

Uppföljning av vårdval i primärvården

Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar
Slutrapport

Konkurrensverkets rapportserie 2010:3

Konkurrensverket november 2010
Utredare: Josefin Nilsson (projektledare), Stefan Jönsson och
Maria Weber Persson
ISSN-nr 1401-8438
E-Print AB, Stockholm 2010
Foto: Istockphoto

Förord

Konkurrensverket har fått i uppdrag av regeringen att från konkurrenssynpunkt följa och utvärdera landstingens införande av valfrihetssystem i primärvården. I uppdraget ingår också att följa hur lagändringarna avseende ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare tillämpas och utreda eventuella gränsdragningsproblem med vårdvalssystemen.

Denna rapport utgör, tillsammans med de två delrapporter som redan har publicerats samt ett antal underlagsrapporter, en slutredovisning av uppdraget.

I rapporten redogör vi för utvecklingen av mångfald, dvs. var vårdmottagningar har etablerats och vilka typer av företag som står bakom dessa. Även utvecklingen av brukarnas valfrihet beskrivs och betydelsen av information berörs. Vidare presenteras en analys av faktorer som har påverkat hur många vårdmottagningar som har etablerats sedan införandet av vårdval. Taxeläkare och de nya reglerna för ersättningsetableringar berörs i ett särskilt kapitel.

I rapporten lämnar Konkurrensverket förslag till hur vårdvalssystemen kan utvecklas för att främja mångfald och valfrihet. En övergripande slutsats och utgångspunkt för förslagen är att ett starkt förtroende för landstingens förmåga att skapa konkurrensneutrala vårdvalssystem är viktig faktor för att möjliggöra ytterligare etableringar, till gagn för såväl mångfald som valfrihet.

Stockholm i november 2010

Dan Sjöblom
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	6
Del 1 Bakgrund	
1 Inledning.....	14
1.1 Konkurrensverkets uppdrag.....	14
1.2 Utredningens genomförande.....	15
1.3 Disposition.....	17
2 Förutsättningar för konkurrens i vården	19
2.1 Särskilda förhållanden inom hälso- och sjukvården	19
2.2 Metoder för konkurrensutsättning	21
3 Sjukvårdsreformernas framväxt.....	24
3.1 Utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård.....	24
3.2 Vårdvalsreformen.....	28
Del 2 Vårdvalsreformen	
4 Mångfald och företagsstruktur	32
4.1 Nyetableringar inom vårdvalsystemen.....	32
4.2 De privata företagen i vårdvalssystemen.....	37
4.3 Framtida etableringsmöjligheter	43
5 Valfrihet och patientrörlighet	50
5.1 Valfrihet i olika delar av landet	50
5.2 Valfrihet i utbudet	56
5.3 Patientrörlighet och val av primärvård.....	57
5.3.1 Erfarenheter av patientval.....	58
5.3.2 Faktorer som påverkar valet	59
5.3.3 Orsaker till låg patientrörlighet.....	62
5.4 Information och stöd i valsituationen.....	63
5.4.1 Landstingens informationsinsatser.....	64
5.4.2 Vårdgivarnas marknadsföringsinsatser	67

6	Etableringsförutsättningar i vårdvalsystem	69
6.1	Utformningen av landstingens vårdvalssystem	70
6.1.1	Listningsförfarande och passiva val	70
6.1.2	Bredden på uppdraget	73
6.1.3	Ersättningssystem	76
6.2	Nivån på ersättningen	80
6.3	Tillgång till personal	81
6.4	Vårdval i glesbygd	82
6.5	Småföretagande i vårdvalssystemen	84
7	Förtroendet för vårdvalssystemen	87
7.1	Förtroendets effekter på etableringsviljan	87
7.2	Skarpare tillsyn med talerätt	91
8	Sammanfattande slutsatser och förslag	95
8.1	Förslag till åtgärder	97
8.1.1	Förslag för utvecklad uppföljning	98
8.1.2	Förslag för ökad patienttrörlighet	100
8.1.3	Förslag till utveckling av vårdvalssystemen	102
8.2	Lärdomar från vårdvalsreformen	105
Del 3 Nationella taxan		
9	Nationella taxan och ersättningsetableringar	108
9.1	Gränsdragningsproblem mellan taxsystemet och vårdvalssystemen	110
9.2	Ersättningsetableringar	113
9.2.1	Första året med ersättningsetableringar	114
9.2.2	Överprövningar av landstingens beslut	120
9.2.3	Vårdgivarnas syn på hanteringen	121
9.2.4	Landstingens syn på hanteringen	121
9.3	Slutsatser och kommentarer	123
Källor		127

Sammanfattning

Sedan januari 2010 ska landstingen organisera primärvården så att medborgarna kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Detta ska ske genom att landstingen inför ett vårdvalssystem i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV). Konkurrensverket har fått i uppdrag av regeringen att följa och utvärdera landstingens införande av dessa vårdvalssystem.

I Konkurrensverkets uppdrag ingår även att följa hur lagändringarna avseende ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare tillämpas, samt att utreda eventuella gränsdragningsproblem mellan vårdvalssystemen och vårdgivare med ersättning enligt nationella taxan (taxesystemet). Vårdgivare i taxesystemet etablerades långt före det obligatoriska vårdvalet och förutsättningarna för deras verksamhet avviker i många avseenden från de regler som tillämpas inom vårdvalssystemen.

Vårdvalsreformen

Ett syfte med införandet av ett obligatoriskt vårdval inom primärvården var att stärka patienternas valfrihet, stimulera mångfald och flytta makten från landstingen till patienterna. Konkurrensverket har därför utvärderat införandet av vårdvalsreformen utifrån tre huvudteman; mångfald, valfrihet och etableringsförutsättningar.

Mångfald och företagsstruktur

Antalet vårdmottagningar har sedan införandet av vårdval i primärvården ökat med 233 stycken, eller 23 procent. Ökningen kan nästan uteslutande hänföras till privata vårdgivare. Förändringen har varit störst i de tre största landstingen, men om hänsyn tas till skillnader i befolkningens mängd framgår att det inte finns några tydliga skillnader mellan storstadsregioner och län med glesbygd, eller mellan norr och

söder. Generellt sett har dock nyetableringar företrädesvis skett i mer tätbefolkade områden i respektive landsting.

Två tredjedelar av de privata vårdmottagningarna drivs av små företag, dvs. företag med färre än 50 anställda. Medelstora företag svarar för den procentuellt största ökningen, medan små företag står bakom det största antalet nyetableringar.

Tre stora företag äger tillsammans omkring en tredjedel av de vårdmottagningar som bedrivs i privat regi. I förhållande till det totala antalet vårdmottagningar i primärvården har dock dessa företag endast omkring 10 procent av vårdmottagningarna. Landstingen är således fortfarande den dominerande aktören inom primärvården.

Valfrihet och patientrörlighet

För att det ska finnas valfrihet i praktiken bör det finnas minst två valbara vårdmottagningar inom rimligt avstånd för invånarna. Vårdvalet har inneburit att ytterligare omkring en halv miljon människor under det senaste året har fått en andra vårdmottagning inom fem minuters bilavstånd från bostaden. Den reella valfriheten har alltså ökat för ett stort antal invånare. Även för många invånare som har längre restider har det skett en positiv förändring.

I flera landsting framförs att vårdmottagningarna har utökat sina öppettider, att tillgängligheten för patienterna har förbättrats och att vårdgivarna tycks ha blivit bättre på att tillgodose patienternas behov. Däremot har intresset för att nischas verksamheten eller att satsa på nya sätt att organisera och bedriva primärvård varit relativt begränsat.

För att stärka patienternas incitament att välja är det viktigt att landstingen, vid utformningen av vårdvalssystemen, skapar förutsättningar för vårdgivarna att nischas verksamheten mot olika patientgrupper.

Etableringsförutsättningar

För att åstadkomma såväl mångfald som valfrihet är det viktigt att det finns goda förutsättningar för etablering av nya vårdmottagningar. Det finns empiriskt stöd för att listningsprinciper och förtroende för att landstingen agerar konkurrensneutralt har betydelse för etableringstakten i ett landsting. Det finns även stöd för att antalet nyetableringar har ett positivt samband med landstingets kostnader för primärvård, vilket skulle kunna bero på att ersättningen är mer generöst tilltagen i dessa landsting.

Intervjuer och enkätundersökningar visar dessutom att bredden på uppdraget och ersättningssystemens utformning har betydelse för etableringsviljan. Vad gäller frågan om ersättningssystem bör det dock påpekas att frågan inte sällan kopplas samman med ersättningsnivån, snarare än systemets utformning. Frågan om bredden på uppdraget handlar ofta om förutsättningar för att bedriva verksamhet i glesbygd.

Slutsatser och förslag till åtgärder

Konkurrensverkets sammanfattande bedömning är att införandet av obligatoriskt vårdval i primärvården har varit framgångsrikt. Införandet har bidragit till att sätta fokus på flera viktiga frågor och det har funnits ett stort intresse bland landstingen att lära av varandra och dela med sig av sina erfarenheter.

Att stärka förtroendet för landstingens förmåga att i praktiken tillämpa vårdvalsystemen konkurrensneutralt är en viktig åtgärd för att främja ytterligare etableringar. En sådan utveckling skulle gagna såväl mångfalden som valfriheten inom hälso- och sjukvården.

Konkurrensverkets sammantagna bedömning är att det är angeläget att landstingen ges tid för fortsatt utveckling och förädling av de vårdvalsystem som nu har införts, samt att staten svarar för fortsatt uppföljning av reformen.

Konkurrensverket lämnar följande förslag, riktade till landsting, statsmakterna och myndigheter, för att ytterligare förbättra förutsättningarna för väl fungerande vårdvalssystem:

- Samla in statistik för uppföljning och forskning
- Främja forskning om konsumentbeteende inom hälso- och sjukvården
- Skapa strukturer för lättillgänglig information
- Inför konkurrensneutral styrning och öka förtroendet för vårdvalssystemet
- Vidareutveckla ersättningssystemen avseende vårdtyngd
- Förbättra transparensen i ersättningssystemen
- Utveckla landstingens förfrågningsunderlag
- Öka samarbetet och samordningen mellan landstingen
- Ge vårdgivare möjlighet att få momskompensationen prövad

Nationella taxan

Systemet med den nationella taxan har debatterats under hela den tid den har funnits i sin nuvarande form. Införandet av vårdvalssystem liksom de nya reglerna om ersättningsetablering har inneburit att skillnaderna mellan taxesystemet och den övriga vården i vissa avseenden blivit tydligare.

Gränsdragningsproblem

Konkurrensverkets uppföljning visar att det kan uppstå ett antal gränsdragningsproblem när vårdgivare verkar parallellt inom samma vårdområde men enligt olika regel- och ersättningssystem. Ett sådant exempel är risken för övervältring av kostnader mellan vårdgivare inom de olika systemen. Ett annat är skillnader i patientavgifter för besök hos vårdgivare i vårdvalssystem respektive taxesystemet.

En ofta återkommande kommentar från landstingen är att de vid utformandet av vårdvalsystemen ibland har tvingats till icke-optimala lösningar på grund av taxesystemet och att det finns svårigheter med att hantera vårdgivare som agerar enligt flera olika regelsystem parallellt.

Ersättningsetableringar

Från april 2009 är det möjligt för taxeläkare att överlåta sin verksamhet och sin rätt till ersättning enligt nationella taxan till en annan vårdgivare. Under det första året med denna regelförändring inkom 376 ansökningar om ersättningsetablering till landstingen, varav 133 ansökningar hade lett till att en ersättningsetablering genomförts. Ytterligare 61 ärenden hade vid undersökningstillfället annonserats. Omkring hälften av ansökningarna kan således komma att leda till en överlåtelse av verksamheten.

Priserna för en ersättningsetablering har varierat kraftigt såväl inom landsting som mellan landstingen. Genomsnittspriset har uppgått till mellan 200 000 kronor och 400 000 kronor.

Att inte fler ersättningsetableringar har genomförts beror sannolikt på en kombination av flera faktorer. Exempelvis har intresset bland potentiella köpare i många fall varit lågt, något som kan förklaras med oklarheter om de långsiktiga spelreglerna för taxsystemet. Regelverket tycks dessutom ha varit svårt att tolka för såväl vårdgivare som för landstingen. Detta kan ha medfört dels att anmälningar har lämnats in trots att det saknats förutsättningar för ersättningsetablering, dels att landstingen tolkat regelverket felaktigt och därmed nekat att gå vidare med en anmälan i situationer där det hade varit möjligt.

Del 1
Bakgrund

1 Inledning

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

Systemet ska utformas så att alla vårdgivare 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 bland annat följa hur systemen påverkar tillkomst av nya verksamheter, små och medelstora företag samt företagande på ideell grund.

I uppdraget ingår även att följa hur lagändringarna avseende ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare tillämpas och att utreda eventuella gränsdragningsproblem som kan finnas mellan

vårdvalssystem i primärvård och systemet inom vilket vårdgivare med ersättning enligt den så kallade nationella taxan agerar.

Syftet med uppdraget till Konkurrensverket är att ge regeringen underlag för eventuella åtgärder för att ytterligare 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 har tidigare lämnat två delrapporter till regeringen inom ramen för uppdraget. Härmed slutredovisas uppdraget.

1.2 Utredningens genomförande

När Konkurrensverket inledde arbetet med detta uppdrag under sommaren 2009 var erfarenheterna från vårdvalssystem i primärvården fortfarande relativt begränsade. Endast tre landsting hade mer än ett års erfarenhet av vårdvalet. Den första delrapporten hade därför till stora delar en teoretisk ansats, inom vilken faktorer som påverkar förutsättningarna för väl fungerande konkurrens i ett vårdvalssystem identifierades. Syftet var att på ett tidigt stadium uppmärksamma potentiella och förekommande problem vid införandet och tillämpningen av vårdvalssystem inom primärvården. Därmed lades också en grund för det fortsatta utredningsarbetet.

Den andra delrapporten fokuserade på hur landstingen¹ har utformat sina vårdvalssystem, motiv bakom särskilda ställningstaganden samt erfarenheter från införandeprocessen. Tillämpningen av vårdvalssystemet berördes till de delar som vid tillfället var kartlagda eller kända.

¹ Med landsting avses i denna rapport också regioner samt kommuner som inte ingår i ett landsting.

De två delrapporterna har således till stora delar varit av teoretisk och deskriptiv karaktär. Syftet med denna slutrapport är att så långt som möjligt utvärdera erfarenheterna från de införda vårdvalssystemen.

Inom ramen för uppdraget har Konkurrensverket träffat tjänstemän från samtliga landsting som har arbetat med att införa och implementera vårdval i primärvården. Konkurrensverket har även tagit del av de förfrågningsunderlag som har utarbetats av landstingen samt befintliga undersökningar, utvärderingar och uppföljningar som berör erfarenheter och effekter av vårdvalssystem.

En annan utgångspunkt för detta arbete har varit Konkurrensverkets erfarenheter från arbetet med tillsynen över LOV. Även mer generella erfarenheter från Konkurrensverkets arbete med marknader där offentliga och privata aktörer agerar i konkurrens med varandra har tillvaratagits inom ramen för uppdraget.

En referensgrupp bestående av representanter från berörda myndigheter och intresseorganisationer har också knutits till projektet.² Referensgruppen har sammanträtt vid tre tillfällen. Dessa möten har hållits i samband med uppstartarbetet för respektive del- och slutrapport. Mötena har tjänat som ett forum för erfarenhetsutbyte. Referensgruppen har även diskuterat utredningens ansats, disposition och behov av särskilda utredningsinsatser.

Ett antal uppdrag har även lagts ut på konsulter för att samla in data och utarbeta rapporter som underlag för uppföljningen. Som underlag har Konkurrensverket även använt forskarrapporter som har publicerats i Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie. Dessa

² Medverkande myndigheter har varit 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 Arbetsgivarförbundet KFO.

samt övriga underlagsrapporter finns tillgängliga på Konkurrensverkets webbplats www.konkurrensverket.se/rapporter.

1.3 Disposition

Efter detta inledande kapitel följer i kapitel 2 en översiktlig beskrivning av de grundläggande marknadsmekanismerna, hur konkurrens fungerar och varför en väl fungerande konkurrens kan väntas medföra positiva samhällsekonomiska effekter. Vidare beskrivs hälso- och sjukvårdsmarknadens särskilda egenskaper och vilka metoder som kan används vid konkurrensutsättning av offentlig verksamhet.

I kapitel 3 belyses utvecklingen inom hälso- och sjukvård ur ett historiskt perspektiv med fokus på reformer och bakomliggande faktorer för vårdens organisation i nutid.

I kapitel 4 beskrivs den utveckling som skett i antalet vårdmottagningar samt vilken typ av företag som etablerats sedan vårdvalsreformens införande. Vidare belyses demografins betydelse för utvecklingen av antalet mottagningar. Ett resonemang förs även om de framtida etableringsmöjligheterna inom primärvården.

I kapitel 5 redovisas en analys av hur vårdvalssystemen bidragit till att öka invånarnas reella valmöjlighet. Vidare fördjupas beskrivningen av patientträklarhetens betydelse för en väl fungerande konkurrens. Till frågan hör även hur invånare och patienter informerats om valmöjligheten och vårdgivarnas marknadsföring.

I kapitel 6 presenteras en undersökning av vilket vårdvalssystem som ger flest nyetablerade vårdmottagningar. Resultatet av undersökningen vägs samman med erfarenheterna från Konkurrensverkets tidigare två delrapporter samt genomförda djupintervjuer och telefonenkäter som genomförts bland vårdgivare i primärvården.

I kapitel 7 belyses vikten av att vårdgivarna har förtroende för att systemen tillämpas konkurrensneutralt. Vidare betonas värdet av en effektiv tillsyn samt behovet av en eventuell talerätt för tillsynsmyndigheten diskuteras.

I kapitel 8 presenteras Konkurrensverkets sammanfattande slutsatser samt förslag för att ytterligare förbättra förutsättningarna väl fungerande vårdvalssystem.

I kapitel 9 redovisas hur reglerna om ersättningsetablering tillämpats samt vilka effekter de fått. Vidare åskådliggörs vilka gränsdragningsproblem som kan finnas mellan vårdvalssystemen och taxsystemet.

2 Förutsättningar för konkurrens i vården

För att följa och utvärdera införandet av vårdvalssystem i primärvården från konkurrenssynpunkt, är det viktigt att ha en grundläggande kunskap om marknadsmekanismer, hur konkurrensen fungerar och varför en väl fungerande konkurrens kan väntas medföra positiva samhällsekonomiska effekter.

Konkurrens kan liknas vid en tävlan och ett urvalsförfarande mellan olika aktörer där den som är bäst ska vinna. På marknader för varor och tjänster innebär konkurrens en tävlan mellan företag om kundernas förtroende och köpkraft. I denna tävlan använder företagen pris, kvalitet och service för att förmå kunderna att välja just deras varor eller tjänster. Detta leder till att produktionseffektiviteten främjas till följd av en mer rationell produktion och en bättre fördelning av samhällets resurser.

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

2.1 Särskilda förhållanden inom hälso- och sjukvården

Varje landsting ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) erbjuda invånarna en god hälso- och sjukvård. Några lagstadgade hinder för privata vårdgivare att bedriva hälso- och sjukvård finns

inte, men finansieringsförutsättningarna medför att landstinget får ett avgörande inflytande på produktutbudet och antalet aktörer inom den offentligt finansierade vården.

Konsumentbeteenden och styrning av efterfrågan

Eftersom hälso- och sjukvård i huvudsak finansieras av någon annan än de som använder tjänsterna (patienterna), fungerar inte konkurrensen på samma sätt som på marknader där konsumenterna direkt bär kostnaderna för sin konsumtion. Exempelvis kan ett landsting påverka marknaden genom att ändra inriktning och omfattning av de offentliga utgifterna.

Patienterna har dessutom ofta begränsad kunskap om vårdbehovet och tillgängliga behandlingsalternativ. Detta innebär att vårdgivare både har till uppgift att identifiera vårdbehovet och att utföra tjänsterna. Genom sitt agerande kan en vårdgivare påverka såväl omfattning som kvalitet på den vård som produceras. Beroende på hur bland annat ersättningssystemet har utformats kan det finnas risk för såväl över- som underproduktion av hälso- och sjukvård.

Behovet av uppföljning

En förutsättning för att försäkra att uppdragstagaren utför uppgiften på önskvärt sätt är att verksamheten följs upp och utvärderas utifrån de krav som ställs på vårdgivarna och verksamheten.

Kontroll, tillsyn och uppföljning är av stor betydelse oavsett vem som bedriver vården. Vid konkurrensutsättning blir det emellertid särskilt viktigt att regler och riktlinjer utformas för vad som ska gälla om uppföljningen visar brister i kvaliteten eller om vårdgivaren på annat sätt inte uppfyller de krav som ställts på verksamheten.

Generella faktorer som påverkar konkurrensen

Förutsättningarna för konkurrens inom hälso- och sjukvården skiljer sig från flera andra marknader. När vårdvalssystemen inom primärvården studeras utifrån ett konkurrensperspektiv, bör därför jämförelser med traditionell nationalekonomisk teori göras med viss försiktighet. Den ekonomiska teorin och forskningen kan däremot vara vägledande i så måtto att åtgärder för att stärka konkurrensen bör ta sikte på att få bort ovidkommande inträdeshinder samt att stärka eller stödja invånarna vid valet av vårdgivare.

För en väl fungerande konkurrens krävs bland annat att det inte finns några betydande hinder för nya företag att etablera sig på marknaden. Om nya företag relativt enkelt kan etablera sig, eller om konkurrenter kan expandera produktionen, skapas press på företagen att utveckla och anpassa sina varor och tjänster till konsumenternas önskemål. Möjligheten för företag att träda in på marknader är alltså av grundläggande betydelse för konkurrensen.

Om konsumenterna har liten benägenhet att byta leverantör av en vara eller tjänst, är låga inträdeshinder och möjligheten för företag att snabbt etablera sig på marknaden emellertid inte ett tillräckligt villkor för väl fungerande konkurrens. Ett begränsat kundunderlag och låg kundrörlighet kan i praktiken också fungera som ett inträdeshinder.

2.2 Metoder för konkurrensutsättning

När verksamhet inom hälso- och sjukvården ska konkurrensprövas kan landstingen välja mellan att upphandla verksamheten enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) eller att tillämpa lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Eftersom lagarna endast sätter ramarna för en konkurrensutsättning, kan utformningen i praktiken skilja sig åt mellan kommuner och landsting.

Entreprenadupphandling

Vid en entreprenadupphandling utformar landstinget ett förfrågningsunderlag där den verksamhet som ska upphandlas beskrivs och där de krav som ställs på utförarna framgår. Vårdgivare bjuds därefter in att lämna anbud på den verksamhet som ska upphandlas. Verksamheten är som regel ett i förväg preciserat objekt och vårdgivaren är ofta garanterad en viss produktionsvolym. Den aktör som lämnar det ekonomiskt mest fördelaktiga³ anbudet eller erbjuder det lägsta priset vinner upphandlingen och får ingå vårdavtal med landstinget. Vårdavtalet ger vårdgivaren rätt att bedriva verksamhet av viss kvantitet enligt de villkor som framgår av avtalet.

Konkurrensen mellan företagen uppstår vid upphandlingstillfället när företagen konkurrerar om marknaden, därefter är konkurrenstrycket från övriga aktörer begränsat.

Valfrihetssystem

I ett valfrihetssystem enligt LOV ges samtliga utförare som uppfyller de krav som ställs i förfrågningsunderlaget möjlighet att bedriva verksamhet med ersättning från landstinget. En vårdgivare kan när som helst ansöka om godkännande i ett valfrihetssystem. Till skillnad från en upphandling enligt LOU finns ingen gräns för hur många aktörer eller vårdenheter som landstinget kan sluta vårdavtal med. För invånarna innebär det en rätt att välja vårdgivare inom valfrihetssystemet.

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

³ Vid utvärdering enligt "det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet" fastställs ett antal kriterier som anbuden utvärderas utifrån. Ofta rör det sig om såväl pris som ett antal kvalitetsaspekter som var och en givits olika vikt vid utvärderingen av anbuden. Ett sådant förfarande innebär att det inte nödvändigtvis blir den leverantör som lämnat det lägsta anbudet som vinner upphandlingen.

patienter betalas ingen ersättning. Därmed skapas incitament för vårdgivarna att hörsamma brukarnas signaler och anpassa tjänsterna efter de önskemål och behov som finns. Företagen konkurrerar således *på* snarare än *om* marknaden.

3 Sjukvårdsreformernas framväxt

I detta kapitel beskriver vi utvecklingen inom svensk hälso- och sjukvård ur ett historiskt perspektiv med fokus på reformer och bakomliggande faktorer för vårdens organisation i nutid.⁴

3.1 Utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård

Den svenska sjukvårdens organisation har sina rötter i medeltidens helgeandshus och fattigstugor som ofta var lokaliserade till städerna. Det var inte ovanligt att verksamheten innefattade både vård, bostad och försörjningsstöd till hjälpbehövande. Utanför städerna härbärgades ofta vården av personer med smittsamma sjukdomar.

Under 1500- till 1600-talet övergick hälso- och sjukvårdsfrågor i Sverige till att mer och mer bli en politisk angelägenhet. En statlig organiserad vård började ta form som ett alternativ till den vård som tillhandahölls av kyrkan eller den kristna barmhärtigheten, vilket var vanligt i Europa vid den tiden. Rädslan för smittsamma sjukdomar och dess konsekvens för samhället, tillsammans med att dåtidens samhällsfilosofer lade större vikt vid värdeskapande faktorer, kan förklara Sveriges statsmakts ökade intresse för hälso- och sjukvårdsfrågor. En frisk och stark arbetskraft ansågs vara nyckeln till ekonomiskt välstånd för landet.

En sjukvårdsorganisation växer fram

Först under 1700-talet kan en sjukvårdsorganisation i egentlig mening sägas uppstå i Sverige. Genom en förordning 1764 fick sjukvården en mer fast form och häradena och socknarna gjordes

⁴ Innehållet i detta kapitel baseras huvudsakligen på Blomqvist (2007), SOU 1994:115 och SOU 2009:84

bidragsskyldiga. År 1744 inrättades de första provinsialläkarna som var statligt avlönade läkare med uppgift att biträda allmänheten med enskild sjukvård. Det var framför allt landsbygden som försågs med läkarvård genom provinsialläkarnas försorg.⁵

Landsting (landsskapsting) infördes för första gången under medeltiden. Då avsåg landsting det beslutande organ som ansvarade för ett helt landskap. Efter hand kom dock de medeltida landstingens betydelse att minska. De moderna landstingen inrättades 1863. Framväxten av landstingen bidrog till en mer gynnsam struktur för utvecklingen av sjukvården. Senare delen av 1800-talet ses dessutom ofta som den moderna eller naturvetenskapliga medicinens genombrottstid, vilket ytterligare påskyndade utvecklingen.

Privat vård inordnas i landstingens organisation

Under 1960- och 1970-talet byggdes den offentliga primärvården ut. Fram till 1970-talet bedrevs dock en stor andel av vården i privat regi. Det var framför allt öppenvården som var privat organiserad. Privata vårdmottagningar och -avdelningar var en viktig inkomstkälla även för offentligt anställda provinsial- och lasarettsläkare. Dessa läkare bedrev ofta en privat praktik vid sidan av det offentliga åtagandet. Lasarettsläkare kunde dessutom hyra sängplatser och personal från sjukhuset de arbetade vid, för slutenvård av egna patienter från den privata praktiken.

1970 infördes den så kallade 7-kronorsreformen (patientavgiften fastställdes till 7 kronor vilket gav namnet på reformen), vilken innebar att lasarettsläkarnas och provinsialläkarnas möjlighet att bedriva privata mottagningar avskaffades. Därmed inordnades den tidigare övervägande andelen privat öppenvård i landstingens verksamhet. För att kompensera det intäktsbortfall som reformen medförde för dessa läkargrupper höjdes lönerna och arbetstiderna

⁵ Bonniers konversationslexikon, band XII, s 244-248, Stockholm 1948

reglerades. En sidoeffekt av detta var att det uppstod vårdköer, eftersom läkarnas arbetsdagar väsentligt förkortades. De läkare som inte hade någon offentlig anställning fortsatte att bedriva sin verksamhet i privat regi även efter 7-kronorsreformens genomförande. Den privata vården kunde dock vara offentligt finansierad under förutsättning att läkaren eller sjukgymnasten hade anslutit sig till Försäkringskassan.⁶

Nytt utrymme för privata vårdgivare

På slutet av 1980-talet aktualiserades åter frågan om privata vårdgivares roll inom svensk hälso- och sjukvård. Ett ökat inslag av decentralisering och marknadsmekanismer började förespråkas för att öka effektiviteten i vården. Detta gjorde att privata vårdgivare åter kom att ses som politiskt önskvärda och olika metoder för att konkurrera den kommunala och landstingskommunala hälso- och sjukvården började utformas.

Riksdagen beslutade 1984 om en försöksverksamhet med ökad kommunal självstyrelse, det så kallade frikommunförsöket. Detta öppnade för kommuner som ingick i försöket att bedriva primärvård samtidigt som landstinget behöll huvudmannaskapet. Ur detta sprang Dalamodellen som innebar att landstinget skulle kunna uppdra åt en annan vårdgivare att utföra primärvårdens uppgifter. Lagen omformades ett par gånger och upphörde att gälla 1996.

Dagmarreformen infördes 1985 vilket var ett första steg mot att landstingen skulle överta ansvaret även för den privat drivna vården. Reformen innebar bland annat att den fria etableringsrätten för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster begränsades. Landstingen fick vetorätt vid en ansökan till Försäkringskassan om nyetablering av en privat mottagning.

⁶ Norlander (den 22 februari 2006) och Swartling (den 14 juni 2006)

År 1994 blev det, genom införandet av ersättningslagarna LOL och LOS⁷, på nytt möjligt för läkare och sjukgymnaster att etablera sig fritt med rätt till offentlig ersättning. Lagarna reglerar privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters rätt till ersättning från det offentliga. Den fria etablering som gällde från införandet inskränktes dock redan efter ett år, då ett krav om samverkansavtal med landstingen infördes.

Samma år som ersättningslagarna trädde i kraft infördes även en husläkarreform som innebar att alla invånare i landet skulle få möjlighet att själva välja en husläkare. Husläkaråtagandets omfattning tilläts variera mellan landstingen. Fri etablering rådde och en läkare som ville verka som husläkare behövde endast anmäla detta till landstinget senast sex månader innan verksamheten skulle påbörjas. Den fria etableringsrätten upphörde att gälla året därpå.

Husläkarlagen upphävdes 1996 men rätten att välja en fast läkar-kontakt kvarstod. Enligt de övergångsbestämmelser som blev aktuella vid husläkarreformens avskaffande omfattas de husläkare som etablerade sig med stöd av husläkarlagen numer av LOL.

Motiven för de sjukvårdsreformer som genomförts under de senaste årtiondena har i stora drag varit gemensamma i hela västvärlden. En pådrivande faktor var en försämrad samhällsekonomi som föranledde en önskan om att begränsa kostnadsutvecklingen inom vården. Detta i en tid där efterfrågan på vård ökade genom en åldrande befolkning och där ambitionerna inom vården var stora genom tillgången av nya, avancerade och ofta kostsamma behandlingsmetoder. Ett annat motiv till att reformera vården var ett tilltagande krav om ökat patientinflytande.

⁷ Lagen om lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, respektive lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik, LOS.

En annan tydlig förändring under de senaste decennierna är införandet av prestationsbedömning och marknadslösningar. Den senaste av reformer som införts i primärvården är det obligatoriska vårdvalet som beskrivs i denna rapport.

3.2 Vårdvalsreformen

Valfrihetssystem är ingen ny företeelse. Redan 1985 infördes så kallade fotvårdscheckar i Nacka kommun. Sju år senare införde kommunen även kundval inom hemtjänsten. År 2007 införde Halland som första landsting ett valfrihetssystem i primärvården. Vårdvalsmodellen gick under benämningen Vårdval Halland. Året därpå införde även landstingen i Stockholms län och Västmanland motsvarande modeller. Under 2009 införde ytterligare fem landsting vårdvalssystem i primärvården.

Från och med januari 2010 är landstingen skyldiga att låta medborgarna välja vårdgivare inom primärvården. Detta ska ske genom att landstingen inför ett vårdvalssystem i enlighet med lagen (2008:963) om valfrihetssystem (LOV).

Ett av de grundläggande syftena med vårdvalsreformen är att stärka patienternas valfrihet. Det bör dock framhållas att det redan före vårdvalsreformen var möjligt för patienter att välja vårdgivare. Exempelvis åtog sig alla landsting 1991 att följa en rekommendation från Landstingsförbundets styrelse som innebar att medborgare fritt ska kunna välja sjukhus och vårdmottagning. I praktiken var dock invånarnas valfrihet i flera landsting begränsad av listningstak och bristande ekonomiska incitament för vårdgivarna att ta emot nya patienter.

Den stora förändringen med vårdvalsreformen är den fria etableringsrätten för vårdgivarna. Tillsammans med förändrade ersättningsystem och borttagande av förekommande listningstak, har

reformen bidragit till att stärka patientens ställning och förbättra förutsättningarna för det fria valet.

Landstingens genomförande av reformen

Redan innan vårdvals-system blev obligatoriskt hade det införts i totalt åtta landsting. Vid ingången av 2010 hade samtliga landsting och sjukvårdshuvudmän utom Gotland och Norrtälje⁸ annonserat ett förfrågningsunderlag om vårdvalssystem i Kammarkollegiets databas. Under våren 2010 publicerades förfrågningsunderlag för de återstående vårdvalssystemen.

Den faktiska starten för vårdvalssystemen, dvs. tidpunkten för driftstart och invånarnas valfrihet, varierar mellan landstingen. I vissa fall har starten i praktiken förskjutits till hösten 2010.

⁸ Norrtälje ligger utanför Stockholms läns landsting och sköts av en separat nämnd (TioHundranämnden) med egen sjukvårdsbudget för sina invånare.

Del 2
Vårdvalsreformen

4 Mångfald och företagsstruktur

I detta kapitel beskriver vi den utveckling som har skett i antalet vårdmottagningar samt vilken typ av företag som har etablerats sedan vårdvalsreformen infördes. Vi belyser även demografins betydelse för antalet mottagningar.

För att få en så tillförlitlig bild av utvecklingen som möjligt har Konkurrensverket valt att använda flera olika källor. Uppgifterna i kapitlet bygger huvudsakligen på statistik från OmVård.se samt uppgifter som Markör Marknad & Kommunikation AB (Markör) har samlat in på uppdrag av Konkurrensverket. Resultaten från dessa källor har jämförts med den information som finns tillgänglig på landstingens hemsidor om valbara vårdmottagningar. Denna genomgång gav inte heller något entydigt svar på frågan om antalet valbara mottagningar inom vårdval. Det finns exempel på hemsidor där informationen om antalet mottagningar varierar inom ett och samma landsting. Olika kartläggningar av antalet vårdmottagningar ger alltså delvis olika resultat. I allt väsentligt pekar dock de olika underlagen tydligt i samma riktning.

4.1 Nyetableringar inom vårdvalssystemen

Som framgår av tabell 4.1 fanns det 1 205 vårdmottagningar i augusti 2010. Om detta jämförs med antalet vårdmottagningar innan vårdvalssystemen infördes visar det på en ökning med totalt 223 nya mottagningar, eller 23 procent. Ökningen kan nästan uteslutande hänföras till privata vårdgivare.

Tabell 4.1 Utveckling av antal vårdmottagningar från vårdvalets införande till augusti 2010

	Före vård- val ¹	Augusti 2010	Förändring	
			Antal	Procent
Värmland	25	40	15	60
Jönköping	33	52	19	58
Västra Götaland	143	208	65	45
Gävleborg	33	42	9	27
Halland	37	47	10	27
Kronoberg	26	33	7	27
Skåne	127	161	34	27
Sörmland	20	25	5	25
Stockholm ³	170	209	39	23
Västernorrland	27	32	5	19
Blekinge	20	23	3	15
Uppsala	41	44	3	7
Västmanland	30	32	2	7
Örebro	29	31	2	7
Kalmar ²	42	44	2	5
Västerbotten	37	39	2	5
Östergötland	42	44	2	5
Dalarna	30	31	1	3
Gotland	8	8	0	0
Norrbotten	33	33	0	0
Jämtland	29	27	-2	-7
Riket	982	1205	223	+23

Källa: Konkurrensverket och OmVård.se, Konkurrensverkets beräkningar.

¹ Mättilfället avser tiden före vårdval och varierar mellan landstingen, eftersom vårdvalssystemen har införts vid olika tillfällen. Exempelvis avser uppgifterna för Halland 2006 och för Stockholm och Västmanland 2007.

² Vårdvalssystemet hade i praktiken inte startat vid mättilfället.

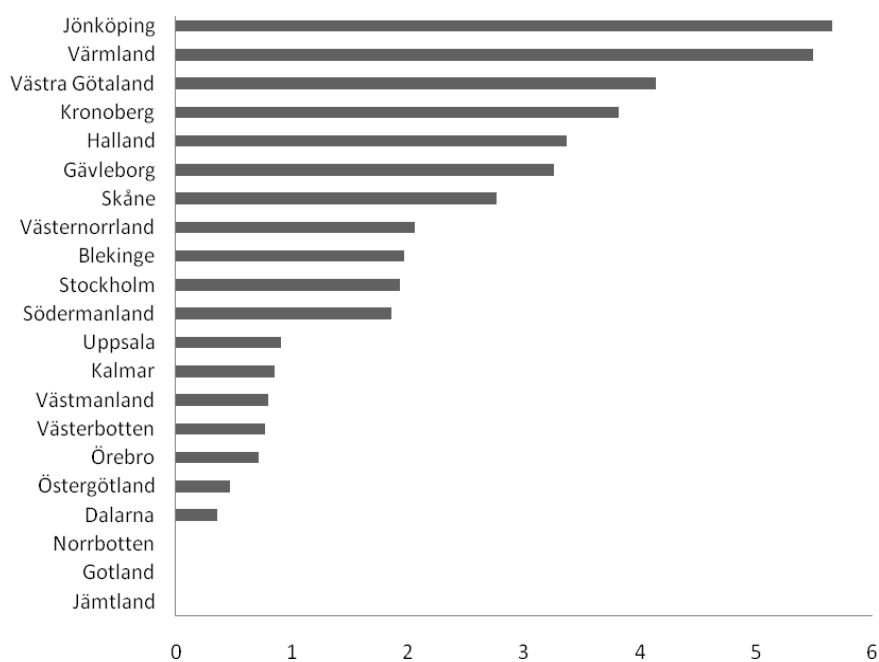
³ Inklusive Norrtälje kommun.

Som framgår av tabellen återfinns den procentuellt största ökningen i Värmland. Flest nya vårdmottagningar har däremot bildats i Västra Götalandsregionen, 65 stycken.

Vid införandet av vårdval fastställde respektive landsting vad som ska krävas för att ge en mottagning rätt till etablering i vårdvalssystemet. Detta har i vissa landsting inneburit att enheter som tidigare betraktats som en vårdmottagning inte längre uppfyller de krav som ställs i vårdvalssystemet. Dessa kan nu endast verka som filial till en godkänd mottagning och tvingas annars upphöra med verksamheten. Så är fallet ibland annat Jämtland, där antalet vårdmottagningar har minskat med två stycken sedan införandet av vårdval.

Av bild 4.1 framgår att antalet nya vårdmottagningar per 100 000 invånare i stort följer den tidigare redovisade procentuella utvecklingen av antalet vårdmottagningar i respektive landsting. Det finns inga tydliga skillnader mellan storstadsregioner och län med glesbygd, norr eller söder. Jönköping ligger i topp med över fem nya privata mottagningar per 100 000 invånare, tätt följt av Värmland. Stockholm och Blekinge ligger i mitten i denna jämförelse med omkring två nya mottagningar vardera.

Bild 4.1 Ökning av antal vårdmottagningar per 100 000 invånare från vårdvalets införande till augusti 2010



Källa: Konkurrensverket, OmVård.se och SCB, Konkurrensverkets beräkningar.

Förändringen av antalet vårdmottagningar har varit störst i de tre största landstingen. Även en kartläggning av utvecklingen på kommunnivå visar att nyetableringar företrädesvis har skett i mer tätbefolkade områden eller där människor befinner sig, vilket framgår av tabell 4.2.

Tabell 4.2 Antal nyetablerade vårdmottagningar från vårdvalets införande till maj 2010, fördelade efter kommungrupp

Kommungrupp ¹	Antal nyetableringar ²
Storstäder (3 kommuner)	79
Förortskommuner (38 kommuner)	26
Större städer (27 kommuner)	57
Pendlingskommuner (41 kommuner)	15
Glesbygdskommuner (39 kommuner)	2
Varuproducerande kommuner (40 kommuner)	20
Övriga kommuner >25 000 inv. (34 kommuner)	24
Övriga kommuner 12 500 - 25 000 inv. (37 kommuner)	18
Övriga kommuner < 12 500 inv. (31 kommuner)	3

Källa: Vårdföretagarna (2010a).

¹ Redovisningen baseras på Sveriges Kommuner och Landstings kommungruppsindelning och består av nio olika grupper som bygger på strukturella faktorer såsom befolkningsstorlek, pendlingsmönster och näringslivsstruktur:

- Storstäder: kommun med fler än 200 000 invånare
- Förortskommuner: kommun där mer än 50 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun och det vanligaste utpendlingsmålet är en storstad
- Större städer: kommun med 50 000 – 200 000 invånare samt en tätortsgrad överstigande 70 procent
- Pendlingskommuner: kommun där mer än 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun
- Glesbygdskommuner: kommun med mindre än sju invånare per kvadratkilometer och mindre än 20 000 invånare
- Varuproducerande kommuner: kommun med fler än 40 procent av nattbefolkningen mellan 16 och 64 år, anställda inom varutillverkning och industriell verksamhet
- Övriga kommuner: kommun som inte hör till någon av tidigare grupper och har fler än 25 000 invånare, 12 500 – 25 000 invånare, eller färre än 12 500 invånare

² I Vårdföretagarnas kartläggning ingår även nyetablerade mödra- och barnvårdscentraler. Mätningen avser dessutom nyetablerade och inte nettoförändringen av antalet vårdmottagningar. Uppgifterna skiljer sig därför något från Konkurrensverkets sammanställning.

I de intervjuer som Konkurrensverket genomfört med landstingen under våren 2010 framkom inga uppgifter om att det skulle finnas några oetablerade geografiska områden i landet (så kallade vita fläckar) eller att det skulle finnas några områden som var i starkt behov av fler nya vårdmottagningar.

4.2 De privata företagen i vårdvalssystemen

Som framgår av tabell 4.3 finns det stora variationer mellan landstingen vad gäller omfattningen av privat bedriven vård, både inom primärvården och inom hälso- och sjukvården totalt sett. Tabellen visar att landsting med längst erfarenhet av vårdvalssystem också har den högsta andelen köp av verksamhet från privata vårdgivare i primärvården.

**Tabell 4.3 Landstingens köp av verksamhet från privata företag.
Andel av nettokostnaden i procent. År 2009**

	Primärvård	Hälso- och sjukvård totalt (inkl. primärvård) ¹
Stockholm	47,9	22,9
Västmanland	40,2	10,2
Halland	34,8	10,9
Skåne	29,7	10,1
Kronoberg	22,1	5,4
Uppsala	22,2	7,9
Västra Götaland	21,2	7,5
Västerbotten	17,9	3,8
Västernorrland	17,3	5,3
Sörmland	14,9	4,6
Gävleborg	17,0	6,7
Östergötland	17,0	6,3
Örebro	16,6	4,9
Kalmar	11,5	3,1
Jämtland	8,9	3,5
Norrbottn	8,9	3,0
Blekinge	8,4	2,5
Värmland	8,4	3,5
Jönköping	7,4	3,3
Dalarna	4,6	2,3
Riket	25,9	10,3

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2010b).

¹ Exkl. tandvård, läkemedelskostnader och politisk verksamhet.

Även mätt som antal mottagningar är det de landsting som införde vårdvalssystem förhållandevis tidigt som har den största andelen mottagningar i privat regi, vilket framgår av tabell 4.4 nedan.

I drygt hälften av landstingen var andelen privata vårdmottagningar 2009 något större än andelen köp av verksamhet samma år. En förklaring till detta kan vara att privata vårdmottagningar i dessa

landsting generellt sett är mindre än de offentliga, varvid landstingens kostnader för denna vård är lägre. En annan förklaring skulle kunna vara att landstingens köp av verksamhet även omfattar annan primärvårdsverksamhet som inte har konkurrensutsatts i samma utsträckning som vårdcentralverksamheten.

Tabell 4.4 Andel privata vårdmottagningar som procent av det totala antalet mottagningar

	2009	2010
Västmanland	63	63
Stockholm	59	62
Halland	42	45
Västra Götaland	18	42
Skåne	29	40
Blekinge	30	39
Jönköping	19	35
Uppsala	29	34
Västernorrland	22	31
Sörmland	14	28
Kronoberg	11	27
Gävleborg	21	26
Gotland	25	25
Kalmar	21	25
Värmland	3	23
Örebro	19	19
Västerbotten	3	15
Östergötland	10	14
Jämtland	11	11
Dalarna	3	3
Norrbottn	3	3
Riket	28	37

Källa: Omvård.se, Konkurrensverkets beräkningar.

Tabellen visar även att andelen mottagningar i privat regi ökat från 28 till 37 procent mellan år 2009 och 2010. Ökningen av andelen privata mottagningar, som till största delen kan hänföras till införandet av vårdvalsreformen och den fria etableringsrätten, kommer sannolikt även leda till en ökning av landstingens köp av verksamhet från privata vårdgivare.

Ägarstruktur

I augusti 2010 fanns det omkring 450 vårdmottagningar i privat regi med omkring 220 ägare. En majoritet (drygt 80 procent) av dessa företag bedrev endast en vårdmottagning. Endast 5 procent av företagen hade fler än fem vårdmottagningar. Vilka dessa företag är framgår av tabell 4.5.

Tabell 4.5 Ägare med fler än fem vårdmottagningar inom primärvården. Augusti 2010

Ägare	Antal vårdmottagningar
Praktikertjänst AB	77
Carema Sjukvård AB	33
Capio AB	30
Novaklinikens Läkargrupp AB	9
Nötkärnan Vård och Omsorg AB	8
Hälsoringen AB	8
Legevisitten AB	8
Allemanshälsan Aleroz AB	7
Proxima Intressenter AB	7
Achima Care AB	6
Kungssportsläkarna AB	6

Källa: OmVård.se.

Som framgår av tabellen är Praktikertjänst, utifrån antalet vårdmottagningar, den i särklass största ägaren med 77 vårdmottagningar inom primärvården. Carema Sjukvård och Capio är ungefär knappt hälften så stora, med 33 respektive 30 vårdmottagningar vardera.

Tillsammans äger dessa tre företag omkring en tredjedel av samtliga vårdmottagningar i privat regi.

Praktikertjänst är tillika det företag som öppnat flest nya vårdmottagningar inom primärvården det senaste året. Från september 2009 till augusti 2010 har företaget startat 23 nya vårdmottagningar, vilket är mer än dubbelt så många som det företag som öppnat näst flest mottagningar (Capio).

Juridisk form

Flera företagsformer finns representerade bland ägarna av de privata vårdmottagningarna inom primärvården. Som framgår av tabell 4.6 är aktiebolag den vanligast förekommande företagsformen. Det är även denna företagsform som har ökat mest, sett till antalet vårdmottagningar mellan 2008 och 2010.

Tabell 4.6 Juridisk form på företag som driver privata vårdmottagningar. Antal mottagningar

	2008	2010	Förändring
Aktiebolag	238	368	130
Handelsbolag/kommanditbolag	18	15	-3
Stiftelser	3	8	5
Fysisk person	3	5	2
Ekonomisk förening	2	5	3
Ideella föreningar	1	2	1

Källa: Markör och SCB:s företagsregister, bearbetning av Konkurrensverket.

¹ Uppgifter saknas om ett fåtal mottagningar, varför dessa uteslutits från tabellen.

Frivilligorganisationer och idéburet företagande har av tradition framför allt agerat inom slutenvården.⁹ Detta kan vara en förklaring till att ideella föreningar och stiftelser inte har någon framträdande

⁹ Pernow et al (1990)

position inom primärvården. Dock är det inte säkert att ovanstående tabell fångar in all ideell verksamhet, eftersom det exempelvis förekommer att ideella föreningar äger aktiebolag.

Små, medelstora och stora företag

Som framgår av tabell 4.7 drivs de flesta privata vårdmottagningarna av små företag. Det är även bland de små företagen som antalet vårdmottagningar har ökat mest sedan 2008. Antalet mottagningar har ökat i samtliga företagsgrupper de senaste åren. Medelstora företag svarar dock för den procentuellt största utvecklingen, även om ökningen kan anses vara marginell.

Tabell 4.7 Antal vårdmottagningar som drivs av små, medelstora respektive stora företag¹

Ägare	2008		2010	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Små företag	176	65,4 %	258	63,1 %
Medelstora företag	1	0,4 %	20	4,9 %
Stora företag	92	34,2 %	131	32,0 %
Riket	269	100,0 %	409	100,0 %

Källa: Markör och SCB:s företagsregister, bearbetning av Konkurrensverket.

¹ Följande definition av SME (små, medelstora företag) har används:

- Små företag: Omsätter < 100 miljoner kronor och har < 50 anställda
- Medelstora företag: Omsätter 100 -500 miljoner kronor och har 50-200 anställda
- Större företag: Omsätter > 500 miljoner kronor och har > 200 anställda.

² Uppgifter saknas om ett fåtal mottagningar, varför dessa uteslutits från tabellen.

Det bör i detta sammanhang framhållas att vissa av de företag som agerar inom primärvården också är aktiva inom andra branscher. Stora företag behöver således inte vara marknadsledande inom primärvården. Ett exempel på ett stort företag som endast bedriver en mindre mottagning inom primärvården är Scania, som är en multinationell koncern med huvudsaklig verksamhet inom helt andra områden.

4.3 Framtida etableringsmöjligheter

I de tre landsting som har flerårig erfarenhet från vårdval (Halland, Stockholm och Västmanland) är det tydligt att den största ökningen av antalet vårdmottagningar skedde under det första året efter införandet av vårdvalssystemet. Om övriga landsting följer samma utvecklingsmönster är det rimligt att anta att den snabba etableringstakt som skett inom primärvården det senaste året kommer att avta.

Den konkurrens och etableringsfrihet som vårdvalet medför kan dock väntas motverka stagnation, eftersom vårdvalssystemen ger nya företag möjlighet att utmana och slå ut de redan etablerade.

Som framgår av tabell 4.8 har befolkningstillväxten varit negativ i nio landsting under den senaste tioårsperioden. I Norrbotten minskade antalet invånare med omkring 9 000. Under motsvarande period ökade antalet invånare i Stockholm med 215 000. Enbart under första halvåret 2010 ökade invånarantalet i Stockholms läns landsting med omkring 15 300 personer, vilket motsvarar underlaget för nära två vårdmottagningar av genomsnittlig storlek¹⁰.

¹⁰ Riksgenomsnitt cirka 7 800 invånare per mottagning.

Tabell 4.8 Folkmängd 2009 och befolkningsutveckling mellan 1999 och 2009¹. Antal invånare

	Folkmängd 2009	Förändring 1999-2009
Stockholm	2 019 182	215 805
Skåne	1 231 062	107 276
Västra Götaland	1 569 458	80 749
Uppsala ²	331 898	39 483
Halland	296 825	23 288
Östergötland	427 106	15 786
Sörmland	269 053	13 163
Jönköping	336 044	8 778
Kronoberg	183 162	6 013
Örebro	278 882	5 060
Blekinge	152 591	1 966
Västerbotten	258 548	1 838
Gotland	57 221	-207
Kalmar	233 639	-2 862
Värmland	273 257	-3 343
Jämtland	126 666	-4 039
Dalarna	276 454	-4 121
Gävleborg	276 220	-4 497
Västmanland ²	251 353	-5 548
Västernorrland	243 042	-6 257
Norrbottnen	249 019	-9 075
Totalt	9 340 682	479 256

Källa: SCB, Konkurrensverkets beräkningar.

¹ Uppgifterna avser förhållandena den 31 december för valt/valda år enligt den regionala indelning som gäller den 1 januari året efter.

² Från januari 2007 utökas Uppsala län med Heby kommun, vilket innebär att uppgifterna för Uppsala län och Västmanlands län inte är jämförbara bakåt i tiden.

Oavsett hur vårdvalssystemen utformas är det mot denna bakgrund inte rimligt att förvänta samma utvecklingstakt avseende mångfald

och antalet mottagningar i hela landet. I landsting som även fortsättningsvis kan antas ha en negativ befolkningsutveckling torde förutsättningarna för nyetablering i större utsträckning vara beroende av företagens förmåga att konkurrera ut befintliga vårdgivare.

I tabell 4.9 redovisas antalet invånare per vårdmottagning samt antalet vårdmottagningar i relation till befolkningsmängden i respektive landsting. Som framgår av tabellen finns flest vårdmottagningar i relation till antalet invånare i Jämtland. Annorlunda uttryckt går det hälften så många invånare per vårdmottagning i Jämtland som i Sörmland, Stockholm och Östergötland, som är de landsting där antalet vårdmottagningar är lägst i relation till befolkningen.

I intervjuer med landstingen har det framkommit uppgifter om vad som kan anses vara en nedre gräns för att det ska vara möjligt att bedriva en vårdmottagning. I flera landsting uppskattades denna gräns till 3 000-4 000 listade invånare för att en vårdmottagning ska kunna uppfylla de krav på bemanning som landstingen ställer. Ur ett bemannings- och patientsäkerhetsperspektiv anses det dock av flera landsting behövas ett betydligt större befolkningsunderlag.

Tabell 4.9 Vårdmottagningarnas genomsnittliga storlek samt antalet mottagningar per 100 000 invånare¹. År 2010

	Invånare per vårdmottagning	Vårdmottagningar per 100 000 invånare
Jämtland	4 688	21,3
Kalmar	5 308	18,8
Kronoberg	5 555	18,0
Halland	6 343	15,8
Jönköping	6 471	15,5
Gävleborg	6 587	15,2
Västerbotten	6 621	15,1
Blekinge	6 646	15,0
Värmland	6 830	14,6
Gotland	7 156	14,0
Norrbottn	7 534	13,3
Uppsala	7 569	13,2
Västra Götaland	7 572	13,2
Västernorrland	7 600	13,2
Skåne	7 678	13,0
Västmanland	7 880	12,7
Dalarna	8 940	11,2
Örebro	9 016	11,1
Östergötland	9 721	10,3
Stockholm	9 734	10,3
Sörmland	10 807	9,3
Riket	7 759	12,9

Källa: SCB och OmVård.se, Konkurrensverkets beräkningar.

¹ Beräkningarna bygger på befolkningsstatistik juni 2010, samt uppgifter om antalet vårdmottagningar augusti 2010.

Antal vårdmottagningar i relation till antal invånare kan ses som en vägledning om var ett potentiellt kundunderlag och etableringsförutsättningar finns. Det bör dock beaktas att det i vissa landsting kan finnas behov av att ha fler vårdmottagningar i förhållande till befolkningsunderlaget för att undvika orimligt långa resvägar för

länets invånare. Ett litet antal invånare per vårdmottagning behöver alltså inte tyda på att marknaden är överetablerad och vice versa.

För att illustrera sambandet mellan befolkningsunderlaget och förutsättningar för etablering har Konkurrensverket låtit Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser (Tillväxtanalys) göra en modellberäkning av var i landet vårdmottagningar skulle placeras om utplaceringen enbart tog hänsyn till befolkningsunderlag och geografi, och utan hänsyn till var mottagningarna för närvarande ligger¹¹. Resultatet redovisas i tabell 4.10 och visar bland annat att Jämtland och Kronoberg, utifrån dessa parametrar, har fler mottagningar än förväntat, medan Sörmland och Dalarna har färre.

¹¹ Tillväxtanalys har använt samma beräkningsmodell som används i det kommunala inkomst- och kostnadsutjämningsystemet. De antaganden som gjorts har anpassats till att det totala antalet vårdmottagningar ska bli ungefär lika stort som antalet i augusti 2010, dvs. 1 205 stycken. Modellberäkningen gav 1 250 vårdmottagningar, vilket är 4 procent fler än det verkliga antalet, men en exakt matchning är svår att åstadkomma.

Tabell 4.10 Verkligt antal vårdmottagningar jämfört med ett beräknat behov. Augusti 2010

	Verkligt antal	Beräkningsmodell	Skillnad mellan verkligt antal och beräkningsmodell	
			Antal	Andel
Jämtland	27	19	+8	+30 %
Kronoberg	33	26	+7	+21 %
Kalmar	44	36	+8	+18 %
Blekinge	23	21	+2	+9 %
Jönköping	52	48	+4	+8 %
Halland	47	44	+3	+6 %
Västmanland	32	30	+2	+6 %
Gävleborg	42	40	+2	+5 %
Uppsala	44	45	-1	-2 %
Västra Götaland	208	213	-5	-2 %
Västerbotten	39	40	-1	-3 %
Skåne	161	167	-6	-4 %
Värmland	40	42	-2	-5 %
Örebro	31	34	-3	-10 %
Stockholm	209	232	-23	-11 %
Gotland	8	9	-1	-13 %
Västernorrland	32	37	-5	-16 %
Östergötland	44	53	-9	-20 %
Norrbottn	33	40	-7	-21 %
Dalarna	31	40	-9	-29 %
Sörmland	25	34	-9	-36 %
Riket	1205	1250	-45	-4 %

Källa: Tillväxtanalys.

Det bör understrykas att beräkningen är beroende av vilka antaganden som görs, och att resultatet troligen blir ett annat om antagandena i beräkningsmodellen förändras. Modellen tar inte heller hänsyn till socioekonomiska förhållanden eller åldersstrukturen i länen.

Att ett landsting har få vårdmottagningar i förhållande till räkneexemplet behöver alltså inte tyda på att en underetablering föreligger i verkligheten. Däremot kan räkneexemplet, tillsammans med information om bland annat den framtida befolkningsutvecklingen och antal vårdmottagningar i relation till antalet invånare, ge en indikation om var det torde finnas förutsättningar för nyetableringar.

5 Valfrihet och patientrörlighet

Ett syfte med införandet av vårdvalsreformen var att ge större möjligheter för invånarna att välja utförare av vård. I detta kapitel redovisar vi en analys av hur vårdvalssystemen har bidragit till att öka invånarnas reella valmöjlighet. Vi gör också en fördjupad beskrivning av patientrörlighetens betydelse för väl fungerande konkurrens och utvecklingen av en mångfald av vårdgivare i primärvården. Till denna fråga hör även hur invånare och patienter informeras om valmöjligheten och vårdgivarnas möjligheter till marknadsföring.

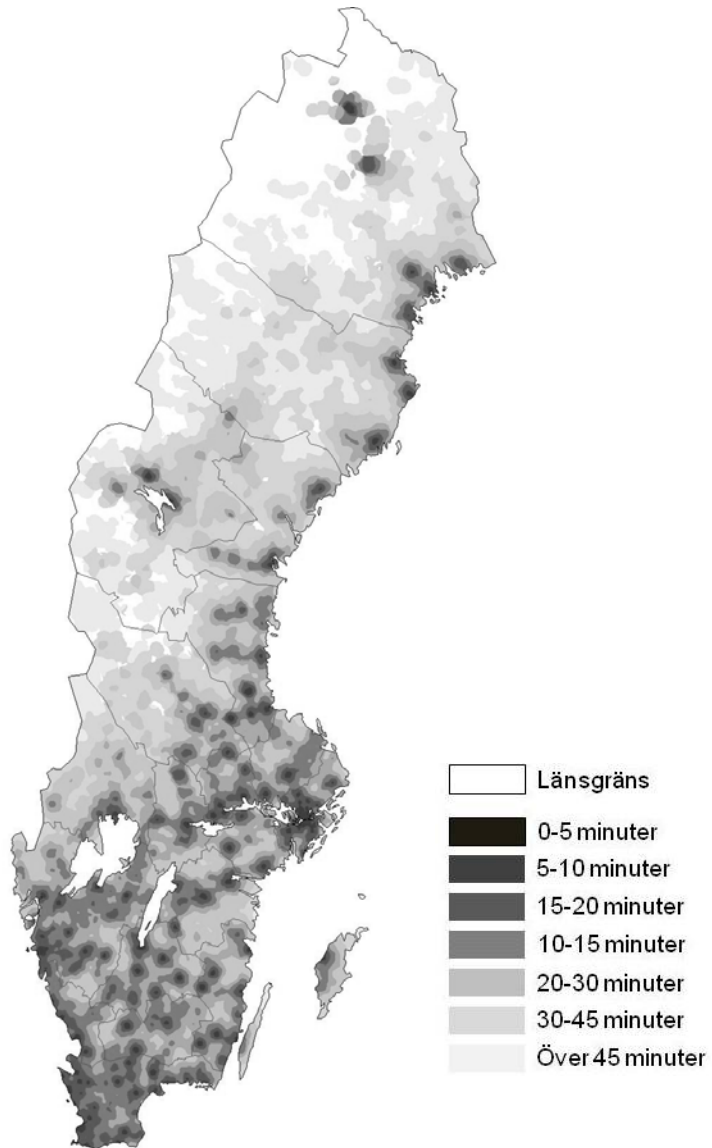
5.1 Valfrihet i olika delar av landet

För att det ska finnas mångfald och valfrihet i praktiken bör det finnas minst två valbara vårdmottagningar inom rimligt avstånd att välja bland. För att närmare belysa denna aspekt har Konkurrensverket låtit Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser (Tillväxtanalys) kartlägga avståndet mellan invånarnas bostadsadress och den vårdmottagning som ligger näst närmast bostaden. Kartläggningen resulterade i ett antal kartor och tabeller som presenteras nedan¹².

Bild 5.1 illustrerar invånarnas avstånd till den näst närmaste vårdmottagningen mätt i restid med bil från bostaden. I de mörkaste områdena är avståndet till den näst närmaste vårdmottagningen fem minuter eller mindre, och i områden med ljusare nyanser är restiden längre. Helt vita områden saknar invånare. Av bilden framgår vidare att möjligheten att välja är störst i de centrala delarna av storstadsområdena samt medelstora och större städer, men att det även finns relativt små orter med minst två vårdmottagningar.

¹² Skärgårdsbefolkning på öar utan fast landförbindelse ingår inte i denna kartläggning.

Bild 5.1 **Invånarnas möjlighet att välja annan vårdmottagning än den närmaste. Restid med bil från bostaden till näst närmaste vårdmottagning. År 2009**



Källa: Tillväxtanalys.

I september 2009 hade närmare hälften (46 procent) av invånarna i Sverige minst två vårdmottagningar inom fem minuters bilresa. Omkring två procent av hade däremot mer än 30 minuter till den näst närmaste vårdmottagningen. Störst andel av personer med längre än 30 minuters resväg finns i de nordligaste landstingen, vilket även framgår av tabell 5.1.

Tabell 5.1 **Möjlighet att välja annan vårdmottagning än den närmaste. Invånarnas restid med bil från bostaden till näst närmaste vårdmottagning. Procent av befolkningen. År 2009**

	5 min eller mindre	5 – 15 min	15 – 30 min	Över 30 min
Stockholm	72	24	4	0
Skåne	52	45	4	0
Västmanland	52	39	9	0
Östergötland	43	38	18	2
Uppsala	41	38	20	0
Västra Götaland	41	43	16	0
Blekinge	40	52	8	0
Kalmar	39	38	21	2
Örebro	39	38	22	0
Jönköping	38	45	17	0
Halland	38	54	7	0
Sörmland	35	35	30	0
Kronoberg	33	45	22	0
Norrbottnen	32	38	9	21
Västerbotten	32	29	20	19
Gävleborg	32	50	18	1
Gotland	31	30	33	7
Jämtland	23	25	35	17
Västernorrland	21	36	36	7
Värmland	17	30	42	11
Dalarna	16	42	32	10
Riket	46	38	14	2

Källa: Tillväxtanalys, bearbetning av Konkurrensverket.

Vårdvalsreformen har medfört att antalet vårdmottagningar inom primärvården ökat. Av tabell 5.2 framgår att detta har bidragit till att andelen invånare med möjlighet att välja mellan två mottagningar inom fem minuters avstånd har ökat med 5 procentenheter under det gångna året. Detta motsvarar en ökning på en halv miljon invånare.

Tabell 5.2 Möjlighet att välja en annan vårdmottagning än den närmaste. Invånarnas restid med bil från bostaden till näst närmaste vårdmottagning. Förändring i procentenheter 2009–2010¹

	5 min eller mindre	5 - 15 min	15 - 30 min	Över 30 min
Värmland	+19,9	+4,6	-16,5	-8,0
Västra Götaland	+13,7	-8,4	-5,1	-0,3
Jönköping	+13,1	-11,4	-1,6	0,0
Västernorrland	+9,1	+2,3	-11,1	-0,2
Västerbotten	+8,7	-4,0	+0,1	-4,8
Sörmland	+8,1	+4,7	-12,8	0,0
Kronoberg	+4,6	-1,7	-2,9	0,0
Skåne	+4,4	-2,8	-1,7	0,0
Stockholm	+2,5	-2,0	-0,5	0,0
Gävleborg	+2,4	-1,9	-0,5	0,0
Uppsala	+1,7	-1,0	-0,7	0,0
Halland	+0,7	-0,2	-0,5	0,0
Kalmar	+0,3	+0,9	+0,3	-1,6
Blekinge	+0,1	-0,1	0,0	0,0
Östergötland	0,0	0,0	0,0	0,0
Gotland	0,0	0,0	0,0	0,0
Örebro	0,0	0,0	0,0	0,0
Västmanland	0,0	0,0	0,0	0,0
Dalarna	0,0	0,0	0,0	0,0
Jämtland	0,0	0,0	0,0	0,0
Norrbottn	0,0	0,0	+0,1	-0,1
Summa	+5,4	-2,5	-2,5	-0,5

Källa: Tillväxtanalys, Konkurrensverkets bearbetning.

Även sett till de invånare som har långa avstånd till den näst närmaste vårdmottagningen har det skett förändringar. Antalet invånare med mer än 30 minuter till den näst närmaste vårdmottagningen minskade med 44 000. Delar av befolkningen har således fått en kortare restid till näst närmaste vårdmottagning, vilket torde öka förutsättningarna för en reell valfrihet.

Beräkningen av avstånden grundas på den befolkning och det vägnät som fanns den 31 december 2009. Förändringen av restiden beror således enbart på placeringen av de vårdmottagningar som etablerats.

Kartläggningen av avståndet till den näst närmare vårdcentralen bygger på data från Omvård.se, en hemsida som redovisar bl.a. kontaktuppgifter till vårdmottagningar i hela Sverige. Enligt Konkurrensverket är detta för närvarande den bästa och mest fullständiga sammanställningen av vårdmottagningar på nationell nivå som finns tillgänglig.

Det har emellertid framkommit att det finns vårdmottagningar i Omvårds kartläggning vilka markerats som nystartade trots att de fanns redan i september 2009. Konkurrensverket bedömer att det får anses ligga i sakens natur att ett underlagsmaterial med cirka 1 200 observationer kan innehålla ofullständigheter. Beräkningarna av de minskade restiderna baseras dessutom endast på de etableringar som skett mellan september 2009 och augusti 2010, vilket talar för att de totala effekterna av vårdvalsreformen troligen underskattas, även om det kan uppkomma överskattningar av effekterna på lokal nivå.

Konkurrensverket pekar i avsnitt 8 på behovet av bättre statistik om valfrihetssystem.

5.2 Valfrihet i utbudet

Landstingen har i intervjuer framfört flera exempel på positiva förändringar sedan införandet av vårdvalet. Bland annat nämns ökade öppettider och förbättrad tillgänglighet, ökat patientfokus och ökad kostnadsmedvetenhet bland vårdgivarna. Det finns även exempel på vårdgivare som valt att anställa fler kompetenser för att bättre kunna tillgodose patienternas behov.

Dock framför flertalet landsting att utvecklingen avseende nya sätt att organisera och bedriva verksamheten har varit begränsad. Detta har även framkommit i intervjuer med vårdgivare. Några enstaka vårdmottagningar tycks dock ha valt att nischa sin verksamhet, exempelvis har en vårdmottagning med fokus på kvinnors hälsa startat i Västra Götalandsregionen.

Vårdvalssystemen är ännu i sin linda och det tar tid att ställa om och anpassa verksamheten till de nya förutsättningarna. En utveckling kan alltså väntas framöver. Detta framgår även av den enkätundersökning som Markör, på uppdrag av Konkurrensverket, genomförde bland privata vårdgivare inom primärvården under hösten 2009. Av undersökningen framgår att drygt hälften av de tillfrågade vårdgivarna bedömde att vårdvalet troligtvis kommer att leda till ett ökat utbud av tilläggstjänster¹³ som tillhandahålls vid sidan om vårdvalsuppdraget. Exempel på sådana tilläggstjänster är utfärdandet av intyg, vaccinationer och företagshälsovård.¹⁴ Även i detta fall menar dock landstingen att utvecklingen har varit relativt begränsad och att intresset bland vårdföretagen än så länge varit svagt¹⁵.

¹³ Med tilläggstjänster avses här tjänster som ligger utanför det offentliga åtagandet och som invånarna själva betalar helt utan offentlig finansiering.

¹⁴ Markör Marknad och Kommunikation AB (2009)

¹⁵ Landstingens egenregi-verksamhet bör dock alltid beakta de begränsningar som finns i kommunallagen (1991:900) gällande möjligheten att bedriva vissa typer av tilläggstjänster.

5.3 Patientrörlighet och val av primärvård

Innehållet i detta avsnitt grundas till stora delar på en undersökning som utförts av Lars Nordgren och Bengt Åhgren, forskare vid Lunds universitet respektive Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, inom ramen för Konkurrensverkets uppdragsforskning. Undersökningen baseras i huvudsak på fyra invånarpaneler som har rekryterats från Region Skåne och Landstinget Kronoberg. Resultatet från studien är inte generaliserbart. Syftet har i stället varit att öka förståelsen för, och kunskapen om, faktorer och drivkrafter som påverkar invånarnas val av primärvård.¹⁶

Aktiva val av vårdgivare

För att ett vårdvalssystem ska fungera och bidra till väl fungerande konkurrens är det angeläget att invånarna eller patienterna aktivt väljer vårdgivare. Om inga val görs och om inga byten sker, skapas ingen konkurrens och möjligheten för nya vårdgivare att etablera sig uteblir. Invånarnas agerande och val är därför en central del i förverkligandet av ett vårdvalssystem.

Det är dock viktigt att belysa att val inte alltid behöver vara av godo. Det finns exempelvis patienter som utnyttjar valmöjligheten för att hitta en läkare som är villig att skriva ut en specifik medicin eller sjukskriva patienter även om detta inte är medicinskt försvarbart. Vårdvalssystem som tillåter frekventa byten (omval), och att patienter besöker andra vårdgivare än den de primärt har valt, underlättar för denna typ av beteende.¹⁷

Byte av vårdgivare är alltså inte något självändamål. Låg rörlighet kan dessutom vara ett tecken på att patienterna är nöjda med den vård som ges. Från konkurrenssynpunkt är det däremot centralt att

¹⁶ Nordgren & Åhgren (2010)

¹⁷ Åhgren (2010)

invånare och patienter väljer och är benägna att byta vårdgivare vid förekommande missnöje.

5.3.1 Erfarenheter av patientval

Enligt Nordgren och Åhgren visar flera internationella studier att intresset bland invånare och patienter att välja vårdgivare inom skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystem hittills har varit relativt begränsat. Exempelvis visar erfarenheter från Norge att benägenheten att byta vårdgivare i primärvården endast uppgår till 1,5 – 2,0 procent per kvartal¹⁸. Någon nationell svensk studie om invånarnas valbenägenhet har inte genomförts. Däremot visar undersökningar från enskilda landsting att endast en liten andel av invånarna utnyttjar sin möjlighet att byta vårdgivare¹⁹.

Som framgår av Nordgren och Åhgren indikerar den internationella forskningen att patienter i allmänhet är mer intresserade av att vara delaktiga i valet av behandlingsalternativ än i valet av vårdgivare.²⁰ Landstingens vårdvalssystem i primärvården omfattar dock generellt sett inte denna typ av val. Trots detta framför författarna att valfrihet ses som något positivt oavsett om valfriheten utnyttjas eller

¹⁸ Sjögren E. Föredrag i samband med Socialutskottets utfrågning "Vårdval i primärvården" 2009-01-27

¹⁹ Se exempelvis Berggren et al (2009)

²⁰ Fotaki, M., Boyd A., Smith L. (2006) *Patient choice and the organization and delivery of health services: scoping review. Report for the NHSSDO R&D Programme*. Manchester: University of Manchester

Fotaki M., Roland M., Boyd A., McDonald R., Scheaff R., Smith L. (2008) What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of Health Services Research & Policy*. 13(3):178-84

Goodwin N.(2006) Patient choice: as attractive as it seems? *Journal of Health Services Research & Policy*. 11(3):129

inte²¹. Värdet av att ha valfrihet handlar ofta om tron på att det ska kunna bli "bättre än tidigare".

Försiktigheten eller konservatismen vad gäller val av sjukvård innebär att vårdvalssystem inte kan betraktas som en traditionell konsumentmarknad, karakteriserad av en hög grad av utbytbarhet av leverantörer.²² Förutsättningar för konkurrens och marknadsmodeller kan därmed inte tas för givet. Det kan krävas vissa åtgärder för att stimulera och möjliggöra aktiva val bland invånare och patienter.

5.3.2 Faktorer som påverkar valet

Enligt Nordgren och Åhgren visar internationella studier att unga, välutbildade och mobila patienter tycks vara mer angelägna att välja vårdgivare jämfört med många andra patientgrupper, vilka i stället föredrar att behålla sina etablerade vårdgivarkontakter²³.

Författarna framför även att studier visar att patienter med regelbundna behov av att träffa vårdgivare i primärvården, till exempel äldre personer med multipla sjukdomar samt kroniker, föredrar att träffa samma personer för att underlätta dessa besök.²⁴ Denna grupp av patienter kommer troligtvis inte att ändra valet av vårdgivare särskilt ofta.

²¹ Kastberg G. (2005) *Kundvalsmodeller. En studie av marknadskapare och skapade marknader i kommuner och landsting*, Göteborgs universitet, Förvaltningshögskolan

²² Åhgren (2010)

²³ Thomson S., Dixon A. (2006) Choice in health care: the European experience. *Journal of Health Service Research & Policy*. 11(3):167-71

Fotaki M., Roland M., Boyd A., McDonald R., Scheaff R., Smith L. (2008) What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of Health Services Research & Policy*. 13(3):178-84

²⁴ Hjelmgren J., Anell A. (2007) Population preferences and choice of primary care models: a discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy*; 83:314-22

Rosén P., Anell A., Hjortberg C. (2001) Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy*; 55:121-8

Av den brukarundersökning som genomförts av Nordgren och Åhgren framgår det att personer som har egna aktuella erfarenheter av primärvården baserar valet på dessa erfarenheter. Individer som inte har några aktuella vårderfarenheter beaktar och värderar i stället information som de får från familj, vänner, bekanta, tidningar och officiell information. Deras värderingar tycks ofta vara fragmentariska och ytliga, vilket sannolikt beror på det svaga intresset inför valsituationen. Eftersom valet för en framtida kontakt med primärvården uppfattas som en "icke-existerande situation", saknas incitament att samla in eller gå djupare i den information som finns tillgänglig.

Kontinuitet och tillgänglighet

Av Nordgrens och Åhgrens brukarundersökning framgår att de som valt vårdgivare baserat på tidigare erfarenheter, framför allt beaktar två faktorer: kontinuitet och tillgänglighet. Sistnämnda förhållande inkluderar dels möjligheten att snabbt kunna få en tid till en läkare eller annan vårdpersonal, dels det geografiska avståndet till vårdgivaren.

För de yngre personerna i undersökningen tycks det vara viktigt att snabbt kunna få en tid för läkarbesök till sig själv eller till sina barn. Att de därmed riskerar att få träffa olika läkare är mindre betydelsefullt; korta väntetider anses vara mest väsentligt. För äldre personer verkar kort avstånd till vårdmottagningen vara den viktigaste aspekten på tillgänglighet. Detta hänger sannolikt samman med individernas möjlighet att ta sig till och från en vårdgivare.

Kontinuitet i vårdprocessen ses generellt som viktig. Det handlar om att patienten efter en inledande kontakt erbjuds återbesök hos samma läkare, men också om att läkaren säkerställer kontakten med andra specialister inom hälso- och sjukvården (exempelvis vid remisser, provsvar, etc.). Patienternas preferenser för kontinuitet i

läkarkontakten kan således vara en förklaring till den relativa låga patientrörligheten i primärvården.

Ålderspensionärer betonar att det är viktigt att kunna behålla samma läkare, vilket även kan innebära att följa sin läkare om denna flyttar till en annan vårdmottagning. Bristande läkarkontinuitet tycks också vara ett skäl till att välja bort eller byta en vårdgivare. Yrkesverksamma säger sig däremot lägga större vikt vid att få snabb och tillgänglig service utförd av kompetent personal.

Närhet och personligt bemötande

Som framgår av en undersökning som Health Consumer Powerhouse genomfört bland personer bosatta i Skåne tycks kompetens hos sköterskor och läkare tillsammans med närhet till bostaden vara det viktigaste vid valet av vårdmottagning.²⁵ Detta framgår även av Nordgren och Åhgrens undersökning där regelbundet återkommande utsagor bland invånarna handlar om att "närheten till vårdcentralen är viktig vid val av vårdcentral" och att "läkare och annan personal ska ha tydlig professionell kompetens".

Det framgår även att bemötandet kan spela roll vid valet av vårdgivare, men att denna faktor framför allt kan vara avgörande vid ett eventuellt byte. Känsligheten för dåligt bemötande tycks vara högre bland äldre personer och de som har kroniska sjukdomar.

Det är även bland äldre personer som närheten till vårdmottagningen tycks ha störst betydelse. Rörliga patienter, till exempel de som har tillgång till eget transportmedel eller saknar rörelsehandikapp, kan välja mellan flera vårdalternativ och ändå uppfatta att dessa är tillgängliga ur transportsynpunkt.

²⁵ Health Consumer Powerhouse (2009)

5.3.3 Orsaker till låg patientrörlighet

I många sammanhang framförs att aktiva och välinformerade konsumenter är en viktig förutsättning för att marknader ska kunna fungera väl. Av rapporten *Vård, skola och omsorg – Vilken information behöver brukaren för att välja* framgår att information är en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för att valfriheten ska fungera i praktiken. Statskontoret konstaterar att det finns ett antal hinder som påverkar människors vilja och förutsättningar att välja eller byta vårdgivare.²⁶ I detta avsnitt ger vi en kortfattad beskrivning av dessa hinder. Därefter följer en diskussion kring informationens betydelse för att stimulera aktiva val.

Psykologiska hinder och bristande incitament

En omständighet som enligt Statskontoret kan bidra till att förklara varför människor tenderar att vara obenägna att välja, är vad som i den empiriska beslutsforskningen brukar benämnas "status quo-effekten". Detta innebär att människor tenderar att hålla kvar vid det alternativ de alltid valt. I ett vårdvalssystem kan det även bidra till att invånarna nöjer sig med den vårdgivare som tilldelas enligt icke-valsalternativet.

Ett annat hinder som kan motverka aktiva val är att människor i olika beslutssituationer tenderar att väga in kostnader i form av nedlagd tid, ansträngningar, pengar och dylikt. Om det inte tydligt framgår vad individen har att vinna på ett byte av utförare tenderar människor att hålla fast vid det alternativ de en gång valt. Resonemanget får stöd av de invånarpaneler som Nordgren och Åhgren har genomfört. Av undersökningen framgår att individer byter för att de tror att det ska bli bättre och att de annars inte bedömer det vara värt besväret.

²⁶ Statskontoret (2007)

För att människor ska välja aktivt krävs att de upplever sig tjäna någonting på detta. För individer som endast har sporadisk kontakt med primärvården, kan fördelen med att välja antas vara relativt begränsad.

Om fördelen däremot uppfattas som stor ökar individens incitament att engagera sig i valet av vårdgivare. Som framförs av Statskontoret är ett individanpassat utbud en faktor som kan bidra till att stärka vilja att välja. En nyckel till att främja aktiva val bedöms därför vara individanpassade tjänster med variationer i innehållet. Utvecklingen av nya sätt att bedriva och organisera verksamheten tycks ha varit relativt begränsad sedan vårdvalets införande. För att stärka patienternas incitament att välja är det viktigt att landstingen, vid utformningen av vårdvalssystemen, skapar förutsättningar för vårdgivarna att kunna nyscha verksamheten mot olika patientgrupper.

Individuella hinder av psykisk och fysisk natur

Ytterligare ett hinder för aktiva val som tas upp av Statskontoret är enskilda individers psykiska och fysiska förutsättningar. Detta torde i synnerhet gälla för äldre och multisjuka patienter, dvs. de som är i störst behov av primärvårdens tjänster. Om inte dessa personer ges erforderligt stöd vid valsituationen finns därför risk att dynamiken i vårdvalet försämras.

5.4 Information och stöd i valsituationen

Tillgången till stöd och information vid valsituationen kan således påverka möjligheten att göra aktiva val. Om en individ uppfattar att informationen om vårdgivarna är otillräcklig för en analys och konsekvensbedömning, är det möjligt att individen avstår helt från att välja²⁷. Exempelvis framför Konsumentverket att det tycks krävas

²⁷ Statskontoret (2007)

ett relativt stort missnöje för att konsumenter på tandvårdsmarknaden ska byta tandläkare. Som orsak nämns att patienternas kunskapsunderläge gentemot tandläkaren gör bytet svårt och tidskrävande. Det förefaller därmed naturligt för konsumenten att stanna kvar, givet att inget direkt missnöje förekommer.²⁸

För att främja aktiva val bör det vara enkelt att byta vårdgivare. Det är även viktigt att invånarna har tillgång till relevant och lättillgänglig information. Det krävs information om att det är möjligt att välja vårdgivare samt hur sådana val går till. Därutöver behövs överskådlig, tillförlitlig och jämförbar information om vårdgivarna som gör det möjligt att värdera de olika alternativen.

Eftersom enskilda individer har olika förutsättningar och behov bör informationen spridas via flera olika kanaler. Vissa brukargrupper kan dessutom behöva särskilda stödinsatser. Unga, välutbildade och mobila patienter tycks vara mer angelägna om att kunna välja vårdgivare inom primärvården. Välutbildade tycks dessutom använda befintlig information i större utsträckning. Detta talar för att stödinsatser i första hand bör riktas mot andra patientgrupper.

5.4.1 Landstingens informationsinsatser

Landstingen har ett ansvar för att informera invånarna om vårdvalet och ska enligt LOV lämna information om samtliga leverantörer inom vårdvalssystemet. Av lagen framgår att informationen ska vara saklig, relevant, jämförbar och lättförståelig.

Informationsinsatser vid införandet av vårdval

I de intervjuer som Konkurrensverket genomfört med tjänstemän vid landstingen under våren 2010, framgick att så gott som alla landsting

²⁸ Konsumentverket (2009)

har genomfört eller planerade att genomföra informationsinsatser i samband med införandet av vårdvalssystemet. I flertalet landsting skickades allmän information om vårdvalet ut till samtliga invånare eller hushåll.

Även andra medier har använts för att sprida information, exempelvis landstingens egna hemsidor, annonser i dagspress, landstingens egna tidningar, Youtube, reklamkampanjer via TV och radio, informationsmöten med bland annat pensionärsorganisationer och information i väntrum hos vårdgivarna. Vissa landsting har valt att använda en hel arsenal av informationskällor, medan andra har varit mer begränsade. Generellt bedömer Konkurrensverket att informationsinsatserna i samband med införandet av vårdvalet har varit relativt omfattande.

Landstingens hemsidor

I samtliga landsting återfinns information om vårdvalet på landstingets webbplats. Som framgår av Socialstyrelsens undersökning ger samtliga landsting information på ett eller flera språk. I regel förekommer teckentolkad information och i vissa fall är det även möjligt att erhålla information via ljudfil.²⁹

Samtliga landstings hemsidor innehåller uppgifter om valmöjligheter, hur val och byte av vårdgivare går till, samt uppgifter om valbara vårdmottagningar. Informationen varierar dock i omfattning. Vad gäller uppgifter om valbara vårdmottagningar framgår i vissa landsting i princip bara namn på mottagningen samt kontaktuppgifter. I andra fall presenteras mer utförlig information exempelvis om vårdgivarnas verksamhet, kompetens och öppettider. Flera landsting har dessutom mer eller mindre avancerade och informativa funktioner för jämförelser mellan olika vårdmottagningar.

²⁹ Socialstyrelsens (2010)

Landstingens webbinformation till invånarna tycks hålla relativt hög kvalitet, vilket även bekräftas i rapporten *Valfrihet på webben*³⁰. Det kan dock i vissa fall vara svårt att navigera rätt och hitta fram till den information som ges.

Därutöver kan det konstateras att landstingen valt delvis olika sätt att informera om offentliga respektive privata vårdmottagningar. Vissa landsting har valt att samla in och på ett enhetligt sätt redovisa information om respektive vårdmottagning. I andra fall återfinns informationen via länkar till respektive utförarens hemsida. I det senare fallet är det ofta svårare att jämföra olika vårdmottagningar och översiktligheten försämras. Detta kan leda till att informationen inte upplevs som konkurrensneutral, vilket även har uppmärksammas av Sveriges Kommuner och Landsting³¹.

Konkurrensverkets bedömning är att det framför allt är de privata vårdmottagningarna som missgynnas när informationen inte återges på ett enhetligt sätt, eftersom informationen om privata vårdmottagningar i vissa fall blir mer svårtillgänglig. Detta framgår även i en av de djupintervjuer som Markör, på uppdrag av Konkurrensverket, genomförde med vårdgivare under våren 2010.

”I [landstinget] så fanns det tidigare en mycket enklare ingång till den offentliga primärvården. Fortfarande så är det inte konkurrensneutralt. När det gäller informationen på nätet kan man som icke-insatt hamna endast i den offentliga primärvården”

*Privat vårdgivare, djupintervju våren 2010*³²

Av intervjuerna framgår även att informationen, och i vilken grad den upplevts vara konkurrensneutral, varierar mellan vårdgivarna. Vissa av de stora företagen menar dock att frågan om landstingens information är relativt oviktig i sammanhanget. De ser det i stället

³⁰ Sveriges Kommuner och Landsting (2010c)

³¹ Sveriges Kommuner och Landsting (2010c)

³² Markör Marknad och Kommunikation AB (2010c)

som självklart att företagen själva står för den egna marknadsföringen och informationen.

5.4.2 Vårdgivarnas marknadsföringsinsatser

Av förarbetena till LOV framgår att en anledning till landstingens relativt omfattande informationsansvar är att tjänsterna är av sådan karaktär att regelrätt marknadsföring inte anses kunna ge medborgarna tillräcklig information för att göra välgrundade val av vårdgivare. Detta frångår emellertid inte vårdgivarna ansvar och möjlighet att marknadsföra och informera om sina tjänster. Av propositionen framgår dock att landstingen har rätt att i förfrågningsunderlaget ställa krav, utöver marknadsföringslagens ramar, på hur leverantörerna får marknadsföra sina tjänster.³³

Flera landsting har utarbetat riktlinjer och regler för hur vårdgivarna får marknadsföra sina tjänster. I många fall följer dessa riktlinjer Läkarförbundets etiska regler för marknadsföring. Vissa landsting har ett mer tillåtande förhållningssätt och har valt att inte närmare reglera denna fråga. I vissa fall framgår att riktlinjer har utformats mer eller mindre sporadiskt allt eftersom behov har uppkommit. Detta har av vissa vårdgivare upplevts som ett problem, eftersom villkoren för marknadsföring inte tydligt har framgått vid vårdvalssystemens införande utan förändrats över tid.

Några större problem med att vårdgivare ägnat sig åt olämplig marknadsföring har inte uppmärksammats av landstingen. De problem som funnits tycks framför allt ha varit övergående. Exempel på marknadsföringsinsatser som vissa landsting har funnit olämpliga är erbjudanden om gratis kaffe, gymkort, cirkusbiljetter och hälsoundersökningar. Efter dialog med vårdgivarna har denna typ av marknadsföring upphört.

³³ Prop. 2008/09:29

I de djupintervjuer som genomfördes under våren 2010 framför såväl privata som offentliga vårdgivare att det är angeläget att landstingen sätter upp begränsningar som utesluter kampanjer av detta slag.³⁴ Att landstingen utarbetar policys för att tydliggöra villkoren tycks alltså vara uppskattat även bland vissa vårdgivare.

³⁴ Markör Marknad och Kommunikation AB (2010c)

6 Etableringsförutsättningar i vårdvalssystem

För att uppnå mångfald och valfrihet för invånarna är det viktigt att det finns goda möjligheter för vårdgivare att etablera sig i ett vårdvalssystem.

Inom ramen för Konkurrensverkets uppdragsforskning har Karl Lundvall, forskare vid Copenhagen Economics, analyserat vilket vårdvalssystem som ger mest nyetablering av vårdmottagningar. Undersökningen bygger på sambandsanalyser av det material som Konkurrensverket har samlat in inom ramen för detta uppdrag, samt kompletterande offentlig statistik. För att få ett relativt mått på företagsstrukturen har antalet vårdmottagningar satts i relation till antalet invånare i respektive landsting.³⁵

Det bör understrykas att vårdvalsreformen är ung och att tillgången på data därför är begränsad. En del variabler som används i analysen är sannolikt dessutom ganska grova. Alla samband och förhållanden som identifieras i analysen och som återges i detta kapitel bör därför tolkas med viss försiktighet.

I detta kapitel vägs resultatet från denna undersökning samman med erfarenheterna från Konkurrensverkets två tidigare delrapporter samt djupintervjuer och en telefonenkät med privata vårdgivare som Markör Marknad och Kommunikation AB (Markör) genomfört under hösten 2010 på uppdrag av Konkurrensverket.³⁶

³⁵ Lundvall (2010)

³⁶ Konkurrensverket (2009a; 2010), Markör Marknad och Kommunikation AB (2010a; 2010b)

6.1 Utformningen av landstingens vårdvalssystem

Vårdvalssystemens utformning är av betydelse för vårdgivares möjlighet att etablera sig inom primärvården. I grova drag handlar det om uppdragets bredd och kraven på vårdgivarna, listningsförfarandet samt ersättningssystemens utformning.

6.1.1 Listningsförfarande och passiva val

Samtliga landsting har valt att tillämpa någon form av listningsförfarande till grund för den ersättning som utgår till vårdgivarna. I flertalet landsting listas invånarna på vårdmottagningar inom vårdvalssystemet även om de inte själva aktivt väljer vårdgivare (så kallad passiv listning). Listningen sker då i enlighet med det icke-valsalternativ som landstinget beslutat om.

Frågan om listning kom att bli en av de kanske mest uppmärksammade och omdiskuterade frågorna vid införandet av vårdval i primärvården. Flera landsting utsattes för hård kritik från i synnerhet privata vårdgivare, som ansåg att de på olika sätt blivit missgynnade vid fördelningen av passivt listade patienter.

Det är framför allt den initiala listningen vid införandet av vårdval som varit i fokus. I omkring hälften av landstingen har den passiva listningen vid införandet varit begränsad till landstingets egenregi eller till vårdmottagningar som fanns etablerade före vårdvalssystemets ikraftträdande. Det har i dessa fall inte varit möjligt för nyetablerade vårdgivare att ta del av den initiala fördelningen av passivt listade patienter.

Även i de fall där nyetablerade vårdgivare var med vid fördelningen av passivt listade, gavs redan etablerade aktörer många gånger ett försprång genom att landstingen vid listningen i första hand utgick från tidigare listningssystem eller besöksstatistik. Invånare som

tidigare inte varit listade eller besökt någon vårdmottagning inom en viss angiven tidsperiod listades enligt den så kallade närhetsprincipen, dvs. på den vårdmottagning som ligger närmast invånarens folkbokföringsadress alternativt enligt en närområdesindelning.

Generellt sett har det initiala listningsförfarandet på olika sätt gynnat vårdgivare som fanns etablerade före införandet av vårdval. Endast ett landsting (Jönköping) lät listningsförfarandet vid införandet vara neutralt mellan befintliga och nyetablerade vårdmottagningar. Samtliga invånare listades då utifrån en fördelning av närområden, med målsättningen att varje område skulle omfatta minst 3 500 invånare. Detta landsting har haft den procentuellt näst största ökningen av antalet vårdmottagningar sedan vårdvalets införande, vilket kan vara värt att notera i sammanhanget.

Passiv listning i redan etablerade vårdvalssystem

Den listning av nyinflyttade och nyfödda som sker efter att vårdvalssystemet trätt i kraft, har i de flesta landsting utformats på ett konkurrensneutralt sätt. I drygt hälften av landstingen listas invånarna passivt enligt närhetsprincipen och i fyra landsting registreras enbart aktiva val i landstingets listningssystem.

Fem landsting har valt att begränsa icke-valsalternativet till landstingets egenregi eller till vårdgivare som fanns etablerade vid införandet av vårdvalssystemet.

Listningsförfarandets betydelse för etablering

I den första delrapporten till detta uppdrag förs resonemang om att det typiskt sett kan vara lättare för nya vårdgivare att etablera sig efter att ett vårdvalssystem har trätt i kraft om det inte skett någon initial fördelning av passivt listade, utan att enbart aktiva val registreras i landstingets listningssystem. Det framförs dock även att den initiala listningen kan underlätta etablering genom att nya

vårdgivare ges en viss kundstock redan från första dagen av vårdvalet.

Att listningsförfarandet har betydelse för förutsättningarna för nya vårdgivare att etablera sig i ett vårdvalssystem framgår av såväl Lundvalls undersökning som de undersökningar som Markör genomfört bland privata vårdgivare. Resultaten i Lundvalls analys tyder på att passiv listning, där nyetablerade vårdmottagningar ges en andel av befolkningsunderlaget, ger en något högre etablerings-takt än andra system.

Långsiktiga konsekvenser av listningsförfarandet

I de djupintervjuer som Markör har genomfört menar flera företag att det senaste årets kraftiga utveckling av antalet vårdmottagningar troligtvis kommer att stagnera. Flera företag bedömer att det i framtiden sannolikt kommer vara betydligt mer gynnsamt att ta över en befintlig verksamhet än att starta från början. De förändringar som väntas ske handlar således främst om uppköp av befintliga vårdmottagningar (företrädesvis offentliga) som fungerar mindre bra.

Intervjuer med vårdföretagen indikerar att det i synnerhet är det initiala listningsförfarandet som har betydelse för nyetableringarna. Listningsförfarandet kan dessutom komma att påverka vårdgivarnas allmänna förtroende för att landstingen agerar konkurrensneutralt, vilket i sig påverkar företagens benägenhet att etablera sig i ett vårdvalssystem. Den struktur som har etablerats vid lanseringen av vårdval kan också i praktiken visa sig svår att förändra. Hur landstingen valt att hantera listningsförfarandet kan därmed komma att få långsiktiga konsekvenser för utvecklingen av företagsstrukturen i primärvården.

6.1.2 Bredden på uppdraget

Det har visat sig att det finns en relativt stor överensstämmelse mellan landstingen om vad som utgör basåtagandet i primärvården. Vilka verksamhetsområden som omfattas av vårdvalssystemen kan dock variera. Utöver vad som ingår i det så kallade basåtagandet framför Socialstyrelsen att det finns variationer i hur landstingen har valt att hantera barnhälsovård, mödrahälsovård, rehabilitering, hemsjukvård och medicinsk fotvård³⁷. I vissa landsting ingår samtliga dessa verksamheter, andra har valt att lägga en eller flera av dessa utanför vårdvaluppdraget. Ytterligare några har valt att lägga vissa delar som separata vårdvalssystem.

Motiv för breda respektive smala uppdrag

Särskilt vid införandet av vårdvalssystemen fanns en oro bland vårdföretag att uppdragen i vissa landsting var så omfattande att små vårdföretag skulle få svårt att klara de krav som landstingen ställer på verksamheten. Debatten kring uppdragets bredd tycks dock ha förskjutits något i takt med de erfarenheter som har gjorts från vårdvalssystemen. Bland annat framför Vårdföretagarna att uppdragets omfattning inte i första hand är en konkurrensfråga, utan en fråga om vårdinnehåll samt patienternas och läkarnas önskemål och behov av helhetslösningar och sammanhållna vårdkedjor³⁸.

En tydlig skiljelinje mellan landsting med smala respektive breda uppdrag är att de förra i större utsträckning upplevt problem med köer och tillgänglighet som de försökt att komma till rätta med genom vårdvalssystemet. För landsting med breda uppdrag har fokus snarare varit en strävan efter en samordnad primärvård med helhetslösningar för patienten.

³⁷ Socialstyrelsen (2010)

³⁸ Vårdföretagarna (2010b)

Patientens behov av samordnad primärvård framförs således som argument för breda uppdrag. Ett annat argument som bland annat framförs av Läkarförbundet är att mindre vårdmottagningar med endast en eller två läkare kan ha svårare att upprätthålla kvaliteten i vården³⁹. En orsak till att vårdgivare trots detta förespråkar smala uppdrag kan vara en underliggande rädsla eller oro för att ersättningsnivåerna inte motsvarar det ansvar som vårdvalsuppdraget innebär.

Breddens betydelse för etablering

Det finns en relativt stor spridning i hur många och vilka verksamheter som ingår i respektive landstings vårdvalssystem. Lundvalls undersökning ger dock inget stöd för att bredden på uppdraget generellt sett skulle påverka etablering av nya vårdgivare. Tillväxten av antalet vårdmottagningar förefaller paradoxalt nog vara som störst när bredden ligger någonstans i mitten snarare än när den ligger i över- eller underkant.

Socialstyrelsens kategorisering av bredden på uppdraget, som används vid Lundvalls analys, är dock en grov förenkling av skillnaderna mellan landstingens vårdvalssystem. Det kan exempelvis förekomma skillnader vad gäller kraven, graden av detaljreglering och hur långt åtagandet för vissa verksamhetsområden sträcker sig.

Det finns även skillnader vad gäller vårdgivarnas kostnadsansvar, vilket också påverkar omfattningen av vårdgivarnas åtagande gentemot landstinget. Ju lägre kostnadsansvar och ju fler fria nyttigheter som finns för vårdgivarna i ett vårdvalssystem, desto mindre blir den ekonomiska risk som ett företag tar. I detta avseende kan även breda uppdrag vara smala och vice versa.

³⁹ Sveriges läkarförbund (2009)

Bland de vårdföretag som har intervjuats i Markörs undersökning framgår, i motsats till resultaten i Lundvalls undersökning, att bredden på uppdraget av vissa fortfarande upplevs som ett problem för nyetablerade vårdmottagningar. Framför allt beskrivs den stora investeringskostnaden som ett hinder, särskilt för mindre företag, att starta verksamhet i vårdvalssystemen.

”Man skulle önska en trappstegsmodell där man kan gå in och visa att man är seriös och börja på en liten lägre nivå. [...] Det vi ser nu, det kostar att etablera sig med utrusning, så 3-4 miljoner måste man lägga upp för att komma in och anställa 12-14 personer som man har ett åtagande åt.”

Privat vårdgivare, djupinteraju hösten 2010⁴⁰

Kritiken mot breda uppdrag riktas särskilt mot områden där det är svårt att rekrytera personal eller där den breda verksamheten blir olönsam på grund av ett litet befolkningsunderlag. I praktiken menar vårdgivarna att det kan leda till att mindre mottagningar som för närvarande finns i glesbygd kan tvingas stänga utan att nya alternativ skapas.

”I takt med att man trycker ut mer och mer ansvar på primärvården som förut var på slutenvården som lättare psykiatri och sjukgymnastik och lite gränsspecialiteter. Det gör att de små verksamheterna inte klarar av att hantera den typen av problem. Det måste finnas en viss kritisk massa och de små enläkar- eller tvåläkarstationerna kommer inte att överleva om man ställer de kraven.”

Privat vårdgivare, djupinteraju hösten 2010⁴¹

”Om man går ned på detalj på den bemanning som en del kräver som kanske 0,3 kurator och arbetsterapeut etc. Det fungerar bra i storstad men inte alltid i glesbygd.”

Privat vårdgivare, djupinteraju hösten 2010⁴²

⁴⁰ Markör Marknad och Kommunikation AB (2010a)

⁴¹ Markör Marknad och Kommunikation AB (2010a)

⁴² Markör Marknad och Kommunikation AB (2010a)

Kritiken mot breda uppdrag tycks alltså fokusera främst på problemen i glesbygdsområden. Denna fråga behandlas närmare i avsnitt 6.4.

6.1.3 Ersättningssystem

När vårdvalssystem infördes i de första landstingen kom diskussionen om ersättningssystemen till stora delar att handla om fördelningen mellan fast och rörlig ersättning. Majoriteten av landstingen har valt ett ersättningssystem med en övervägande del fast ersättning per listad invånare (så kallad kapitationsersättning). Stockholm är det landsting som avviker mest från övriga landsting, med endast 40 procent kapitationsersättning.

Så gott som alla landsting har valt en åldersviktad kapitationsersättning som en parameter i ersättningssystemet. I vissa fall förekommer även viktning utifrån vårdtyngd och socioekonomiskt index. Det tycks inte längre råda någon motsättning mellan fast och rörlig ersättning. Många menar i stället att det handlar om att hitta en avvägning mellan dessa parametrar i systemet. I den enkätundersökning som Markör har genomfört bland vårdgivare inom primärvården framgår att en klar majoritet av de tillfrågade anser att ett mellanting mellan Vårdval Stockholms ersättningssystem och övriga landstings ersättningssystem är att föredra.

I en rapport om utvecklingen av olika ersättningssystem inom hälso- och sjukvården konstaterar även Sveriges Kommuner och Landsting att de nackdelar som olika ersättningsprinciper har, troligen kan balanseras genom att olika ersättningsprinciper kombineras.⁴³

⁴³ Sveriges Kommuner och Landsting (2008)

Vidareutveckling av ersättningssystemen

En fråga som tycks väcka allt större intresse är hur ersättningen kan viktas för att styra vården dit den bäst behövs, eller hur landstingen genom ersättningssystemet kan skapa utrymme för vårdgivarna att nischas verksamheten. Utvecklingen har alltmer kommit att handla om att förfinas de ersättningssystem som redan införts. Exempelvis undersöker flera landsting möjligheten att införa diagnosklassificering enligt ACG (Adjusted Clinical Groups) för att vikta ersättningen mot patienternas vårdtyngd och därmed öka träffsäkerheten i ersättningssystemen.

En sådan inriktning förespråkas även i en rapport av Anell som i rapporten *Vårdval i primärvården* menar att mer förfinade ersättningssystem leder till att betydelsen av vilka patienter som listar sig på en vårdmottagning minskar. Förfinade ersättningssystem justerar därmed för den ekonomiska risk som det innebär för vårdgivarna att ta om hand vårdkrävande patientgrupper. En väl avvägd riskjustering i ersättningssystemet kan dessutom skapa incitament att rikta verksamheten mot exempelvis multisjuka äldre och därmed minskar risken för icke-önskvärd selektion.⁴⁴

Även bland vårdgivarna tycks det finnas en efterfrågan för mer differentierade ersättningssystem som i större utsträckning tar hänsyn till patienternas olika vårdbehov.

”En differentiering av besök behövs. Socioekonomiska faktorer är också viktigt att ta hänsyn till när det gäller ersättningen. Äldre och mellan och yngre är helt olika grupper. De äldre får vi generellt sett för dåliga pengar för.”

Privat vårdgivare, djupintervju hösten 2010⁴⁵

⁴⁴ Anell (2009)

⁴⁵ Markör Marknad och Kommunikation AB (2010a)

Även intresset för målrelaterad ersättning tycks ha ökat under senare år. Sveriges Kommuner och Landsting konstaterar att införandet av vårdval förefaller ha bidragit till att driva på denna utveckling.⁴⁶

I så gott som samtliga landsting förekommer någon form av målrelaterad ersättning. Denna ersättning utgör endast en mindre del, omkring 2-5 procent. I rapporten *Hälsofrämjande och förebyggande i vårdval 2009* konstaterar Sveriges Kommuner och Landsting dock att system för uppföljning av hälsofrämjande och förebyggande åtgärder är underutvecklade och att detta utgör ett hinder för tydliga ersättningssystem.⁴⁷

Utvecklingsarbetet med målrelaterad ersättning pekar tydligt på behovet av bättre uppföljningssystem. Frågan om uppföljningssystem är dock en generell fråga som inte enbart knyter an till den om målrelaterad ersättning. Att utforma system för uppföljning är en tidskrävande process. Frågan hade därför inte beretts färdigt i många landsting när vårdvalet trädde i kraft. Däremot pågår utvecklingsarbete för att förbättra de nuvarande uppföljningssystemen.

Betydelsen av fast kontra rörlig ersättning för etablering

Eftersom ersättningssystemen till form och tillämpning är svåra att omsätta i kvantitativa termer, har Lundvalls analys begränsats till att enbart omfatta uppgifter om förhållandet mellan fast och rörlig ersättning. Således har hänsyn inte tagits till förekommande viktningssparametrar, glesbygdstillägg och förekomsten av målrelaterad ersättning.

I Konkurrensverkets första delrapport förs resonemang om att det kan vara lättare för nya vårdgivare att etablera sig i system med stor

⁴⁶ Sveriges Kommuner och Landsting (2009a)

⁴⁷ Sveriges Kommuner och Landsting (2010d)

del rörlig ersättning. Den analys som Lundvall har genomfört ger emellertid inget stöd för att ersättningssystemets utformning, avseende förhållandet mellan fast och rörlig ersättning, skulle påverka antalet nyetableringar i primärvården.

Många av de tillfrågade vårdgivarna i Markörs djupintervjuundersökningar framför dock synpunkter på ersättningssystemens utformning. Synpunkterna rör bland annat risken för att ersättningssystemen på olika sätt styr hur verksamheten bedrivs. Det kan exempelvis handla om att ersättningen inte i tillräcklig utsträckning är viktad för att motsvara kostnaden för vårdtunga patienter, vilket ger svaga incitament att fokusera på multisjuka, vårdtunga patienter. Andra exempel som framförs är att vårdgivarnas kostnadsansvar i vissa system riskerar att försvåra för patienter att få tillgång till nödvändiga undersökningar och behandlingar. En vårdgivare anger att ersättningsmodellen är komplicerad och att det leder till att mer fokus läggs på att jobba efter modellen än efter patienternas behov och efterfrågan. Detta skulle kunna indikera att ersättningssystemet kan komma att bli styrande för innehållet i primärvården.⁴⁸

Transparenta ersättningssystem

Ett allmänt intryck från Markörs undersökningar är att relativt många företag upplever det som svårt att förstå hur landstingens ersättningssystem fungerar i praktiken. På frågan om det på ett tydligt sätt framgår hur ersättningen har beräknats svarade totalt 39 procent av de tillfrågade i enkätundersökningen att det inte gjorde det. Tre av fyra företag uppger dessutom att det vore önskvärt med ett enhetligt ersättningssystem i hela Sverige. I djupintervjuerna framkommer bland annat följande:

⁴⁸ Markör Marknad och Kommunikation AB (2010a; 2010c)

”Det är ju olika system vilket är helt sanslöst. [...] Det drabbar inte oss utan vi lär oss fem system för fem landsting. Där krävs det energi och engagemang i början. Men det är inte värre än så.”

Privat vårdgivare, djupintervju hösten 2010⁴⁹

En annan, bland vårdgivare vanligt förekommande, kritik är att ersättningssystemen utformats på ett sätt som gör att vårdmottagningarna i området inte bär sig ekonomiskt. Detta är dock inte så mycket en fråga om ersättningssystemets utformning som en fråga om ersättningsnivån och misstankar om att förluster i landstingens egenregi-verksamhet subventioneras eller täcks med offentliga medel.

6.2 Nivån på ersättningen

Ersättningsnivån är en fråga som ytterst handlar om prioriteringar i det enskilda landstinget. Denna fråga har sannolikt större betydelse för företagens vilja att etablera sig än någon annan parameter i vårdvals-systemets konstruktion. Det går därför inte att utesluta att det ekonomiska läget vid införandet av vårdvalsreformen kan ha påverkat utvecklingen av antalet nya vårdmottagningar i enskilda landsting.

Enligt Lundvalls undersökning förefaller landstingens kostnader för primärvård ha ett positivt samband med nyetableringen av privata vårdmottagningar, dvs. att antalet mottagningar har ökat mer i landsting med högre kostnader för primärvården. Det framgår emellertid inte om detta samband avspeglar andra förhållanden, såsom högre konsumtion, högre kvalitet eller en större vårdtyngd. En möjlig tolkning är att de högre kostnaderna är förenade med en mer generös ersättning, vilket i sig gör etablering mer attraktivt för vårdgivarna.

⁴⁹ Markör Marknad och Kommunikation AB (2010a)

Som framgått i intervjuer med tjänstemän i landstingen, upplevs ersättningsnivån generellt sett inte som en stor fråga i landsting med ekonomi i balans eller i landsting som har gjort extra satsningar i och med vårdvalets införande. Däremot kan landsting där situationen är en annan komma att bli ifrågasatta mer frekvent, särskilt om etableringar uteblir eller om egenregin inte klarar uppdraget utifrån utbetald ersättning.

Det finns exempel på landsting som uttryckt viss oro över att införandet av vårdvalssystemet sammanföll med en allmän lågkonjunktur och kraftiga sparbetning i landstinget. Om nyetableringar i dessa landsting uteblir kan detta vara en följd av de ekonomiska förutsättningarna och prioriteringarna i det enskilda landstinget, snarare än att vårdvalssystemet har utformats på ett sätt som försvårar etablering.

6.3 Tillgång till personal

En annan aspekt som sannolikt är av stor, kanske till och med avgörande, betydelse för konkurrens och möjlighet till nyetablering, är tillgången till utbildad personal.

Sedan slutet på 1990-talet har frågan om läkarbrist inom hälso- och sjukvården debatterats. Bristen har ansetts vara särskilt stor inom bland annat allmänmedicin och geriatrik. Enligt Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor (SNAPS) uppskattas läkarbristen inom primärvården 2010 uppgå till omkring 1 400 heltidsarbetande allmänläkare.⁵⁰

Flera landsting har i intervjuer framhållit att läkarbrist är något som de har kämpat med inom primärvården en längre tid. Särskilt framträdande tycks problemet vara i glesbefolkade områden och ofta har

⁵⁰ Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor (2010)

problemet varit aktuellt långt före vårdvalssystemens införande. Detta kan vara ytterligare en förklaring till varför antalet nyetableringar i vissa landsting varit begränsat.

6.4 Vårdval i glesbygd

I en rapporten *Vårdval i primärvården* för Anell ett resonemang om att smala uppdrag med större besöksersättning (som Vårdval Stockholm) passar bäst i glesbygden där förutsättningarna för att skapa konkurrens är sämre. Motsatsvis framförs att förutsättningarna för att uppnå fungerande konkurrens i vårdvalssystem med breda uppdrag, en stor del fast ersättning och betydande kostnadsansvar är bättre i storstadsområden där marknaden är större och mer koncentrerad.⁵¹

Konkurrensverkets genomgång av landstingens vårdvalssystem visar dock att landsting med en mer utbredd glesbygd och begränsat befolkningsunderlag generellt sett valt att utforma vårdvalssystem med breda uppdrag och en hög andel fast ersättning. Samtidigt återfinns de smalaste uppdragen i landsting med större befolkningsunderlag där mindre hänsyn behöver tas till geografiska förhållanden.

Som framkommit i Konkurrensverkets intervjuer med tjänstemän vid landstingen, är en förklaring till varför landstingen valt att utforma breda uppdrag att kraven på vårdmottagningar i områden med litet befolkningsunderlag och långa avstånd till sjukhus delvis skiljer sig från behoven i mer tätbefolkade områden.

Långa avstånd till sjukhus anses exempelvis innebära ett större ansvar för akut omhändertagande i primärvården. Vårdmottagningar i glesbygd jobbar därutöver ofta med bredare uppdrag än

⁵¹ Anell (2009)

mottagningar i större städer och tar exempelvis ett större ansvar för återbesök som normalt sett sker vid sjukhusens öppenvård.

En annan anledning till breda uppdrag är att primärvården i glesbygd tenderar att ha mer långtgående samarbete med kommunerna och att en fragmentiserad vård (som följer av smala uppdrag) anses leda till fler gränsdragningsproblem som kan vara svåra att hantera från samarbetssynpunkt.

Kritiken mot breda uppdrag har särskilt gällt förutsättningarna i glesbygdsområden. Exempelvis framför vårdgivare att den breda verksamheten blir olönsam på grund av ett litet befolkningsunderlag och att det i dessa områden är svårt att rekrytera personal i den utsträckning som uppdraget kräver.

Svårigheterna och kostnaderna för att bemanna vårdmottagningar i glesbygd har bidragit till att flera landsting har gjort det möjligt att driva filialmottagningar som inte uppfyller samtliga krav på kompetens och bemanning. Kravet är dock att filialmottagningen är ansluten till en mottagning med fullt vårdutbud, där patienten kan lista sig.

Från landstingens sida är ambitionen med dessa filialmottagningar att säkra servicen i glesbygden samtidigt som riskerna för fragmentisering minskar. Detta har dock bland privata vårdföretag ansetts skapa en skevhet i konkurrensvillkoren. Bland annat menar flera vårdgivare som har deltagit i Markörs djupintervjuer att landstingen genom dessa filialmottagningar kringgår sina egna regler för bredden på uppdraget.

I detta sammanhang kan nämnas att Konkurrensverket för närvarande (november 2010) utreder ett ärende inom ramen för tillsynsverksamheten enligt LOV som rör de villkor som ett landsting satt upp för filialmottagningar.

6.5 Småföretagande i vårdvalssystemen

Från konkurrenssynpunkt och ur ett mångfaldsperspektiv kan argumenteras för att de breda uppdrag, som majoriteten av landstingen har valt, missgynnar de minsta aktörerna, begränsar invånarnas valfrihet och hämmar etablering, särskilt i glesbygd. Frågan om breda kontra smala uppdrag är dock inte bara en konkurrensfråga utan måste även ses ur ett medicinskt perspektiv med hänsyn till patienternas behov av samordnad vård och sammanhållna vårdkedjor.

I rapporten *Läkarförbundets förslag till riktlinjer för en vårdvalsmodell* framför Sveriges läkarförbund att det ur ett patientperspektiv är mycket som talar för breda uppdrag inom primärvården. Bland annat framhålls att svenska allmänläkare har bred kompetens och därför bör kunna leda ett omfattande uppdrag. Mindre vårdmottagningar med endast en eller två läkare anses dessutom ha svårare att upprätthålla kompetensutveckling och säkerställa kvaliteten i vården.⁵²

De flesta landsting har därför ställt krav som innebär att en vårdmottagning ska vara bemannad med minst en allmänläkare under mottagningens öppettider. Detta innebär att det bör finnas minst 2-3 heltidsanställda läkare vid en mottagning. Möjligheten att bedriva enmansläkarmottagningar i ett vårdvalssystem är således i praktiken begränsad.

Även möjligheten för enskilda yrkesgrupper att etablera en mottagning inom ett vårdvalssystem begränsas av hur landstingen har valt att utforma systemen, dvs. vilka verksamheter som ingår i uppdraget, vilka som ligger utanför och om de i så fall utgör separata vårdvalssystem. Möjligheten för enskilda yrkesgrupper att etablera

⁵² Sveriges läkarförbund (2009)

verksamhet kan alltså gynnas av att primärvårdsverksamheten delats upp i flera olika vårdvalssystem.

Samverkan mellan vårdgivare

För att förbättra möjligheterna för små lokala företag att etablera sig i ett vårdvalssystem menar Vårdföretagarna att landstingen kan göra det möjligt för vårdgivare att uppfylla kraven genom samverkan med andra och genom att anlita underentreprenörer.⁵³

Konkurrensverkets bedömer att det enligt landstingens förfrågningsunderlag generellt sett finns ett sådant utrymme. Det är dock för tidigt att bedöma hur tillåtande landstingen i praktiken är för sådana samverkanslösningar.

Av den enkätundersökning som Markör genomfört under hösten 2010 framgår att flertalet företag redan har ingått något slags formaliserat samarbete med andra vårdgivare för att uppfylla kraven i förfrågningsunderlaget. Totalt 70 procent av de tillfrågade företagen uppger att de har ett formaliserat samarbete kring jourbemanning och knappt hälften att de samarbetar med andra vårdgivare kring sjukgymnastik eller psykologiskt-/kurativt stöd. Samarbete kring mödra- och barnavårdcentral tycks däremot vara något mindre vanligt förekommande (drygt 30 procent).⁵⁴

Enkätundersökningen visar alltså att det förekommer samarbeten mellan vårdgivarna kring vårdvalsuppdraget. Av Markörs djupintervjuundersökning framgår att flera vårdgivare tror på mer samarbete på sikt. Ett av de större företagen ser svårigheterna kopplat till samarbete som ett typiskt utslag av att branschen är omogen och att systemet är nytt.

⁵³ Vårdföretagarna (2010b)

⁵⁴ Samarbetet kring sjukgymnastik och psykologiskt-/kurativt stöd sker främst med andra privata vårdgivare, medan samarbetet kring barn- och mödrahälsovård företrädesvis sker med en offentlig aktör. Det är i det närmaste lika vanligt att samarbetet kring jourbemanningen är tillsammans med en offentlig som med en annan privat vårdgivare.

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

Privat vårdgivare, djupintervju hösten 2010⁵⁵

I takt med att vårdgivarna finner nya former för samverkan är det rimligt att anta att förutsättningarna för såväl små företag som för enskilda yrkesgrupper att vara verksamma i vårdvalet kommer att främjas.

Eftersom det kan vara en tidskrävande process att upprätta samverkanslösningar, rekrytera personal, iordningsställa lokaler, m.m. kan de krav som ställs på nystartade verksamheter påverka vårdgivarnas etableringsförutsättningar. Att tillåta en viss flexibilitet, som innebär att landstingen initialt ställer lägre krav på bemanning och dylikt, skulle därför kunna underlätta etablering av en- och tvåmansläkarmottagningar även i vårdvalssystem där uppdragen är breda.

⁵⁵ Markör Marknad och Kommunikation AB (2010a)

7 Förtroendet för vårdvalssystemen

I detta kapitel belyser vi vikten av att vårdgivarna har förtroende för att vårdvalssystemen utformas och tillämpas konkurrensneutralt. Vidare belyser vi behovet av en effektiv tillsyn inom ramen för LOV. En eventuell talerätt för tillsynsmyndigheten (Konkurrensverket) lyfts som en möjlig institutionell förändring som kan förbättra förutsättningarna för ett sådant förtroende.

7.1 Förtroendets effekter på etableringsviljan

Lundvalls analys av vilka faktorer som påverkar etableringsviljan i ett landstings vårdvalssystem, visar att det finns ett positivt samband mellan vårdgivarnas förtroende för att landstingen agerar konkurrensneutralt och företagens intresse att etablera sig i ett vårdvalssystem. Ju fler som anser att privata och offentliga vårdgivare agerar under konkurrensneutrala förhållanden, desto högre tycks nyetableringstakten vara.⁵⁶

Även Markörs djupintervjuundersökning ger stöd för att vårdgivarnas förtroende för landstingen påverkar företagens etableringsvilja. Exempelvis har det vid intervjuerna framkommit att vårdvalssystemen upplevs fungera bättre i landsting som är lyhörda och arbetar utifrån täta dialoger och samverkan med vårdgivarna.

Misstankar om subventioner

Att det finns ett misstroende bland vårdgivarna om att konkurrensen inte sker under neutrala förhållanden framgår tydligt av Konkurrensverkets utvärdering. Det framgår också att det inte uteslutande är privata aktörer som anser sig vara missgynnade i

⁵⁶ Lundvall (2010)

konkurrensen. Av de intervjuer som har genomförts med offentliga vårdgivare under våren 2010 framförs exempelvis att privata vårdgivare har större frihetsgrader och att detta missgynnar de offentliga vårdmottagningarna.

Den enkätundersökning som genomfördes bland privata vårdgivare under hösten 2010, visar att nästan sju av tio av de tillfrågade företagen inte upplever att privata och offentliga vårdgivare har likvärdiga villkor eller behandlas jämbördigt. Den mest utbredda misstro som tycks finnas är att landstingens egna vårdenheter på olika sätt subventioneras i förhållande till privata vårdgivare. Exempelvis framförs kritik mot att ersättningsnivån satts för lågt och att förluster i landstingets egenregi-verksamhet täcks genom kapitaltillskott från landstinget.

”Landstinget underersätter så att den offentliga vården inte går ihop och sedan efterkompenserar man det. Det är som mellan pappa och barn, man kan alltid få höjd veckopeng.”

Privat vårdgivare, telefonenkät hösten 2010⁵⁷

Det finns även misstankar om att landstingsdrivna vårdenheter indirekt subventioneras genom att de inte påförs samtliga faktiska kostnader för verksamheten eller att vårdvalsuppdraget korssubventioneras av annan icke-konkurrensutsatt verksamhet. I dessa sammanhang framförs även att ersättningssystemen inte är tillräckligt transparenta och att det finns misstankar om att landstingen gynnar sin egen verksamhet. Privata vårdgivare upplever dessutom att det finns brister i landstingens redovisning och uppföljning som leder till att felaktiga beslutsunderlag presenteras för beslutsfattarna. Detta kan i sin tur leda till att ersättningsnivån inte sätts i proportion till vårdvalsuppdraget och de krav som ställs på vårdgivarna.

Frågan om ersättningsnivån har stark koppling till frågan om subventioner. För att kunna bedöma om ersättningsnivån är för låg

⁵⁷ Markör Marknad och Kommunikation AB (2010b)

måste sannolikt flera indikatorer vägas samman. Konkurrensverket konstaterar i delrapport 2 att tidsaspekten i många fall kan väntas vara av betydelse för denna bedömning. Eftersom vårdval i primärvården fortfarande är en relativt ny företeelse är det för tidigt att avgöra om det finns fog för misstankarna om att ersättningsnivån är för låg och att landstingens egenregi-enheter subventioneras på ett otillbörligt sätt.

Landstingets dubbla roller

När ett vårdvalssystem införs leder detta till att landstinget dels får rollen som finansiär och beställare av vårdtjänster, dels som producent eller utförare. Från konkurrenssynpunkt är det viktigt att dessa roller skiljs åt, eftersom det underlättar en konkurrensneutral hantering av frågor i samband med vårdvalssystem. Vårdgivare tycks dock i många fall betvivla landstingens förmåga att skilja rollen som finansiär och beställare från rollen som utförare av primärvården.

”Det är ett stort problem att det är samma huvudman bakom regler och upphandling och som sedan driver verksamhet i egen regi.”

Privat vårdgivare, djupinteroju hösten 2010⁵⁸

I intervjuer påpekar flera vårdgivare att landstingen har att hantera en ytterst svår situation där de ska vara både beställare och utförare, utan att gynna sina egna. Samtidigt betonar vårdgivarna att tjänstemännen på hälso- eller vårdvalskanslierna runt om i landet i många fall verkar göra sitt yttersta för att klara av att hantera de nya roller som följer av ett vårdvalssystem.

Vissa menar att sammanblandningen av roller kanske främst handlar om en omedvetenhet eller en oförmåga att förstå privata aktörers perspektiv. Det tycks bland vårdgivarna finnas en viss förståelse för att det är en tidskrävande och i vissa avseenden svår process att rigga en organisation och börja arbeta för en mer konkurrensneutral

⁵⁸ Markör Marknad och Kommunikation AB (2010a)

styrning än tidigare. En förhoppning är därför att större konkurrensneutralitet uppnås i takt med att erfarenheten ökar hos de ansvariga i respektive landsting.

”Sedan blir det kanske ännu bättre över tid. De som driver hälsovalet är välutbildade och vill göra det bra. Det är inte motvilja där! Inte bland dem som driver hälsovalet. De tar till sig och försöker.”

Privat vårdgivare, djupinteraju hösten 2010⁵⁹

I intervjuer med tjänstemän som arbetat med införandet av vårdval i landstingen har det framkommit att endast ett mindre antal landsting har infört en beställar-/utförarorganisation både på den politiska nivån och på tjänstemannanivån. I många fall har en sådan organisation införts enbart på tjänstemannanivå och ibland endast inom primärvårdsverksamheten. Detta har tidvis försvårat den interna kommunikationen, eftersom styrmodellen då inte är densamma inom hela landstinget. Bland annat framförs av tjänstemännen att det vid övergången till ny styrmodell har funnits liten förståelse utanför primärvårdsområdet kring vilka förändringar i uppdraget som medges och vilka spelregler som gäller generellt. Att förstå vad styrmodellen och kravet på konkurrensneutralitet innebär i praktiken har således varit en arbetsam process i vissa landsting.

Behovet av tillsyn

Lagen om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft i januari 2009 och har i huvudsak tillämpats inom äldreomsorg och primärvårdsverksamhet. Lagen är även tillämplig på andra områden inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården. Sedan maj 2010 kan lagen även tillämpas för vissa arbetsförmedlingstjänster.

Tillämpningen av LOV har ökat snabbt och kommer sannolikt även fortsättningsvis att öka. Det är även rimligt att anta att tillämpningen kommer att utvidgas till att omfatta allt fler verksamhetsområden.

⁵⁹ Markör Marknad och Kommunikation AB (2010a)

Det finns redan nu exempel på landsting som har valt att gå vidare och infört vårdval även utanför primärvården.

Som framgår av redogörelsen i detta kapitel är företagens förtroende för att landstinget behandlar privata och offentliga aktörer konkurrensneutralt av stor betydelse för företagens etableringsvilja. En nyckel till fungerande konkurrens i ett valfrihetssystem tycks vara att landstingen har förmåga att skapa och vidmakthålla förtroendet för att villkoren är konkurrensneutrala, men även att systemen och reglerna är långsiktigt stabila.

En viktig fråga för framtiden är således vad som kan göras för att öka vårdgivarnas förtroende för vårdvalssystemen. I kapitel 8 lämnar Konkurrensverket förslag som delvis kan verka i denna riktning. Ytterligare åtgärder kan dock komma att behövas. Det ligger i sakens natur att ett förtroende måste byggas på den lokala nivån och att de förslag som lämnas därför får en inriktningskaraktär.

En övergripande utgångspunkt för förslagen är att ett stärkt förtroende för landstingens förmåga att skapa konkurrensneutrala vårdvalssystem kan möjliggöra för ytterligare etableringar, vilket skulle gagna utvecklingen av såväl mångfald som valfrihet inom hälso- och sjukvården.

7.2 Skarpare tillsyn med talerätt

Det finns vissa skillnader i vilka frågor på LOV-området som tas upp i domstol, respektive vilka som anmäls till Konkurrensverket. De frågor som har tagits upp i domstol är ofta av mer formell karaktär, exempelvis att leverantörer inte har godkänts eller att en ansökan har bedömts vara ofullständig. De klagomål som har inkommit till Konkurrensverket rör i stället ofta den praktiska utformningen och tillämpningen av valfrihetssystemen, samt påpekanden om att konkurrensen har snedvridits. Till stor del rör

den rättsliga bedömningen i dessa fall de EU-rättsliga principerna om proportionalitet och likabehandling.

Relativt få rättsfrågor har hittills prövats i domstol eller varit föremål för Konkurrensverkets bedömning. När valfrihetssystem utvecklas till att omfatta allt fler områden och när allt fler kommuner och landsting (upphandlande myndigheter) väljer att tillämpa lagen, ökar dock risken för att valfrihetssystem utformas i strid med LOV.

Konkurrensverket är tillsynsmyndighet för LOV, men saknar för närvarande möjlighet att föra talan i domstol i fall där en upphandlande myndighet agerar i strid med lagen. Det finns inte heller några sanktioner i övrigt mot exempelvis landsting som inte lever upp till lagens bestämmelser. Detta kan få effekter bland såväl upphandlande myndigheter som leverantörerna. Exempelvis finns det en risk för att leverantörer inte anmäler förekommande problem om de saknar förtroende för att en anmälan kan komma att leda till rättelse. Erfarenheter från andra områden visar att det även finns risk för lag-trots inom områden som saknar effektiva rättsmedel. Korrigerande åtgärder kan således komma att dröja eller helt utebli till följd av de begränsade möjligheter som för närvarande finns vad gäller tillsynen över LOV.

Det tycks dessutom finnas en viss ovilja bland leverantörerna mot att gå vidare med eventuella klagomål, eftersom företagen inte vill riskera att stöta sig med kommunen eller landstinget och därmed få en försämrad relation till sin uppdragsgivare. Att driva rättsliga processer är dessutom kostsamt, varför särskilt små leverantörer kan välja att avstå. Det finns även risk att vårdgivare väljer att avvakta i väntan på att någon annan ska ta initiativ till att uppnå rättelse vid eventuella lagstridigheter.

I en nyligen publicerad forskningsrapport, som tagits fram inom ramen för Konkurrensverkets uppdragsforskning, belyser professor Tom Madell olika möjligheter att stärka rättsmedlen vid tillämpning

av LOV. Eftersom det endast finns ett begränsat antal exempel på hur lagstiftningen fungerar samt att det saknas en enhetlig rättspraxis på området, menar Madell att det för närvarande inte är möjligt att med säkerhet uttala sig om vilka problem som skulle kunna kräva olika typer av rättsmedel.⁶⁰

Oavsett om det finns konkreta exempel på regelöverträdelser menar dock Madell att det finns ett generellt behov av rättsmedel på LOV-området. Som skäl framförs bland annat leverantörernas ovilja eller oförmåga att gå vidare med aktuella klagomål, samt EU-domstolens praxis avseende medlemsstaternas skyldigheter att tillhandahålla erforderliga rättsmedel på området. Vidare menar Madell att konkreta sanktioner och rättsmedel kan ha en preventiv inverkan på hur de inblandade parterna förhåller sig till en viss lagstiftning.

Mot bakgrund av ovanstående resonemang redogör Madell för möjligheterna att utforma en framåtriktad talerätt för Konkurrensverket, delvis enligt modell från regeln i Konkurrenslagen (2008:579) om konkurrensbegränsande offentlig säljverksamhet⁶¹. Ett annat alternativ är att införa sanktioner i efterhand vid överträdelser av LOV, liknande den nyligen införda upphandlingsskadeavgiften i lagen (2007:1091) om offentlig upphandling⁶².

I en jämförelse mellan de båda alternativen förordade Madell den framåtriktade talerätten och att den borde utformas utan de begränsningar som nu finns i leverantörernas talerätt avseende det så kallade icke-valsalternativet och landstingens informations-

⁶⁰ Madell (2010)

⁶¹ Med en sådan talerätt utgår inget "straff" för redan begångna överträdelser utan fokus är på att hindra en upprepning av det som skadat konkurrensen.

⁶² En sådan talerätt innebär att en allmän förvaltningsdomstol, efter ansökan från Konkurrensverket, kan besluta att en upphandlande myndighet ska betala en särskild avgift (upphandlingsskadeavgift) om bestämmelserna i lagen överträtts.

insatser⁶³. Madell belyser även möjligheterna till sanktioner vid domstolstrots och så kallade administrativa viten i samband med Konkurrensverkets begäran om information.

⁶³ Konkurrensverket har haft flera klagomål gällande utformningen av icke-valsalternativet och landstingens informationsansvar.

8 Sammanfattande slutsatser och förslag

Ett syfte med vårdvalsreformen var att stimulera till en mångfald av vårdgivare och därigenom möjliggöra en ökad valfrihet för patienterna. Förutsättningarna för reell valfrihet, mätt som restid till näst närmaste vårdmottagning, skiljer sig i hög grad i olika delar av landet. Vårdvalet har inneburit att ytterligare en halv miljon invånare har minst två vårdmottagningar inom fem minuters avstånd, mätt med bil som transportsätt. Den reella möjligheten att välja vårdmottagning har alltså ökat för ett stort antal invånare.

Antalet vårdmottagningar har sedan införandet av vårdval i primärvården ökat med 223 stycken, eller 23 procent. Ökningen kan nästan uteslutande hänföras till privata vårdgivare. Den största ökningen av antalet mottagningar har skett i de tre största landstingen. Sett till den procentuella förändringen av antalet mottagningar, eller förändringen av antalet mottagningar per 100 000 invånare, går det på länsnivå däremot inte att se några tydliga mönster.

Flera landsting uppger att vårdvalet inneburit att tillgängligheten för patienterna har förbättrats, bland annat genom utökade öppettider och att vårdgivarna har blivit bättre på att tillgodose patienternas vårdbehov. Däremot menar både landstingen och vårdgivare att intresset för att nischa verksamheten, samt att satsa på nya sätt att organisera och bedriva primärvården, har varit relativt begränsat.

Konkurrensverkets sammanfattande bedömning är att införandet av vårdvalsreformen har varit framgångsrik. Införandet har bidragit till att lyfta fram flera viktiga frågor i primärvården. Det tycks också ha funnits ett stort intresse bland landstingen att lära av varandra och dela med sig av sina erfarenheter.

Faktorer som påverkat utvecklingen och möjligheterna till etablering

Den analys som Lundvall har genomfört ger stöd för att listningsprinciper och förtroendet för att landstingen agerar konkurrensneutralt har betydelse för etableringstakten i ett landsting. Undersökningen ger även stöd för att antalet nyetableringar av privata vårdmottagningar har ett positivt samband med landstingens kostnader för primärvård. En möjlig förklaring är att ersättningsnivåerna är högre i landsting med högre kostnader.

Däremot ger analysen inte stöd för att andelen fast och rörlig ersättning eller att bredden i primärvårduppdraget skulle ha betydelse för antalet nyetableringar. Det bör dock understrykas att de variabler som används i analysen för att definiera uppdragets bredd och ersättningssystemets utformning är relativt grova. Vårdval är dessutom en ny företeelse och tillgången till data är därför begränsad. Det kan inte uteslutas att detta påverkat resultatet i undersökningen.

Även de intervjuer och enkätundersökningar som Markör har genomfört med vårdgivare, ger stöd för att listningsförfarandet och förtroendet för att villkoren är konkurrensneutrala, har betydelse för etableringsviljan och förutsättningarna att bedriva verksamhet. Vårdgivarna framför därutöver att bredden på uppdraget och ersättningssystemets utformning är av stor betydelse.

Vårdgivarnas synpunkter på ersättningssystemet gäller främst nivån på ersättningen, snarare än hur systemet är utformat. De synpunkter som kan hänföras till ersättningssystemets utformning handlar framför allt om att systemet anses styra vårdinnehållet på ett icke-önskvärt sätt.

De problem med bredden på uppdraget som vårdgivarna har upplevt handlar ofta om förutsättningarna att bedriva verksamhet i glest befolkade områden. Här framför flera vårdföretag kritik mot landstingens krav på bredd och bemanning. Möjligheten att i dessa områ-

den bedriva filialmottagningar som är anslutna till en större vårdmottagning anses vara ett sätt för landstingen att kringgå sina egna regler och krav på verksamheten. Landstingen däremot framför att smala uppdrag riskerar ge en fragmentiserad vård och att det särskilt i glesbefolkade områden finns ett behov av mer långtgående samarbeten för att säkerställa servicenivån.

För att uppfylla vårdvalsuppdraget förekommer i vissa fall att vårdgivare samarbetar. Det tycks dock finnas en viss ovana att organisera denna typ av samarbeten. I takt med att vårdvalssystemen utvecklas är det troligt att samverkan mellan vårdgivare blir vanligare. Det bör dock i detta sammanhang uppmärksammas att en sådan utveckling även ökar risken för förekomsten av otillbörliga samarbeten som verkar hämmande för konkurrensen.

8.1 Förslag till åtgärder

Enligt regeringsuppdraget ska Konkurrensverket föreslå åtgärder för att förbättra konkurrensen och förutsättningarna för en mångfald av vårdgivare inom hälso- och sjukvården.

En övergripande slutsats och utgångspunkt för förslagen är att ett stärkt förtroende för landstingens förmåga att skapa konkurrensneutrala vårdvalssystem kan möjliggöra ytterligare etableringar, vilket skulle gagna utvecklingen av såväl mångfald som valfrihet inom hälso- och sjukvården.

I detta avsnitt presenterar vi först de nya förslag som har tillkommit under arbetet med denna slutrapport. Därefter redovisar vi ett sammandrag av de förslag som Konkurrensverket har lämnat i tidigare delrapporter.

8.1.1 Förslag för utvecklad uppföljning

Det finns ett stort intresse för valfrihetssystem både i Sverige och i andra länder. Införandet av vårdvalssystem i primärvården har följts intensivt under den tid LOV har varit i kraft. Flera myndigheter och intresseorganisationer har gjort uppföljningar och kartläggningar av reformen. Det finns dock ingen samlad information om valfrihetssystemens utbredning, utformning eller över vilka företag som är leverantörer i vårdvalssystemen. Bristen på officiell statistik innebär att olika intressenter var för sig måste samla in samma typ av uppgifter direkt från landsting och vårdgivare. Detta medför en ökad uppgiftslämnarbörda för berörda parter.

Erfarenheten visar dessutom att denna typ av datainsamlingar inte sällan leder till delvis olika resultat och att de uppgifter som samlas in inte alltid är helt jämförbara. Exempelvis finns det skillnader i vad som menas med en vårdmottagning. I vissa fall inkluderas mödravårds- och barnavårdscentraler, i andra fall inte. Det går inte heller alltid att via landstingens hemsidor hitta entydiga uppgifter om antalet mottagningar.

- Samla in statistik för uppföljning och forskning

För att underlätta och effektivisera uppföljning och analyser av valfrihetssystem, anser Konkurrensverket att regeringen bör se till att data samlas in systematiskt. Insamlingen bör omfatta uppgifter dels om valfrihetssystemens utformning, dels om de leverantörer som är godkända i systemen.

Detta kan vara en lämplig uppgift för exempelvis Kammarkollegiet, Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån eller den nya myndigheten

för upphandlingsstöd som Statskontoret har föreslagit⁶⁴. Ett sådant uppdrag bör åtföljas av erforderliga resurser.

Förslagsvis bör följande uppgifter samlas in om varje valfrihetssystem:

- namn på valfrihetssystemet
- upphandlande myndighet (organisationsnummer)
- geografisk omfattning (kommunkod, etc.)
- datum för annonsering i valfrihetswebben
- startdatum och eventuellt slutdatum för systemet
- klassificering av upphandlingsobjektet (CPV-kod)
- omfattning (till exempel allmänläkarmottagning, mödravård, barnavårdscentral och rehabilitering)

För varje valfrihetssystem bör dessutom information samlas in om vilka leverantörer som har blivit godkända att bedriva verksamhet. Förslagsvis bör följande information samlas in för varje godkännande samt för landstingens eller kommunernas egenregi-enheter:

- etableringens namn
- leverantör (organisationsnummer)
- omfattning (om godkännande kan ges för olika tjänster bör det framgå vilka tjänster leverantören omfattas av)
- GIS-koordinater (om tillämpligt)
- datum för godkännande
- datum för inträde och utträde i systemet
- utbetalt belopp (per kalenderår)

För att informationen ska bli komplett bör upphandlande myndigheter omfattas av en obligatorisk skyldighet att lämna dessa uppgifter.

⁶⁴ Statskontoret (2010)

8.1.2 Förslag för ökad patientrörlighet

Av den brukarundersökning som genomförts framgår att invånare som har valt vårdgivare baserat på egna erfarenheter värderar faktorer som närhet, bemötande, kontinuitet och möjlighet att snabbt få tid för ett besök. Vidare framgår att personer som själva valt vårdgivare, men inte haft några aktuella erfarenheter från vården, i stället beaktar och värderar mer fragmentarisk information från exempelvis vänner och bekanta. Intresset för och benägenheten att välja vårdgivare tycks generellt sett vara låg bland invånarna. Som orsak nämns bland annat att valet upplevs som ansträngande och svårt samt att incitamenten att välja är små.

I en studie av internationell forskning framgår att offentlig kvalitetsredovisning inom vården stimulerar vårdgivarna att utveckla och förbättra sina resultat, samtidigt som det finns lite som tyder på att invånare och patienter baserar sina val på sådan redovisning⁶⁵. Detta visar att information är en förutsättning men ingen garanti för att invånare och patienter gör medvetna och aktiva val av vårdgivare.

En anslutande fråga är därför vilken typ av information som invånarna efterfrågar i valet mellan olika vårdgivare, samt hur denna tillgängliggörs på lämpligt sätt. En genomgång av landstingens hemsidor visar att informationen till invånarna generellt sett tycks hålla relativt hög kvalitet, men att det i vissa fall kan vara svårt för icke-initierade att hitta fram till informationen.

- Främja forskning om konsumentbeteende inom hälso- och sjukvården

För att kunna utforma relevant information och sprida denna på lämpligt sätt, är det viktigt att förstå hur individer väljer samt vilka faktorer som invånarna grundar eller skulle vilja grunda sina val på.

⁶⁵ Calltorp et al (2008)

Särskilda stödsatser vid valet kan behövas, inte minst bland äldre och multisjuka patienter. Konkurrensverket anser att regeringen bör ge Konsumentverket i uppdrag att stimulera till forskning inom dessa områden. Ett sådant uppdrag bör åtföljas av erforderliga resurser.

- Skapa strukturer för lättillgänglig information

Regeringen bör ta initiativ till att utforma riktlinjer för hur informationen om valbara vårdmottagningar bör presenteras. Översynen bör ta fasta på de goda exempel som finns i flera landsting. Målet bör vara att utforma en sökstruktur som gör informationen lättillgänglig för invånarna.

Konkurrensverket har tidigare lämnat förslag om att skapa en samlad webbplats (portal) där information från olika myndigheter och intresseorganisationer samlas. En sådan portal skulle ha som syfte att förenkla informationssökningen och därmed öka konsumenternas möjlighet att göra rationella val. Portalen bör fokusera på tjänster som konsumenterna behöver mycket information om. Intressanta områden, utöver hälso- och sjukvården, som skulle kunna utvecklas i en konsumentportal är försäkringar, bank och finans, el och tele.⁶⁶

Konkurrensverket anser att regeringen bör ge Konsumentverket i uppdrag att utforma en webbplats där olika myndigheters arbete inom dessa områden länkas samman i en gemensam konsumentportal. Ett sådant uppdrag bör åtföljas av erforderliga resurser.

⁶⁶ Konkurrensverket (2009b)

8.1.3 Förslag till utveckling av vårdvalssystemen

Av proposition *Vårdval i primärvården* framgår att regeringen vid behov kommer att ta initiativ till att fastställa ett nationellt basuppdrag för primärvården om det skulle visa sig att de krav som landstingen ställer i vårdvalssystemen motverkar etablering eller leder till allt för stora skillnader i villkoren för de vårdgivare som vill etablera verksamhet eller för patienterna som ska välja vårdgivare.⁶⁷

Konkurrensverkets undersökning visar sammantaget inte på några generella problem för nyetablering i vårdvalssystemen. Konkurrensverket anser att det är angeläget att statsmakterna ger landstingen tid att utveckla och förfina 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 om effekterna av reformen.

- Inför konkurrensneutral styrning och öka förtroendet för vårdvalssystemen

För att skapa förtroende för att landstingen i rollen som beställare agerar konkurrensneutralt anser Konkurrensverket att införandet av vårdval bör åtföljas av organisatoriska åtgärder som bidrar till att tydligt separera landstingens roll som beställare från rollen som producent.

För att underlätta upptäckt av, samt eliminera misstankar om, otillbörlig subventionering av landstingens egenregi-verksamhet bör landstingen införa en transparent och öppen redovisning av kostnader och intäkter för verksamheten. I denna redovisning bör den primärvård som omfattas av vårdvalet redovisas skild från övrig landstingsverksamhet. Därtill bör varje landsting införa en policy för

⁶⁷ Prop. 2008/09:74

hantering av över- och underskott inom den landstingsdrivna vårdvalsverksamheten.

På dessa områden pågår för närvarande egeninitierade arbeten inom landstingen som stöts av Sveriges Kommuner och Landsting. Det kan dock inte uteslutas att det i framtiden kan krävas en lagreglering för landstingens redovisning och resultathanteringspolicies.

- Vidareutveckla ersättningssystemen avseende vårdtyngd

Det pågår arbete i flera landsting för att utveckla och förfina införda ersättningssystem. Viktning av ersättningen utifrån olika parametrar, som syftar till att på ett bättre sätt avspeglar vårdbehovet, kan bidra till ökade förutsättningar för vårdgivare att nischa verksamheten mot olika patientgrupper. Mer differentierade ersättningssystem kan även bidra till att minska de problem som kan uppkomma om det skulle finnas systematiska skillnader i vårdtyngden för aktivt respektive passivt listade patienter. Konkurrensverket ser därför positivt på en utveckling mot mer vårdtyngdbaserad ersättning och uppmanar landstingen till fortsatta arbeten inom detta område.

För att främja utvecklingen av ersättningssystemen anser Konkurrensverket att det är angeläget att statsmakterna stimulerar fortsatt forskning kring diagnosklassificering och andra parametrar som kan användas för att vikta ersättningen mot patienternas vårdtyngd.

- Förbättra transparensen i ersättningssystemen

Det är viktigt att vårdgivare kan förstå och bedöma hur vårdvalssystemen fungerar. Kammarkollegiets databas för LOV-annonser (Valfrihetswebben) bör därför utvecklas i en riktning som gör förfrågningsunderlagen mer lättillgängliga och som breddar tillgången till landstingsspecifik information.

För att underlätta för vårdgivare att bedöma hur ett ersättnings-system påverkar den egna verksamheten bör Kammarkollegiet, i samarbete med landstingen, göra en översyn av behovet och möjligheten att för respektive landsting utveckla beräkningsverktyg för ersättningen.

- Utveckla landstingens förfrågningsunderlag

Skillnader i disposition och struktur mellan landstingens förfrågningsunderlag bidrar till att skillnaderna mellan landstingens vårdvalssystem i många fall förefaller vara större än vad de faktiskt är. Kammarkollegiets uppdrag att ta fram mallar och strukturer för landstingens förfrågningsunderlag är därför angeläget för att nå ökad jämförbarhet och bör ges hög prioritet.

- Öka samarbetet och samordningen mellan landstingen

Eftersom enhetliga villkor och förutsättningar kan underlätta för företag att etablera och bedriva verksamhet i flera landsting, uppmanar Konkurrensverket landstingen att så långt som möjligt samordna utvecklingen av vårdvalssystemen. En samordning på frivillig väg skapar även goda förutsättningar att tillgodose landstingsspecifika behov och förutsättningar.

- Ge vårdgivare möjlighet att få momskompensationen prövad

Det finns inga entydiga eller säkra uppgifter för momskostnadernas storlek i primärvårdsverksamhet. Från olika håll hävdas att privata vårdgivare över- respektive underkompenseras genom landstingens momskompensation. Med hänsyn till den osäkerhet som finns på området anser Konkurrensverket att landstingen i förfrågningsunderlagen bör införa en möjlighet för vårdgivare att få nivån på momskompensationen justerad om högre momskostnader än den nivå som ersätts av landstinget kan påvisas.

8.2 Lärdomar från vårdvalsreformen

Konkurrensverkets uppföljning visar tydligt att icke-valsalternativet och listningsförfarandet vid vårdvalssystemens införande har haft, och även fortsättningsvis kan väntas få, stor betydelse för företagens möjlighet att etablera sig och bedriva verksamhet inom primärvården. Det kan vara svårt att i efterhand justera för eventuella felaktigheter som har skett i samband med den initiala listningen. Det är därför viktigt att ta tillvara de erfarenheter som finns från införandeprocessen.

Om obligatoriskt valfrihetssystem ska införas på fler områden anser Konkurrensverket att regeringen bör överväga att nationellt reglera icke-valsalternativet och ett eventuellt listningsförfarande. Konkurrensverket anser också 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 när 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.

Del 3
Nationella taxan

9 Nationella taxan och ersättningsetableringar

I Konkurrensverkets uppdrag att följa införandet av vårdval ingår även att följa hur reglerna om ersättningsetablering tillämpas av landstingen, samt att utreda vilka gränsdragningsproblem som kan finnas mellan vårdgivare i vårdvalssystemen och vårdgivare med ersättning enligt den nationella taxan (taxesystemet). I detta kapitel redovisar vi resultatet av uppföljningen i dessa delar.

Bakgrund

Taxesystemet regleras av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS). För att en vårdgivare ska ha rätt till ersättning enligt den nationella taxan krävs att vårdgivaren har tecknat ett så kallat samverkansavtal med landstinget.⁶⁸ Den nationella taxan regleras i en särskild förordning och fastställs av regeringen utifrån ett gemensamt underlag från Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges läkarförbund och Sveriges legitimerade sjukgymnasters riksförbund.

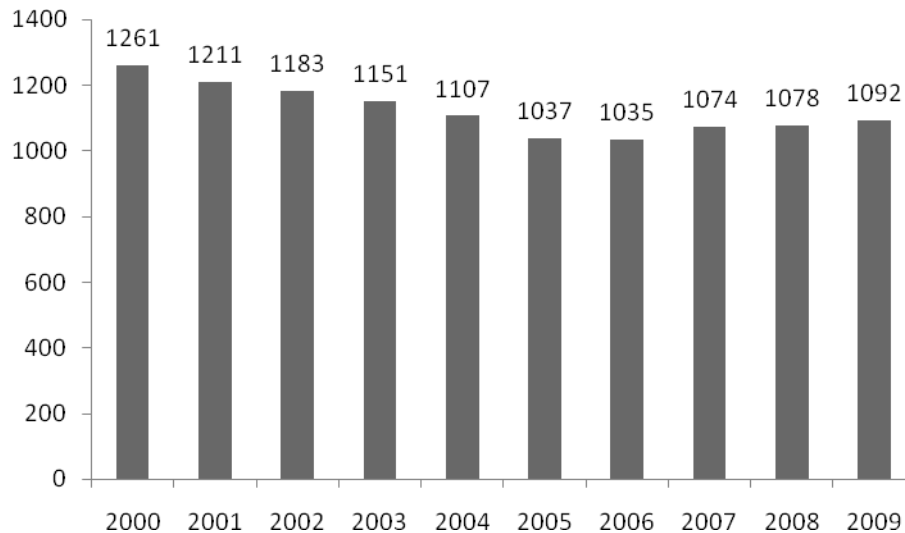
Taxesystemet infördes i sin nuvarande form 1994. Det blev då möjligt för läkare och sjukgymnaster att etablera sig fritt med rätt till offentlig ersättning. Den fria etableringsrätten inskränktes dock året därpå när ett krav på samverkansavtal med landstingen infördes.

De senaste åren har det slutits ytterst få samverkansavtal. En orsak till detta kan vara att samverkansavtalen ger landstingen små möjligheter att styra över den vård de finansierar och att landstingen därför föredrar att sluta andra former av avtal med privata vårdgi-

⁶⁸ Det finns även privata läkare och sjukgymnaster som har rätt till ersättning enligt den nationella taxan utan att ha något samverkansavtal. Detta beror på diverse övergångsbestämmelser.

vare. Som framgår av bild 9.1 sjönk antalet taxeläkare fram till 2006 för att därefter stabiliseras. Utvecklingen av antalet sjukgymnaster följer ett liknande mönster.

Bild 9.1 **Antal läkare med ersättning enligt nationella taxan.**
År 2000-2009



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2004; 2006; 2009b; 2010a), bearbetning av Konkurrensverket

Eftersom nyetableringen inom taxesystemet länge varit låg, närmar sig förhållandevis många taxeläkare och sjukgymnaster pensionsåldern. Att antalet vårdgivare har stabiliserats kan delvis bero på att den tidigare åldersgränsen, som innebar att ersättning inte betalades ut till taxeläkare och sjukgymnaster som fyllt 70 år, avskaffades 2007. Motivet till detta var att regeringen avsåg att göra en mer omfattande översyn av regleringen där frågan om ersättningsetableringar bland annat skulle tas upp. I avvaktan på denna översyn bedömdes

det vara angeläget att de läkare och sjukgymnaster som omfattades av regelsystemet gavs möjlighet att upprätthålla sin verksamhet.⁶⁹

9.1 Gränsdragningsproblem mellan taxesystemet och vårdvalssystemen

I Konkurrensverkets uppföljning har ett antal gränsdragningsproblem som kan uppstå mellan vårdgivare inom vårdvalssystem och taxesystemet uppmärksammats. Dessa problem har varit tydligast när taxeläkare utför arbetsuppgifter som ingår i ett vårdvalssystem. Det är således framför allt specialister i allmän medicin, samt sjukgymnaster i landsting där rehabilitering ingår i vårdvalsuppdraget, som kan ha berörts av vårdvalssystemens införande.

Differentierade patientavgifter

Ett av de potentiella gränsdragningsproblem som Konkurrensverket har identifierat är att det finns landsting som har beslutat om högre patientavgifter för besök hos taxeläkare än för besök vid den vårdmottagning där invånaren är listad. Ett besök hos en taxeläkare kan alltså vara dyrare för patienten än ett besök vid en vårdmottagning inom vårdvalssystemet även om behandlingen är likvärdig. Vissa landsting har framfört att ett syfte med olika patientavgifter har varit att styra patientströmmarna så att invånarna i första hand vänder sig till den vårdmottagning i vårdvalssystemet där de är listade.

Frågan om differentierade patientavgifter har varit föremål för prövning enligt kommunallagen. Länsrätten i Skåne slår i en dom fast att detta inte anses strida mot vare sig kommunallagen eller hälso- och sjukvårdslagen.⁷⁰

⁶⁹ Socialdepartementet (2007)

⁷⁰ Länsrätten i Skåne läns dom i mål 12405-08, 12672-08, meddelad i Malmö 2009-06-16.

Frågan har även varit föremål för utredning på Konkurrensverket, som har gjort bedömningen att förfarandet med differentierade patientavgifter inte strider mot LOV så länge alla leverantörer inom vårdvalssystemet behandlas lika. Taxeläkare ingår dock inte i något vårdvalssystem och omfattas därför inte av Konkurrensverkets tillsyn enligt LOV. Från konkurrenssynpunkt bör dock nivån på patientavgiften vara den samma för jämförbara offentligfinansierade tjänster.

Övervältring av kostnader

Ett annat problem som Konkurrensverket har uppmärksammat är risken för övervältring av kostnader mellan vårdgivare som är verkssamma enligt olika regelverk. Detta beror på att principerna för ersättning och kostnadsansvar kan vara utformade på olika sätt. Ett landsting har exempelvis uppmärksammat ett misstänkt fall av bedrägeri som gäller redovisning av kostnader för medicinsk service. I detta fall hade vårdgivarna inom vårdvalssystemet kostnadsansvar för denna tjänst. Enligt taxesystemet utgör däremot medicinsk service en fri nyttighet. Under sådana förhållanden kan incitament skapas för vårdgivare att samarbeta på ett otillbörligt sätt för att, som i detta fall, utnyttja möjligheten att skicka prover utan kostnad inom taxesystemet.

Risker för övervältringseffekter finns alltid då samma typ av tjänster utförs av leverantörer som agerar utifrån olika regelverk. Denna ordning kan även försvåra planering och styrning av hälso- och sjukvård i ett landsting och leda till att resurser inte används optimalt.

Kostnadsansvar för vård hos annan vårdgivare

I landsting som tillämpar en ersättningsmodell med en hög andel kapitationsersättning är det vanligt att vårdgivare inom vårdvalssystemet har kostnadsansvar för besök som deras listade patienter gör

hos andra vårdgivare. Detta gäller besök hos såväl vårdgivare inom vårdvalssystemet som vårdgivare med ersättning enligt den nationella taxan.

Detta kostnadsansvar motiveras med att vårdgivarna ska ansvara för listade patienters vårdbehov och att det annars skulle skapas incitament för vårdgivarna att inte själva svara för vårdbehovet utan hänvisa patienterna till andra mottagningar. Kostnadsansvaret kan dock medföra att vårdgivare får höga kostnader om invånare som är listade vid mottagningen väljer att gå till en annan vårdgivare. Ett näraliggande problem är att vårdgivare i vårdvalssystemen har små möjligheter att ifrågasätta om de behandlingar som ges av läkare och sjukgymnaster inom taxesystemet är medicinskt motiverade.

Övriga gränsdragningsproblem

En ofta återkommande kommentar från landstingen är att de vid utformandet av vårdvalssystemen ibland tvingas till icke-optimala lösningar på grund av taxesystemet. Flera landsting har även påtalat svårigheter med att hantera vårdgivare som agerar enligt tre olika regelsystem parallellt.⁷¹ En genomgående ståndpunkt är att det vore enklare om alla vårdgivare ingick i ett och samma regelsystem.

Taxeläkare har framfört klagomål mot den information som givits till invånarna i samband med vårdvalssystemens införande. Kritiken handlar främst om att taxeläkarna inte har haft möjlighet att delta i de listningskampanjer som genomförts och att invånarna i vissa fall har uppfattat det som att de inte längre hade rätt att vänta sig till en taxeläkare.

Eftersom taxeläkare inte ingår i ett vårdvalssystem har landstingen ingen skyldighet enligt LOV att informera invånarna om dessa

⁷¹ De tre regelsystemen är upphandlingar enligt LOU, ersättning enligt nationella taxan samt valfrihetssystem enligt LOV.

vårdgivare. Listningen är dessutom en del av vårdvalssystemens ersättningssystem, varvid taxeläkarna av naturliga skäl inte omfattas av landstingens listningskampanjer. Det finns dock inget som hindrar att taxeläkarna har egna patientlistor eller att de marknadsför sig på annat sätt.

9.2 Ersättningsetableringar

Den 1 april 2009 infördes en möjlighet för läkare och sjukgymnaster att överlåta sin verksamhet och sin rätt till ersättning enligt nationella taxan till en annan vårdgivare, en så kallad ersättningsetablering. Reglerna innebär att landstingen efter en anmälan om ersättningsetablering ska publicera en ansökningsinbjudan där det framgår vilka villkor det nya samverkansavtalet ska innehålla. Den sökande som har erbjudit det högsta priset för verksamheten får därefter ingå ett samverkansavtal med landstinget. En förutsättning är att den sökande inte har eller kan få rätt till ersättning inom ramen för ett valfrihetssystem enligt LOV och att den uppfyller de krav som ställts för samverkansavtalet.

För att följa upp hur reglerna om ersättningsetablering tillämpas har Konkurrensverket gett WSP Analys & Strategi (WSP) i uppdrag att kartlägga de anmälningar om ersättningsetableringar som lämnades in under det första året med den nya lagstiftningen. WSP har även genomfört telefonintervjuer med taxeläkare och sjukgymnaster som under första halvåret efter lagändringarna hade lämnat in en anmälan om ersättningsetablering, samt med tjänstemän på landstingen som handlagt dessa anmälningar. Totalt har telefonintervjuer genomförts med 153 anmälare och med handläggare på 19 av 21 landsting.⁷²

⁷² WSP Analys och Strategi (2010a; 2010b)

9.2.1 Första året med ersättningsetableringar

Totalt lämnades 376 anmälningar om ersättningsetableringar in till landstingen under det första året med reglerna om ersättningsetablering, varav två tredjedelar lämnades in under det första halvåret.

Av tabell 9.1 framgår att hälften av anmälningarna lämnades in av läkare och hälften av sjukgymnaster. Taxeläkare inom allmänmedicin stod för en fjärdedel av antalet anmälningar från läkare under det första halvåret. Denna andel sjönk betydligt under det andra halvåret. En viktig förklaring kan vara att många allmänläkare ville genomföra ersättningsetableringen innan vårdvalet trädde i kraft, eftersom vårdvalet i praktiken stoppar deras möjlighet att överlåta verksamheten.

Tabell 9.1 Anmälningar om ersättningstablering fördelat på specialitet. April 2009 – mars 2010

Anmälare	Antal		Andel	
Läkare, varav	194		52 %	
<i>Allmän medicin</i>	35		18 %	
<i>Allmän psykiatri</i>	35		18 %	
<i>Invärtens medicin</i>	23		12 %	
<i>Gynekologi/obstetrik</i>	22		11 %	
<i>Allmän kirurgi</i>	14		7 %	
<i>Ortopedi</i>	11		6 %	
<i>Öron, näsa, hals</i>	11		6 %	
<i>Barn- och ungdomsmedicin</i>	9		5 %	
<i>Dermatologi</i>	9		5 %	
<i>Urologi</i>	6		3 %	
<i>Ögonsjukdomar</i>	6		3 %	
<i>Övriga</i>	13		7 %	
Sjukgymnaster	182		48 %	
Totalt	376	194	100 %	100%

Källa: WSP Analys & Strategi (2010b)

Samtliga landsting har tagit emot minst en anmälan vardera om ersättningstablering. Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Region Skåne svarade tillsammans för lite drygt 70 procent av alla anmälningar. Flest anmälningar gjordes i Stockholm.

Orsaker till anmälan

Av intervjuer med läkare och sjukgymnaster som hade lämnat in en anmälan om ersättningstablering under det första halvåret framgår att drygt hälften av anmälarna var 65 år eller äldre. Endast var tjugonde var yngre än 56 år.

Som framgår av tabell 9.2 uppgav tre av fyra att anledningen till anmälan om överlåtelse var att de avsåg att gå i pension. En av nio uppgav bristande hälsa som huvudskäl.

**Tabell 9.2 Anledning till anmälan om överlåtelse.
April 2009 – mars 2010**

	Antal	Andel
Går i pension	112	73 %
Bristande hälsa	18	12 %
Avser att flytta	9	6 %
Byter till annan sysselsättning, samma verksamhetsområde	3	2 %
Byter till annan sysselsättning, annat verksamhetsområde	3	2 %
Annan orsak	8	5 %
Summa	153	100 %

Källa: WSP Analys & Strategi (2010b)

Närmare hälften (44 procent) av de intervjuade hade velat överlåta sin verksamhet tidigare om det hade varit möjligt, vilket kan förklara den stora mängd ansökningar som lämnades in kort efter att möjligheten till ersättningsetablering infördes.

Bedömning av förutsättningarna för ersättningsetablering

När en anmälan kommit in till landstinget görs en bedömning om anmälaren uppfyller förutsättningarna för en ersättningsetablering. I ungefär en tredjedel av anmälningarna, eller 117 fall, beslutade landstingen att inte gå vidare till annonsering. I ytterligare fem fall hade landstingen inte fattat något beslut när undersökningen genomfördes.

Som framgår av tabell 9.3 motiverade landstingen besluten att inte genomföra en annonsering i drygt hälften av fallen med att anmälarens verksamhet inte bedömdes vara aktiv, vilket är ett krav enligt reglerna om ersättningsetablering. Eftersom ett syfte med reglerna om ersättningsetableringar var att tillgodose patientens behov av

kontinuitet i vården ansågs det inte vara nödvändigt att låta icke verksamma läkare och sjukgymnaster omfattas av möjligheten till ersättningstablering.⁷³

En annan vanlig anledning till att landstingen sagt nej till att genomföra en ersättningstablering var att anmälaren hade möjlighet att få ersättning i ett valfrihetssystem. Dessutom nekades flera taxeläkare och sjukgymnaster ersättningstablering för att de inte bedömdes ha relevant specialistkompetens.

Tabell 9.3 Anledning till att landstingen inte gått vidare till annonsering. April 2009 – mars 2010

	Antal	Andel
Ej aktiv/uppfyller ej heltidskravet	68	58 %
Rätt till ersättning enligt vårdvalssystemet	22	19 %
Ingår i vårdavtal	3	3 %
Ej relevant specialistkompetens	13	11 %
Tillbakadragen ansökan	10	9 %
Ej svar	1	1 %
Summa	117	100 %

Källa: WSP Analys & Strategi (2010b)

I intervjuer som har genomförts med handläggare på landstingen har det framkommit att det i fler än hälften av landstingen har förekommit delade meningar mellan anmälaren och landstinget om när en ersättningstablering kan genomföras. Bland annat har meningskiljaktigheter uppkommit i fall där vårdgivaren har haft sin etablering vilande under tiden de har arbetat på vårdavtal. Det har även förekommit olika uppfattningar om möjligheten till ersättningstablering i landsting som har infört eller beslutat om att införa ett vårdvalssystem.

⁷³ Prop. 2008/09:64

Annonsering av anmälningar

Om landstingen har gjort bedömningen att en anmälan uppfyller förutsättningarna för en ersättningsetablering är nästa steg att publicera en ansökningsinbjudan. Totalt hade landstingen publicerat en sådan ansökningsinbjudan i 254 ärenden.

Som framgår av tabell 9.4 är spridningen stor i hur många anbud som har kommit in. I 22 fall inkom inga anbud alls och i ytterligare 40 hade det bara inkommit ett enda anbud. Som mest inkom 24 anbud i en annonsering.

Tabell 9.4 Annonseringar om ersättningsetablering uppdelade efter antal inkomna anbud. April 2009 – mars 2010

Antal anbud per annonsering	Antal annonseringar	Andel annonseringar
0	22	14 %
1	40	25 %
2	30	19 %
3-4	27	17 %
5-9	27	17 %
10-19	9	6 %
20-24	5	3 %
Delsumma	160	100 %
Övrigt svar*	1	
Ej avslutad	61	
Ej svar	32	
Summa	254	

Källa: WSP Analys & Strategi (2010b)

*Fel i förfrågningsunderlaget ledde till att alla inkomna anbud var ogiltiga.

I flertalet fall har konkurrensen om etableringarna varit måttlig och i vissa fall obefintlig. En förklaring kan vara oklarheterna om de långsiktiga spelreglerna för taxeläkarna, vilka kan vara av helt avgörande betydelse för att bedöma etableringens värde.

Uteslutna anbud

I mellan 20 och 25 procent av annonseringarna uteslöts ett eller flera anbud. Vanliga orsaker till uteslutning av anbud var att den sökande redan hade erbjudits annan ersättningsetablering alternativt att anbudet hade kommit in för sent eller var ofullständigt.

Genomförda ersättningsetableringar

Som framgår av tabell 9.5 nedan genomfördes 133 ersättningsetableringar under det första året efter lagändringen, vilket motsvarar 35 procent av alla anmälningar. Ytterligare 61 anmälningar hade gått vidare till annonsering, men tilldelning hade inte skett vid undersökningstillfället. Dessutom saknas uppgifter om 32 anmälningar. Sammantaget kan således omkring hälften av de ansökningar som inkommit ha lett till en ersättningsetablering.

Tabell 9.5 Anmälningar om ersättningsetablering, läget i överlåtelseprocessen. Mars 2010

	Inkomna anmälningar	Annonsering inledd
Beslut att inte genomföra annonsering	117	
Beslut om annonsering ej fattat	5	
Beslut att genomföra annonsering	254	
Ersättningsetablering genomförd		133
Pågående annonsering		61
Ej överlåtelse pga. inga inkomna anbud		22
Ej överlåtelse av annan anledning		6
Ej svar		32
Summa	376	254

Källa: WSP Analys & Strategi (2010b)

Överlåtelsepriser

Priserna på ersättningsetableringar har varierat kraftigt, såväl mellan landstingen som inom respektive landsting. Det lägsta pris som har betalats för en etablering är 21 000 kronor och det högsta 3 miljoner kronor. Merparten av landstingen har angett att genomsnittspriset har legat mellan 200 000 och 400 000 kronor.

9.2.2 Överprövningar av landstingens beslut

I flera fall där det förekommit oenighet gällande möjligheten till överlåtelse av en etablering, har den sökande överklagat landstingens beslut att inte inleda ett förfarande om ersättningsetablering. Konkurrensverket har studerat sju domar som rör sådana ärenden. I samtliga dessa fall hade landstingen beslutat att inte publicera en ansökningsinbjudan med hänvisning till att ett beslut om att inrätta ett valfrihetssystem hade fattats eller skulle fattas inom en snar framtid.

I domarna (varav fyra är kammarrättsdomar) konstateras att landstingen måste publicera en ansökningsinbjudan även om det redan finns eller om beslut att införa ett vårdvalssystem har fattats. Det är först vid bedömning av inkomna anbud som landstingen kan ta hänsyn till om en sökande har eller kan få rätt till offentlig ersättning inom ramen för ett valfrihetssystem. Beslutet att inte publicera en ansökningsinbjudan upphävdes därför i samtliga av dessa mål.

Konkurrensverket har även kontaktat anmälare för att kartlägga vad som har hänt efter att domarna fallit. I två fall hade annonsering skett och ersättningsetablering genomförts. I ett tredje fall hade landstinget genomfört en annonsering, men eftersom ett vårdvalssystem hade trätt i kraft blev det enda anbudet underkänt. I ett fjärde fall hade annonsering inte skett och anmälaren övervägde att kräva skadestånd. I ytterligare ett fall hade domen nyligen kommit och den

sökande hade inte bestämt sig för hur han skulle agera. I två fall har Konkurrensverket inte fått tag på anmälaren.

9.2.3 Vårdgivarnas syn på hanteringen

I intervjuer med vårdgivare som hade inkommit med en anmälan om ersättningstablering, framgår att de flesta (omkring två tredjedelar) ansåg att de blivit korrekt bemötta av landstingets handläggare. Närmare hälften ansåg emellertid att deras anmälan inte hade hanterats korrekt.

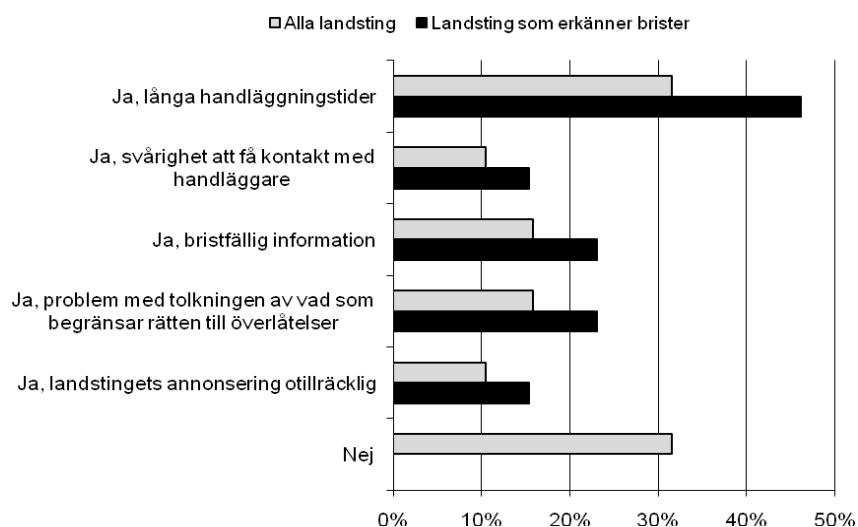
Missnöjet rörde framför allt att processen kändes utdragen, att det var svårt att få kontakt med handläggare och att informationen i vissa fall varit bristfällig. Dessutom uppgav många att det har varit problem med tolkningen av vad som begränsar rätten till överlåtelse. Flera hade fått avslag på sin anmälan men sedan överklagat och fått rätt. Ytterligare några väntade på beslut vid tidpunkten för intervjuerna.

9.2.4 Landstingens syn på hanteringen

Intervjuer med handläggare på landstingen som arbetat med anmälningar om ersättningstableringar bekräftar delvis den bild som gavs av anmälarna. Ungefär två tredjedelar av handläggarna ansåg att det har funnits brister i hanteringen som innebar att de anmälare som sagt sig vara missnöjda hade haft anledning att vara det. Lite drygt hälften av handläggarna ansåg att det hade funnits tydliga rutiner för handläggningen när den första anmälan om ersättningstablering hade kommit in. Nästan lika många ansåg att det saknades rutiner, vilket delvis kan vara en orsak till det missnöje som framkommit angående hanteringen av anmälningarna.

Av bild 9.2 nedan framgår att nästan hälften av de handläggare som framfört att det har funnits brister ansåg att långa handläggningstider hade varit ett problem. Näst vanligast var bristfällig information och problem med tolkningen av vad som begränsar rätten till överlåtelse. Även svårigheter att få kontakt med handläggare och att landstingens annonsering varit otillräcklig angavs som förklaringar till att anmälare har haft skäl att vara missnöjda.

Bild 9.2 Svar från handläggare på landstingen om det funnits anledning till missnöje med hanteringen av anmälningar



Källa: WSP Analys & Strategi (2010a)

Av de handläggare som angett att det har funnits brister ansåg två tredjedelar att bristerna hade rättats till, och ytterligare en fjärdedel ansåg att bristerna delvis hade rättats till.

9.3 Slutsatser och kommentarer

Systemet med den nationella taxan har debatterats under hela den tid den har funnits i sin nuvarande form. Införandet av vårdvalssystem liksom de nya reglerna om ersättningstablering har inneburit att skillnaderna mellan taxesystemet och den övriga vården i vissa avseenden har tydliggjorts.

Gränsdragningen mellan vårdvalssystem och taxesystemet

Konkurrensverkets uppföljning visar att det kan uppstå ett antal gränsdragningsproblem när vårdgivare agerar parallellt inom samma vårdområde men enligt olika regel- och ersättningssystem. Exempelvis känner sig taxeläkarna ibland missgynnade, genom att invånare enbart listas hos vårdvalsmottagningar och att det i vissa landsting tas ut högre patientavgifter för besök hos vårdgivare inom taxesystemet. Samtidigt får vårdgivarna i vårdvalssystemen i flera landsting bära kostnaden för besök hos taxeläkare och sjukgymnaster, trots att de ofta kan erbjuda samma kompetens inom ramen för sina egna verksamheter. Enligt Konkurrensverkets bedömning är det angeläget att lösa dessa gränsdragningsproblem för att vårdvalssystemen och taxesystemet ska kunna fungera tillsammans på ett ändamålsenligt sätt.

Flera landsting har påpekat att de måste hantera vårdgivare som verkar enligt tre olika regelsystem, vilket har upplevts som problematiskt. En ofta återkommande kommentar från landstingen är att de vid utformningen av vårdvalssystemen har varit tvungna att ta hänsyn till taxesystemet och att det ibland har medfört icke-optimala lösningar.

Konkurrensverket kan konstatera att systemet med den nationella taxan skapar spänningar i relationerna mellan olika aktörer i flera avseenden. Att vissa vårdgivare har en annan ersättningsmodell och ett annat kostnadsansvar uppfattas ibland som olämpligt. Såväl

landsting som många vårdgivare i vårdvals-system skulle helst se att alla verkar på lika villkor.

Frågan om de långsiktiga spelreglerna för vårdgivare i taxesy-stemet – och därigenom indirekt konkurrensförhållandena mellan taxeläkare och vårdvalsläkare – behandlades av Utredningen om patientens rätt⁷⁴ och bereds för närvarande i regeringskansliet.

Ersättningsetableringar

Konkurrensverkets uppföljning visar att det tycks finnas en misstro mellan landstingen och vårdgivare med ersättning enligt nationella taxan. Detta påpekas också av Utredningen om patientens rätt, som menar att regelverket kring den nationella taxan har bidragit till att försvåra möjligheterna att skapa tillit mellan de bägge parterna. Av utredningen framgår att representanter för landstingen ibland misstror den verksamhet som bedrivs av taxeläkare, samtidigt som dessa i sin tur misstror landstingens förmåga att bedöma värdet och behovet av deras verksamhet. Denna misstro kan vara en bakomliggande förklaring till det missnöje som har uppmärksamats i intervjuer med läkare som har ansökt om ersättningsetablering.

I intervjuer med handläggare vid landstingen framgår att reglerna om ersättningsetablering av många uppfattas som otydligt formulerade. Såväl landsting, anmälare som köpare har haft kort om tid för att sätta sig in i regelverket, vilket kan ha skapat missförstånd och oklarheter. Flera påpekar även att ambitionerna bakom lagen om ersättningsetablering krockade med införandet av vårdvalsreformen, vilket stoppade många etableringar, och att landstinget har haft en otydlig roll som "obetald mäklare".

⁷⁴ SOU 2009:84

Att så många som hälften av ansökningarna om ersättningsetablering inte har medfört någon överlåtelse av verksamheten beror sannolikt på en kombination av flera faktorer:

- Bristande intresse bland potentiella köpare av en ersättningsetablering. I många fall har inga eller få anbud inkommit efter en annonsering, något som kan förklaras med oklarheter om de långsiktiga spelreglerna för taxesystemet.
- Regelverket har varit svårt att tolka för vårdgivarna vilket kan ha medfört att anmälningar har lämnats in trots att det saknas förutsättning för ersättningsetablering, till exempel av anmälare som inte har varit verksamma enligt den nationella taxan.
- Landstingen kan ha tolkat regelverket på ett felaktigt sätt och nekat att genomföra en annonsering i situationer där detta hade varit möjligt.

Av de 376 anmälningar om ersättningsetableringar som lämnades in till landstingen, under det första året med lagstiftningen, beslutade landstingen att inte gå vidare med 22 anmälningar med hänvisning till att ett vårdvalssystem skulle införas eller redan hade införts. Domstolar har dock slagit fast att landstingen måste publicera en ansökningsinbjudan även om det redan finns ett vårdvalssystem. Om ett vårdvalssystem har införts kan det innebära att samtliga anbud kommer att underkännas med hänvisning till att de sökande kan ha rätt till ersättning i ett valfrihetssystem.

Med hänsyn till att åtminstone ett par av de ansökningar som har nekats annonsering efter domstolsprocess har resulterat i att en ersättningsetablering har genomförts, finns det dock anledning att anta att landstingens agerande kan ha hindrat ersättningsetableringar i vissa fall.

Eftersom en stor andel (73 procent) av de tillfrågade läkarna och sjukgymnasterna som ansökte om ersättningsetablering under det första halvåret gjorde det av ålderskäl, är det rimligt att anta att dessa hade gått i pension eller avvecklat sina verksamheter inom några år om reglerna om ersättningsetablering inte hade införts. Detta hade således inneburit att omkring tre fjärdedelar av de 133 verksamheter som nu har överlåtits i stället hade lagts ner. En slutsats kan därför vara att de nya reglerna om ersättningsetablering har inneburit att omkring 100 vårdgivare, som annars inte hade kunnat bedriva verksamhet enligt taxsystemet, nu har möjlighet att göra detta.

Källor

- Ahgren, B. (2010). Competition and integration in Swedish health care. *Health Policy* , 96(2):91-97.
- 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.
- Berggren, A.-M., Sandberg, C., & Bogestam, N. (2009). *Vårdval Stockholm 2008. Vårdvalsrapport januari-december 2008*. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting.
- Blomqvist, P. (2007). *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. (P. Blomqvist, Red.) SNS förlag.
- Calltorp, J., Gudbjörnsdottir, S., Henriksson, A., & Lindman, A. (2008). *Hur kan valfrihet, mångfald och konkurrens bidra till hälso- och sjukvårdens kvalitet?*
- Health Consumer Powerhouse. (2009). *Hälsovals-index Malmö 2009. En inledande analys av Hälsoval Skåne*.
- Konkurrensverket. (2010). *Uppföljning av vårdval i primärvården. Landstingens vårdvalssystem och erfarenheter. Delrapport 2. Konkurrensverkets rapportserie 2010:2*.
- Konkurrensverket. (2009a). *Uppföljning av vårdval i primärvården. Förutsättningar och hinder. Delrapport 1. Konkurrensverkets rapportserie 2009:5*.
- Konkurrensverket. (2009b). *Åtgärder för bättre konkurrens - Förslag. Konkurrensverkets rapportserie 2009:4*.
- Konsumentverket. (2009). *Kundrörlighet - exempel på hinder för konsumenter inom några viktiga marknader*. 2009:5.

Lundvall, K. (2010). *Vilken utformning av vårdvalssystem ger mest nyetablering? – erfarenheter från valfrihetsreformen inom primärvård*. Konkurrensverkets uppdragsforskningsrapport 2010:4.

Madell, T. (2010). *Finns det behov av att utvidga talerätten, stärka tillsynen samt införa sanktionsmöjligheter i LOV?* Konkurrensverkets uppdragsforskningsrapport 2010:2.

Markör Marknad och Kommunikation AB. (2010a). *Slutrapport: Djupintervjuer om LOV - valfrihetssystem inom primärvården*. Rapport på uppdrag av Konkurrensverket.

Markör Marknad och Kommunikation AB. (2010b). *Företagens förväntningar inför och erfarenheter av vårdvalssystemens införande. Rapport 2 - Erfarenheter*. Rapport på uppdrag av Konkurrensverket.

Markör Marknad och Kommunikation AB. (2010c). *Djupintervjuer om LOV - Valfrihetssystem inom primärvården*. Rapport på uppdrag av Konkurrensverket.

Markör Marknad och Kommunikation AB. (2009). *Företagens förväntningar inför vårdvalssystemets införande*. Rapport på uppdrag av Konkurrensverket.

Nordgren, L., & Åhgren, B. (2010). *Val av primärvård - resultat från en brukarundersökning baserad på invånarpaneler*. Konkurrensverkets uppdragsforskningsrapport 2010:3.

Norlander, N. B. (den 22 februari 2006). *En ödesdiger reform*. *Läkartidningen*. Tillgänglig: www.lakartidningen.se [2010-09-14].

Pernow, B., Blanck, T., Lindsten, J., & Luft, R. (1990). *Karolinska sjukhuset 1940-1990 en minnesbok*. (B. Pernow, Red.)

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

Prop. 2008/09:64. *Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare, m.m.*

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

Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor. (2010). *Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna.*

Socialdepartementet. (2007). *Åldersgräns för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster. Promemoria.*

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

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

SOU 1994:115. *Sjukvårdsreformer i andra länder.*

Statskontoret. (2010). *En ny upphandlingsmyndighet. 2010:23.*

Statskontoret. (2007). *Vård, skola och omsorg. Vilken information behöver brukarna för att välja? 2007:19.*

Swartling, P. G. (den 14 juni 2006). Den svenska allmänmedicinens historia. *Läkartidningen*. Tillgänglig: www.lakartidningen.se [2006-06-14].

Sveriges Kommuner och Landsting. (2010a). *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2009.*

Sveriges Kommuner och Landsting. (2010b). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2009. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner.*

Sveriges Kommuner och Landsting. (2010c). *Valfrihet på webben. Utvärdering av information om valfrihetssystem på kommuner och landstings hemsidor.*

Sveriges Kommuner och Landsting. (2010d). *Hälsofrämjande och förebyggande vårdval 2009.*

Sveriges Kommuner och Landsting. (2009a). *Målrelaterad ersättning i primärvården - Kartläggning av mål/indikatorer och former för ersättningen hösten 2009.*

Sveriges Kommuner och Landsting. (2009b). *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2008.*

Sveriges Kommuner och Landsting. (2008). *Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård. En översikt av tillämpning, erfarenheter och utvecklingslinjer.*

Sveriges Kommuner och Landsting. (2006). *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2005.*

Sveriges Kommuner och Landsting. (2004). *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2003.*

Sveriges läkarförbund. (2009). *Vårdval i primärvården - hur bör det utformas?*

WSP Analys och Strategi. (2010a). *Ersättningsetableringar. Landstingshandläggarnas syn på processen. Rapport på uppdrag av Konkurrensverket.*

WSP Analys och Strategi. (2010b). *Ersättningsetableringar. Rapport på uppdrag av Konkurrensverket.*

Vårdföretagarna. (2010a). *Vårdutbudet och vårdvalet.*

Vårdföretagarna. (2010b). *Vägval för Vårdval - så gjorde man i sju landsting och regioner.*