarna för samspelet mellan olika intressenter i modellen. Beställar-/utförarmodellen är en av många modeller som tillämpas för styrning av vården.

Styrverktyget är ett medel för att stimulera uppdragstagaren att uppnå givna mål med verksamheten, exempel på verktyg är öppna jämförelser och prestationsfinansiering.

Frågan om en effektiv styrning av vården är komplex. Hälso- och sjukvård är ett kunskapsintensivt och ett dynamiskt område med snabb teknologisk utveckling. De olika yrkesgrupperna har hög kompetens inom sina specialområden och är vana vid stor självständighet vid beslutsfattande. Politiskt inflytande, mål och värderingar är viktiga inslag i verksamheten.

Erfarenheter visar att valet av styrmodell och styrverktyg varierar över tid utifrån olika trender, vilket illustreras av bild 6.1 nedan. Bilden återspeglar resultatet från en enkätundersökning som riktats till ekonomichefer i kommuner och indikerar att det både finns styrmodeller som används tämligen uthålligt samtidigt som indikationer finns för det motsatta förhållandet⁴³.

Bild 6.1 Tidpunkt för fullständigt införande av ny modell alt. styrverktyg. Antal kommuner berört år



Källa: Kommunal ekonomi nr 3 (2006)

⁴³ Kommunal ekonomi (2006)

De motiv som framförs i boken *Uppdrag: Hälso- och sjukvård*⁴⁴ för införandet av en beställare-/utförarorganisation omkring 1990-talet var en krympande ekonomi, diskussioner om nya ekonomiska styrsystem, behov av att bli mer marknadsmässiga och att många politiker upplevde sig som "produktionens fångar". Politikens roll som befolkningsföreträdare lyftes därmed fram. Insikten att det inte var nödvändigt att bedriva all vård i egen regi började även växa fram. Valfrihet för patienten har också påverkat införandet av modellen.

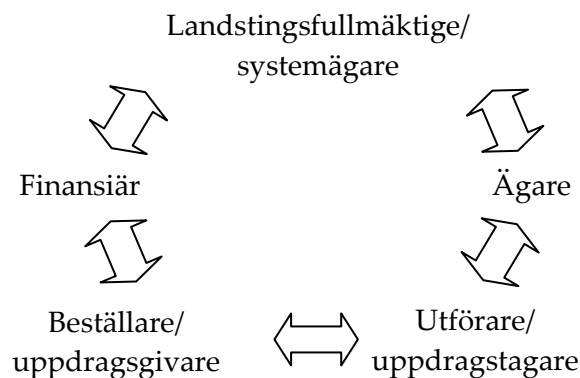
6.1.2 Roller och ansvar

Landstinget har enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvar för att tillmötesgå befolkningens hälsorelaterade behov samt att tillse att de enskilda patienterna får en god vård. För att uppfylla uppdraget har landstingen vårdproduktion i egen regi (utförare) och en organisation för bedömning av hälsorelaterade behov och planering (beställare). När landsting beslutar att införa en beställar-/utförarorganisation, påverkas ofta förutsättningarna för den interna styrningen och rollfördelningen i organisationen.

Som framgår av bild 6.2 nedan har lanstingsfullmäktige två roller att fylla, dels rollen som *finansiär* för samtliga vårdinsatser till befolkningen, dels rollen som *ägare* för verksamheten i egen regi. Fullmäktige är därutöver beslutande för vilken modell som landstinget avser att styra efter.

⁴⁴ Andersson m.fl., (2003)

Bild 6.2 Samband mellan rollerna i en beställar-/utförarorganisation



Politikernas roll som medborgarföreträdare och finansiär kan separeras från rollen som produktionsföreträdare genom inrättande av särskilda beställarnämnder och produktionsstyrelser, med utsedda politiker som endast innehar ett specifikt områdesansvar.

Finansiären (den politiska ledningen) uppdrar åt en eller flera beställarenheter (tjänstemän) att ikläda sig rollen som beställare av insatser. Efter utförda behovsanalyser och prioriteringar träffas överenskommelser med egna eller externa utförare om produktion av vård. Uppföljningsansvaret ligger också på beställarenheten.

Ägaren (den politiska ledningen) styr utförarna genom utfärdande av direktiv som anger verksamhetens inriktning och villkor i övrigt. Utföraren (uppdragstagaren) svarar för hur arbetet ska utföras. Avtal och övriga överenskommelser träffas mellan uppdragsgivare (beställare) och uppdragstagare utifrån ägardirektiv, marknadsanalyser och resurser.

6.1.3 Nya roller i landstingen

Vid intervjuer med landstingen har framkommit att endast ett mindre antal landsting har infört en beställar-/utförarorganisation både på den politiska nivån och på tjänstemannanivå. I flera landsting framförs dock att en sådan organisation anses vara en grundförutsättning för införandet av vårdval. Ett fåtal landsting har framfört en avvikande mening och anser att konkurrensneutralitet kan uppnås utan en oberoende beställarenhet.

I många fall har en beställar-/utförarorganisation införts enbart på tjänstemannanivå och enbart inom primärvården. Detta har tidvis upplevts försvåra den interna kommunikationen, eftersom styrmodellen inte är densamma inom hela landstinget. Bland annat framförs att det vid övergången till ny styrmodell funnits liten förståelse utanför primärvårdsområdet kring vilka förändringar i uppdraget som medges och vilka spelregler som gäller generellt.

Kravet på konkurrensneutralitet har framförts som främsta skäl till varför landstingets beställarfunktion har separerats från vårdproduktionen i egen regi. Att komma till insikt om vad detta i praktiken innebär har varit en lång resa för vissa landsting. Att olika aktörer inom landstinget haft svårt att enas om en gemensam syn i dessa frågor har lett till interna slitningar.

Några landsting har en provisorisk organisation under vårdvalets första år för att inte initialt "låsa fast" de resurser som krävs för att genomföra vårdvalssystemet. Inom ett mindre antal landsting diskuteras att utöka beställar-/utförarmodellen till att omfatta fler tjänster än de som ingår i vårdvalssystemet. Det finns även landsting som tidigare tillämpat en beställar-/utförarmodell och som i och med vårdvalet diskuterar att återinföra modellen.

Av de landsting som inte infört och som inte heller planerar att införa någon beställar-/utförarmodell har främst två skäl framförts.

Det ena skälet är att landstinget tidigare provat modellen och har dåliga erfarenheter från den perioden. Det andra skälet som anges är att landstinget är litet och inte anses ha den administrativa kapacitet och ekonomi som är nödvändig för modellen.

Ett landsting som inte har någon uppdelning av uppgifter på beställare och utförare har lyft trovärdighetsaspekten som ett problem när mer kontroversiella beslut måste tas. Att inte ha någon uppdelning mellan uppdragstagare och uppdragsgivare ses annars inte som något större problem. Aspekter som rör konkurrensneutralitet anses vara ett förhållnings- och arbetsätt snarare än en organisationsfråga. Vidare anses att det är troligare att landstingets egenregi-verksamhet missgynnas jämfört med privata företag, utifrån rädslan att medvetet eller omedvetet gynna den egna verksamheten vid olika beslut.

7 Tillsyn och tillämpning av LOV

Om en leverantör anser att en upphandlande myndighet brutit mot en bestämmelse i lagen om valfrihetssystem, LOV, kan denne ansöka om rättelse i förvaltningsdomstol. En viktig förutsättning för att domstolen ska besluta om rättelse är att leverantören har lidit eller kan komma att lida skada.

Konkurrensverket är tillsynsmyndighet över LOV. I uppdraget ingår att ge generell vägledning och information om LOV för att förebygga regelöverträdelser och verka för en enhetlig tillämpning av bestämmelserna.

LOV är en ny och relativt oprövad lag. Sedan lagen trädde i kraft den 1 januari 2009 har endast ett fåtal domar meddelats. Detta innebär att Konkurrensverket har en viktig uppgift att uppmärksamma regelöverträdelser som är av större betydelse eller av principiellt intresse. Vidare ska Konkurrensverket uppmärksamma eventuella hinder i lagstiftning och praxis som motverkar en effektiv tillämpning av valfrihetssystem uppmärksammas.

Konkurrensverket har inga sanktionsmöjligheter vid överträdelser av LOV. De tillsynsbeslut som Konkurrensverket fattar syftar således främst till att klargöra viktiga och principiella frågor. En leverantör som vill ha rättelse av ett förfrågningsunderlag eller kräva skadestånd måste vända sig till domstol.

Konkurrensverkets tillsyn bygger både på egeninitierade ärenden och på klagomål från leverantörer. Vid prioriteringen av vilka ärenden som blir föremål för granskning väger Konkurrensverket in hur allvarligt problemet eller företeelsen är och hur viktigt det är att få ett vägledande avgörande. I vissa fall kan det finnas andra myndigheter eller aktörer som är bättre lämpade att agera i frågan eller

andra regelverk som bättre kan ta hand om de problem som uppmärksammas⁴⁵.

De vanligaste frågorna

Vid LOV-upphandlingar uppstår sällan tvister om den formella hanteringen av ansökningar, t.ex. om tidsfrister eller om en ansökan var komplett vid inlämnandet. Förklaringen är naturligtvis att LOV innebär att alla leverantörer som uppfyller de krav som ställs i förfrågningsunderlaget ska godkännas, oavsett när det kommer in, och att det är möjligt för leverantörer ansöka på nytt om de blir underkända.

De frågor och ärenden som kommer upp rör ofta tillämpningen av de EU-rättsliga principerna, dvs. icke-diskriminering, likabehandling, proportionalitet, öppenhet och ömsesidigt erkännande. Dessa principer gäller sedan tidigare vid upphandlingar enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, och det finns en relativt omfattande rättspraxis i form av domar från EU-domstolen om hur principerna ska tolkas. Denna rättspraxis gäller även vid tillämpningen av valfrihetssystem enligt LOV.

I sammanställningen nedan redogörs för de rättsfrågor som hittills tolkats av domstolar eller som varit föremål för Konkurrensverkets tillsyn.

⁴⁵ Tillsynsbesluten publiceras på Konkurrensverkets hemsida (www.konkurrensverket.se).

7.1 Frågor om talerätt

Vid två tillfällen har frågan om vem som har talerätt i LOV-relaterade ärenden tagits upp i domstol.

Talerätt för leverantörer som inte ansökt om deltagande

I det ena fallet hade den leverantör som ansökte om rättelse inte själv ansökt om att delta i det aktuella valfrihetssystemet. Domstolen fann att leverantören ändå hade talerätt, och menade att det framgår av ordalydelsen i 10 kap. 1 § LOV, där ordet "leverantör" används i stället för "sökande"⁴⁶.

Talerätt enbart för leverantör som inte godkänts

Det andra fallet gällde en leverantör bestående av sex familjerådgivare som ansökte om godkännande i ett valfrihetssystem. Den upphandlande myndigheten beslutade att godkänna leverantören och fem av familjerådgivarna. Däremot fann man att den sjätte familjerådgivaren inte uppfyllde de krav som ställts. Leverantören ansökte om rättelse av beslutet och yrkade att även den sjätte skulle godkännas. Domstolen avvisade ansökan med hänvisning till att enbart en leverantör som inte godkänts och därmed kan anses ha lidit skada har talerätt i frågan⁴⁷.

⁴⁶ Länsrätten i Skåne län, mål nr 5538-09, se även prop. 2008/09:29

⁴⁷ Länsrätten i Stockholm, mål nr 23958-09

7.2 Beslut att inte godkänna en leverantör

Ett antal mål som rör godkännandet av leverantörer har prövats i domstolen.

Allvarligt fel i yrkesutövningen

Den enda fråga som prövats av en högre instans (kammarrätt) gäller ett landsting som uteslutit en vårdenhet med hänvisning till uteslutningsgrunden allvarligt fel i yrkesutövningen i 7 kap. 4 § LOV. Den person som drev vårdenheten hade tidigare drivit en annan vårdenhet i samma landsting. Den tidigare vårdenheten hade redovisat felaktiga patientunderlag vilket lett till att landstinget betalat ut felaktiga ersättningar till ett betydande belopp. Personen hade varit ensam styrelseledamot i den tidigare vårdenheten och dennes hustru styrelsesuppleant, och båda hade tecknat vårdenhetens firma.

Kammarrätten betonade att det är upp till den enskilda upphandlande myndigheten att i första hand avgöra när ett fel är så allvarligt att det ska föranleda uteslutning. Exempelvis kan en dom där en leverantör dömts för brott avseende yrkesutövningen vara grund för uteslutning. Personen ifråga hade med anledning av sitt agerande åtalats för grovt bedrägeri, men frikänts i tingsrätten. Kammarrätten anförde att styrelsen i ett bolag har det övergripande ansvaret för bolagets förvaltning, och även om den berörda personen inte aktivt tagit del i den ekonomiska verksamheten utan helt förlitat sig på sin dåvarande hustru, hade denne brustit i kontrollen av verksamheten och på så sätt inte uppfyllt de krav som ställs på ett aktiebolags styrelse.

Kammarrätten anförde att frikännandet från grovt bedrägeri och de svårigheter att få insikt i den felaktiga redovisningen av patientunderlaget som personen lyft fram inte ändrade denna bedömning.

Kammarrätten ansåg därför att landstingets beslut om uteslutning var proportionerligt och i enlighet med LOV⁴⁸.

Brister i ansökan

En upphandlande myndighet hade beslutat att inte godkänna en vårdenhet med hänvisning till att denna i sin ansökan till valfrihets-systemet inte beskrivit *hur* kvalitetsarbetet skulle utföras. Enligt den upphandlande myndigheten hade vårdenheten endast angett *att* kraven kommer att uppfyllas men inte hur detta skulle ske. Den upphandlande myndigheten menade att det inte var fråga om att vårdenheten lämnat kortfattade svar, utan efterfrågade beskrivningar saknades helt.

I den allra sista meningen i förfrågningsunderlagets del avseende kvalitetsarbete hade den upphandlande myndigheten angett att "sökande ska kortfattat beskriva hur kraven uppfylls". Trots att frasen placerats sist ansåg domstolen att kravet inte kunde tolkas på annat sätt än att det omfattade hela frågan och att en kortfattad beskrivning ska lämnas avseende samtliga krav som beskrivits. Förfrågningsunderlaget ansågs inte utifrån vad som framkommit bryta mot principen om öppenhet i 1 kap. 2 § LOV. Den upphandlande myndighetens beslut att inte godkänna vårdenheten var således i enlighet med LOV⁴⁹.

Komplettering av ansökan

I samma mål uppkom även en fråga om komplettering av ansökan. Domstolen konstaterade att något krav på att den upphandlande myndigheten måste medge eller begära korrigeringar i enlighet med 6 kap. 2 § LOV inte förelåg. Det avgörande var i stället om något av kraven eller någon av principerna i 1 kap. 2 § LOV hade åsidosatts i

⁴⁸ Kammarrätten i Göteborg, målnummer 5094-09

⁴⁹ Förvaltningsrätten i Stockholm, mål nr 19391-10

samband med hanteringen av ansökningarna i den aktuella processen.

I motsats till vad vårdenheten påstått i sin ansökan om rättelse ansåg domstolen inte att det framgick av utredningen i målet att någon leverantör tillåtits komma in med komplettering motsvarande sådan som vårdenheten önskat få göra. Domstolen ansåg därför att den upphandlande myndigheten inte genom sin hantering av ansökningarna brutit mot kravet på likabehandling i 1 kap. 2 § LOV⁵⁰.

7.3 Krav i förfrågningsunderlaget

Basuppdragets omfattning

Ett av de ärenden som prövats i domstol prövades inte enligt LOV utan enligt kommunallagen. Ärendet gällde en s.k. laglighetsprövning av ett beslut av landstingsfullmäktige i ett landsting om införandet av valfrihetssystem. Ett antal klaganden menade bl.a. att omfattningen av det basuppdrag som landstinget fastslagit stred mot proportionalitetsprincipen enligt LOV, och att detta hindrade etablering av nya vårdgivare, mångfald och effektiv konkurrens.

Domstolen konstaterade att landstinget har ett huvudansvar för primärvården och därför, i egenskap av sjukvårdshuvudman, har att bestämma den närmare utformningen av vårdvalssystemet med beaktande av de lokala förutsättningarna. Enligt domstolen framgår det av förarbetena till LOV att landstingen ges relativt stor frihet vid utformningen av valfrihetssystemen. Kraven ska dock utformas så att de är sakliga, står i proportion till ändamålet samt inte leder till att leverantörer behandlas olika. Domstolen konstaterade vidare att landstinget utnyttjat sin stora frihet vid utformningen av vad som ska ingå i basuppdraget i aktuellt valfrihetssystem, och bedömde att

⁵⁰ Förvaltningsrätten i Stockholm, mål nr 19391-10

basuppdragets omfattning kunde anses nödvändigt för att i tillräcklig mån säkerställa en bra vård för patienterna⁵¹.

Förfrågningsunderlaget måste vara förutsebart

Det är viktigt att förfrågningsunderlagen är så tydliga och uttömmande att det går att förstå och förutse hur valfrihetssystemet kommer att tillämpas i praktiken. Under hanteringen av ett ärende framkom att det av förfrågningsunderlaget inte gick att utläsa hur icke-valsalternativet skulle hanteras i en situation där två vårdcentraler hade samma adress. Landstinget hade därför i efterhand gjort manuella justeringar som i hög grad påverkade utfallet för de inblandade leverantörerna. Eftersom det inte framgick av förfrågningsunderlaget hur icke-valsalternativet skulle komma att tillämpas bedömde Konkurrensverket att landstinget hade brutit mot 1 kap. 2 § LOV, som innebär att den upphandlande myndigheten ska iaktta principen om öppenhet vid tillämpningen av valfrihetssystem⁵².

Krav på kollektivavtal

Frågan om krav på kollektivavtal vid upphandlingar är ofta föremål för diskussion, och en av de första LOV-relaterade frågorna som prövades i domstol gällde ett krav som innebar att vårdgivaren skulle ha en skyldighet att teckna kollektivavtal med berörda personalorganisationer.

Domen innebar att kravet på kollektivavtal ansågs vara oproportionerligt med hänvisning till att de grundläggande EU-rättsliga principerna uttolkats av EU-domstolen på ett sätt som innebar att villkor om kollektivavtal eller motsvarande krav inte är förenliga med

⁵¹ Förvaltningsrätten i Luleå, mål nr 173-10

⁵² Konkurrensverkets beslut dnr 451/2009

principerna om icke-diskriminering, likabehandling och proportionalitet⁵³.

Anslutning till journalsystem

Proportionalitetsprincipen innebär att de krav och villkor som ställs i ett förfrågningsunderlag inte får gå längre än vad som är nödvändigt och ändamålsenligt med hänsyn till de tjänster som omfattas av valfrihetssystemet. En fråga som behandlats av Konkurrensverket är om landstingen kan kräva att leverantörerna ska ansluta sig till ett visst journalsystem.

I förarbetena till LOV anges krav som innebär att leverantören ska kunna kommunicera med landstinget på ett systemmässigt säkert och enkelt sätt bland de krav som den upphandlande myndigheten kan eller bör ställa på leverantörer⁵⁴. Det är dock viktigt att landstingen inte ställer krav utöver vad som är nödvändigt för att säkerställa en effektiv kommunikation.

Enligt ett yttrande från Läkemedelsverket till Konkurrensverket är patientjournalsystem att anse som medicintekniska produkter som ska utvecklas, tillverkas och installeras i enlighet med gällande författningar. Det är svårt att garantera att system är kompatibla, och de höga krav på patientsäkerhet som gäller enligt lag kan inte säkerställas med olika system. Konkurrensverket gjorde därför bedömningen att kravet att ansluta sig till landstingets system var förenligt med proportionalitetsprincipen.

Av klagomålet framgick att landstinget även ställde krav på att leverantörerna skulle ansluta sig till särskilda rapporteringssystem. Sådana system är enligt Läkemedelsverket troligen inte att anse som medicintekniska produkter som faller under det medicintekniska

⁵³ Länsrätten i Skåne, mål nr 5538-09

⁵⁴ Prop. 2008/09:29

regelverket, och eventuella fel skulle inte påverka patientsäkerheten. I detta fall medförde emellertid inte kravet på anslutning till systemet några större kostnader för leverantörerna. Konkurrensverket ansåg att det är rimligt att landstinget eftersträvar enhetlighet i sin rapportering för att underlätta utbetalningen av ersättningar till leverantörer. Även kravet på anslutning till ett specifikt rapporteringssystem ansågs därför vara förenligt med proportionalitetsprincipen⁵⁵.

Ändring av avtalsvillkor

En central fråga i ett valfrihetssystem är hur villkoren kan ändras efter att leverantören har tecknat kontrakt. Av förarbetena till LOV framgår att om den upphandlande myndigheten ändrar villkor eller krav i förfrågningsunderlaget måste villkoren för befintliga leverantörer ändras i samma utsträckning. Detta följer av likabehandlingsprincipen. Den upphandlande myndigheten bör därför i avtalet med leverantören tillförsäkra sig en möjlighet att kunna ändra i avtalsvillkoren⁵⁶.

Konkurrensverket har i ett tillsynsbeslut gjort bedömningen att landstingen kan ändra avtalsvillkoren utan att bryta mot bestämmelserna i LOV under förutsättning att leverantören kan förutse *hur* landstinget kan ändra avtalsvillkoren och *vad* som ska gälla i det fall leverantören inte accepterar de förändrade villkoren⁵⁷.

Styrning av etablering

Ett annat ärende som behandlats av Konkurrensverket berör ett landsting som angett att den geografiska placeringen av en vård-enhet ska föregås av en överenskommelse mellan landstinget och

⁵⁵ Konkurrensverkets beslut 2010-01-29, dnr 301/2009

⁵⁶ Prop. 2008/09:29

⁵⁷ Konkurrensverkets beslut 2010-01-29, dnr 301/2009

leverantören, och att överenskommelsen ska bekräftas genom ett politiskt beslut. Som motiv hänvisade landstinget till sitt ansvar för att planera hälso- och sjukvården efter befolkningens behov. Landstinget menade att det kan vara lämpligt att de kommunicerar med leverantörerna om kommande behov av nyetableringar och om var det finns "vita fläckar" så att leverantörerna ges möjlighet att anpassa sin verksamhet.

Konkurrensverket konstaterar i ett tillsynsbeslut att en dialog där landstinget förmedlar sin behovsanalys inte kan anses strida mot LOV. I beslutet betonas dock att ett landsting inte har rätt att underlåta att teckna kontrakt med en leverantör som uppfyller de krav som ställts i förfrågningsunderlaget oavsett var verksamheten avses bedrivas. En upphandlande myndighet kan således inte villkora ett godkännande med föreskrifter om var leverantören ska etablera sig⁵⁸.

Differentierade patientavgifter

Det förekommer att landsting tillämpar högre patientavgifter för besök hos taxeläkare eller på andra vårdenheter än den där invånaren är listad enligt vårdvalssystemet.

Konkurrensverket har gjort bedömningen att differentierade patientavgifter inte strider mot LOV så länge alla leverantörer inom valfrihetssystemet behandlas lika. Däremot omfattas inte leverantörer utanför valfrihetssystemet av likabehandlingsprincipen i LOV. Frågan om differentierade patientavgifter för besök hos taxeläkare faller därmed utanför LOV:s tillämpningsområde⁵⁹.

⁵⁸ Konkurrensverkets beslut 2010-03-19, dnr 301/2009

⁵⁹ Konkurrensverkets beslut 2010-01-29, dnr 301/2009; se även Konkurrensverket (2009)

7.4 Icke-valsalternativets utformning

Som framgår av redogörelsen i avsnitt 3.2.1 har flera landsting i samband med införandet av vårdval valt att lista samtliga invånare vid någon vårdmottagning i landstinget. Då den valda listningsproceduren kan komma att få stor inverkan på vårdgivarnas ekonomiska förutsättningar har flera frågor som rör listning och icke-valsalternativet inkommit till Konkurrensverket.

Listning enligt aktiva val i tidigare valfrihetssystem

I flera landsting fanns redan innan LOV infördes någon form av listningssystem med möjlighet för invånarna att välja vårdcentral. Konkurrensverket har granskat ett fall där den initiala listningen av invånarna i första hand utgick från tidigare aktiva val.

Att på detta sätt ta hänsyn till val som gjorts innan ett valfrihetssystem enligt LOV införts innebär en konkurrensfördel för de leverantörer som redan är etablerade. Det kan därför ifrågasättas om listningsförfarandet är förenligt med principen om likabehandling. Konkurrensverket gjorde dock bedömningen att det är naturligt att befintliga leverantörer har vissa fördelar som t.ex. renommé och etablerade kundkontakter. Avgörande i frågan om ett tidigare val i ett tidigare system ska kunna accepteras som icke-valsalternativ i ett valfrihetssystem bör vara om invånaren har gjort ett aktivt ställningstagande och om det har varit möjligt för invånaren att välja mellan fler än ett alternativ vid det tillfälle valet gjordes. Konkurrensverket fann därför att användningen av val som redan var registrerade i listningsdatabasen som icke-valsalternativ i valfrihetssystemet inte stred mot LOV⁶⁰.

⁶⁰ Konkurrensverkets beslut dnr 446/2009

Listning enligt tidigare besök

På ett liknande sätt erbjöds invånare i samma landsting som inte gjort något aktivt val men som gjort minst tre besök på en och samma vårdcentral under de senaste 15 månaderna att tillhöra denna vårdcentral. Liksom när det gäller tidigare aktiva val (se ovan) anser Konkurrensverket att det är naturligt att befintliga leverantörer kan ha vissa konkurrens fördelar som inte nya aktörer har när de träder in i ett valfrihetssystem. En viktig skillnad är dock att invånaren i detta fall inte gjort något aktivt val enligt rutinerna i ett listningssystem, även om den som besökt en vårdcentral och sedan återkommit till denna minst två gånger kan sägas ha gjort ett aktivt ställningstagande.

Konkurrensverket ansåg vidare att hänsyn måste tas till den upphandlade verksamhetens syfte och mål. I hälso- och sjukvårdslagen framhålls kontinuitet och goda kontakter mellan invånare och vårdgivare som en viktig beståndsdel i vad som anses vara god vård. Att inte tillåta att en invånare som besökt en vårdcentral minst tre gånger under de senaste 15 månaderna erbjuds denna vårdcentral som icke-valsalternativ skulle kunna motverka en god kontinuitet i vården och kontakterna mellan invånare och vårdcentraler.

Konkurrensverket fann därför att ett icke-valsalternativ i ett valfrihetssystem som innebär att en invånare som besökt en viss vårdcentral minst tre gånger under de senaste 15 månaderna erbjuds denna som icke-valsalternativ inte stred mot LOV⁶¹.

Listning enligt tidigare besök hos taxeläkare

Samma landsting som ovan tog, vid tillämpning av det icke-valsalternativ som grundades på tidigare besök inte hänsyn till besök som gjorts hos s.k. taxeläkare. Eftersom det var möjligt för

⁶¹ Konkurrensverkets beslut dnr 446/2009

invånarna att göra besök hos dem inom ramen för den landstingsfinansierade vården borde dessa besök ha legat till grund för tillämpningen av icke-valsalternativet i vårdvalet. Konkurrensverket ansåg därför att landstinget brutit mot likabehandlingsprincipen enligt 1 kap. 2 § LOV⁶².

Listning enligt närhetsprincipen

Flera landsting tillämpar olika varianter av den s.k. närhetsprincipen som icke-valsalternativ, dvs. att invånare erbjuds den vårdcentral som ligger närmast folkbokföringsadressen. Konkurrensverket har fått in ett par klagomål som rör hur landstingen tillämpat närhetsprincipen vid tillämpningen av icke-valsalternativet⁶³.

Att närhetsprincipen kan användas som icke-valsalternativ framgår tydligt av förarbetena till lagen. Den fråga som Konkurrensverket tagit ställning till är om landstinget tillämpat närhetsprincipen på ett sätt som är förenligt med principen om likabehandling i LOV.

Ett fall rörde två näraliggande vårdcentraler där den ena, vid tillämpning av närhetsprincipen, erbjöds till fler än tio gånger så många invånare som den andra, trots att vårdcentralerna bara låg några hundra meter från varandra. Landstinget förklarade att det system som använts för att beräkna vilken vårdcentral som var närmast invånarnas folkbokföringsadresser innebar att alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, behandlades lika och att den fördelning som uppkommit mellan de båda vårdcentralerna helt och hållet berodde på vårdcentralernas geografiska läge. Eftersom det inte framkom några omständigheter som talade emot detta gjorde

⁶² Konkurrensverkets beslut dnr 451/2009

⁶³ Se även Konkurrensverket (2009)

Konkurrensverket bedömningen att landstingets agerande varit förenligt med LOV⁶⁴.

I ett annat fall, i samma landsting, erbjöds en vårdcentral till dubbelt så många invånare enligt närhetsprincipen som en annan, trots att de båda vårdcentralerna låg i samma byggnad och på samma adress. Landstinget förklarade utfallet med att man varit tvungen att göra en manuell justering vid tillämpningen av närhetsprincipen. I beslutet framhöll Konkurrensverket att eventuella manuella justeringar vid tillämpningen av närhetsprincipen måste genomföras på ett lika-behandlande och icke-diskriminerande sätt. Eftersom det inte framkommit några sakliga skäl som kunde förklara den stora skillnaden i utfall ansåg Konkurrensverket att landstinget hade brutit mot 1 kap. 2 § LOV som innebär att leverantörer ska behandlas lika⁶⁵.

Egen regi som icke-valsalternativ

Frågan om listning har också prövats genom en s.k. laglighetsprövning enligt kommunallagen. I detta ärende hade landstingsfullmäktige beslutat att införa ett vårdvalssystem där invånare som inte aktivt väljer vårdmottagning skulle listas på en landstingsdriven vårdcentral, vilket enligt de klagande ansåg vara oförenligt med likabehandlingsprincipen. Domstolen menade dock att landstinget därmed utnyttjade den stora frihet det har rätt till vid utformningen av valfrihetssystem. Domstolen påpekade också att detta innebar att en eventuell diskriminering mellan de privata vårdgivarna skulle minimeras⁶⁶.

⁶⁴ Konkurrensverkets beslut dnr 446/2009

⁶⁵ Konkurrensverkets beslut dnr 451/2009

⁶⁶ Förvaltningsrätten i Luleå. Mål nr. 173-10.

7.5 Bristande konkurrensneutralitet

Många av de synpunkter och klagomål som kommer till Konkurrensverkets kännedom handlar om att landstingen brister i likabehandlingen av de olika leverantörerna genom högre ersättning till sin egenregi-verksamhet eller genom att denna tillåts gå med förlust. Eftersom det är resurskrävande att sätta sig in i alla de förhållanden och förutsättningar som gäller för varje landsting har Konkurrensverket fokuserat på ett fåtal ärenden.

Täckande av underskott i landstingets egenregi-verksamhet

Ett ärende som studerats närmare gäller ett landsting där den klagande anser att landstinget subventionerat sin egna verksamhet genom täckande av underskott. Landstinget införde ett vårdvalssystem med start den 1 januari 2008 och har således haft systemet i drift under drygt två år. År 2008 redovisade vårdenheterna landstingets egen regi negativt resultat. Underskottet balanserades inte över till nästa år, och samma hantering förväntas ske med 2009 års resultat då vårdenheterna förväntas fortsätta att visa förluster.

Konkurrensverket har inhämtat information från landstinget och även gjort ett besök på plats. Av granskningen har framkommit att landstinget har antagit en ny resultatregleringsmodell och verksamhetsspecifika direktiv för egenregi-verksamheten. Av dessa dokument framgår att syftet är att ge samtliga verksamheter inom vårdvalssystemet liknande förutsättningar oavsett driftsform.

Avsikten med den nya resultatregleringsmodellen är att ge egenregi-verksamheten mer ansvar och befogenheter. Direktiv om lönenivåer m.m. minskas och såväl positiva som negativa resultat kommer att föras över till nästkommande år. Vidare kommer de faktiska kostnaderna för central verksamhet att fördelas ut till respektive vårdmottagning. Arbetet att fastställa de gemensamma kostnaderna och att arbeta fram relevanta fördelningsnycklar pågår. I och med denna

förändring kommer landstingets tidigare regler om en schabloniserad fördelning av centrala kostnader på vårdenheter att upphöra.

Resultatregleringen innebär att eventuella överskott från primärvården förs in på ett internt balanskonto inom landstingets egna kapital. Uppstår ett underskott ska en åtgärdsplan upprättas och underskottet återställas inom två år. Tidigare års utbetalning av ägartillskott kommer i och med införandet av resultatregleringsmodellen att upphöra.

Enligt Konkurrensverkets bedömning syftar regleringspolicy, verksamhetsdirektiv och de åtgärder som enligt dessa dokument och uppgifter från landstinget ska genomföras med början år 2010 till att förhindra att egenregi-verksamheten får konkurrensfördelar. De planerade åtgärderna får anses vara tillräckliga för att uppnå nämnda syfte, varför Konkurrensverket har beslutat att inte utreda saken ytterligare⁶⁷.

⁶⁷ Konkurrensverkets beslut dnr 580/2009

8 Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

Utifrån de initiala effekter som uppmärksammats av landstingen, med ökat patientfokus, ökad tillgänglighet och en mångfald av vårdgivare, är Konkurrensverkets övergripande bedömning att införandet av vårdvalssystemen har varit framgångsrikt.

Antalet vårdenheter har ökat

Mätt som antal mottagningar har vårdvalsreformen bidragit till en ökad valfrihet för patienterna. Totalt har 181 nya vårdenheter etablerats eller godkänts för etablering, vilket motsvarar en ökning på nära 19 procent. I samtliga utom fyra landsting har antalet etablerade eller godkända mottagningar ökat. Framförallt är det privata vårdgivare som svarar för ökningen. Att döma av antalet nyetableringar kan konkurrensen om patienterna i vissa områden väntas bli hård. Om nya vårdenheter får fotfäste och hur marknaden fortsättningsvis kommer att utvecklas återstår att se.

Även i landsting där utvecklingen av antalet mottagningar har varit begränsad tycks vårdvalsreformen ha medfört positiva förändringar. Genom konkurrensutsättning av verksamheten, utveckling av ersättningssystem och borttagande av tidigare listningstak, tycks införandet av vårdval i flera landsting ha bidragit till ökad tillgänglighet och patientfokus. Tydligare primärvårdsuppdrag och ökad kostnadsmedvetenhet är andra exempel på effekter som uppmärksammats av landstingen under införandeprocessen.

De initiala effekterna är störst

Erfarenheter från de vårdvalssystem som har varit igång längst tid (Halland, Stockholm och Västmanland) är att den största ökningen av antalet mottagningar sker under det första året med vårdval.

Mot denna bakgrund drar Anell⁶⁸ slutsatsen att det i praktiken inte är givet att olika modellkonstruktioner kommer att få särskilt stor betydelse för primärvårdsmarknadens utveckling. Vidare konstateras att de enheter som tillkommit i Stockholm dessutom etablerats i ytterområdena, vilket kan vara en indikation på att marknaden på övriga håll är mättad.

Att antalet mottagningar har ökat i varierande utsträckning behöver således inte bero på hur landstingen valt att utforma systemet. Det kan exempelvis även bero på hur primärvården tidigare har varit organiserad. Ju mer välutbyggd primärvård, desto färre kan antalet nyetableringar förväntas bli. Förekommande läkarbrist, ekonomiska förutsättningar och prioriteringar i enskilda landsting är andra exempel på faktorer som kan påverka utvecklingen.

8.1 Fortsatt utveckling av vårdvalssystemen

Ge vårdvalssystemen tid att utvecklas

I delbetänkandet *Vårdval i Sverige*⁶⁹ föreslogs att ett nationellt grunduppdrag skulle fastställas för vilket det obligatoriska vårdvalet skulle gälla. Något sådant grunduppdrag fastslogs dock aldrig av regeringen, som i stället gav landstingen frihet att besluta om vilka krav som ska ställas på vårdgivarna i ett vårdvalssystem⁷⁰.

I slutredovisningen av det uppdrag som Socialstyrelsen haft att följa införandet av vårdval i primärvården, framförs att landstingen bör ges utrymme att själva utforma vårdvalssystemet utifrån de varierande geografiska och befolkningsmässiga förutsättningar som finns i olika delar av landet. Samtidigt konstateras att det finns en relativt

⁶⁸ Anell (2009)

⁶⁹ SOU 2008:37

⁷⁰ Prop. 2008/09:74

enhetlig syn på vad som ingår i primärvårdens uppdrag och att skillnaderna mellan landstingen inte är så stora⁷¹.

Vid Konkurrensverkets intervjuer med landstingen har det tydligt framgått att olika lokala och regionala behov och förutsättningar har påverkat hur landstingen har valt att utforma vårdvalssystemet. En förutsättning för att genomföra reformen enligt utsatt tidsram har i många fall dessutom ansetts vara att utgå från befintlig struktur och anpassa vårdvalet efter denna. Detta är dock inget unikt för landsting som upplevt att införandetiden varit knapp. Även landsting som införde vårdval på eget initiativ år 2009 eller tidigare, och som därigenom haft möjlighet att i större utsträckning styra över tiden för införandet, har i många fall utgått från hur primärvården av tradition bedrivits och byggt vårdvalssystemet utefter detta.

De relativt snäva tidsramarna har däremot bidragit till att vissa delar i vårdvalssystemen återstår att utveckla. Även vårdvalsuppdragets innehåll och omfattning är en fråga som i vissa fall diskuterats. Dessutom uppstår kontinuerligt nya frågor i takt med att vårdvalssystemen tillämpas, frågor som inte alltid kunnat förutses under införandeprocessen. Detta innebär att det kan komma att ta ytterligare tid innan vårdvalssystemen når sin slutgiltiga form.

Konkurrensverket anser att det är angeläget att statsmakterna ger landstingen tid att utveckla och förfinna de vårdvalssystem som nu har införts, innan beslut om större förändringar av vårdvalsreformen fattas. Detta är även en förutsättning för att kunna dra mer långtgående slutsatser av effekterna av reformen.

⁷¹ Socialstyrelsen (2010)

Vidareutveckla ersättningssystemen och öka möjligheten för mångfald i tjänsteutbudet

Trots ett ökat antal mottagningar tycks enligt landstingens bedömning inte någon större förändring av tjänsteinnehållet ha åstadkommits sedan införandet av vårdval. Att utvecklingen av tjänsteutbudet har varit begränsat kan bero på att vårdvalssystemen inte har varit i kraft någon längre tid. Att anpassa och förändra verksamheten utifrån de nya omständigheterna är en mer långsiktig process. Den förändring som har åstadkommits inom marknadsstrukturen med flera nya vårdgivare, kan dock utgöra ett startskott för nytänkande och ökad mångfald även i tjänsteinnehållet.

Tidsaspekten är troligtvis inte den enda förklaringen till den begränsade utvecklingen. Exempelvis har synpunkter framförts att vårdvalssystemen styr mot likriktning och lämnar litet utrymme för utveckling av verksamheten. I detta avseende har det framförts att det kan vara lättare att uppnå mångfald i tjänsternas innehåll genom att verksamheten upphandlas i enlighet med lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU. Den mångfald som då uppnås är dock styrd av beställaren och inte av patienten, vilket har varit en av intentionerna med vårdvalsreformen.

Möjligheten att uppnå mångfald i tjänsteinnehållet inom ett vårdvalssystem, är sannolikt även beroende av hur ersättningssystemet har utformats och vilken vikt systemens olika parametrar ges. Ju bättre ersättningen motsvarar kostnaderna för enskilda patienters vårdbehov, desto bättre möjlighet att nisch verksamheten mot olika patientgrupper kan vårdgivarna antas få.

Konkurrensverket ser positivt på en utveckling av mer förfinade ersättningssystem där viktning av olika parametrar syftar till att på ett bättre sätt avspegla det verkliga vårdbehovet. Det är vidare önskvärt att landstingen fortsätter att utbyta erfarenheter och lära av varandra i detta arbete.

Konkurrensverket vill dock betona vikten av noggrann förberedelse och anpassning av befintliga ekonomi- och it-system innan nya parametrar införs i ersättningssystemet. Erfarenheter visar att uppmärksammade inkörningsproblem kan få stor betydelse för de enskilda vårdgivarna. Ett införande av mer förfinade ersättningssystem bör därför föregås av en period då systemet körs parallellt med befintligt ersättningssystem.

Ett stegvist införande av nya system ger landstingen tid för information och utbildning av vårdgivare om hur registrering i det nya systemet ska gå till. Samtidigt kan såväl landsting som vårdgivare ges möjlighet att bedöma vilka effekter ersättningssystemet kommer att få. Dessutom ges landstinget tillfälle att identifiera eventuella skevheter och vid behov justera systemet före implementeringen.

I några landsting tillämpas för närvarande diagnosklassificering enligt ACG (Adjusted Clinical Groups) för att vikta ersättningen mot patienternas vårdtyngd. Erfarenheter och forskning visar att det finns svagheter även med vårdtyngdbaserade viktningssystem som ACG. Konkurrensverket finner det därför angeläget att fortsatt forskning på området stimuleras.

Öka samarbetet och samordningen mellan landstingen

De främsta skillnaderna mellan landstingens vårdvalssystem återfinns i utformningen av ersättningssystemet och hur frågan om listning av patienter hanterats. En annan för vårdgivarna inte oväsentlig skillnad är de krav som ställs på journal- och rapporteringssystem i olika landsting. För vårdgivare som bedriver verksamhet i flera olika vårdvalssystem kan dessa skillnader medföra ökade kostnader. Olika ersättningssystem kan även bidra till betydande skillnader i förutsättningarna att bedriva verksamhet i olika landsting, trots att vårdvalsuppgifterna i övrigt har stora likheter.

Från konkurrenssynpunkt finns fördelar med enhetliga vårdvalssystem, eftersom det underlättar för företag att expandera och etablera verksamhet i flera delar av landet. Ökad samordning mellan olika landstings vårdvalssystem leder till mer enhetliga spelregler. Särskilt för landsting med litet befolkningsunderlag kan detta vara ett sätt att främja förutsättningarna för nyetablering, mångfald och väl fungerande konkurrens.

Konkurrensverket anser att landsting i lämpliga delar bör samordna vidareutvecklingen av vårdvalssystemen. Enhetliga villkor och förutsättningar kan underlätta för företag att etablera och bedriva verksamhet över länsgränserna.

8.2 Utveckling av tillgänglig information

Utveckla landstingens förfrågningsunderlag

Som konstateras av Socialstyrelsen är skillnaderna mellan landstingens vårdvalssystem när det gäller vårdvalsuppgiftens omfattning, mindre än vad som framgår vid en första anblick. En orsak till detta uppges vara att förfrågningsunderlagen till stora delar skiljer

sig åt avseende disposition och struktur. Här pågår för närvarande arbete på Kammarkollegiet att ta fram en "byggsats" till kravspecifikationen för vårdvals-system i primärvården. Vidare pågår en översyn av den databas för annonsering av valfrihets-system (Valfrihetswebben) som Kammarkollegiet har ansvar för.

Konkurrensverket anser att det är angeläget att Kammarkollegiets arbete med att ta fram mallar och strukturer för landstingens förfrågningsunderlag ges hög prioritet. Genom en mer enhetlig struktur kan skillnaderna mellan vårdvalssystemen i olika landsting tydliggöras, vilket kan underlätta för vårdföretagen vid etablering.

En utveckling av Kammarkollegiets databas för LOV-annonser (Valfrihetswebben) som gör förfrågningsunderlagen mer lättillgängliga och som breddar tillgången till landstingsspecifik information är också en önskvärd utveckling. Konkurrensverket anser att det bör vara möjligt att via databasen enkelt kunna skapa sig en överblick över vilka tjänster som omfattas av vårdvalsuppdraget och vilka villkor som gäller i respektive landsting. På sikt bör databasen även innehålla uppgifter om vilka vårdmottagningar som landstinget har avtal med.

Förbättra transparensen i ersättningssystemen

En generell fråga som har uppmärksammats av flera vårdgivare är att ersättningssystemen inte är tillräckligt transparenta och att det är svårt att i förväg bedöma hur stor ersättning som kommer att betalas ut. I vissa fall finns även en misstro till hur den faktiskt utbetalda ersättningen har beräknats.

Vissa landsting har, för att uppnå ökad transparens och därigenom underlätta för vårdgivare att bedöma hur ersättningssystemet påverkar den egna verksamheten, utformat ett beräkningsverktyg

som finns att tillgå via landstingets webbplats. Konkurrensverket vill lyfta fram dessa beräkningsverktyg som ett gott exempel på åtgärder som kan bidra till att främja förutsättningarna för väl fungerande konkurrens.

Konkurrensverket anser att Kammarkollegiet, i samarbete med landstingen, bör göra en översyn av möjligheten att utveckla beräkningsverktyg för ersättning och göra dem tillgängliga via Valfrihetswebben.

En sådan översyn bör även omfatta möjligheten och behovet att via Valfrihetswebben ge tillgång till parametrar som påverkar ersättningens storlek, exempelvis socioekonomiska faktorer inom olika geografiska områden.

8.3 Arbete med konkurrensneutralitet

För att ett vårdvalssystem ska bidra till väl fungerande konkurrens är det viktigt att det råder konkurrensneutrala villkor mellan marknadens aktörer. Att uppnå total konkurrensneutralitet mellan landstingsdrivna och privata vårdenheter kan dock vara svårt, för att inte säga omöjligt. En orsak till det är grundläggande skillnader i finansieringsförutsättningar, riskprofil och avkastningskrav, vilket innebär att offentliga aktörer har ekonomiska förutsättningar som skiljer sig från privata aktörer på ett fundamentalt sätt.

Genomgången i denna rapport visar att det finns omständigheter som talar för att såväl offentliga som privata vårdgivare gynnas av förekommande skillnader i konkurrensvillkoren mellan aktörerna.

Inför konkurrensneutral styrning av vårdvalssystem

När vårdvalssystem införs leder det till att landsting dels får rollen som finansiär och beställare av vårdtjänster, dels rollen som producent eller utförare. För att hantera dessa roller på ett konkurrensneutralt sätt ställs ofta nya krav på landstingens styrning av verksamheten.

Oavsett styrmodell är kravet på konkurrensneutralitet mellan vårdgivarna en grundförutsättning för ett väl fungerande vårdvalssystem. För att beställaren ska ha en rimlig möjlighet att bemöta samtliga vårdgivare likvärdigt bör åtminstone den organisatoriska enheten på tjänstemannanivå som ansvarar för vårdvalssystemen (beställaren), vara organisatoriskt och redovisningsmässigt åtskild från produktionen i landstingets egenregi.

Från konkurrenssynpunkt är det viktigt att rollerna som beställare och producent skiljs åt även med avseende på politisk styrning, eftersom det underlättar en konkurrensneutral hantering av frågor i samband med vårdvalssystem. Det kan även bidra till att motverka misstankar om att systemet inte är konkurrensneutralt och att egenregin ges fördelar i konkurrensen gentemot privata vårdgivare. Landsting får därigenom ökad trovärdighet, vilket på sikt kan gynna utvecklingen av vårdvalssystemet.

Val av styrmodell kan underlätta eller försvåra ett konkurrensneutralt arbetssätt. Konkurrensverket anser att införandet av vårdval i primärvården bör åtföljas av organisatoriska åtgärder som minskar risken för att landstingets roll som beställare och utförare sammanblandas.

Forskning och erfarenhet visar att val av styrmodell och vad som anses vara effektiva styrverktyg varierar över tid och mellan landsting. En beställar-/utförarorganisation behöver således inte vara den enda modellen som möjliggör ett konkurrensneutralt förhållnings-sätt. Konkurrensverket lämnar därför öppet för utveckling av nya styrmodeller förutsatt att de motstridiga roller som uppstår i landstinget tydligt skiljs åt.

Skapa förutsättningar att få ersättningsnivån prövad

Införandet av en beställar-/utförarorganisation främjar förutsättningarna men är ingen garanti för konkurrensneutralitet mellan vårdgivare. Konkurrenssnedvridande förfaranden kan likväl förekomma.

Vid sidan av reglerna för etablering och tillsyn av vårdgivarnas tjänsteutbud med avseende på kvalitet m.m., är landstingens ersättningsvillkor för uppdraget helt centrala för att uppnå syftet med vårdvalsreformen.

Erfarenheter visar att det finns en stark misstro bland vårdföretagen att den landstingsdrivna verksamheten på olika sätt subventioneras. Det kan exempelvis handla om att verksamheten inte påförs samtliga faktiska kostnader eller att verksamheten tillåts gå med förlust genom att pengar förs över från en verksamhet till en annan.

Ersättningssystem och likabehandling av vårdgivare

Av vårdvalspropositionen⁷² framgår att det kan anses strida mot principerna om likabehandling eller icke-diskriminering om ett landsting exempelvis ställer upp olika villkor för ersättning för externa utförare jämfört med egenregi-verksamheten. Vidare framförs att det är angeläget, utifrån vikten av konkurrensneutralitet mellan landstingets vårdenheter och privata vårdgivare, att landsting vid beräkning av ersättningen till privata utförare beaktar de skilda momsreglerna för aktörerna.

Enligt uppgift från landstingen har stor vikt lagts vid att identifiera "fria nyttigheter" och att göra dem konkurrensneutrala i vårdvalssystemet, antingen genom att landstingets egenregi-enheter interndebiteras för dessa kostnader eller genom att samtliga vårdgivare får tillgång till dessa nyttigheter på lika villkor. Endast en revision kan fastslå om samtliga faktiska kostnader belastar den landstingsdrivna vårdvalsverksamheten.

Konkurrensverkets intervjuer med landsting och genomgång av förfrågningsunderlag visar inga generella indikationer på att privata och landstingsdrivna enheter inte behandlas konkurrensneutralt i ersättningssystemen. I samtliga landsting har hänsyn tagits till de skilda momsreglerna genom att momskompensation utgår till privata vårdgivare med 2-6 procent av den totala ersättningen. Det finns inga entydiga uppgifter för hur stor momskostnaden är i primärvården.

⁷² Prop. 2008/09:74

Konkurrensverket anser att landsting i förfrågningsunderlaget bör införa en möjlighet för vårdgivare att få nivån på moms-kompensationen prövad om högre momskostnader än den nivå som ersätts av landstinget kan påvisas.

Redovisning av intäkter och kostnader

Att ersättningssystemet enligt förfrågningsunderlaget utformats så att samtliga aktörer behandlas lika är inte heller en garanti för att tillräcklig grad av konkurrensneutralitet uppnås. Om ersättningsnivån satts för lågt i förhållande till uppdraget och egenregin tillåts gå med underskott eller på annat sätt subventioneras, snedvrids konkurrensen. I förlängningen riskerar det att leda till att privata vårdgivare slås ut eller inte lyckas etablera sig på marknaden.

Som framgår av propositionen *Vårdval i Sverige*⁷³ kan vårdgivare överklaga beslut om ersättningsnivån genom att hävda att det föreligger ett brott mot proportionalitetsprincipen och som bevis åberopa de ekonomiska villkor som vårdvalets egna verksamheter arbetar under. Om verksamheten inom vårdvalet tillåts gå med förlust eller på annat sätt subventioneras av landstinget kan detta styrka att ersättningsnivån är för låg.

En förutsättning är dock att det ur landstingets redovisning tydligt går att särskilja egenregins kostnader och intäkter som hänförs till vårdvalssystemet från övrig verksamhet. För att en rättvis bild av kostnadsläget ska vara möjlig att presentera, bör samtliga faktiska kostnader, inklusive landstingsgemensamma kostnader, belasta de verksamheter som de uppkommer inom. Även intäkter bör

⁷³ Prop. 2008/09:74

behandlas på likvärdigt sätt för att verksamhetens resultat ska bli rättvisande.

En öppen och transparent redovisning av kostnader och intäkter som även belyser fördelningsprinciper av centrala kostnader, beräkning av internränta m.m. kan minska risken för misstro mot landstingens ekonomiska förehavanden. I propositionen om obligatoriskt vårdval förs resonemang om att landstingen bör ordna sin redovisning på detta sätt. Däremot ställs inga krav på att sådan redovisning ska finnas.

Mot bakgrund av att landstingens redovisning är en viktig förutsättning vid bedömningen av ersättningsnivån, anser Konkurrensverket att landsting ska införa en transparent och öppen redovisning där vårdvalsverksamheten redovisas skild från övrig verksamhet.

Även Sveriges Kommuner och Landsting har uppmärksammat behovet av att vid konkurrensutsättning kunna hänföra samtliga kostnader till den aktuella verksamheten i egen regi. Initiativ har därför tagits för att stödja kommuner och landsting i detta arbete. Konkurrensverket välkomnar initiativet och ser gärna att anvisningar för redovisning av vårdvalsverksamheten ska fortsätta att utvecklas.

Detta är dock ett område som fortfarande är under progress, varför behovet av en framtida lagreglering inte kan uteslutas.

Konkurrensverket anser vidare att landsting ska införa en resultat-hanteringspolicy för hantering av över- och underskott inom den landstingsdrivna verksamheten som bedrivs inom vårdvalssystemet. Riktlinjer bör även tas fram för inom vilka tidsramar den landstingsdrivna verksamheten bör vara i ekonomisk balans.

8.4 Lärdomar från införandeprocessen

Relativt få rättsfrågor har prövats i domstol eller varit föremål för Konkurrensverkets bedömning. På en övergripande nivå kan konstateras att det finns vissa skillnader i vilka frågor som tas upp av domstol och vilka som anmäls till Konkurrensverket. De frågor som har tagits upp i domstol är ofta av mer formell karaktär, exempelvis att leverantörer nekats godkännande och att ansökan bedömts vara ofullständig. De klagomål som har inkommit till Konkurrensverket rör i stället ofta den praktiska utformningen och tillämpningen av valfrihetssystem, samt påpekanden om att konkurrensen har snedvridits.

Flera av de frågor som tagits upp inom ramen för Konkurrensverkets tillsynsverksamhet rör den initiala fördelningen av passivt listade patienter och är således starkt kopplade till införandeprocessen. Hur denna fråga hanterats av landstingen kan komma att få långsiktiga effekter för enskilda vårdmottagningar och för utvecklingen av primärvården.

Om obligatoriskt valfrihetssystem ska införas på fler områden bör övervägas att nationellt reglera listningsförfarandet och icke-valsalternativet, för att främja förutsättningarna för marknadsutveckling och väl fungerande konkurrens.

Konkurrensverket anser vidare att det vid eventuellt nya valfrihetsreformer kan finnas behov att tydligt reglera de tidsfrister som ska gälla för införandeprocessen. På så sätt kan förutsättningarna förbättras för nya vårdgivare eller leverantörer att vara med då valfrihetssystemet träder ikraft. Tidsfrister bör anges för åtminstone följande händelser:

- publicering av förfrågningsunderlaget,
- sista datum för ansökan om att vara med vid starten och
- driftsstart av valfrihetssystemet.

8.5 Det fortsatta utredningsarbetet

Utgångspunkten i denna delrapport har varit att redogöra för hur landstingens vårdvalssystem har utformats, vilka motiv som ligger bakom särskilda ställningstaganden samt erfarenheterna från införandeprocessen.

I slutrapporten kommer resultaten från delrapporterna att integreras och analyseras med material som inkommit under arbetet med slutrapporten. Exempel på nya områden som kommer att belysas närmare i slutrapporten är vårdvalet från ett brukarperspektiv samt juridiken kring LOV.

Därutöver kan nämnas att Konkurrensverket har ett särskilt uppdrag att följa hur lagändringarna för ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare har tillämpats. Inom ramen för detta uppdrag har Konkurrensverket låtit genomföra en kartläggning av antalet anmälningar om sådan ersättningsetablering.

Källor

Andersson, G., Eklund, A., Larsson, S., Maathz, G., & Rönström, K. (2003). *Uppdrag: Hälso- och sjukvård.*

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.

Kommunal ekonomi. (2006). Tema: Styrning och ekonomi. *Tidning för kommunal ekonomi och ledning*.

Konkurrensverket. (2009). *Uppföljning av vårdval i primärvården. Förutsättningar och hinder. Delrapport 1.*

Markör. (2010). *Djupintervjuer om LOV - Valfrihetssystem inom primärvården.* Rapport på uppdrag av Konkurrensverket.

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

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

Socialstyrelsen. (2010). *Införandet av vårdval i primärvården - Slutredovisning.*

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

Sveriges Läkarförbund. (2009). *Läkarförbundets vårdvalsenkät.*

Vårdföretagarna. (2010). *När konkurrensen sätts ur spel - Villkor för privat vård och omsorg.*

Vårdföretagarna. (2009). *Ett bättre Vårdval Sverige - Vårdföretagare om vårdvalen.*

Intervjuer

Andersson, R., & Aldstedt, K. (den 3 februari 2010). Beställare. *Landstinget i Östergötland*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 27 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Arvidsson, E., & Barakat, S. (den 7 april 2010). *Landstinget i Kalmar län*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 46 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Bojestig, M., Söderberg, P., & Almgren, J. (den 22 mars 2010). *Landstinget i Jönköpings län*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 41 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Book, L., Ylander, R., & Weinstock Svedh, L. (den 15 mars 2010). *Jämtlands läns landsting*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 38 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Bäckström, C., af Ugglas, G., Axén, B., & Rommel, N. (den 18 februari 2010). Beställare. *Landstinget i Uppsala län*. (S. Jönsson, J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 31 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Elowsson, P., & Lindgren, H. (den 18 februari 2010). Utförare. *Landstinget i Uppsala län*. (S. Jönsson, J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 32 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Eneim, B., Kallioinen, M., Skåål, A., & Lanner, S. (den 16 mars 2010). *Landstinget Västernorrland*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 39 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Henningsson, M., Andersson, M., Westerberg, Y., & Henriksson, P.-M. (den 1 mars 2010). *Landstinget Sörmland*. (J. Nilsson, & M. Weber

Persson, Intervjuare) Aktililaga 37 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Hill, R. (den 23 mars 2010). *Landstinget Gävleborg*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 42 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Johansson, H., & Nyborg, R.-M. (den 16 februari 2010). Beställare. *Västra Götalandsregionen*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 29 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Kallström-Jansson, S., Carlsson, L., Lindén, L., Josefsson, H., & Lucht, E. (den 26 januari 2010). Utförare. *Stockholms läns landsting*. (S. Jönsson, J. Nilsson, S. Sagebro, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 33 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

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.

Kronogård, M., Klüft Frih, C., & Hansell, A. (den 8 april 2010). *Landstinget Blekinge*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 47 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Lindqvist, F., Franson, E., Thiis, M., & Ståhlberg, G. (den 24 februari 2010). *Landstinget Dalarna*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 34 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Löfqvist, O., Lindström, P., Rydberg, A., Johansson, G., & Cronberg, O. (den 2 februari 2010). *Landstinget Kronoberg*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 26 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Nordqvist Falk, C. (den 25 februari 2010). Beställare. *Region Skåne*. (S. Jönsson, J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 36 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Ohlsson, P., & Johansson, A. (den 3 februari 2010). Utförare. *Landstinget i Östergötland*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 28 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.

Ståhlberg, B., Ardenvik, B., & Natt Och Dag, L. (den 25 februari 2010). Utförare. *Region Skåne*. (S. Jönsson, J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 35 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Sundqvist, A., & Skoglund, C. (den 26 mars 2010). *Norrbottens läns landsting*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 44 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Sydow Mülleby, M., Öijen, P., Persson, M., & Frantz, E. (den 30 mars 2010). *Örebro läns landsting*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 45 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Wennberg, G., Jenvén, A.-C., & von Sydow, K. (den 16 februari 2010). Utförare. *Västra Götalandsregionen*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 30 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Westerberg, L., Gohde, L., Hildebrand, P.-B., & Wingqvist, A.-L. (den 19 mars 2010). *Landstinget i Värmland*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 40 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.

Öberg, K., von Bergen, G., & Hognert, L. (den 25 mars 2010). *Västerbottens läns landsting*. (J. Nilsson, & M. Weber Persson, Intervjuare) Aktililaga 43 till Konkurrensverkets dnr 322/2009.