



Val av vårdcentral

**Förutsättningar för kvalitets-
konkurrens i vårdvalssystemen**

Rapport 2012:2



KONKURRENSVERKET

Swedish Competition Authority

Val av vårdcentral

Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen

Konkurrensverkets rapportserie 2012:2

Konkurrensverket februari 2012

Utredare: Stefan Jönsson (projektledare), Elice Rödin och
Anna Hagersten

ISSN-nr 1401-8438

E-print AB, Stockholm 2012

Foto: Istock

Förord

Sedan år 2010 ska landstingen ha infört vårdvalssystem. Det innebär att invånarna ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården och få tillgång till en fast läkarkontakt. Syftet med reformen var bland annat att åstadkomma en kvalitetskonkurrens där privata och offentliga vårdgivare stimuleras att erbjuda invånarna vård av hög kvalitet och ett gott bemötande.

I rapporten analyseras om invånarna har förutsättningar att göra sådana aktiva val som krävs för att det ska uppstå kvalitetskonkurrens. Vi analyserar också effekten av olika inträdeshinder för nya aktörer i vårdvalssystemen. Mot bakgrund av att det förekommit kritik mot att landstingen ger sina egna vårdcentraler förmånligare villkor än privata leverantörer analyserar vi också hur landstingen hanterar sina egenregiverksamheter.

Stockholm i februari 2012

Dan Sjöblom
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	7
Summary	10
1 Vårt uppdrag	13
1.1 Centrala begrepp i rapporten.....	14
1.2 Metod	16
2 Vårdvalsreformen	18
2.1 Vårdvalsreformen beslutades våren 2009	18
2.2 Valfrihetssystem enligt LOV	21
2.3 Vårdvalet i ett historiskt perspektiv	22
3 Valfrihet för invånare	24
3.1 Kvalitetskonkurrens förutsätter att invånarna gör aktiva val.....	24
3.2 Nästan alla känner till möjligheten att välja vårdcentral.....	25
3.3 Två av tre anser att de har fått tillräckligt med information om alternativen	27
3.4 De flesta har två vårdcentraler inom ett rimligt avstånd	29
3.5 De flesta anser att de har gjort ett aktivt val av vårdcentral.....	32
4 Antalet vårdcentraler ökar	38
4.1 190 fler vårdcentraler	38
4.2 Förutsättningarna för etableringar är olika i olika delar av landet.....	44
4.3 De flesta nya vårdcentraler har etablerats i tätorter	46
4.4 Tillgängligheten kan förbättras med filialer	51

5	Mångfald	53
5.1	Nischning och tilläggstjänster.....	53
5.2	Vårdcentralernas storlek varierar.....	54
5.3	Vårdcentraler drivs av 247 olika vårdgivare	55
6	Erfarenheter av vårdvalssystem	58
6.1	Få förändringar i vårdvalssystemens utformning	58
6.2	Landstingens erfarenheter.....	66
7	Inträdeshinder	70
7.1	Privata vårdcentraler som etablerats efter införandet av vårdval har färre listade patienter	71
7.2	Listningen vid införandet av vårdvalssystemen har stor betydelse	72
7.3	Leverantörernas erfarenheter	74
7.4	Förväntningar om nyetableringar	77
8	Konkurrensneutralitet	79
8.1	Privata vårdgivare misstror vårdvalssystemen	79
8.2	Granskning av landstingens redovisning av egenregiverksamheter i vårdvalssystemen.....	80
9	Slutsatser och förslag	84
9.1	Valfrihet för invånare och patienter.....	84
9.2	Utbudet av vårdcentraler har ökat.....	88
9.3	Mångfald.....	88
9.4	Erfarenheter av vårdvalssystem.....	89
9.5	Inträdeshinder.....	90
9.6	Konkurrensneutralitet.....	90
9.7	Vad händer i framtiden?.....	92
9.8	Förslag.....	94
10	Referenser	99

Bilaga 1	Delredovisning – uppdrag att följa upp vårdvalssystem i primärvården.....	101
Bilaga 2	Antal vårdcentraler i jämförelse med tidigare resultat	114

Sammanfattning

Konkurrensverket har fått i uppdrag av regeringen att analysera mångfalden av vårdgivare inom primärvården och analysera förutsättningarna för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen.

För att ett valfrihetssystem ska leda till konkurrens måste brukarna känna till att de har möjlighet att välja utförare. De måste ha möjlighet att välja mellan minst två alternativ och de måste ha tillräcklig information om alternativen. Vi kan nu konstatera att dessa förutsättningar är uppfyllda i stora delar av Sverige.

- Möjligheten att välja vårdcentral är väl känd av invånarna i samtliga landsting. Andelen varierar mellan 81 och 99 procent och är i genomsnitt 92 procent.
- De flesta har minst två vårdcentraler inom rimligt avstånd. För 79 procent av invånarna tar det mindre än fem minuter längre tid att åka till en annan vårdcentral än den närmaste.
- Två av tre anser att de har haft tillräcklig information för att kunna göra ett aktivt val av vårdcentral. I genomsnitt anser 64 procent av de tillfrågade att de haft tillräcklig information.

Ett tecken på att vårdvalet har lett till kvalitetskonkurrens är att den patientupplevda kvaliteten är högre ju fler nyetableringar av vårdcentraler som skett inom ett område. Även om nyetableringarna i huvudsak är privata tenderar även bedömningen av de offentliga vårdcentralerna att bli bättre.

Sedan vårdvalssystemen infördes har antalet vårdcentraler ökat med 19 procent eller med 190 vårdcentraler. 258 privata vårdcentraler har tillkommit medan 60 har lagts ner. Samtidigt har nio landstingsdrivna vårdcentraler tillkommit medan 17 har lagts ner.

Offentliga vårdcentraler har i genomsnitt omkring 8 800 listade patienter. Så gott som alla offentliga vårdcentraler fanns etablerade redan när vårdvalet infördes. De privata vårdcentraler som fanns etablerade när vårdvalet infördes är nästan lika stora, med genomsnitt 7 850 listade patienter. Privata vårdcentraler som etablerats efter att vårdvals-systemen införts har däremot bara drygt hälften så många listade patienter, omkring 4 600.

Ju lättare det är för en ny vårdcentral att få ett tillräckligt antal listade patienter, desto fler vårdcentraler etableras. Framför allt har principerna för listningen av invånare vid införandet av vårdvals-systemet haft betydelse för hur många vårdcentraler som etablerats.

Landstingens verksamheter i egen regi går med underskott i mer än hälften av landstingen. I några landsting går i stort sett alla vårdcentraler i egen regi med underskott. Detta kan vara en indikation på att ersättningen är för låg eller att verksamheten bedrivs på ett ineffektivt sätt.

I andra landsting orsakas underskotten främst av att egenregin förväntas driva vissa vårdcentraler, exempelvis i glesbygdsområden, trots att ersättningen inte motsvarar kostnaderna. I sådana fall handlar det snarare om att landstingen inte utformat styrningen av sina verksamheter efter de förutsättningar som ges av lagen om valfrihetssystem.

Samtliga landsting instämmer i att villkoren i vårdvalssystemen bör vara likvärdiga för privata och offentliga vårdgivare. Landstingen säger sig också arbeta för att åstadkomma en likvärdig behandling.

I rapporten lämnas ett antal förslag om hur förutsättningarna för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen kan förbättras:

- Landstingen bör fortsätta att följa upp och utveckla vårdvalssystemen.
- Landstingen bör tillämpa likvärdiga villkor för egenregi respektive privata leverantörer och förtydliga eventuella skillnader i uppdragen. Landstingen bör tydligt redovisa egenregins resultat för varje vårdcentral.
- Statistik bör samlas in för uppföljning och forskning om valfrihetssystem.
- Landstingen bör utveckla informationen om vårdvalet och om vårdcentraler.
- Alla villkor i valfrihetssystem bör finnas samlade och vara allmänt tillgängliga.

Summary

The Swedish Competition Authority has been assigned by the Government to analyze the development of diversity within primary healthcare and to analyze the preconditions for competition on quality within the system of choice in the health care sector.

One precondition for competition on quality is that the patients know that they have an opportunity to choose a healthcare center. A second precondition is that the patients have at least two healthcare centers to choose from and a third precondition is that they have sufficient information about the healthcare centers. In large parts of Sweden these preconditions are fulfilled.

- The opportunity to choose a healthcare center is well known by the residents in all county councils (between 81 and 99 percent are aware of the possibility to choose).
- There are good preconditions for being able to choose from at least two healthcare centers. 79 percent of the residents have less than a five minutes longer car journey to another healthcare center than the nearest one.
- Two out of three of those asked considered that they had sufficient information to make an active choice of a healthcare center. In average, 64 percent of the residents consider that they have had sufficient information.

The more healthcare centers available in an area, the more satisfied are the patients. Even if the new established healthcare centers tend to be run by private companies, the overall judgment of healthcare centers run by county councils are also improving.

The number of healthcare centers has increased by 19 percent (or by 190 healthcare centers) since the introduction of the systems of choice in the Swedish county councils. 258 private healthcare centers have emerged during the period while 60 have closed down. In the meanwhile nine healthcare centers run by county councils have emerged and 17 have closed down.

Public healthcare centers have in average 8.800 patients registered. Almost all of these public healthcare centers were established before the introduction of system of choice in the healthcare sector. Private healthcare centers established before the system of choice are almost as large, with an average of 7.850 registered patients. Private healthcare centers established after the introduction of system of choice have considerably fewer patients registered, 4.600 on average.

The easier it is for new healthcare centers to get an adequate number of registered patients, the greater the number of healthcare centers. The way in which residents were registered at the time that system of choice was introduced was of significant importance to the number of healthcare centers.

Public healthcare centers show negative results in more than half of the county councils. In some county councils almost all healthcare centers show losses, which indicates that the compensation is too low or that the healthcare centers are run inefficiently.

Some healthcare centers in lesser populated areas show negative results due to a too low compensation compared to the costs involved. In these cases the problem is that the county councils have not changed their management systems according to the new conditions given by the Act on systems of choice. All county councils agree that the conditions in the system of choice must be equal for private and public healthcare centers. All county councils also claim that they work for developing system of choice where public and private suppliers act under competition-neutral conditions

In the report, several propositions are given to point out how the preconditions for competition on quality can be enhanced:

- The county councils should continue to follow up and develop the system of choice in the health care sector.
- The county councils should treat public and private healthcare centers in an equal way and explain the differences in their assignments.
- Statistics on system of choice need to be collected for research.
- The county councils' information on the system of choice and on the healthcare centers need to be developed.
- Terms and conditions on system of choice should be easily accessible for the public.

1 Vårt uppdrag

Vi har fått i uppdrag av regeringen att följa landstingens arbete med vårdvalssystem ur konkurrenssynpunkt. Uppföljningen handlar framför allt om huruvida det finns förutsättningar för kvalitetskonkurrens mellan vårdcentralerna.

Våren 2011 fick Konkurrensverket i uppdrag av regeringen att följa landstingens arbete med vårdvalssystemen och att "analysera utvecklingen beträffande mångfalden av samt analysera förutsättningarna för kvalitetskonkurrens mellan vårdgivare inom primärvården".¹ Två frågor pekas särskilt ut: hur har nyetableringen av vårdcentraler förändrats och hur har landstingen justerat uppdragen för att stimulera nya typer av tjänster eller för att underlätta för exempelvis små- och medelstora företag?

Uppdraget är en uppföljning av ett tidigare regeringsuppdrag där vi under närmare ett och ett halvt år följde landstingens arbete med att förbereda och genomföra införandet av vårdvalssystem. Resultaten redovisades i tre rapporter under 2009 och 2010.²

Vi har valt att belysa ett antal faktorer som vi anser måste föreligga för att det ska uppstå kvalitetskonkurrens och för att denna ska leda till en mångfald av aktörer. För att konkurrens ska uppstå i ett vårdvalssystem måste invånarna först och främst känna till att de har möjlighet att välja utförare. De måste dessutom ha möjlighet att välja mellan minst två alternativ och de måste ha tillräcklig information om alternativen. För att vårdvalssystemen ska leda till en mångfald av utförare måste det vara möjligt för nya aktörer att träda in på

¹ Regeringsbeslut (2011) sid 1

² KKV (2010a), KKV (2010b) & KKV (2009)

marknaden. I rapporten tar vi därför upp bland annat följande frågor:

- Vet invånare och patienter att de har möjlighet att välja vårdcentral, har de minst två alternativ att välja mellan och har de tillräcklig information om alternativen?
- Hur många vårdcentraler har uppstått sedan vårdvalet infördes och var har de etablerats?
- Är alla vårdcentraler likadana eller kan man urskilja skillnader, exempelvis nischning?
- Vilka förändringar av vårdvalssystemen har skett och varför har de genomförts?
- Vilka faktorer utgör inträdeshinder för nya aktörer i vårdvalssystemen?
- Har landstingens egenregiverksamheter och privata vårdgivare likvärdiga villkor i vårdvalssystemen?

1.1 Centrala begrepp i rapporten

Varje landsting har organiserat hälso- och sjukvården på sitt eget sätt. Även om likheterna är stora finns det vissa skillnader, och ibland används olika begrepp för liknande företeelser. I den här rapporten använder vi följande begrepp med följande definitioner:

Vårdvalssystem: Med vårdvalssystem (och vårdval) avses, om inte annat framgår av texten, ett valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) som innefattar vårdcentraler. Med vårdvalssystem avses även de vårdvalssystem som infördes i Halland år 2007 och i Stockholm och Västmanland år 2008.

Vårdcentral: Med vårdcentral avses en vårdmottagning med allmänläkare som ingår i ett vårdvalssystem för primärvården. Med vårdcentral avses således även husläkarmottagningar, familjeläkarmottagningar, hälsocentraler och liknande. Läkarmottagningar som inte är valbara i ett vårdvalssystem, till exempel taxeläkare³, räknas inte som vårdcentraler.

Filial: En filial är en underavdelning till en vårdcentral som bedrivs på en annan fast adress. Filialen är knuten till huvudmottagningen och har inga listade patienter, utan patienter är enbart listade hos huvudmottagningen. I de flesta fall är en filial en mottagning med ett begränsat utbud av tjänster. Filialerna ingår i sammanställningen av vårdcentraler i denna rapport.

Landsting: Med landsting avses även regionerna Gotland, Halland, Skåne och Västra Götaland samt Tiohundraämnden i Norrtälje kommun. Tiohundraämnden i Norrtälje kommun har ansvar för primärvården i Norrtälje kommun och har infört ett eget vårdvalssystem.

Invånare och patienter: Ersättningen till vårdcentralerna i samtliga vårdvalssystem baseras i varierande utsträckning på antal listade invånare. Att en invånare är listad på en vårdcentral har därför betydelse även om han eller hon inte har någon kontakt med vårdcentralen i något vårdärende. Invånare och patienter används därför som synonyma begrepp.

³ Med taxeläkare avses läkare som verkar med ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning ("nationella taxan")

1.2 Metod

Under arbetet med rapporten har vi genomfört intervjuer med beställare i samtliga landsting om deras erfarenheter av arbetet med vårdvalssystemen och om vilka förändringar som genomförts. Vi har även lagt ut uppdrag på externa leverantörer:

- CMA Research AB har genomfört en webbenkät till drygt 2 000 invånare med frågor om de gjort ett aktivt val av vårdcentral och om de anser att de haft tillräcklig information för att kunna göra ett aktivt val.
- Sanocore AB, som driver hemsidan Omvård.se, har gjort en omfattande sammanställning av information om vårdcentraler i Sverige.
- Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser (Tillväxtanalys) har gjort analyser av tillgängligheten till vårdcentraler i olika delar av landet.
- Karl Lundvall vid Copenhagen Economics har skrivit en uppdragsforskningsrapport om inträdeshinder i valfrihetssystem.
- Grufman Reje Management AB har analyserat hur förädlingsvärdet förändrats för företag inom branschen *Primärvårdsmottagningar med läkare (SNI 86211)*.⁴

Vidare har vi genomfört en granskning av hur landstingen hanterar sina egenregiverksamheter i valfrihetssystemen för att klarlägga om egenregin och privata vårdgivare arbetar under likvärdiga villkor.

⁴ Grufman Reje Management AB (2011)

Vi har också bjudit in företag som driver vårdcentraler i vårdvalssystem att lämna synpunkter på hur systemen fungerar och vilka problem som finns. Det har även varit möjligt för andra intresserade att lämna synpunkter genom en öppen inbjudan på vår hemsida och i Konkurrensverkets elektroniska nyhetsbrev i juni 2011.

Valfrihetssystem inom den specialiserade öppenvården

I regeringsuppdraget ingick också att kartlägga landstingens användning av valfrihetssystem inom den specialiserade öppenvården. Denna del av uppdraget redovisades genom en promemoria som överlämnades till Socialdepartementet i maj 2011.⁵

⁵ Se bilaga 1

2 Vårdvalsreformen

Införandet av vårdvalssystem i primärvården innebär en genomgripande förändring både för invånarnas möjligheter att välja och byta vårdcentral och för privata företags möjligheter att etablera vårdcentraler med offentlig finansiering.

2.1 Vårdvalsreformen beslutades våren 2009

Riksdagen beslutade våren 2009 att landstingen ska införa vårdvalssystem senast den 1 januari 2010. Trots den korta förberedelse tiden har samtliga landsting infört vårdvalssystem.

Sedan den 1 januari 2010 ska landstingen ha infört vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Syftet med reformen var att öka patienternas valfrihet och att underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig finansiering.⁶

Flera landsting hade infört vårdvalssystem redan några år tidigare. Halland var först med Vårdval Halland som infördes redan 2007. År 2008 kom vårdvalssystemen i Stockholm och Västmanland. Framför allt kom Halland att tjäna som förebild för många av de system som sedan infördes i övriga landsting.

En viktig del i vårdvalsreformen är att varje landsting utformar sitt eget vårdvalssystem. Vårdvalssystemen måste naturligtvis uppfylla de krav som ställs i olika lagar, inte minst hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), men landstingen har ett stort utrymme att utforma systemen på sitt eget sätt.

⁶ Prop. 2008/09:29 sid 1

Regeringen lade propositionen om obligatoriskt vårdval i december 2008 och riksdagen fattade beslut i februari 2009. Landstingen hade då mindre än ett år på sig för att utveckla de nya systemen innan de skulle vara beslutade och införda den 1 januari 2010.

Trots den korta förberedelsestiden hade alla landsting utom Gotland och Tiohundra-nämnden i Norrtälje annonserat sina vårdvalssystem den 1 januari 2010.⁷ I fyra landsting dröjde det dock en bit in på 2010 innan vårdvalssystemen startade i praktiken. Sist ut var Tiohundra-nämnden i Norrtälje som införde vårdvalssystem i november 2010.

Eftersom vårdvalssystemen infördes vid olika datum i landstingen gör vi i flera fall jämförelser av situationen före införandet av vårdval med situationen hösten 2010 respektive hösten 2011. Situationen före införandet avser alltså olika tidpunkter i de olika landstingen. Se tabell 1.

⁷ Att annonsera ett förfrågningsunderlag på Valfrihetswebben är en förutsättning för att lagen om valfrihetssystem ska tillämpas

Tabell 1 Landstingens införande av vårdvalssystem
i primärvården 2007–2011

Landsting	Datum då vårdvalet började gälla
Halland	2007-01-01
Västmanland	2008-01-01
Stockholm	2008-01-01
Uppsala	2009-01-01
Kronoberg	2009-03-01
Skåne	2009-05-01
Östergötland	2009-09-01
Västra Götaland	2009-10-01
Sörmland	2010-01-01
Gävleborg	2010-01-01
Blekinge	2010-01-01
Dalarna	2010-01-01
Kalmar	2010-01-01
Norrbottn	2010-01-01
Västernorrland	2010-01-01
Jämtland	2010-01-01
Örebro	2010-01-01
Västerbotten	2010-01-01
Gotland	2010-03-23
Värmland	2010-05-03
Jönköping	2010-06-01
Tiohundraämnden	2010-11-01

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

2.2 Valfrihetssystem enligt LOV

I ett vårdvals-system enligt LOV bestämmer landstinget vilka krav eller villkor som ska gälla. Alla leverantörer som uppfyller kraven ska godkännas och den enskilde brukaren får välja vilken av dessa leverantörer som ska vara utförare.

Landstingens vårdvals-system ska vara inrättade enligt LOV. Ett valfrihetssystem enligt LOV innebär att den enskilde brukaren har rätt att välja mellan de leverantörer som är godkända av och har tecknat kontrakt med den upphandlande myndigheten (det vill säga i det här fallet landstinget). Brukaren har också rätt att byta leverantör om man så önskar.

En viktig skillnad i förhållande till offentliga upphandlingar är att det inte sker någon rangordning av leverantörerna. Istället för att ge uppdraget till den leverantör som erbjudit lägsta pris eller det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet låter man brukaren välja utförare. För den brukare som inte vill eller kan välja ska den upphandlande myndigheten tillhandahålla ett icke-valsalternativ. Leverantörerna är inte garanterade någon ersättning utan får bara betalt för de tjänster de utför åt brukare som valt dem eller tilldelats dem enligt icke-valsalternativet.

Ett valfrihetssystem enligt LOV inrättas genom att den upphandlande myndigheten anger vilka krav och villkor som ska gälla i ett förfrågningsunderlag. Bland annat måste det framgå vilka tjänster som omfattas och hur ersättningen ska beräknas. Valfrihetssystemet ska annonseras på en särskild webbplats, *Valfrihetswebben*. Alla leverantörer som ansöker om godkännande och som uppfyller kraven ska godkännas och ges rätt till ersättning för de tjänster som levereras inom valfrihetssystemet.

Leverantörer kan lämna in ansökan om godkännande när som helst. Det får inte finnas någon begränsning av hur många leverantörer som kan bli godkända.

Enligt LOV måste den upphandlande myndigheten behandla alla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt. Den måste också ta hänsyn till de upphandlingsrättsliga principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet.

2.3 Vårdvalet i ett historiskt perspektiv

Före år 1970 sköttes en stor del av öppenvården i privat regi av sjukhusläkare. De reformer som genomförts de senaste åren kan därför delvis ses som en återgång till tidigare förhållanden. Primärvårdens utformning är dock i hög grad präglad av åren i offentlig regi och skiljer sig i många avseenden från hur primärvården är organiserad i andra länder.

Fram till början av 1970-talet bedrevs en stor del av öppenvården i privat regi. Offentligt anställda provinsial- och lasarettsläkare bedrev ofta en privat praktik vid sidan om sin anställning. Lasarettsläkare kunde dessutom hyra sängplatser och personal vid sjukhuset de arbetade vid för slutenvård av egna patienter från den privata kliniken.

År 1970 genomfördes den så kallade sjukronorsreformen som dels innebar att patienterna skulle betala en fast patientavgift, dels att läkarnas möjlighet att bedriva privata mottagningar avskaffades.⁸ På några få år gick Sverige från ett system som vilade tungt på läkare

⁸ KKV (2010a) sid 25

vid sjukhusen till ett offentligt system med ambitioner att bygga vårdcentraler utanför sjukhusen.⁹

De reformer som genomförts de senaste åren, med en ökad andel privata vårdgivare, kan i vissa avseenden ses som en återgång till hur den öppna vården fungerade före år 1970. Detta gäller särskilt om vi även tar hänsyn till apoteksomregleringen. Utvecklingen har inneburit att "den första linjens vård" fått ägarförhållanden som mer liknar de som finns i andra OECD-länder. Primärvården har dock i hög grad påverkats av tiden i offentlig regi, och landstingen efterfrågar i hög utsträckning samma typ av primärvård med brett verksamhetsansvar som tidigare. I de flesta andra OECD-länder tillhandahålls primärvården av privata mottagningar som ofta är mindre och fokuserade på allmänläkarnas tjänster.¹⁰

År 1994 infördes en ny husläkarlag. Samtidigt gavs privata läkare och sjukgymnaster rätt att etablera sig enligt den nationella taxan. Husläkarlagen innebar att landstingen var skyldiga att erbjuda privata husläkarmottagningar samma villkor som för verksamheter i egen regi när det gäller ersättning och listning med mera. Utöver vissa minimikrav var det landstingen som bestämde regelverket och ersättningsprinciperna. Landstingen gavs således en övergripande kostnadskontroll, vilket stod i skarp kontrast till villkoren för privata läkare och sjukgymnaster som verkade enligt den nationella taxan.

Efter valet 1994 avskaffades etableringsfriheten för läkare och sjukgymnaster den 1 januari 1995, och ett år senare även husläkarlagen. Några av de landsting som infört husläkarlagen valde att frivilligt fortsätta att arbeta enligt dessa principer.¹¹

⁹ Anell (2011) sid 208

¹⁰ Anell & Paulsson (2010) sid 178

¹¹ Anell (2011) sid 194

3 Valfrihet för invånare

Det finns goda förutsättningar för kvalitetskonkurrens mellan vårdcentralerna i vårdsvalssystemen. Nio av tio invånare vet att det finns möjlighet att välja vilken vårdcentral man vill lista sig vid. Fyra av fem kan välja mellan minst två vårdcentraler inom ett rimligt avstånd och två av tre invånare anser att de har tillräcklig information för att kunna göra ett aktivt val.

3.1 Kvalitetskonkurrens förutsätter att invånarna gör aktiva val

Med kvalitetskonkurrens menas den konkurrenssituation som föreligger när priserna är opåverkbara.¹² Kvalitetskonkurrensen kan handla om alla faktorer som är observerbara för den enskilde patienten, till exempel bemötande, tillgänglighet, kompetens eller "det lilla extra".

En förutsättning för att det ska uppstå kvalitetskonkurrens är att invånarna känner till att de kan välja vårdcentral, att de kan välja mellan minst två vårdcentraler inom ett avstånd som de uppfattar som rimligt och att de har tillräcklig information om de olika alternativen.

¹² Svensson & Edebalk (2006)

3.2 Nästan alla känner till möjligheten att välja vårdcentral

I fler än hälften av landstingen vet minst 95 procent av invånarna att de kan välja vårdcentral.

En förutsättning för att ett vårdvalssystem ska leda till önskade effekter är att invånarna känner till att de har möjlighet att välja och att de har tillräcklig information om alternativen.

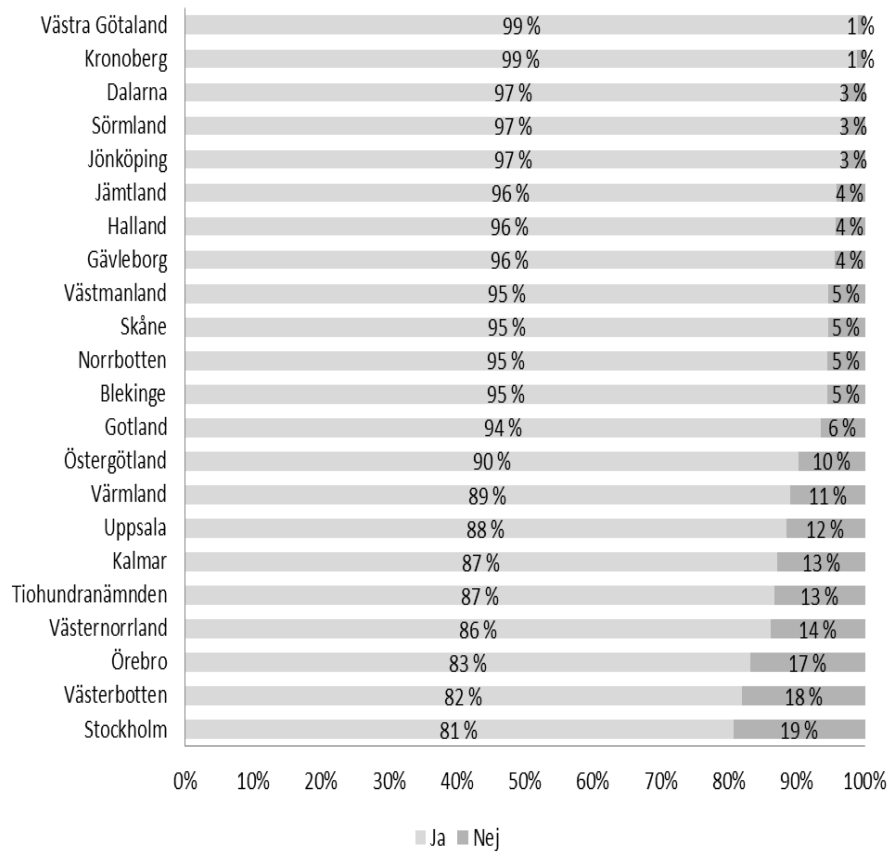
Fler än nio av tio av de tillfrågade vet att de kan välja vilken vårdcentral de vill gå till eller vara listad vid. Andelen är högst i Västra Götaland och Kronoberg där 99 procent av invånarna vet att de kan välja vårdcentral. I åtta av landstingen är andelen högre än 95 procent.¹³

Andelen är lägst i Stockholm, Västerbotten och Örebro, men även i dessa landsting känner ungefär fyra av fem invånare till att de kan välja vilken vårdcentral de vill gå till eller vara listad vid.

Ungefär nio av tio av de tillfrågade vet vilken vårdcentral de är listade vid medan tre av hundra anger att de inte är listade vid någon vårdcentral. Endast fyra av hundra vet inte vilken vårdcentral de är listade vid. Se diagram 1.

¹³ Resultaten i detta kapitel baseras på en webbenkät som skickades ut hösten 2011. 2 029 respondenter deltog i undersökningen. Undersökningen avsåg att representera invånarna i alla landsting mellan 18 och 75 år.

Diagram 1 Visste du att du kan välja vilken vårdcentral du vill gå till/vara listad vid?¹⁴



¹⁴ Källa: CMA Research. Bearbetning Konkurrensverket. Antal respondenter: 2 029

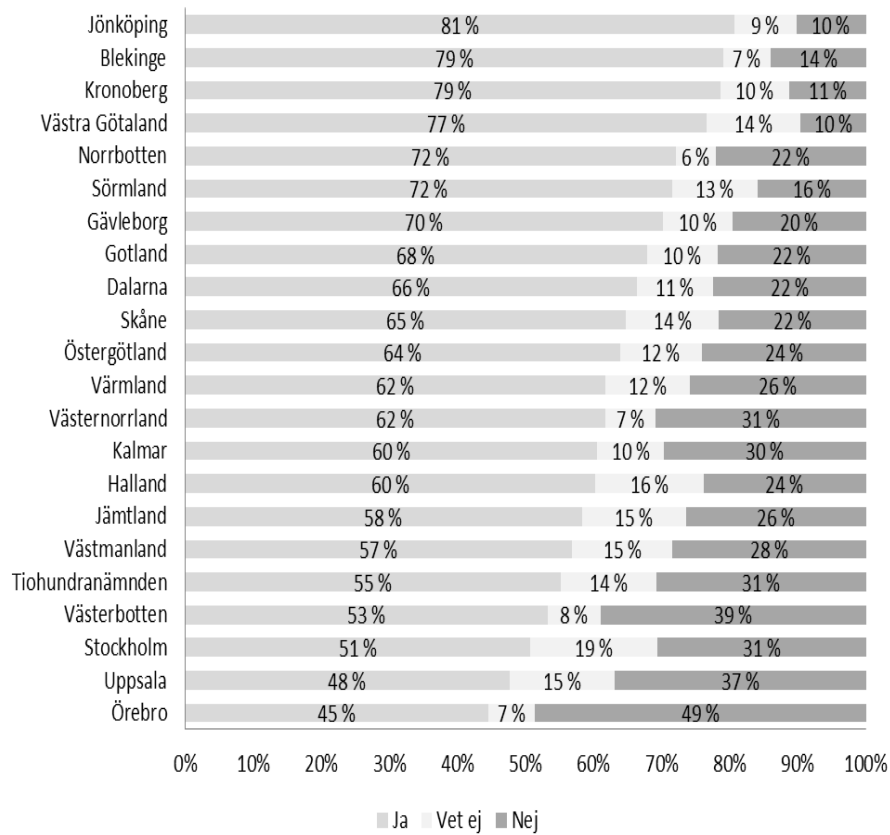
3.3 Två av tre anser att de har fått tillräckligt med information om alternativen

Två av tre tillfrågade anser att de har fått tillräckligt med information för att kunna göra ett aktivt val av vårdcentral.

Information är en nödvändig beståndsdel i begreppet kvalitetskonkurrens. Knappt två av tre (64 procent) av de tillfrågade anser att de har haft tillräckligt med information för att kunna göra ett aktivt val av vårdcentral. Andelen är högst i Blekinge, Jönköping, Kronoberg och Västra Götaland där mer än 75 procent av invånarna svarar att de haft tillräcklig information. Detta pekar på att det finns goda förutsättningar för kvalitetskonkurrens i dessa landsting.

Andelen invånare som anser att de haft tillräcklig information för att göra ett aktivt val är lägst i Örebro, Uppsala och Stockholm. I Örebro anser nästan hälften av invånarna att de inte har haft tillräckligt med information. Se diagram 2.

Diagram 2 Anser du att du haft tillräckligt med information för att kunna göra ett aktivt val?¹⁵



¹⁵ Källa: CMA Research. Bearbetning Konkurrensverket. Antal respondenter: 1 863

3.4 De flesta har två vårdcentraler inom ett rimligt avstånd

79 procent av invånarna har mindre än fem minuter längre resa med bil till den näst närmaste vårdcentralen än till den närmaste.

En förutsättning för att ett val ska vara möjligt är att det finns mer än ett alternativ att välja mellan. När det gäller valet av vårdcentral bör det finnas minst två vårdcentraler inom ett rimligt avstånd för att vårdvalet ska leda till kvalitetskonkurrens.

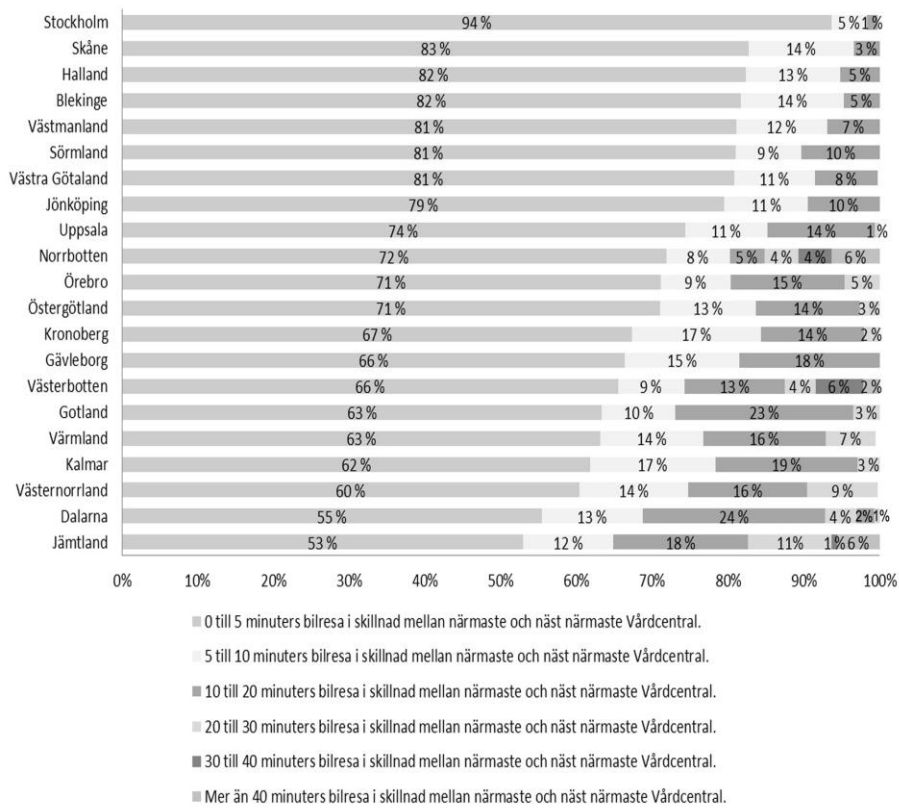
I Stockholm har 94 procent av befolkningen mindre än fem minuter längre till den näst närmaste vårdcentralen jämfört med den närmaste. Även i Skåne, Halland, Blekinge, Västmanland, Sörmland och Västra Götaland har över 80 procent mindre än fem minuter längre bilresa till den näst närmaste vårdcentralen.

Omkring 32 000 invånare har mer än 40 minuter längre till den näst närmaste vårdcentralen än till den närmaste. Dessa invånare bor främst i norra Sverige och motsvarar sex procent av invånarna i Jämtland och Norrbotten. I diagram 3 och bild 1 framgår hur avståndet till den näst närmaste vårdcentralen varierar mellan olika delar av landet.

Det är inte förvånande att fler invånare i landsting med storstäder, exempelvis Stockholm, Skåne och Västra Götaland, i större utsträckning har närmare till den näst närmaste vårdcentralen än landsting i norrlandsregionen. Detta beror främst på olika befolkningsstrukturer och påverkar därmed var vårdcentralerna väljer att etablera sig.

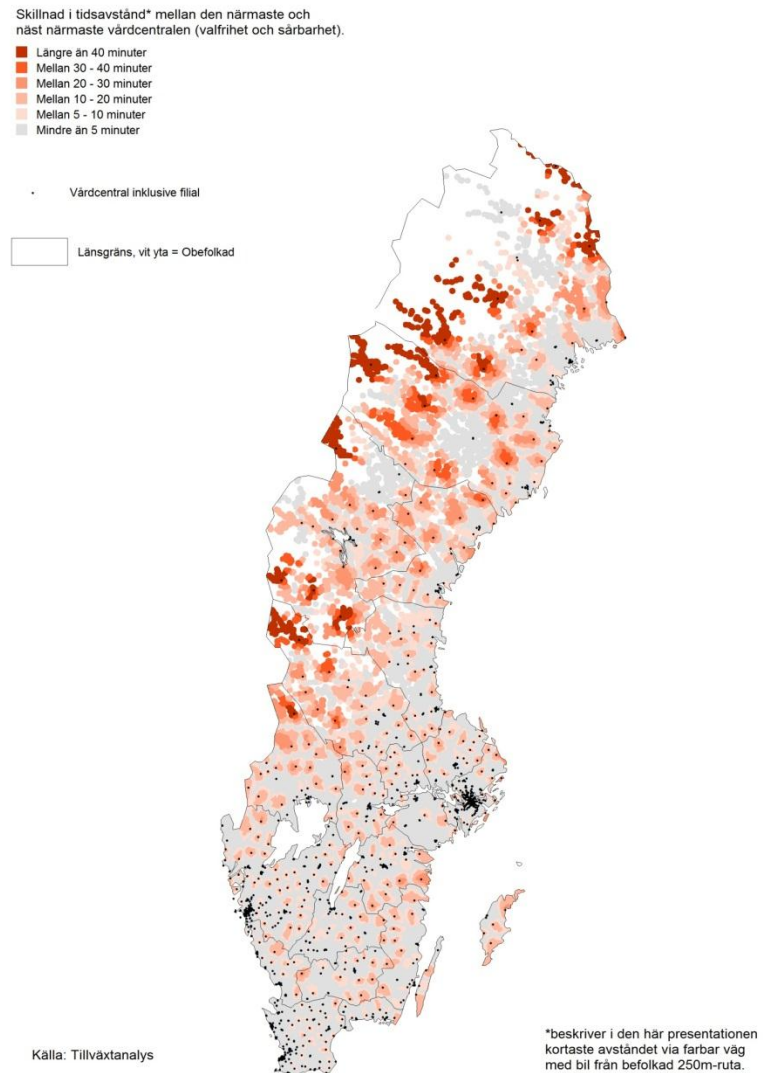
Resultaten baseras på Tillväxtanalys undersökning av hur mycket längre tid det tar för invånare i olika delar av Sverige att åka med bil till den näst närmaste vårdcentralen istället för till den närmaste.

Diagram 3 Skillnad i tidsavstånd mellan den närmaste och den näst närmaste vårdcentralen 2011¹⁶



¹⁶ Källa: Tillväxtanalys. Bearbetning Konkurrensverket

Bild 1 Skillnad i tidsavstånd mellan den närmaste och den näst närmaste vårdcentralen 2011



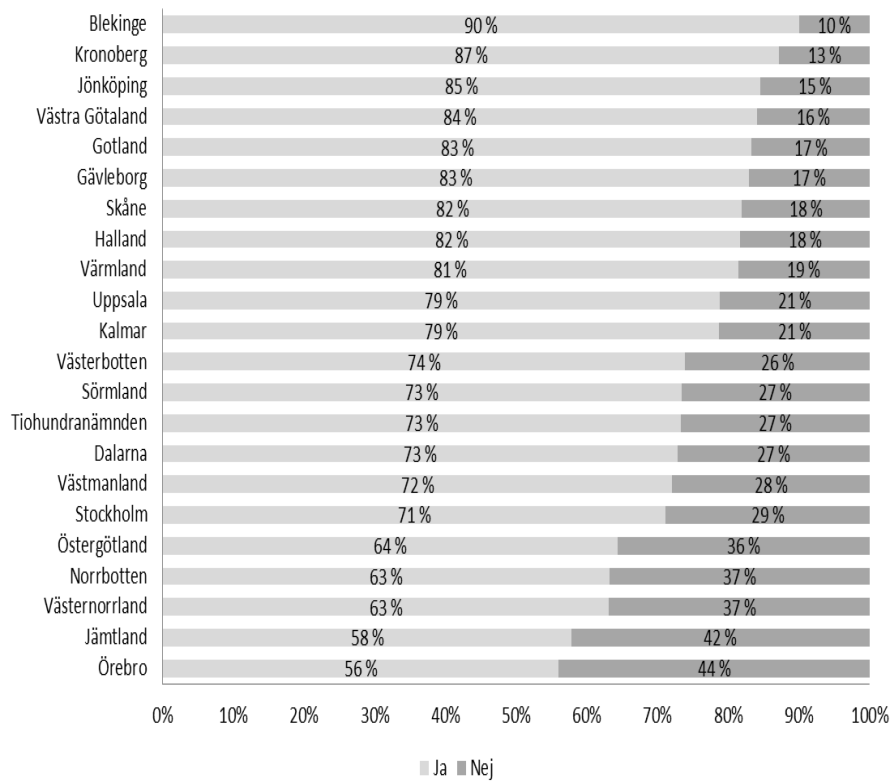
3.5 De flesta anser att de har gjort ett aktivt val av vårdcentral

76 procent av de tillfrågade anser att de har gjort ett aktivt val av vårdcentral. 24 procent anser att de inte har gjort ett aktivt val.

Kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen uppstår först när invånare väljer vårdcentral. I samtliga landsting svarar över hälften av de tillfrågade att de har gjort ett aktivt val av vårdcentral. I nio landsting svarar mer än 80 procent av invånarna att de har gjort ett aktivt val.

Andelen som har svarat att de gjort ett aktivt val är lägst i Örebro och Jämtland. 56 procent av de tillfrågade i Örebro anser att de har gjort ett aktivt val och i Jämtland är andelen bara något högre. Se diagram 4.

Diagram 4 Anser du att du har gjort ett aktivt val av vårdcentral?¹⁷



¹⁷ Källa: CMA Research. Bearbetning Konkurrensverket. Antal respondenter: 1 700

Många som har accepterat icke-valsalternativet anser att de har gjort ett aktivt val

Landstingen måste erbjuda ett icke-valsalternativ för invånare som inte kan eller vill göra ett val av vårdcentral. Information om vilken vårdcentral man kommer att tilldelas om man inte väljer skickas i regel ut till invånarna.

Av vår enkät framgår att det är fler invånare som har stannat kvar vid den vårdcentral som föreslagits enligt icke-valsalternativet än som har valt en annan vårdcentral. Detta gäller för samtliga landsting, med undantag för Uppsala. I sex landsting har fler än sex av tio valt att stanna kvar vid den vårdcentral som landstinget föreslagit. Andelen är högst i Dalarna. Av samtliga tillfrågade har ungefär en fjärdedel valt en annan vårdcentral än icke-valsalternativet.

Sammantaget är över hälften av de tillfrågade (56 procent) listade vid den vårdcentral som landstinget föreslagit enligt icke-valsalternativet. Av dessa anser 64 procent att de har gjort ett aktivt val. Detta innebär att invånare som har accepterat icke-valsalternativet eller blivit "passivt listade" ändå kan anses ha gjort ett aktivt val av vårdcentral.

De som fått tillräcklig information gör oftare aktiva val

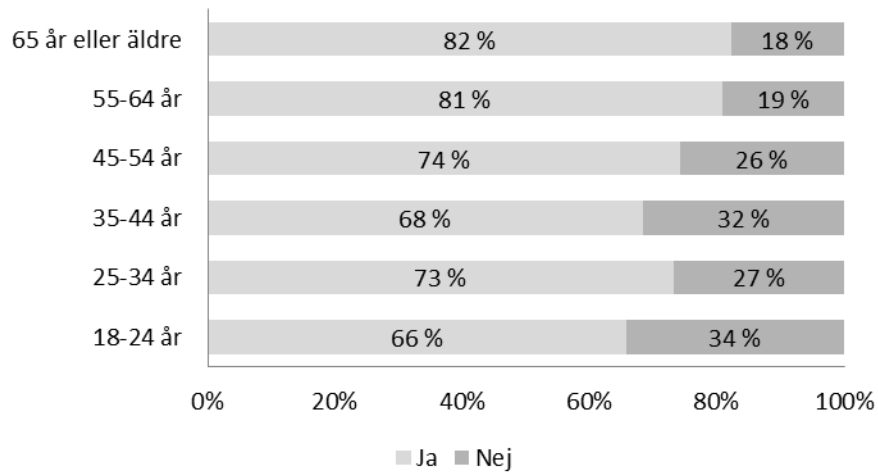
Av de som anser att de haft tillräcklig information anser 82 procent att de gjort ett aktivt val, vilket kan jämföras med endast 40 procent av de som inte anser att de haft tillräcklig information.

Äldre invånare anser att de gjort ett aktivt val av vårdcentral

Ju äldre de tillfrågade är desto större andel svarar att de har gjort ett aktivt val. Fyra av fem invånare som är 65 år eller äldre svarar att de har gjort ett aktivt val av vårdcentral. Bland de som är 18–24 år svarar två av tre att de gjort ett aktivt val. Diagram 5 visar hur

andelen invånare anser att de gjort ett aktivt val av vårdcentral baserat på åldersgrupp.

Diagram 5 Andel invånare som anser att de har gjort ett aktivt val av vårdcentral, per åldersgrupp¹⁸

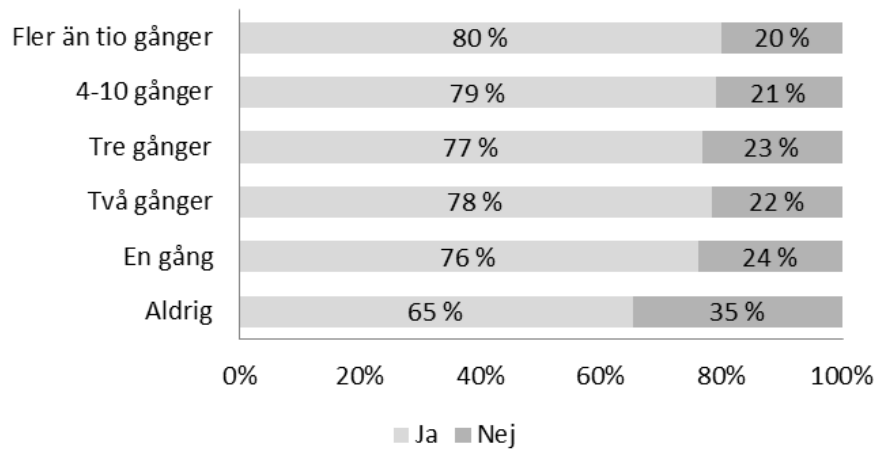


Aktivt val och antal besök på vårdcentral

Av de invånare som besökt en vårdcentral fler än två gånger anser drygt fyra av fem att de gjort ett aktivt val. Andelen är något högre än bland invånare som inte besökt någon vårdcentral under året. Se diagram 6.

¹⁸ Källa: CMA Research. Bearbetning Konkurrensverket. Antal respondenter: 1 700

Diagram 6 Andel invånare som anser att de har gjort ett aktivt val av vårdcentral, per antal besök under det senaste året¹⁹



Stora skillnader i hur många som gör omval

Tidigare undersökningar visar att andelen av befolkningen som väljer en ny vårdcentral är störst vid införandet av vårdval, för att sedan minska. Andelen som väljer är särskilt stor i områden där vårdcentraler tidigare haft ett geografiskt ansvar, där det finns många olistade invånare och där nya privata enheter etablerar sig. Däremot är det ganska få som väljer en ny vårdcentral när de väl har gjort sitt val. Det gäller i synnerhet individer som behöver uppsöka vården ofta och därför sätter stort värde på kontinuitet.²⁰

Det varierar i stor utsträckning hur många aktiva val som görs i landstingen. Bland annat kan det bero på att landstingen informerar invånarna om aktiva val i olika hög omfattning. Det kan också bero på i vilken utsträckning invånarna upplever att det finns skillnader

¹⁹ Källa: CMA Research. Bearbetning Konkurrensverket. Antal respondenter: 1 700

²⁰ Anell & Paulsson (2010) sid 190-193

mellan vårdcentralerna, hur enkelt det är att välja och hur benägen man är att välja i olika delar av landet.

Av våra intervjuer med landstingen framgår att det i Kronoberg har gjorts ungefär 16 000 val per 100 000 invånare varje år. I Gävleborg och Halland görs betydligt färre val, 7 200 respektive 4 700 val per 100 000 invånare varje år (omval inkluderade). I Sörmland har det sedan starten av vårdvalet skett ungefär 12 000 omval per 100 000 invånare varje år.

Ungefär en tredjedel i Dalarna har gjort ett aktivt val av vårdcentral sedan vårdvalet infördes. I Jämtland har endast sju till åtta procent av invånarna har gjort ett aktivt val sedan vårdvalet infördes och ungefär fem procent har gjort ett omval.

4 Antalet vårdcentraler ökar

Antalet vårdcentraler har ökat med 19 procent sedan vårdvalssystemen infördes. Ökningen gäller främst privata utförare. Vårdcentralerna har främst etablerats i områden med hög tillgänglighet. De filialer som etablerats har bidragit till att tillgängligheten till primärvård har ökat.

4.1 190 fler vårdcentraler

Sedan vårdvalssystemen infördes har det etablerats 267 nya vårdcentraler och 77 stycken har lagts ner. I 19 av 22 landsting har det skett en ökning av antalet vårdcentraler sedan införandet av vårdval.

Innan vårdvalet infördes fanns det 1 023 etablerade vårdcentraler i Sverige.²¹ Den största ökningen skedde i samband med införandet i varje landsting, men ökningen fortsätter, om än i lägre takt.

Sedan vårdvalet infördes har det etablerats 258 privata vårdcentraler och 60 har lagts ner. Under samma period har det etablerats nio offentliga vårdcentraler och 17 stycken har lagts ner. Detta innebär en ökning med totalt 190 vårdcentraler, vilket motsvarar ungefär 19 procent.

Ökningen har varit störst i Jönköping, Halland och Västra Götaland där det totalt har etablerats 89 nya vårdcentraler.

I sex av 22 landsting har det skett mindre än tio procents ökning av antalet vårdcentraler. På Gotland, i Tiohundra nämnden i Norrtälje och i Östergötland har det totalt sett inte skett någon ökning.

²¹ Källa: Omvård.se (2011)

Tabell 2 Totalt antal vårdcentraler och förändring av antal vårdcentraler före och efter vårdval

Landsting	Före vårdval ¹	September 2010	Oktober 2011	Total förändring ²	
				Antal	Andel
Jönköping	39	55	56	17	44 %
Västra Götaland	151	208	211	60	40 %
Halland	38	49	50	12	32 %
Kronoberg	27	31	33	6	22 %
Stockholm	167	200	199	32	19 %
Sörmland	22	23	26	4	18 %
Västernorrland	28	30	33	5	18 %
Skåne	136	158	159	23	17 %
Värmland	33	40	38	5	15 %
Blekinge	21	24	24	3	14 %
Västerbotten	35	35	40	5	14 %
Gävleborg	38	41	42	4	11 %
Norrbottn	35	37	39	4	11 %
Dalarna	33	35	36	3	9 %
Jämtland	27	27	29	2	7 %
Uppsala	40	41	42	2	5 %
Kalmar	34	34	35	1	3 %
Västmanland	30	32	31	1	3 %
Örebro	30	30	31	1	3 %
Gotland	8	8	8	0	0 %
Tiohundraämnden	8	8	8	0	0 %
Östergötland	43	45	43	0	0 %
Samtliga	1 023	1 191	1 213	190	19 %

¹ Se tabell 1 för datum då vårdvalssystemen infördes i respektive landsting

² Total förändring från före införandet av vårdval till och med den 1 oktober 2011

Källa: Omvård.se (2011). Bearbetning Konkurrensverket

Andelen privata vårdcentraler ökar i nästan alla landsting

Antalet privata vårdcentraler har ökat från 288 till 486, en ökning med 69 procent. Ökningen har skett i alla landsting utom Gotland, Örebro och Tiohundraämnden i Norrtälje.

Stockholm och Västmanland har störst andel privata vårdcentraler, 65 respektive 61 procent. Redan före vårdvalsreformen var andelen privata vårdcentraler över 50 procent i dessa två landsting.

För att lättare kunna se hur andelen privata utförare har utvecklats visar tabell 3 andelen privata vårdcentraler före och efter vårdval.

Tabell 3 **Antal och andel godkända och etablerade privata
vårdcentraler före och efter vårdval**

Landsting	Före vårdval		Sep 2010		Okt 2011	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Stockholm	91	54 %	127	62 %	129	65 %
Västmanland	18	60 %	20	63 %	19	61 %
Halland	13	34 %	24	49 %	25	50 %
Skåne	48	35 %	70	44 %	71	45 %
Västra Götaland	33	22 %	91	44 %	95	45 %
Uppsala	16	40 %	17	41 %	18	43 %
Jönköping	6	15 %	21	38 %	22	39 %
Blekinge	6	29 %	9	38 %	9	38 %
Sörmland	4	18 %	7	30 %	9	35 %
Gävleborg	9	24 %	12	29 %	14	33 %
Kronoberg	5	19 %	9	29 %	11	33 %
Västernorrland	5	18 %	7	23 %	10	30 %
Gotland	2	25 %	2	25 %	2	25 %
Tiohundraämnden	2	25 %	2	25 %	2	25 %
Värmland	3	9 %	10	25 %	9	24 %
Kalmar	6	18 %	6	18 %	7	20 %
Östergötland	6	14 %	8	18 %	8	19 %
Västerbotten	2	6 %	2	6 %	7	18 %
Jämtland	3	11 %	3	11 %	5	17 %
Norrbottn	2	6 %	4	11 %	6	15 %
Örebro	4	13 %	4	13 %	4	13 %
Dalarna	1	3 %	3	9 %	4	11 %
Samtliga	288	28 %	458	38 %	486	40 %

Källa: Omvård.se (2011). Bearbetning Konkurrensverket

Landstingens köp av primärvård från privata vårdgivare ökar

Andelen offentligt finansierad primärvård som utförs i privat regi uppgick år 2009 till 25,9 procent. Ett år senare hade andelen ökat till 29,8 procent. I Stockholm är köp av primärvård från privata företag betydligt större än i övriga landsting. I Stockholm år 2009 utgjordes 47,9 procent av kostnaderna av köp från privata företag. År 2010 hade andelen ökat till över 50 procent. I övriga landsting har andelen varit avsevärt lägre.²²

Privata vårdcentraler har i genomsnitt färre listade patienter

Privata vårdcentraler har ofta avsevärt färre listade patienter än de vårdcentraler som drivs i landstingens egen regi. Skillnaden är i genomsnitt ungefär 3 300 patienter. Skillnaden är störst i Blekinge där landstingens vårdcentraler i genomsnitt har närmare 5 800 fler listade patienter än de privata vårdcentralerna.

Endast i Gävleborg har de privata vårdcentralerna fler listade patienter i genomsnitt än de offentliga, men skillnaden uppgår bara till 81 patienter.

Privata vårdcentraler som etablerats efter vårdvalets införande har i regel färre listade patienter än vårdcentraler som etablerats före vårdvalet. Anledningen är framför allt den passiva listning som genomfördes i samband med införandet.²³ Det kan också ta tid att bygga upp en stor patientbas och etablera en relation till patienterna.

²² SKL (2010 och 2011)

²³ Lundvall et al (2011)

Tabell 4 **Antal listade per vårdcentral i genomsnitt per landsting**

Landsting	Offentlig vårdcentral	Privat vårdcentral	Skillnad mellan offentlig och privat vårdcentral
Blekinge	9 323	3 527	5 796
Jönköping	8 463	3 585	4 878
Sörmland	12 024	7 467	4 557
Värmland	10 011	5 524	4 487
Kalmar	7 003	3 256	3 747
Västra Götaland	9 374	5 922	3 452
Skåne	9 637	6 344	3 293
Jämtland	5 061	2 062	2 999
Dalarna	8 750	5 818	2 932
Stockholm	13 513	8 355	5 157
Norrbottn	7 042	4 563	2 480
Halland	7 376	5 026	2 350
Östergötland	10 666	8 360	2 306
Uppsala	8 171	6 100	2 071
Västernorrland	8 148	6 726	1 422
Kronoberg	5 933	4 546	1 387
Västerbotten	6 954	6 021	933
Örebro	9 450	8 550	900
Västmanland	8 839	7 948	890
Tiohundraämnden	7 393	6 766	628
Gotland	7 026	6 650	376
Gävleborg	6 790	6 871	-81

Antal listade i maj 2011. Antal vårdcentraler till och med den 1 oktober 2011, filialer exkluderade.

Källa: OmVård.se. Bearbetning Konkurrensverket

4.2 Förutsättningarna för etableringar är olika i olika delar av landet

Det finns geografiska och demografiska skillnader mellan olika delar av landet som kan förklara att antalet vårdcentraler inte är jämnt fördelat. I glesbygden har det varit svårt att få till stånd nyetableringar.

Inget tydligt samband mellan befolkningsökning och antalet nya vårdcentraler

Fem landsting har haft en befolkningsminskning de senaste tre åren. Norrbotten har haft en minskning med nästan 2 000 invånare de senaste tre åren. Trots det minskande befolkningsunderlaget har det skett 17 nyetableringar sedan vårdvalet infördes i dessa fem landsting.

Stockholm har haft störst befolkningsökning med nära 104 000 invånare och 32 nya etablerade vårdcentraler. Detta kan jämföras med att det i Västra Götaland har etablerats 60 nya vårdcentraler samtidigt som befolkningen ökat med bara 3 299 invånare. Vi kan således inte urskilja något tydligt samband mellan befolkningsökningen och antalet nya vårdcentraler i landstingen.

Tabell 5 Befolkningsutvecklingen och utveckling av antal vårdcentraler¹

Landsting	Folkmängd 2010	Förändring 2007–2010	Förändring antal vårdcentraler före/efter vårdval
Stockholm	1 998 263	103 972	32
Skåne	1 243 329	43 972	23
Uppsala	335 882	12 612	2
Östergötland	429 642	8 833	0
Halland	299 484	8 091	12
Sörmland	270 738	5 548	4
Örebro	280 230	4 163	1
Västmanland	252 756	3 563	1
Västra Götaland	1 580 297	3 299	60
Jönköping	336 866	3 256	17
Kronoberg	183 940	3 153	6
Västerbotten	259 286	1 693	5
Dalarna	277 047	1 429	3
Blekinge	153 227	1 327	3
Gävleborg	276 508	952	4
Tiohundraämnden	56 080	855	0
Gotland	57 269	147	0
Jämtland	126 691	-246	2
Kalmar	233 536	-298	1
Värmland	273 265	-561	5
Västernorrland	242 625	-824	5
Norrboten	248 609	-1 993	4
Samtliga	9 415 570	232 643	190

Källa: SCB. Bearbetning Konkurrensverket

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

4.3 De flesta nya vårdcentraler har etablerats i tätorter

Vårdcentraler har främst etablerats i storstäder och områden med hög tillgänglighet. Endast en vårdcentral har etablerats i ett glesbygdsområde. Andelen vårdcentraler i områden med hög tillgänglighet är dock inte särskilt mycket högre än vad som motsvaras av den andel av befolkningen som bor i dessa områden.

Ett viktigt syfte med vårdvalsreformen var att öka patienternas valfrihet. Sverige är ett stort land med stora skillnader mellan olika delar av landet när det gäller tillgänglighet till olika former av service. Det finns därför anledning att undersöka var de nya vårdcentralerna har etablerats.

Tillväxtanalys har delat in Sverige i fem tillgänglighetsklasser. I områden med mycket låg tillgänglighet finns inga tätorter som har 1000 invånare eller fler, medan områden med mycket hög tillgänglighet finns i de största städerna i Sverige (med fler än 60 000 invånare).²⁴

Nya vårdcentraler har främst etablerats i områden med hög tillgänglighet

Fler än hälften, 55 procent, av de vårdcentraler som etablerats efter införandet av vårdvalssystem har etablerats i området med mycket hög tillgänglighet. Trots att andelen är mycket hög motsvarar den ganska väl den andel av befolkningen som bor i dessa områden, 54 procent. Samma sak gäller områden med hög och mellan-tillgänglighet, där antalet vårdcentraler ökat med 32 respektive 12 procent. I dessa delar av landet bor 31 respektive 13 procent av befolkningen.

²⁴ Tillväxtanalys (2010) sid 3, 11, 14

Endast en vårdcentral har etablerats i områden med låg eller mycket låg tillgänglighet, vilket motsvarar 0,5 procent av alla nyetableringar. Detta kan jämföras med att omkring 2,1 procent av befolkningen bor i dessa delar av landet. Se tabell 6.

Tabell 6 Antal vårdcentraler som etablerats efter införandet av vårdval per landsting. Indelat i tillgänglighetsklass

Landsting	Mycket Hög	Hög	Mellan	Låg	Mycket låg	Totalt
Västra Götaland	37	15	8			60
Stockholm*	31	1				32
Skåne	17	5	1			23
Jönköping	6	5	6			17
Halland	2	10				12
Kronoberg		6				6
Sörmland	3	1				4
Värmland		3	2			5
Västernorrland		3	2			5
Västerbotten	4		1			5
Gävleborg	1	1	2			4
Norrbottn		4				4
Blekinge		3				3
Dalarna		3				3
Uppsala	2					2
Jämtland			1	1		2
Kalmar		1				1
Örebro	1					1
Västmanland		1				1
Östergötland						0
Gotland						0
Summa	104	62	23	1	0	190
Andel av nya vårdcentraler	55 %	33 %	12 %	1 %	0 %	
Andel av befolkningen	54 %	31 %	13 %	1,7 %	0,4 %	

* Tiohundra-nämnden i Norrtälje inkluderat i Stockholm

Källa: Tillväxtanalys (2011)

Antalet vårdcentraler i glesbygd var lågt även innan vårdvalet

I områden med gles befolkning behövs fler vårdcentraler för att upprätthålla en tillräcklig service, vilket innebär att antalet vårdcentraler i dessa delar av landet behöver vara större än deras befolkningsandel.

Tillväxtanalys har gjort en modellberäkning av var vårdcentraler skulle placeras ut om man enbart tar hänsyn till strukturella faktorer som befolkning och vägnätets utbredning. Beräkningen innebar att sammanlagt 749 vårdcentraler utplacerades. Enligt beräkningen skulle områden med låg, mycket låg och mellan-tillgänglighet tillsammans ha 23 procent av samtliga vårdcentraler i Sverige, trots att dessa områden endast har 15 procent av befolkningen.

Om man jämför Tillväxtanalys beräkning med det verkliga antalet vårdcentraler visar det sig att det finns färre vårdcentraler i glesbygd än det beräknade behovet. Av tabell 7 framgår att antalet vårdcentraler i områden med mycket låg tillgänglighet är lägre än det beräknade behovet i flera landsting. Antalet vårdcentraler i dessa områden har dock inte minskat sedan införandet av vårdval.

Att antalet vårdcentraler i områden med hög tillgänglighet är högre än Tillväxtanalys modellberäkning visar att invånarna i dessa områden har fler vårdcentraler inom ett rimligt avstånd.

Tabell 7 Jämförelse mellan antal vårdcentraler 2011 och Tillväxtanalys modellberäkning av behovet av vårdcentraler med hänsyn till strukturella faktorer. Indelat i tillgänglighetsklass

Landsting	Mycket Hög	Hög	Mellan	Låg	Mycket Låg	Totalt
Västra Götaland	53	36	10			99
Skåne	46	24	6			76
Stockholm	68	-2	3	1		70
Jönköping	12	6	11			29
Halland	8	19	2			29
Gävleborg	6	5	8	-1	-1	17
Uppsala	11	4	1			16
Kronoberg		12	4			16
Blekinge		13				13
Västerbotten	4	4	4			12
Östergötland	8	4	-1			11
Kalmar		9	1	1		11
Norrbottn		10	2	-2	1	11
Värmland		8	4		-2	10
Västmanland	5	4	1			10
Örebro	5	5	-2			8
Västernorrland		4	5	-2	1	8
Dalarna		8	-1		-1	6
Södermanland	3	2				5
Jämtland		3		2	-1	4
Gotland			3			3
Summa	229	178	61	-1	-3	464

Källa: Tillväxtanalys (2011)

4.4 Tillgängligheten kan förbättras med filialer

Tillgängligheten till vård förbättras i och med att patienterna kan välja att söka vård på filialmottagningen istället för på vårdcentralen.

Många landsting anser att det är svårt att förmå vårdgivare att etablera sig på glesbygden. Anledningen är att det inte finns tillräckligt med patienter i glesbygden för att två vårdcentraler ska kunna etableras i samma närområde. Det är också svårare att rekrytera läkare i dessa områden än i storstäderna. Genom att tillåta filialer kan dock tillgängligheten till vård förbättras i glesbygdsområden. Detta framkom i de intervjuer vi genomförde med landstingen under hösten 2011.

Filialer till vårdcentraler har ofta inte lika stora krav som en vårdcentral. Vissa landsting reglerar i sina regelböcker hur filialverksamhet får bedrivas. Exempelvis beskrivs hur delar av vårdvalsuppdraget kan utföras av filialmottagningar.

Totalt finns 56 filialer, varav tolv tillkommit efter införandet av vårdval. Samtliga nya filialer är privata. Skåne har flest filialer, tolv stycken, varav elva är privata. Störst ökning sedan införandet av vårdval har skett i Västra Götalandsregionen, där fyra privata filialer har etablerats.

Tillväxtanalys har analyserat vad filialerna betyder för tillgängligheten. Drygt 35 000 invånare kan genom att gå till en filial istället för till den närmaste vårdcentralen minska avståndet med bil med mer än tio minuter. För drygt 1000 av dessa minskar avståndet med mer än 30 min. För drygt 120 000 invånare innebär filialerna att avståndet minskar med mindre än fem minuter.²⁵

²⁵ Källa: Tillväxtanalys (2011)

I tabell 8 redovisas antalet filialmottagningar i offentlig och privat regi före och efter införandet av vårdvalssystemet samt förändringen av det totala antalet mottagningar under denna period. I redovisningen inkluderas endast etablerade filialer med läkarmottagning.

Tabell 8 Filialmottagningar i landstingen.
Antal och förändring sedan start av vårdval

Landsting	Före vårdval		1 okt 2011		Total förändring* antal
	priv.	off.	priv.	off.	
Blekinge		2		2	0
Dalarna		3		3	0
Halland	1		1	1	1
Jämtland		1	1	1	1
Jönköping	1	3	2	3	1
Kalmar		1		1	0
Norrbottn	1	1	1	1	0
Skåne	8	1	11	1	3
Stockholm		1	1	1	1
Tiohundraämnden	1		1		0
Uppsala		1		1	0
Värmland	1	5	2	5	1
Västerbotten		1	1	1	1
Västernorrland		1		1	0
Västmanland		1		1	0
Västra Götaland	4	3	8	2	5
Örebro		1		1	0
Östergötland		1		1	0
Riket	17	27	29	27	12

* Förändring från införandet av vårdval till och med den 1 oktober 2011

Källa: Konkurrensverket

5 Mångfald

Det är svårt att urskilja tydliga skillnader mellan vårdcentralerna. Det förekommer att vårdcentraler försöker nischas in sig mot vissa grupper och att de erbjuder tilläggstjänster, men än så länge sker detta i mycket begränsad omfattning. Den tydligaste skillnaden är vårdcentralernas storlek, som varierar mellan färre än 3 000 till närmare 30 000 listade invånare per vårdcentral.

Mångfald är ett begrepp som förekommer ofta i diskussioner om hur vården ska organiseras. Även om det sällan görs någon tydlig definition av vad som avses handlar det i de flesta fall om en önskan att vården ska produceras i olika former och av olika vårdgivare.

I samband med våra intervjuer av landstingens beställarenheter har vi ställt frågor om det förekommer att vårdcentraler riktar in sina verksamheter mot olika grupper (*nischning*) eller att de erbjuder olika tjänster vid sidan om vårdvalssystemen. Vi belyser också skillnaderna i storlek mellan olika vårdcentraler och mellan de företag som driver vårdcentralerna.

5.1 Nischning och tilläggstjänster

Få vårdcentraler väljer att nischas verksamheten. Detta kan bero på att vårdvalets utformning inte stimulerar till detta, eller på bristande efterfrågan från patienterna. Det är däremot relativt vanligt att privata vårdgivare erbjuder tjänster vid sidan om vårdvalssystemen.

I en del landsting förekommer det att vårdgivare nischat sin verksamhet. I intervjuerna anger dock vissa landsting att de hade önskat att fler vårdgivare valt att nischas sig, men att intresset hos vårdgivarna genomgående har varit svalt. Exempelvis i Östergötland tror man att anledningen till detta kan vara att ersättningssystemet inte

uppmuntrar till nischning. På Gotland har landstinget fört diskussioner med vårdgivarna i ett försök att få dem att nischas verksamheten.

Den vanligaste typen av nischning hos vårdgivarna avser öppet-hållandet av vårdcentralerna. Sedan vårdvalets start har nu ett flertal vårdcentraler kvällsöppet och utökade öppettider. I exempelvis Västerbotten erbjuder en vårdcentral även drop-in tider.

I vissa fall där vårdcentraler har utökat öppettiderna har intresset från patienterna inte varit tillräckligt stort. Det ljumma intresset från patienterna har i dessa fall lett till att vårdcentralerna återgått till att endast hålla öppet under den tid som landstinget kräver.

Det finns ett fåtal exempel på vårdcentraler som riktar in sig mot vissa patientgrupper. I Uppsala har en vårdcentral valt att nischas in sig mot barnfamiljer. Planer finns även bland andra vårdcentraler att knyta fler specialister till enheterna. I Kronoberg finns en mottagning med fokus mot äldre vårdssorg, och i Västra Götaland inriktar sig en vårdcentral mot kvinnor och deras hälsa.

Ett flertal privata vårdcentraler erbjuder sina patienter tjänster utanför vårdvalssystemet. Exempel på detta är främst företags-hälsovård, hälsovårdsundersökningar och resevaccinationer.

5.2 Vårdcentralernas storlek varierar

En aspekt på mångfald är storleken på vårdcentralen och hur många listade patienter varje vårdcentral har. De största har uppemot 30 000 listade patienter medan de minsta har färre än 3 000 listade patienter.

De flesta vårdcentraler har mellan 5 000 och 10 000 listade patienter. En tredjedel av vårdcentralerna har fler än 10 000 listade patienter,

varav endast 14 har fler än 20 000 listade. Dessa står tillsammans för hälften av alla listade patienter.

Knappt en tredjedel av vårdcentralerna har färre än 5 000 listade patienter, varav 132 har färre än 3 000 listade. Se tabell 9.

Tabell 9 Andel och antal vårdcentraler, antal listade, okt 2011*

Antal listade	Andel vårdcentraler	Antal vårdcentraler	Totalt antal listade	Andelen listade
Fler än 20 000	1,2 %	14	418 725	4,5 %
10 000 ≥ 20 000	28,5 %	330	4 224 451	45,8 %
5 000 ≥ 10 000	40,8 %	472	3 487 498	37,8 %
3 000 ≥ 5000	18,1 %	210	839 527	9,1 %
Färre än 3 000	11,4 %	132	259 275	2,8 %

* Antal listade i maj 2011. Filialer och vårdcentraler som saknar uppgift om antal listade är exkluderade

Källa: Omvård.se (2011). Bearbetning Konkurrensverket

5.3 Vårdcentraler drivs av 247 olika vårdgivare

Det finns 247 olika vårdgivare i Sverige med allt från en till 114 etablerade vårdcentraler. Västra Götaland, Skåne och Praktikertjänst är de tre största vårdgivarna, mätt i antal vårdcentraler.

Vårdcentralerna drivs av 247 olika vårdgivare, varav 22 är landstingen själva och resten är privata företag. Innan vårdvalet fanns 159 vårdgivare som drev vårdcentraler. Antalet vårdgivare har således ökat med 55 procent.

192 vårdgivare driver enbart en vårdcentral. 19 vårdgivare driver två till fyra vårdcentraler. Alla vårdgivare som driver fyra eller färre vårdcentraler är privata företag.

Tolv vårdgivare driver fem till tio vårdcentraler, varav tio är privata och två är offentliga. Se tabell 10.

24 vårdgivare driver fler än tio vårdcentraler. Av dessa 24 är fyra privata (Praktikertjänst, Carema, Capio och Aleris Holding).

Tabell 10 Antal vårdcentraler fördelade på antal vårdgivare 2011

Antal vårdcentraler per vårdgivare	Privata vårdgivare	Offentliga vårdgivare	Antal vårdgivare	Summa antal listade	Antal listade per vårdgivare i snitt
1	192	-	192	1 044 666	5 441
2	13	-	13	129 288	9 945
3–4	6	-	6	99 845	16 641
5–10	10	2	12	458 756	38 230
11–20	1	3	4	517 857	129 464
21–35	2	14	16	3 594 352	224 647
Fler än 35	1	3	4	3 303 128	825 782
Summa	225	22	247	9 147 892	37 187

Källa: Omvård.se (2011). Bearbetning Konkurrensverket

De största vårdgivarna både mätt i antal vårdcentraler och antal listade är egenregin i Västra Götaland och Skåne. Den största privata vårdgivaren, Praktikertjänst, kommer på tredje plats mätt i antal vårdcentraler och på fjärde plats i antal listade patienter.

I tabell 11 redovisas antalet etablerade listade patienter och antalet vårdcentraler för de tio vårdgivare med flest vårdcentraler i oktober 2011.

Tabell 11 Topp tio vårdgivare med flest antal etablerade vårdcentraler*

Vårdgivare	Antal vårdcentraler före vårdval	Antal vårdcentraler i oktober 2011	Antal listade¹
Västra Götaland	115	114	1 068 639
Skåne	87	87	838 382
Praktikertjänst AB	49	80	626 670
Stockholm	73	70	769 437
Östergötland	36	34	362 650
Carema Sjukvård AB	31	33	339 376
Norrbottn	32	32	225 356
Västerbotten	32	32	222 528
Jönköping	30	31	262 351
Capio AB	22	30	272 048

*Filialet är exkluderade

¹ Antal listade i maj 2011

Källa: Omvård.se (2011) Bearbetning Konkurrensverket

6 Erfarenheter av vårdvalssystem

Landstingen har varit sparsamma med att genomföra förändringar av villkoren i vårdvalssystemen. Landstingen anser att vårdvalen lett till ett ökat fokus på patienterna.

6.1 Få förändringar i vårdvalssystemens utformning

I de flesta landsting har inga stora revideringar gjorts från 2010 till 2011. Landstingen anser att de behöver tid att tänka igenom beslut för att inte stressa fram förändringar.

Synen på i vilken omfattning landstingen kan revidera och förändra vårdvalssystemen skiljer sig till viss del mellan olika landsting. Den samlade inställningen är att vårdvalssystemen är en process som utvecklas kontinuerligt. I vissa landsting framhålls att större justeringar inte kan genomföras under avtalstiden utan först när den aktuella avtalsperioden löper ut. De flesta landsting har dock reglerat möjligheterna att genomföra förändringar i förfrågningsunderlagen.

Vårdvalssystemens bredd

Stockholm och Tiohundraämnden i Norrtälje skiljer sig från övriga landsting. För att underlätta och främja etablering av nya vårdcentraler har de valt smala uppdrag för husläkarverksamheten. Även Skåne, Kalmar och Uppsala har valt smala åtaganden för primärvårdsuppdraget. I tabell 12 framgår vilka delar av primärvården som omfattas av vårdvalssystemen för 2011.

Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland har bredast omfattning av vårdvalet. Landstingen anser att det är bra att ha en sammanhållen primärvård eftersom detta underlättar för patienterna.

Tabell 12 Vårdvalssystemens omfattning 2011

Landsting	Rehab	BVC	Hemsjukvård	Medicinsk fotvård	MVC
Norrboten	X	X	X	X	X
Västerbotten	X	X	X	X	X
Västernorrland	X	X	X	X	X
Västmanland	X	X	X	X	X
Dalarna	X	X		X	X
Halland	X	X	X	X	
Jämtland	X	X		X	X
Värmland		X	X	X	X
Östergötland	X ¹	X	X	X	
Örebro	X	X	X ²		X
Västra Götaland		X	X	X	
Gotland	X	X	X		
Jönköping	X		X	X	
Kronoberg	X	X	X		
Blekinge	X	X			
Gävleborg	X			X	
Sörmland	X	X			
Kalmar			X ³		
Skåne	X				
Stockholm			X		
Tiohundraämnden			X		
Uppsala	X				
Samtliga	17	15	15	12	8

¹ Ingår endast till viss del (psykosocial rehabilitering och sjukgymnastisk bedömningsmottagning ingår)

² Landstinget ansvarar för läkare och sjukgymnaster

³ Endast läkardelen ingår

Källa: Konkurrensverket

Hemsjukvården förs över till kommunerna

Regeringen beslutade i juni 2010 att tillsätta en nationell samordnare med uppdrag att stödja landsting och kommuner i processen att överföra ansvaret för hemsjukvård till kommunerna. Syftet med uppdraget har varit att på frivillig väg få ett kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården.²⁶ I och med detta kommer hemsjukvård plockas bort ur vårdvalssystemet. För närvarande har huvudmannaskapet för hemsjukvården överförts i tio län.²⁷ Även om huvudmannaskapet ligger på kommunerna har landstingen fortfarande kvar ett visst ansvar. Ett flertal landsting har planer på att växla hemsjukvården till kommunerna inom snar framtid.

Ett flertal landsting har separata vårdval inom primärvården

Stockholm, Tiohundraämnden i Norrtälje, Uppsala och Skåne har separata vårdval inom andra delar i primärvården. I Stockholm finns separata vårdval för mödravårdscentral (MVC), barnvårdscentral (BVC) och medicinsk fotsjukvård. Tiohundraämnden i Norrtälje har valt att försöka likna Stockholm så mycket som möjligt och lagt BVC och fotsjukvård som separata vårdval. Uppsala och Skåne har valt att lägga MVC och BVC som enskilda vårdval inom primärvården.²⁸

Icke-valsalternativen

När vårdvalssystemet infördes valde de flesta landsting att lista samtliga invånare på de vårdcentraler som fanns etablerade. Listningen skedde enligt ett icke-valsalternativ, exempelvis tidigare listor, områdesansvar, besöksstatistik och närhetsprincip. Nu listas enbart nyinflyttade, nyfödda och de som flyttat inom landstinget enligt icke-valsalternativet. I ett flertal landsting har justeringar

²⁶ Direktiv 2010:71

²⁷ SOU 2011:55 s.31

²⁸ KKV (2011)

gjorts så att nyfödda listas på samma vårdcentral som modern om inget aktivt val görs.

Dalarna har sedan starten av vårdvalet ändrat icke-valsalternativet från egenregion till närhetsprincipen. Anledningen var att man ansåg att den egna regionen inte ska favoriseras. Även Norrbotten har gjort samma ändring från den 1 januari 2012 (se tabell 13).

Gotland, Kronoberg, Stockholm, Tiohundra-nämnden i Norrtälje och Uppsala skiljer sig från övriga landsting genom att endast aktiva val listas. Det innebär att om invånarna inte aktivt listar sig vid en vårdcentral förblir de olistade. På så vis får ingen vårdcentral ersättning för invånare som inte aktivt listat sig.

Tabell 13 Listningsprinciper för nyinflyttade och nyfödda 2011

Landsting	Enbart aktiva val listas	Närhetsprincipen	Egen regin
Gotland	X		
Kronoberg	X		
Stockholm	X		
Tiohundraämnden	X		
Uppsala	X		
Blekinge		X	
Dalarna		X ¹	
Gävleborg		X	
Halland		X	
Jämtland		X	
Jönköping		X	
Kalmar		X	
Skåne		X	
Sörmland		X	
Värmland		X	
Västerbotten		X	
Västernorrland		X	
Västmanland		X	
Västra Götaland		X	
Örebro		X	
Östergötland		X	
Norrbottn			X*
Samtliga	5	16	1

* Avser även en LOU-upphandlad vårdcentral i Vittangi i privat regi. Från och med 1 januari 2012 gäller närhetsprincipen.

¹ Infördes 2011 (tidigare tilldelades egna regin passivt listade invånare)

Källa: Konkurrensverket

Ersättningssystemen

Endast Kronoberg har valt att förändra ersättningssystemets utformning för 2011. Ett flertal landsting planerar dock att förändra och justera kapiteringsdelen i framtiden genom att införa ACG och/eller CNI.

Den ersättning som vårdcentralerna får för utförd vård baseras på en del fast och en del rörlig ersättning. Den fasta ersättningen kallas för kapiteringsersättning och baseras på hur många listade patienter vårdcentralen har. Ersättningen per patient beror på hur vårdtung patienten är (ACG), ålder och socioekonomiska faktorer (CNI) som exempelvis social status och bostadsort.

Kapiteringsersättningen kan även innefatta glesbygdsersättning, vilket är en speciell ersättning som vårdcentralerna får om mottagningen ligger i sådant specifikt område. Ersättningssystemets utformning ser olika ut för alla landsting. Se tabell 14 för mer utförlig redovisning.

Den rörliga delen av ersättningen baseras på det antal besök som patienten gör. Ersättningssystemen bygger även på målrelaterad ersättning som kan avse exempelvis täckningsgrad. Generellt anges täckningsgrad som vårdcentralens andel av listade invånares totala konsumtion av öppenvård. Övriga målrelaterade ersättningar innefattar vanligen ett flertal medicinska kvalitetsindikatorer där ett målvärde anges.

Kronoberg har ändrat kapiteringsdelen från ålder till ACG och CNI och har även förändrat ersättningsmodellen för målrelaterad ersättning. Den målrelaterade ersättningen sker nu inte bara för täckningsgrad utan också för övriga mål, exempelvis uppfylld kvalitet.

Ett flertal landsting har planer på att revidera ersättningsmodellen från och med 2012 och 2013. Blekinge, Gotland, Sörmland och Västernorrland överväger att förändra sin kapiteringsdel och införa

ACG och/eller CNI. Anledningen till dessa förändringar är att landstingen vill att ersättningsdelen ska bli mer rättvis och att vårdcentraler som har vårdtunga patienter listade vid sin enhet ska få större ersättning.

Västmanland och Värmland har båda ökat andelen ACG i sina kapiteringsmodeller. Västmanland har även ökat andelen CNI. Västmanland har haft problem med att nya vårdcentraler varit tvungna att lägga ner på grund av att en stor andel vårdtunga patienter valt att lista sig vid nyetablerade vårdcentraler.

Flera landsting funderar på att ta bort ålder ur kapiteringsdelen då landstingen anser att ålder inte nödvändigtvis speglar hur vårdtunga patienterna är. Det finns exempelvis många unga som är sjuka och många äldre som är friska. Detta innebär att ersättningen inte är rättvis ur ett vårdtyngdsperspektiv.

Norrbottnen planerar att revidera ersättningssystemet för 2012 genom att införa täckningsgrad för målrelaterad ersättning. Tanken är att upprätthålla det förebyggande arbetet av kvaliteten på vården.

Ett flertal landsting har glesbygdsersättning som är till för att främja vårdcentraler som etablerar sig i mindre tätbefolkade områden. I Jämtland inkluderas numera ersättningen för jour och beredskap i glesbygds- och kapiteringsersättningarna.

Tabell 14 Ersättningssystemens utformning 2011

Landsting	Kapiterings- ersättning			Gles- bygds- ersättning	Besöks- ersättning (listade)	Mål- relaterad ersättning	
	Ålder	ACG	CNI			Täckn. grad	Övriga mål
Blekinge	X					X	X
Dalarna		X	X	X	X	X	X
Gotland	X ¹				X	X	
Gävleborg	X		X	X	X	X	X
Halland	X				X	X	X
Jämtland	X		X	X	X ²		X
Jönköping	X		X	X	X	X	X
Kalmar	X		X		X	X	X
Kronoberg		X*	X*	X	X	X	X*
Norrbottn	X		X	X	X		
Skåne	X ³	X	X			X	X
Stockholm	X				X	X	X
Sörmland	X		X	X	X	X	X
Tiohundra- nämnden	X				X	X	X
Uppsala	X			X ⁴	X		X
Värmland	X	X	X	X			X
Västerbotten	X		X	X	X		X
Västernorrland	X		X	X	X		X
Västmanland	X		X		X		X
Västra Götaland	X	X	X	X		X	X
Örebro	X		X	X	X		X
Östergötland	X		X	X	X	X	X
Samtliga	20	5	16	14	18	14	20

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

² Ersättning utgår inte för frikortsbesök eller andra 0-kvitton

³ Gäller endast läkemedelsersättning.

⁴ Patienter boende i vissa geografiska områden genererar ett extra påslag på kapiteringsersättningen.

* Infördes 2011 Källa: Konkurrensverket

6.2 Landstingens erfarenheter

Många landsting är nöjda med att tillgängligheten har ökat och att patientbemötandet har förbättrats till följd av vårdval. Flera landsting är också nöjda med att uppdragen har tydliggjorts i vårdvalssystemen.

Ökat patientfokus och tydligare uppdrag

Flera landsting anger att medvetenheten om konkurrensen har lett till högre patientfokus, ökad tillgänglighet och bättre patientbemötande. Vårdgivare är mer måna om att patienter ska välja att lista sig hos dem. I Tiohundraämnden i Norrtälje ser man redan en sådan effekt, exempelvis avseende antalet utförda besök per listad patient och telefontillgänglighet.

I Västra Götaland har etableringar skett i områden där landstinget inte förväntat sig nyetableringar. Även i Jönköping har etableringarna skett i områden där det tidigare varit svårt att bemanna vårdcentraler.

Många landsting är nöjda med det sätt de har formulerat uppdragen på i vårdvalssystemen. I några landsting nämns även att de krav och villkor som gäller gentemot vårdgivare har blivit tydligare till följd av att uppdraget har preciserats. Tiohundraämnden i Norrtälje uttrycker till exempel att villkoren har blivit mer standardiserade och transparenta.

Även Kalmar menar att villkoren har blivit tydligare. Detta har lett till att det har blivit lättare för landstinget att följa upp kraven. Kalmar nämner också att det från patienternas sida har blivit tydligare vad vårdcentralerna ska erbjuda för tjänster.

Avsaknaden av listningstak är inget problem i praktiken

Vårdgivare i vårdvalssystemen är i princip skyldiga att ta emot alla patienter som listar sig hos dem. Många landsting har dock infört en möjlighet att tillåta vårdgivare att tillämpa tillfälliga listningstak när situationen kräver det. Ett tillfälligt listningstak kan exempelvis komma i fråga när den medicinska säkerheten riskerar att bli lidande till följd av en alltför hög patienttillförsel.

Flera landsting menar att avsaknaden av tak för hur många patienter som kan lista sig vid en vårdcentral inte medför några praktiska problem för vårdgivarna. I ett fåtal landsting har det förekommit att tillfälliga listningstak har beviljats enskilda vårdgivare. Enstaka vårdgivare har dock drabbats av problem med en ohanterlig patienttillförsel även efter att ett tillfälligt listningstak har upphört att gälla.

Vårdgivare i vårdvalssystemen samarbetar i varierad omfattning

Samarbeten mellan privata och offentliga vårdgivare förekommer. Det rör sig då ofta om att de privata vårdgivarna köper tjänster från de offentliga, exempelvis BVC och MVC. I vissa landsting samarbetar de offentliga vårdcentralerna uteslutande med varandra. Motsvarande gäller i vissa fall avseende de privata vårdgivarna.

Samarbeten mellan de privata vårdgivarna handlar ofta om att vårdgivarna går ihop och delar på vissa specifika resurser, exempelvis psykologer, arbetsterapeuter och kuratorer.

I några landsting har de privata vårdgivarna samordnat sig i föreningar eller branschråd. Samordning kring jourverksamhet och öppettider på kvällar och helger förekommer också.

Ojämn medverkan i verksamhetsövergripande insatser

Många landsting menar att kostnadsmedvetenheten har lett till att det är svårt att förmå privata vårdgivare att delta i olika typer av verksamhetsövergripande aktiviteter. Ofta hamnar ansvaret för den typen av arbete av tradition på egenregiverksamheten. Landstingen har dock utvecklat olika modeller för att lösa problemet:

I Östergötland har en utvecklingspott införts från vilken vårdgivare kan äska pengar för deltagande i verksamhetsövergripande insatser. Västerbotten har en liknande lösning, där medel har avsatts för utvecklingsarbete inom exempelvis vårdomsorg för äldre och hälsofrämjande insatser.

Kronoberg och Jämtland har avsatt pengar till övergripande aktiviteter och projekt. Detta innebär att vårdgivare ersätts för medverkan i exempelvis läkemedelskommittéer eller utbildning.

Andra landsting har inkluderat verksamhetsövergripande insatser i uppdraget, exempelvis genom att ställa krav på ett visst antal timmars medverkan i verksamhetsövergripande aktiviteter.

Uppföljning är ett utvecklingsområde

Metoder för uppföljning av vårdgivare och intensiteten av uppföljningsinsatser varierar mellan landstingen. Det förekommer landsting där uppföljningsarbetet i dagsläget begränsas till kontroll av nyetablerade vårdgivare. Andra landsting genomför löpande omfattande uppföljningsinsatser, med platsbesök, avtalsuppföljning och medicinsk revision.

Många landsting bedömer att fler insatser skulle behöva göras för att uppföljningen inte ska bli eftersatt. Det finns en önskan i landstingen att besöka vårdcentralerna i högre utsträckning samt att genomföra en mer kontinuerlig uppföljning. I vissa landsting

efterfrågas ett mer utvecklingsorienterat uppföljningsarbete, med fler dialogmöten och mer diskussion kring förbättringspunkter.

Bland annat Örebro påtalar att man bör sträva efter en bättre redovisning för befolkningen av resultatet avseende kvalitet i vården. Västra Götalandsregionen anger att det inom en snar framtid ska finnas en jämförelsetjänst för patienter, där kvalitetsdata för varje enskild aktör ska finnas tillgänglig.

7 Inträdeshinder

Hur listningen av invånare gick till vid införandet av vårdvalssystemen har störst betydelse för var det etablerats nya privata vårdcentraler. Privata vårdgivare anser att vårdvalssystemen inte är konkurrensneutrala och att delar av utformningen utgör inträdeshinder.

För en väl fungerande konkurrens är det viktigt att nya aktörer kan få tillträde till marknaden. Ett ständigt hot från potentiella nya aktörer kan sätta press på befintliga aktörer och skapa en väl fungerande konkurrens, trots att antalet aktörer på marknaden är begränsat. Vilken konkurrens som råder på en marknad handlar därför inte bara om antalet aktörer utan också om vilka etableringshinder som finns.²⁹

I tidigare rapporter har vi pekat på att den ersättningsmodell som används av nästan alla landsting, där ersättningen i huvudsak utgörs av en fast ersättning per listad invånare (kapitering), kan göra det svårt för nya aktörer att träda in. Modellen innebär nämligen att samtliga invånare i ett landsting fördelas ut på de vårdcentraler som fanns när systemet infördes, och att de sedan ligger kvar på samma vårdcentral fram till dess de gör ett aktivt val av någon annan vårdcentral. Nya aktörer som träder in senare måste snabbt locka till sig tillräckligt många invånare för att nå lönsamhet.

²⁹ Carlton & Perloff (2000) sid 76

7.1 Privata vårdcentraler som etablerats efter införandet av vårdval har färre listade patienter

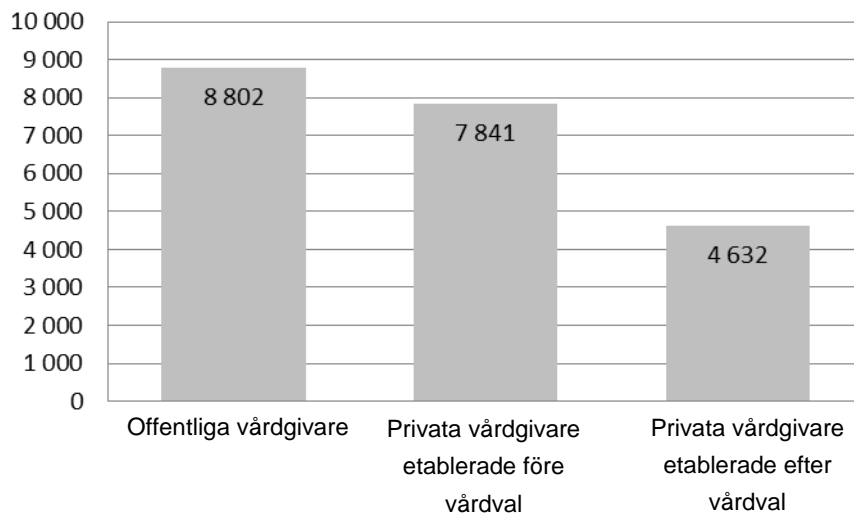
Privata vårdcentraler som etablerats efter vårdvalet har i genomsnitt bara drygt hälften så många listade patienter som offentliga vårdcentraler. Privata vårdcentraler som hade etablerats före vårdvalet har däremot nästan lika många listade patienter som de offentliga.

Offentliga vårdcentraler har i genomsnitt ungefär 8 800 listade patienter. Privata vårdcentraler som etablerats *innan* vårdvalet är i genomsnitt något mindre, omkring 7 850 listade patienter. Skillnaden motsvarar elva procent eller omkring 1 000 listade patienter.

Privata vårdcentraler som etablerats *efter* vårdvalet är däremot avsevärt mindre. Dessa vårdcentraler har i genomsnitt omkring 4 600 listade patienter, vilket innebär att de bara är drygt hälften så stora som de offentliga vårdcentralerna.

Att det skiljer sådan stor mängd patienter kan bero på att det tar tid att etablera en mottagning och bygga upp ett förtroende hos patienterna. En annan anledning kan vara att de valt att etablera sig på en geografisk plats där det inte finns något stort patientunderlag.

I diagram 7 redovisas antal listade i genomsnitt per vårdcentral. Siffrorna baseras på antal listade patienter i maj 2011 och visar hur antal listade patienter fördelas på privata och offentliga vårdcentraler, etablerade före och efter vårdval.

Diagram 7 Antal listade patienter i genomsnitt per vårdcentral³⁰

7.2 Listningen vid införandet av vårdvalssystemen har stor betydelse

Den passiva listningen vid införandet av vårdvalssystem har en påverkan på var de privata vårdcentralerna etablerats.

Detta avsnitt baseras på uppdragsforskningsrapporten *Inträdeshinder för privata vårdgivare*.³¹

Listningsprincipen påverkar etableringen

När vårdvalet infördes valde ett flertal landsting att lista samtliga invånare. I vissa landsting listades dessa invånare enbart hos redan etablerade vårdcentraler. I andra landsting fick vårdcentraler som

³⁰ Källa: Omvård.se (2011). Bearbetning Konkurrensverket

³¹ Lundvall et al (2011)

skulle starta upp i samband med vårdvalet även ta del av denna initiala listning.

I de regioner där nyetablerade fick andel av den passiva listningen vid införandet av ett vårdvalssystem finns en positiv effekt på antalet nyetablerade vårdgivare. Det sker fler nyetableringar i dessa regioner än i regioner som valt att endast fördela passivt listade patienter på de vårdgivare som fanns etablerade innan vårdvalet infördes.

Hur den passiva listningen vid införandet av ett vårdvalssystem har gått till är den faktor som haft störst betydelse för antalet nya vårdcentraler som etableras i vårdvalssystemet.

Krav på administrativa system visar på signifikans

Krav på anslutning till administrativa system visar ett positivt samband. I regioner där man ansett att det finns ett problem gällande kravet på system har det skett relativt många nyetableringar. Detta kan bero på att samarbetet med andra vårdcentraler blir enklare om det föreligger krav på administrativa system.

Antalet besök på vårdcentral påverkar etableringstakten

I de regioner där det sker ett relativt stort antal besök hos vårdcentralerna finns en signifikant positiv påverkan på antalet nyetableringar. Ju fler patienter som gör många vårdbesök desto fler vårdcentraler väljer att etablera sig i dessa regioner.

7.3 Leverantörernas erfarenheter

Leverantörer i vårdvalssystemen anser att vårdvalssystemen inte är konkurrensneutrala och att delar av utformningen utgör inträdeshinder. Exempel som lyfts fram är tillvägagångssättet för den passiva listningen, kravet på åtagande och svårtolkade regelböcker.

Företag som driver vårdcentraler och övriga intressenter har kunnat lämna synpunkter på vårdvalet via vår hemsida. De svar som kommit in bekräftar i allt väsentligt den bild vi haft tidigare. Framför allt handlar synpunkterna om bristande konkurrensneutralitet, det vill säga att landstingen på olika sätt anses gynna sina verksamheter i egen regi. Totalt har ett drygt tjugotal synpunkter kommit in.

Den passiva listningen upplevs inte som konkurrensneutral

Några företag anser att den passiva listningen inte är konkurrensneutral för mindre vårdcentraler. Uppfattningen bland leverantörerna är att många av patienterna blir passivt listade hos den egna regin. Detta leder till att nyetablerade företag som inte får ta del av den passiva listningen får det svårare att konkurrera med större och redan etablerade vårdföretag. Då de flesta landsting betalar ut stor andel kapitationsersättning och en mindre andel rörlig ersättning ses detta som ett problem.

En annan synpunkt angående listningsförfaranden är att när en landstingsdriven vårdcentral tas över av en privat följer de listade patienterna med automatiskt till den nya vårdcentralen. Detta ses inte som konkurrensneutralt eftersom vårdcentralen får förtur till patienter.

Ytterligare en kommentar från hemsidan är att det är svårt för yngre doktorer att starta en verksamhet då det tar lång tid att samla ihop

en patientlista som är stor nog för att mottagningen ska bära ekonomiskt.

Stora krav på åtagande och bemanning missgynnar de mindre företagen

Leverantörer beskriver att det är svårare att starta upp en vårdcentral i landsting där stora åtaganden krävs. Stora krav och brist på kapital leder till etableringssvårigheter.

Vidare nämns problemet med landstingens krav på bemanning med olika specialiteter, krav på deltagande personal, deltagande i jour-system samt de ökade administrativa kraven. Detta leder till att det nästintill är omöjligt för en liten vårdcentral med en eller två läkare att etablera sig.

Egna regin tillåts att drivas med förlust

Privata vårdgivare anser att det inte är konkurrensneutralt att den egna regin tillåts att drivas med förlust och att detta innebär att små företag inte har samma förutsättningar för att driva ett vårdföretag. En annan synpunkt från en privat vårdgivare är att landstingen ger den egna regin högre ersättning än till privata vårdgivare.

Frågan om konkurrensneutralitet behandlas mer utförligt i kapitel 8.2.

Landstingen behåller vissa verksamheter i egen regi

Flera leverantörer har påtalat att de är missgynnade av att vissa delar av vården inte ingår i vårdvalssystemet utan bedrivs enbart vid landstingens egna vårdcentraler.

Ett exempel är mödravården i Västra Götaland, som ligger utanför vårdvalet och hanteras av den egna regins vårdcentraler. Det finns

visserligen inget som hindrar gravida att fortsätta gå hos privata vårdcentraler, men man menar att många väljer att lista om sig och sina barn till den landstingsdrivna vårdcentralen. För andra vårdcentraler blir det svårt att attrahera patienter till sina BVC-mottagningar.

Landstingen begränsar vårdgivares möjlighet att välja utförare av IT- och labbtjänster

I vissa landsting har vårdcentralerna inte möjlighet att själva välja leverantörer av exempelvis IT-tjänster och labbtjänster. I dessa landsting är vårdaktörerna tvungna att använda sig av landstingets laborativverksamhet eller den verksamhet som landstinget har upphandlat, vilket inte alltid är det billigaste alternativet.

Utbetalning av ersättning sker för sent

Från två håll har det kommit in klagomål på hur landstinget betalar ut ersättningen till de privata vårdcentralerna. Enligt avtal ska ersättning betalas ut i efterskott, vilket har tolkats av landstinget som den sista i månaden efter. Ersättningen dröjer därmed i nästan två månader. Detta försvårar för små och nystartade vårdcentraler då kravet på likviditet ökar.

Tolkning av förfrågningsunderlaget

Flera vårdgivare har påpekat att förfrågningsunderlagen är komplicerade i vissa landsting. En privat vårdgivare anser att svårigheter att tolka förfrågningsunderlaget i två fall har lett till utebliven ersättning. I ett fall handlade det om problem med datasystem och i vilket format fakturorna skulle skickas i. Det har även varit svårt att tolka vad som krävs vid uppstart och godkännande av vårdcentral och konsekvensen av detta blev att uppstarten blev uppskjuten i elva månader.

I ett landsting förekommer krav på tillsvidareanställning av läkare för att vårdcentraler ska få behörighet att använda landstingets system, vilket en vårdgivare anser är konkurrensbegränsande för små- och medelstora företag.

Förutsättningarna och upplägg för bedrivande av vård förändras löpande. En privat vårdtagare anser att det ofta tillkommer nya tillägg som ska ingå i åtagandet, men för samma ersättning. Detta bidrar till att det är svårt att skapa en budget då förutsättningarna ofta ändras.

7.4 Förväntningar om nyetableringar

Företagens egna förväntningar på om det kommer att etableras fler vårdcentraler i de landsting där de redan är verksamma är inte någon bra indikator för hur många som verkligen etableras.

Det kan vara svårt för en utomstående att bedöma om det är lönsamt att etablera sig i ett vårdvalssystem. Förutsättningarna beror dels på de krav och villkor som ställs, men också på vilka som redan är etablerade samt på andra lokala faktorer. Det borde vara lättare för de aktörer som redan är etablerade att bedöma om villkoren är sådana att det kommer att ske fler etableringar.

Hösten 2010, i samband med ett tidigare regeringsuppdrag, frågade vi företag som redan drev vårdcentraler i vårdvalssystem om hur de trodde att antalet vårdcentraler skulle utvecklas i de landsting där de var verksamma. Vi har därför kunnat jämföra företagens förväntningar med ökningen av antalet privata vårdcentraler i varje landsting under det gångna året.³²

³² Markör Marknad och Kommunikation (2010)

Det är dock svårt att urskilja några tydliga samband mellan företagens förväntningar och antalet nya privata vårdcentraler. I de två landsting där förväntningarna var mest positiva, Gävleborg och Uppsala, trodde 67 respektive 63 procent av företagen att antalet vårdcentraler skulle öka i dessa landsting. Efter ett år har antalet privata vårdcentraler ökat med två respektive en vårdcentral i dessa landsting, vilket motsvarar fyra respektive två procentenheter.

I de landsting där företagen var minst positiva har antalet nya vårdcentraler inte varit märkbart lägre än i andra landsting. I de fyra landsting där inga företag förväntades sig att några nya vårdcentraler skulle uppstå har antalet privata vårdcentraler ökat i tre (Dalarna, Kalmar och Sörmland) och varit oförändrat i det fjärde (Gotland).

Även i de fyra landsting där mer än en fjärdedel av företagen förväntade sig att antalet vårdcentraler skulle minska har antalet privata vårdcentraler ökat i tre (Kalmar, Västra Götaland och Skåne) och varit oförändrat i ett (Gotland).

Vi kan således konstatera att förväntningarna om antalet nya vårdcentraler hos företag som redan driver vårdcentraler åtminstone hittills inte verkar vara någon bra indikator på hur många vårdcentraler som kommer att etableras.

8 Konkurrensneutralitet

I fler än hälften av landstingen beräknas egenregin redovisa en förlust för år 2011. I några landsting går i stort sett alla vårdcentraler i egen regi med underskott. I andra landsting dras resultatet ned av vårdcentraler i glesbygd som har ett otillräckligt underlag i förhållande till ersättnings-systemet. I samtliga landsting instämmer dock både beställare och egenregiverksamheter i att villkoren i vårdvalssystemen bör vara likvärdiga för privata och offentliga vårdgivare, och man säger sig arbeta för att åstadkomma en likvärdig behandling.

8.1 Privata vårdgivare misstror vårdvalssystemen

Privata vårdgivare anser att landstingen ger den egna regin fördelar exempelvis genom ersättningar vid sidan om vårdvalssystemen eller att de tillåts gå med ständiga underskott. Men även offentliga vårdcentraler anser sig vara missgynnade på olika sätt.

En återkommande synpunkt från privata vårdgivare är att landstingen gynnar sina verksamheter i egen regi på olika sätt. Vi har redogjort för detta i tidigare rapporter och det framgår även av de synpunkter som redovisas i kapitel 7.3. Framför allt handlar synpunkterna om att landstingens vårdcentraler kan utnyttja landstingets kapacitet och resurser och att verksamheterna inte behöver klara sig på ersättningarna i vårdvalssystemen utan kan gå med upprepade förluster. En annan uppfattning hos de privata vårdgivarna är att landstingen inte informerar dem i samma utsträckning som den egna regin.

Uppfattningen att den ena parten har konkurrensfördelar i förhållande till den andra förekommer även hos offentliga vårdcentraler. De offentligt drivna verksamheterna upplever exempelvis att det är orättvist att de privata utförarna har större frihet och

utrymme att erbjuda vissa typer av tjänster. Privata utförare kan kombinera husläkarverksamheten med annan verksamhet, exempelvis företagshälsovård, vilket upplevs som en konkurrensfördel.

8.2 Granskning av landstingens redovisning av egenregiverksamheter i vårdvalssystemen

En granskning av landstingens redovisning visar att alla landsting har en tydlig redovisning av egenregin i vårdvalet. Däremot rapporteras inte alltid resultaten för olika vårdcentraler till ansvariga nämnder och styrelser. I fler än hälften av landstingen beräknas egenregin som helhet redovisa en förlust år 2011.

Ända sedan vårdvalssystemen började införas har privata leverantörer hävdade att landstingen inte tillämpar samma villkor för den egna regin som för privata leverantörer, och att egenregin särbehandlas och subventioneras på olika sätt. Subventionerna anses uppstå bland annat genom att den egna regin inte behöver bära sina fulla kostnader för lokaler, IT-system och personal eller att man låter den egna regin gå med underskott år efter år.

Vi har därför låtit två revisionskonsulter göra en granskning av landstingens ekonomiska redovisning av primärvårdsverksamhet i egenregi. Konsulterna har besökt samtliga landsting och träffat ledningen för egenregiverksamheten och personer som ansvarar för redovisningen av primärvården i egen regi och för landstingets centrala ekonomi.

Ett viktigt syfte med besöken har varit att inte bara diskutera siffror utan att få en förståelse för egenregiverksamheternas uppdrag och förutsättningar. En genomgripande frågeställning har varit om egenregin står för alla sina kostnader och om det förekommer andra ersättningar än från vårdvalssystemet. Några av de frågor som diskuterats är:

- Finns en tydlig ekonomisk redovisning avseende egenregiverksamheten inom vårdvalet?
- Finns en modell för att fördela ut relevanta overhead-kostnader och andra gemensamma kostnader inom landstinget? Hur undviks så kallade fria nyttigheter?
- Har landstingen för egen del klargjort innebörden av konkurrensneutralitet och likvärdiga villkor? Avser detta varje enhet inom landstinget eller den samlade egenregiverksamheten?
- Hur hanterar landstingen egenregiresultatet mellan åren? Tillåts egenregin att gå med förlust?
- Förekommer det någon form av särskilda ersättningar, direkta eller indirekta, till egenregiverksamheten?
- Har egenregiverksamheten några särskilda uppdrag eller särskilt ansvar inom eller i anslutning till vårdvalet?
- Hur har landstinget beräknat ersättningsnivåer för primärvården, och är detta transparent för vårdgivarna?

Av revisionskonsulternas berättelse framgår att den ekonomiska redovisningen varierar mellan landstingen, både vad gäller omfattning och kvalitet. En viktig iakttagelse är att man i samtliga landsting säger sig ha eller sträva efter en kostnadsneutralitet och likabehandling mellan privata och offentliga mottagningar inom vårdvalssystemen. Däremot finns det en del viktiga skillnader i hur detta hanteras i praktiken. I några landsting går det sedan länge att följa resultat för enskilda mottagningar, med utvecklade system för att fördela gemensamma kostnader. I andra landsting har man inte alls kommit lika långt.

I alla landsting gäller att egenregiverksamheten i princip ska klara sig på de ersättningar som betalas ut inom ramen för vårdvalssystemet. I några landsting har det också formulerats ett avkastningskrav på egenregin och i vissa fall även policys för hur eventuella över- och underskott ska hanteras. I de flesta fall innebär dessa policys att ett eventuellt underskott sätts upp som en särskild balanspost som måste regleras inom tre år.

I många avseenden finns det alltså formaliserade rutiner och ett regelverk som innebär att egenregiverksamheten ska verka på samma villkor som privata leverantörer i vårdvalssystemen. Men av diskussionerna med tjänstemännen i landstingen framgår att det inte riktigt fungerar så.

I de flesta landsting gavs exempel på att egenregin, formellt eller informellt, har förväntningar utöver det uppdrag som formulerats i vårdvalssystemen. Framför allt handlar det om att egenregin måste bedriva vissa verksamheter (till exempel vissa vårdcentraler i glesbygd) trots att ersättningssystemen inte anses ge full kostnads-täckning. Hur denna styrning går till varierar. Det handlar om allt från formella beslut i landstingsstyrelsen och interna direktiv till mer eller mindre tydliga önskemål som förs fram av ledande politiker eller landstingsdirektörer.

I fler än hälften av landstingen beräknas egenregin som helhet redovisa en förlust år 2011. De flesta landsting har dock inte "balansräkningar" för primärvården i egenregi, vilket innebär att varken underskott eller överskott förs över till nästkommande år. I några landsting äger primärvården sina ekonomiska resultat, vilket innebär att ett underskott ett år kan arbetas in genom ett överskott kommande år. Det förekommer också balansposter för enskilda verksamheter, vilket innebär att vårdcentraler för med sig delar av över- eller underskott till nästkommande år.

Vårdvalssystemen förändrar förutsättningarna för politisk styrning

En vanlig kommentar bland de tjänstemän som intervjuats är att politikerna har beslutat att införa valfrihetssystem enligt LOV, men att de inte förstått att det samtidigt också påverkar deras egna möjligheter till styrning.

Att landstingsledningen kan ändra villkoren är i sig inget konstigt, och detsamma torde gälla även privata organisationer. Men i ett valfrihetssystem ska villkoren vara likvärdiga för alla leverantörer. Det finns visserligen inget som hindrar att en landstingsledning beslutar att en viss verksamhet ska tilldelas tilläggsuppdrag. Där-
emot uppstår det problem om egenregiverksamheten tvingas att driva en viss vårdcentral vars kostnader inte täcks av den ersättning som ges enligt vårdvalssystemet. Varje försök att kompensera egenregin för eventuella förluster innebär en risk att landstinget agerar i strid mot de principer som följer av LOV.

Det är naturligtvis möjligt för egenregiverksamheterna att bedriva verksamheter utanför vårdvalssystemen. Men för att undvika snedvridningar är det viktigt att landstingen formulerar tydliga uppdrag och särredovisar kostnaderna så att det går att kontrollera att ersättningarna inte används för att subventionera verksamheter som omfattas av vårdvalssystemen.

9 Slutsatser och förslag

Vårdvalet har inneburit att det finns goda förutsättningar för kvalitetskonkurrens mellan vårdcentralerna i stora delar av Sverige. För att denna kvalitetskonkurrens ska bestå och utvecklas måste landstingen fortsätta att följa upp och utveckla vårdvalssystemen. Många landsting behöver förbättra informationen till invånarna om vårdvalet och om vårdcentralerna.

9.1 Valfrihet för invånare och patienter

De flesta invånare har förutsättningar att kunna välja den vårdcentral som de anser erbjuder bäst kvalitet; de känner till möjligheten att välja, de har minst två vårdcentraler inom rimligt avstånd och de har tillräcklig information om alternativen. De flesta anser också att de har gjort ett aktivt val av vårdcentral.

Vårdvalet har skapat förutsättningar för kvalitetskonkurrens

I inledningen av rapporten skriver vi om förutsättningarna för kvalitetskonkurrens. För att ett vårdvalssystem ska leda till konkurrens mellan vårdcentralerna måste invånarna känna till att de har möjlighet att välja vårdcentral, de måste ha minst två alternativ att välja mellan och de måste ha tillräcklig information om alternativen.

Vi kan nu konstatera att dessa förutsättningar är uppfyllda i stora delar av Sverige.

- Möjligheten att välja vårdcentral är väl känd av invånarna i samtliga landsting. Andelen varierar mellan 81 och 99 procent och är i genomsnitt 92 procent av alla tillfrågade.
- De flesta har minst två vårdcentraler inom rimligt avstånd. För 79 procent av invånarna i Sverige tar det mindre än fem

minuter längre tid att åka till en annan vårdcentral än den som ligger närmast.

- 64 procent av de tillfrågade anser att de haft tillräcklig information för att göra ett aktivt val av vårdcentral. I några landsting är andelen högre än 75 procent, men det förekommer landsting där färre än hälften anser att de fått tillräcklig information.

I stora delar av landet finns det alltså förutsättningar för att det ska uppstå konkurrens mellan vårdcentralerna om att attrahera patienter. Eftersom priset redan är bestämt konkurrerar vårdcentralerna med sådana former av kvalitet som går att observera för en patient, till exempel bemötande, tillgänglighet, kompetens eller "det lilla extra".

Däremot är det svårt för patienterna att värdera vårdens medicinska kvalitet. Vårdvalssystemen förutsätter därför att denna bevakas och följs upp av landstingen och av berörda tillsynsmyndigheter.

Tre av fyra anser att de har gjort ett aktivt val av vårdcentral

I de flesta landsting har alla invånare blivit listade på en vårdcentral. De invånare som inte har angett vilken vårdcentral man vill vara listad på har i så fall listats enligt ett icke-valsalternativ, vilket i de flesta fall innebar den vårdcentral de gått till tidigare eller den som ligger närmast bostaden.

Enligt vår enkät till invånare i samtliga landsting anser 76 procent av de tillfrågade att de har gjort ett aktivt val av vårdcentral. Vi anser att 76 procent aktiva val bör ses som en hög andel och att vårdvalsreformen kan ses som en relativt lyckad reform, med goda förutsättningar för att bidra till en fortsatt kvalitetskonkurrens och mångfald i primärvården.

Tillgången till information är det största hindret

Av de tre förutsättningarna för kvalitetskonkurrens som vi pekar på är tillgång till information den som saknas i högst utsträckning. I Örebro och Uppsala anser mindre än hälften av de tillfrågade att de haft tillräcklig information för att kunna göra ett aktivt val, och i Stockholm är andelen bara 51 procent.

Att ha tillräcklig information är mycket viktig för benägenheten att göra aktiva val. Av de som anser att de haft tillräcklig information anser 82 procent att de gjort ett aktivt val, vilket kan jämföras med endast 40 procent av de som inte haft tillräcklig information.

Vi kan därför dra slutsatsen att en fortsatt och utvecklad informationsinsats behövs för att kvalitetskonkurrensen ska upprätthållas.

De flesta kan välja mellan minst två vårdcentraler inom ett rimligt avstånd

Det finns anledning att anta att avståndet mätt i restid är en mycket viktig faktor vid valet av vårdcentral. För 99 procent av invånarna i Sverige är avståndet till den närmaste vårdcentralen mindre än 20 minuter.³³ Ju större skillnaden är i restid mellan två vårdcentraler, desto större skillnad i upplevd kvalitet bör krävas för att invånarna ska välja en vårdcentral som innebär längre restid.

I vår kartläggning har vi antagit att upp till fem minuters längre restid bör vara acceptabelt. 79 procent av invånarna i Sverige har en annan vårdcentral mindre än fem minuter längre bort än den närmaste.

³³ Tillväxtanalys (2011)

Skillnaderna är stora mellan olika delar av Sverige. I Stockholm har 94 procent av invånarna mindre än fem minuter längre till en annan vårdcentral än till den närmaste. Beräkningen bygger på invånarnas bostadsadress. Om man även tar hänsyn till att många invånare har nära till andra vårdcentraler under resor till och från arbetet och andra resor skulle andelen troligen öka.

Lite drygt två procent av befolkningen, eller omkring 205 000 personer, har mer än 20 minuter längre bilresa till den näst närmaste vårdcentralen än till den närmaste. För dessa krävs troligen en avsevärd skillnad i upplevd kvalitet för att de ska välja en annan vårdcentral.

Fler vårdcentraler ger bättre omdömen i kundnöjdhetsmätningar

Ett tecken på att vårdvalet har lett till kvalitetskonkurrens är att den patientupplevda kvaliteten är högre ju fler nyetableringar av vårdcentraler som skett inom ett område. Även om nyetableringarna i huvudsak är privata tenderar bedömningen av de offentliga vårdcentralerna också att bli bättre. En förklaring kan vara att de nya vårdcentralerna bidragit till högre konkurrens mellan vårdcentralerna i närområdet, vilket gjort att även offentliga vårdcentraler höjt sin kvalitet.³⁴

³⁴ Lundvall et al (2011) sid 22

9.2 Utbudet av vårdcentraler har ökat

Antalet vårdcentraler har ökat med 19 procent eller 190 vårdcentraler sedan vårdvalet genomfördes. Ökningen har skett i samtliga landsting utom Örebro, Tiohustranämnden i Norrtälje och Östergötland.

Sedan vårdvalet infördes i de olika landstingen har 267 nya vårdcentraler startat medan 77 har lagts ned. Det totala antalet vårdcentraler, inklusive filialer, har ökat med 190 till 1 213 stycken.

Huvuddelen av ökningen skedde i samband med införandet av vårdvals-system i respektive landsting, men antalet vårdcentraler ökar fortfarande om än i långsammare takt. 22 vårdcentraler har tillkommit under det senaste året.

En övervägande del av nyetableringarna har skett i större städer och deras kringområden, vilket är naturligt eftersom de flesta invånare bor i dessa områden. Endast en vårdcentral har tillkommit i glesbygd. Även om antalet vårdcentraler i glesbygdsområden inte har ökat nämnvärt i samband med vårdvalsreformen har antalet inte heller minskat.

9.3 Mångfald

De flesta vårdcentraler drivs fortfarande i offentlig regi, men allt fler drivs av privata företag. De flesta företag driver enbart en vårdcentral, men det finns också företag som driver ett stort antal vårdcentraler. Den tydligaste skillnaden är variationerna i storlek.

Fortfarande drivs 60 procent av alla vårdcentraler i offentlig regi. Så gott som alla nya vårdcentraler som tillkommer drivs däremot av privata vårdgivare.

Vårdcentralerna drivs av 247 olika vårdgivare, varav 22 utgörs av landstingen själva. 192 vårdgivare är privata företag som bara driver en enda vårdcentral. Den största vårdgivaren, Västra Götalandsregionen, har fler än en miljon listade patienter och fler än 100 vårdcentraler. Den största privata vårdgivaren, Praktikertjänst, är större än flertalet landsting och har fler än en halv miljon listade patienter.

Det finns stora också skillnader vad gäller vårdcentralernas storlek. De minsta vårdcentralerna har färre än 3 000 listade invånare, medan de största har närmare 30 000 listade.

Av de intervjuer som genomförts med landstingen framgår dock att det inte uppstått någon nämnvärd mångfald i form av nya sätt att bedriva verksamheten, även om det förekommer vissa försök till nischning. En viktig förklaring är att landstingen ställer tydliga krav på hur verksamheterna ska bedrivas i sina förfrågningsunderlag, och att de lagar och regler som gäller för verksamheter i vård och omsorg i hög grad styr hur verksamheterna ska bedrivas.

9.4 Erfarenheter av vårdvalssystem

Landstingen är över lag sparsamma med att genomföra förändringar av villkoren i vårdvalssystemen. I de flesta landsting genomförs förändringar av förfrågningsunderlagen endast en gång per år, i normalfallet vid årsskiftet. Eventuella förändringar för 2011 skulle således ha beslutats redan under 2010 då flera landsting fortfarande höll på med införandet. Utrymmet för förändringar har således varit litet i många landsting.

Det område som landstingen främst ser ett behov av att utveckla är uppföljning.

9.5 Inträdeshinder

Den listning av invånare som genomfördes i samband med införandet av vårdvalssystemen i nästan alla landsting har fortfarande stor betydelse för förutsättningarna att bedriva verksamhet i vårdvalssystemen.

Även om listningen fortfarande påverkar leverantörerna minskar dess betydelse i takt med att allt fler invånare gör val och omval i systemen.

Även de krav och villkor som ställs i förfrågningsunderlagen upplevs ibland som inträdeshinder, till exempel att leverantörer måste använda sig landstingens administrativa system, men en analys visar att det tvärtom kan vara positivt för företagen.

Ett annat problem är att landstingen fortfarande bedriver vissa verksamheter i egen regi, exempelvis mödravård, och att landstingens egna vårdcentraler därför kan erbjuda ett bredare utbud av tjänster än privata vårdcentraler.

9.6 Konkurrensneutralitet

Flera landsting ger sina verksamheter i egen regi andra förutsättningar än vad som gäller för privata leverantörer

Flera landsting subventionerar egenregiverksamheter

I några landsting går i stort sett alla vårdcentraler som drivs i egen regi med underskott, vilket tyder på att den totala ersättningen kan vara för låg eller att verksamheten bedrivs på ett ineffektivt sätt. I andra landsting dras resultatet ned av vårdcentraler i glesbygd som har ett otillräckligt underlag i förhållande till ersättningssystemet.

I samtliga landsting instämmer både beställare och egenregiverksamheter i att villkoren i vårdvalssystemen bör vara likvärdiga för privata och offentliga vårdgivare, och man säger sig arbeta för att åstadkomma en likvärdig behandling.

Valfrihetssystem enligt LOV innebär ändrade förutsättningar för den politiska styrningen

Landstingens verksamheter i egen regi har ofta ett mer omfattande uppdrag än vad som framgår av vårdvalssystemen. Framför allt handlar det om att egenregin måste bedriva vissa vårdcentraler trots att de anser att ersättningssystemen inte ger full kostnadstäckning.

I ett par fall är den ekonomiska redovisningen så bristfällig att landstingen själva inte har ett klart grepp om vilka verksamheter det är som går med underskott.

Förutsättningarna för styrningen av landstingens verksamheter förändras i grunden när de inför valfrihetssystem enligt LOV. Vi vill understryka att valfrihetssystem enligt LOV inte alls behöver minska möjligheterna till politisk styrning av verksamheterna i kommuner och landsting. Tvärtom ger LOV, liksom offentliga upphandlingar, stora möjligheter att ställa krav och villkor på verksamheter i samband med att förfrågningsunderlagen formuleras.

Det är därför viktigt att det sker en fortlöpande diskussion om vilka krav och villkor som ska ställas på verksamheter inom vård och omsorg. Minst lika viktigt är att det sker en fortlöpande uppföljning av att kraven verkligen uppfylls och att de erfarenheter som görs tas tillvara för kommande valfrihetssystem.

9.7 Vad händer i framtiden?

Vårdvalssystemen kommer troligen att utvidgas till fler områden

Lagen om valfrihetssystem infördes så sent som 2009 men har redan fått bred användning. Redan under 2010 infördes särskilda lagar som innebär att LOV kan tillämpas även av Arbetsförmedlingen på vissa områden. Flera utredningar har också haft i uppdrag att överväga att tillämpa LOV på ytterligare områden, bland annat e-legitimationer och handikapphjälpmedel.

Regeringen har också en uttalad ambition att valfrihetssystemen ska införas på fler vårdområden i samtliga landsting. Ett stimulansbidrag har införts för att stimulera landstingen att på frivillig väg införa valfrihetssystem inom den specialiserade vården. Om detta inte sker kommer regeringen att överväga en liknande tvingande lagstiftning som idag gäller för valfrihetssystem i primärvården.³⁵

Systemen kommer att närma sig varandra

När vårdvalssystemen utformades fanns det inte någon nationell aktör som hade ansvar för att samordna och koordinera arbetet med krav och villkor i förfrågningsunderlagen. Detta är en viktig förklaring till att systemen fått olika utformning i de olika landstingen. Sedan dess har flera insatser skett för att stimulera erfarenhetsutbyte.

Sedan den 1 januari 2009 har Kammarkollegiet i uppdrag att upprätthålla ett nationellt upphandlingsstöd. Redan från början pekades valfrihetssystem inom vård och omsorg ut som ett av de områden som upphandlingsstödet skulle inrikta sitt arbete på.

³⁵ Proposition 2011/12:1 sid 70 samt Utgiftsområde 9 sid 60

Det pågår också samarbeten mellan landsting. Enligt intervjuerna med landsting i Norrland pågår ett arbete för att utbyta erfarenheter och försöka få liknande vårdvalssystem.

Även om det inte uttalats av andra landsting finns det flera faktorer som talar för att systemen kommer att närma sig varandra, inte minst de regelbundna nätverksträffar som anordnas av SKL som innebär att erfarenheter och goda exempel sprids mellan de personer i landstingen som arbetar med vårdvalssystemen. Det är också ett återkommande önskemål från de leverantörer som verkar i fler än ett vårdvalssystem att samma förutsättningar borde gälla i hela landet.

Det finns dock faktorer som talar för att denna utveckling kan komma att ta tid, inte minst eftersom varje förändring av systemen kan komma att ifrågasättas. När vårdvalssystemen infördes var det bråttom, och eftersom riksdagen hade beslutat att alla landsting skulle införa systemen den 1 januari 2010 fanns det inte utrymme att ta hänsyn till alla frågor och invändningar som uppkom under införandeprocessen. Nu finns leverantörer som lärt sig hantera de system de verkar i och som kan komma att protestera mot varje förändring som de ser som en försämring.

9.8 Förslag

Det är viktigt att vårdvalssystemen fortsätter att följas upp och utvecklas. Det är också viktigt att rapporteringen görs mer enhetlig och att statistik samlas in så att det går att göra analyser och jämförelser av vårdvalssystemen och deras effekter.

Förslag: Landstingen bör fortsätta att följa upp och utveckla vårdvalssystemen

Det är viktigt att landstingen, var och en för sig och tillsammans, fortsätter att följa upp och utveckla sina vårdvalssystem. På sikt är det önskvärt med en ökad samordning mellan landstingen.

Framför allt är det önskvärt att rutinerna för uppföljning och rapportering samordnas så att leverantörer som verkar i flera landsting inte behöver tillämpa olika rutiner i onödan. En sådan samordning skulle också innebära att resultaten blir mer jämförbara.

Två frågor som bör studeras särskilt är om ersättningsnivåerna täcker alla kostnader och om vårdvalssystemen ger utrymme för små eller nischade vårdcentraler. Vi anser att en sådan utveckling vore positiv, under förutsättning att det går att förena med ett fungerande ansvar för helheten.

Kammarkollegiet har ett viktigt uppdrag att ta fram mallar och strukturer för förfrågningsunderlag med mera. Det är viktigt att deras arbete sker i nära samarbete med landstingen för att åstadkomma legitimitet och ge landstingen utrymme för erfarenhetsutbyte.

Förslag: Landstingen bör tillämpa likvärdiga villkor för egenregin respektive privata leverantörer

Det finns flera skäl för en tydlig och rättvisande redovisning av resultaten för egenregiverksamheterna. Först och främst är det en förutsättning för att kunna följa upp att det inte förekommer dolda subventioner och bidrag. Det skulle också göra det tydligt för chefer och politiker inom landstingen vilka verksamheter som inte klarar sig på de ersättningar som ges.

Oavsett om eventuella underskott beror på att ersättningen är för låg, på en ineffektiv organisation eller på att behovet av vård har ökat eller minskat anser vi att det bör vara något som uppmärksammas av ledningarna i landstingen.

Vi anser att följande riktlinjer bör gälla för redovisningen:

- Landstingen bör konkretisera innebörden av likvärdiga villkor för verksamhet i egen regi respektive för privata utförare inom vårdvalet.
- Landstingen bör utveckla "ägardirektiv" för egenregiverksamheten i vårdvalet, för att förtydliga uppdrag och förutsättningar när det gäller till exempel ekonomiska resultatkrav och ansvar för lokalisering.
- Landstingen bör i årsredovisning och delårsbokslut inkludera uppgifter om det ekonomiska resultatet för egenregiverksamheten i vårdvalet.
- Landstingen bör i rapporteringen för egenregin i vårdvalet tydligt visa resultatet per vårdcentral.
- Landstingen bör överväga former för att egenregin ska bära med sig resultat mellan åren.

För att resultaten ska vara jämförbara måste landstingen tydliggöra ansvar och kostnader för systemvårdande insatser, som till exempel utbildning av AT- och ST-läkare, vårdplanering, systemutveckling och olika utvecklingsprojekt. Utgångspunkten bör vara att alla vårdgivare ska omfattas av samma krav och samma möjligheter att medverka.

Förslag: Samla in statistik för uppföljning och forskning om valfrihetssystem

En förutsättning för att det ska vara möjligt att följa upp och analysera effekter av vårdvalssystemen är att det sker en systematisk insamling av uppgifter om vilka valfrihetssystem som finns, vad de omfattar och inte minst vilka leverantörer som är verksamma i dem. Vår erfarenhet är att det kan vara mycket svårt och resurskrävande att göra motsvarande kartläggningar, särskilt bakåt i tiden.

Under arbetet med denna rapport har vi haft stor nytta av den databas som byggs upp av Omvård.se. I skrivande stund är det okänt hur länge Omvård kommer att kunna fortsätta med sin verksamhet. Det är önskvärt att den databas som skapats fortsätter att hållas uppdaterad för att kunna användas i kommande kartläggningar och analyser och att detta bör vara ett offentligt ansvar.

Vi vill också påpeka att det idag saknas motsvarande uppgifter om vilka valfrihetssystem som finns på andra områden. Varken när det gäller övriga områden inom landstingen eller inom kommunernas verksamheter finns någon systematisk sammanställning av vilka valfrihetssystem som finns, vad de omfattar och vilka företag som är leverantörer.³⁶

³⁶ Vad gäller vilka uppgifter som bör samlas in i hänvisar vi till förslaget i den förra slutrapporten KKV (2010) sid 99

Förslag: Informationen om vårdvalet och vårdcentralerna behöver utvecklas

För att kvalitetskonkurrensen ska upprätthållas och utvecklas måste patienterna vara medvetna om möjligheten att välja en annan vårdcentral. Det är därför viktigt att landstingen ger fortlöpande information om vårdvalet och att rutinerna för byte är enkla och lätthanterliga.

Det är också önskvärt att patienterna får bra information om vilka vårdcentraler som finns, hur de skiljer sig åt i olika avseenden och vilka resultat de har fått vid uppföljningen.

Förslag: Alla villkor i valfrihetssystem bör finnas samlade och vara allmänt tillgängliga

Både brukare och leverantörer behöver lätt kunna ta del av förfrågningsunderlagen. Leverantörerna behöver veta vilka krav och villkor de måste leva upp till, och på motsvarande sätt behöver brukarna veta vad de har rätt att förvänta sig av leverantörerna och vilka krav de kan ställa.

Det förekommer att upphandlande myndigheter inte länkar direkt till förfrågningsunderlaget från valfrihetswebben, utan till startsidan för den egna hemsidan. Det förekommer också att förfrågningsunderlagen publiceras på ett sätt som innebär att det krävs inloggningsuppgifter för att få tillgång till dem.

När det krävs inloggning för att ta del av förfrågningsunderlaget är det visserligen i regel gratis och relativt enkelt att få de inloggningsuppgifter som krävs, men vi har fått flera kommentarer som innebär att både leverantörer och myndigheter upplever det som ett hinder att behöva lämna sina kontaktuppgifter innan de hämtar ett förfrågningsunderlag. Man vill helt enkelt inte hamna på en lista där den

upphandlande myndigheten kan se vilka som läst förfrågningsunderlaget.

Vi anser därför att samtliga krav och villkor, administrativa rutiner och annan information som är relevant i ett valfrihetssystem ska finnas samlade på en webbplats och att denna plats ska vara allmänt tillgänglig, utan krav på inloggning eller liknande. Valfrihetswebben bör ha länkar direkt från varje annons till den webbplats där all information om det aktuella valfrihetssystemet är samlad.

10 Referenser

Anell, A och Paulsson, G (2010), *Valfrihet och konkurrens i primärvården*, i Anders Anell och Ulf-G Gerdman (red.) *Vårdens utmaningar. SNS välfärdsrapport 2010*. SNS Förlag.

Anell, Anders (2011), *Hälso- och sjukvårdstjänster i privat regi*, i Laura Hartman (red.) *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* SNS Förlag.

Carlton, D, W och Perloff J, M (2000) *Modern Industrial Organization*, 3rd edition

Direktiv 2010:71 (2010), *En nationell samordnare för hemsjukvård*, <http://regeringen.se/sb/d/108/a/148688>

Grufman Reje Management AB (2011), *Synliggörande av tillväxt och konkurrenskraft hos primärvårdsföretag med läkare (vårdcentraler)*, redovisning av uppdrag från Konkurrensverket.

Konkurrensverket (2009), *Uppföljning av vårdval i primärvården. Förutsättningar och hinder. Delrapport 1*, Konkurrensverket 2009:5.

Konkurrensverket (2010a), *Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport*, Konkurrensverket 2010:3

Konkurrensverket (2010b), *Uppföljning av vårdval i primärvården. Landstingens vårdvalssystem och erfarenheter. Delrapport 2*, Konkurrensverket 2010:2

Konkurrensverket (2011), *Delredovisning – uppdrag att följa upp vårdvalssystem i primärvården*, Dnr 314/2011.

Lundvall, K, Stefansdotter, A, Öhlin, J (2011), *Inträdeshinder för privata vårdcentraler – Erfarenheter från valfrihetsreformen inom primärvård*, Konkurrensverkets uppdragsforskning 2011:4

Markör Marknad och Kommunikation (2010), *Företagens förväntningar inför och erfarenheter av vårdsvalssystemets införande. Rapport 1 – erfarenheter*. Rapport skriven på uppdrag av Konkurrensverket

Proposition 2008/09:29 (2008), *Lag om valfrihetssystem*

Proposition 2011/12:1 (2011), *Budgetproposition för 2012*

Regeringsbeslut (2011), *Uppdrag att följa upp vårdsvalssystem i primärvården samt uppdrag att utbetala medel, S2009/5070/FS*

SKL (2011), *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2010*

SKL (2010), *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2009*

SOU 2011:55 (2011), *Kommunaliserad hemsjukvård*

Statistiska Centralbyrån (SCB), *Befolkningsstatistik*

Svensson, M och Edebalk, PG (2006), *Kvalitetskonkurrens och kundval inom kommunal äldreomsorg*, Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie 2006:6

Tillväxtanalys (2010), *Tillgänglighet till tätorter av olika storlekar – modellering genom indexerad tillgänglighet*, Tillväxtanalys Working Paper/PM 2010:10

Bilaga 1 Delredovisning – uppdrag att följa upp vårdvalssystem i primärvården

2011-05-13 dnr S2009/5070/FS

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, infördes januari 2009 och reglerar vad som ska gälla för de upphandlande myndigheter som inför ett valfrihetssystem och därmed överlåter valet av utförare, av de tjänster som omfattas av valfrihetssystemet, till brukaren.

Sedan den 1 januari 2010 är det obligatoriskt för landstingen att tillämpa LOV inom primärvården. Det grundläggande syftet med reformen var att stärka patienternas valfrihet, stimulera mångfald och flytta makten från landstingen till patienterna. För vårdgivare innebär vårdvalet en möjlighet att etablera sig i primärvården med offentlig finansiering under förutsättning att de uppfyller de krav som landstinget ställer för verksamheten.

Konkurrensverket fick i juni 2009 i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera landstingens införande av vårdvalssystem i primärvården. Av utvärderingen, som slutredovisades i november 2010, framgår att införandet av det obligatoriska vårdvalet ur konkurrenssynpunkt varit framgångsrikt och att införandet bidragit till en ökad mångfald av vårdgivare.

När det gäller den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården har en tidigare utredning sett över förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka inom denna. Utredningen konstaterade i sitt slutbetänkande *Regler för etablering av vårdgivare – förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård* (SOU 2009:84) att det finns en stor orealiserad innovationspotential rörande arbetssätt och organisering.

Förslaget har remissbehandlats och bereds för närvarande inom regeringskansliet.

Konkurrensverkets uppdrag

Konkurrensverket fick den 14 april 2011 i uppdrag av regeringen att följa upp landstingens arbete med vårdvalssystem i primärvården. I uppdraget ingår att kartlägga landstingens användning av valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem inom den specialiserade öppenvården. Denna del av uppdraget ska redovisas senast den 13 maj 2011 medan uppdraget som helhet ska slutredovisas senast den 29 februari 2012.

Härmed lämnar Konkurrensverket en delredovisning av uppdraget avseende den specialiserade öppenvården till Socialdepartementet.

Definitioner och genomförande

Med öppenvård avses sådan vård som ges till patienter som inte är inskrivna vid en vårdenhet. Enligt Socialstyrelsens definition är specialiserad vård *"hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård"*³⁷. Av 5 §, 1 st. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att *"Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens."*

Allmänmedicin är en grundläggande kompetens inom primärvården. Uppdraget är också så brett att ingen enskild yrkesgrupp kan svara för hela uppgiften. Generellt sett bedrivs primärvården av

³⁷ Socialstyrelsens termbank

allmänläkare (specialister i allmänmedicin) och distriktssköterskor vid vårdcentraler eller liknande. Det finns dock inte någon entydig definition av primärvård. Vilka verksamheter som omfattas av primärvårdsområdet kan därför variera mellan olika landsting³⁸. Exempelvis organiseras mödravården i vissa landsting inom ramen för primärvården, medan den i andra landsting tillhör den specialiserade vården.

Mot bakgrund av detta har Konkurrensverket gjort bedömningen att det inte varit meningsfullt att närmare klassificera landstingens vårdvalssystem utifrån en definition av primärvård respektive specialiserad vård. I stället har vi fokuserat på att kartlägga samtliga valfrihetssystem enligt LOV inom regioner och landsting (inklusive Norrtälje kommun). För en konsekvent hantering ingår även valfrihetssystem inom tandvården i kartläggningen, däremot omfattar kartläggningen inte eventuella planer eller beslut om att införa vårdval inom tandvårdsområdet.

Inom ramen för uppdraget har vi gått igenom samtliga annonser om valfrihetssystem som landstingen annonserat på valfrihetswebben. Samtliga landsting har därtill kontaktats och intervjuer genomförts med företrädesvis landstingsdirektörer. Syftet med dessa intervjuer har varit att kvalitetssäkra uppgifterna från valfrihetswebben samt att samla in information om beslut och pågående utredningar om valfrihetssystem inom ytterligare områden än de som redan införts. I det följande redovisas resultatet av denna kartläggning.

³⁸ Med landsting avses även regioner samt Norrtälje kommun där sjukvården ligger utanför Stockholms läns landsting och sköts av en separat nämnd (Tiohundra-nämnden) med egen sjukvårdsbudget.

Valfrihetssystem i landstingen

I samtliga landsting finns, i enlighet med bestämmelsen om obligatoriskt vårdval för primärvården, åtminstone ett valfrihetssystem som innefattar allmänläkarverksamhet vid vårdcentraler eller liknande. Som framgår av tabell 1 har sju, eller omkring en tredjedel, av samtliga landsting inrättat fler än ett valfrihetssystem. Av tabellen framgår också att fyra landsting har fattat beslut om att införa vårdval på fler områden och att det i sju landsting pågår utredningar om förutsättningarna för vårdval inom ytterligare vårdområden.

Tabell 1 Redovisning av antal inrättade¹ valfrihetssystem, landsting med beslut att inrätta fler valfrihetssystem samt pågående utredningar om förutsättningarna för vårdval inom fler områden. April-maj 2011

Landsting	Antal inrättade valfrihetssystem	Beslut om ytterligare valfrihetssystem	Utredning om ytterligare valfrihetssystem
Stockholm	15 ²	Ja	Ja
Uppsala	9	Ja	Ja
Skåne	6	Ja	Nej
Norrtälje Kommun	4	Nej	Nej
Kalmar	2	Nej	Ja
Sörmland	2	Nej	Nej
Östergötland	2	Nej	Nej
Halland	1	Ja	Ja
Jönköping	1	Nej	Ja
Kronoberg	1	Nej	Ja
Värmland	1	Nej	Ja
Gotland	1	Nej	Nej
Blekinge	1	Nej	Nej
Västra Götaland	1	Nej	Nej
Örebro	1	Nej	Nej
Västmanland	1	Nej	Nej
Dalarna	1	Nej	Nej
Gävleborg	1	Nej	Nej
Västernorrland	1	Nej	Nej
Jämtland	1	Nej	Nej
Västerbotten	1	Nej	Nej
Norrbotten	1	Nej	Nej

1) Med inrättade valfrihetssystem avses valfrihetssystem för vilket ett landsting publicerat ett förfrågningsunderlag.

2) Antalet har justerats med hänsyn till att ett av de publicerade vårdvalssystemen som införs i oktober 2011 kommer att ersätta ett annat befintligt vårdvalssystem.

Befintliga valfrihetssystem inom andra områden än
allmänläkarverksamhet vid vårdcentraler eller likande

I tabell 2 redovisas samtliga valfrihetssystem som i början av maj
fanns annonserade på valfrihetswebben gällande andra områden än
allmänläkarverksamhet vid vårdcentraler eller liknande.

Tabell 2 Valfrihetssystem inom andra områden än allmänläkarverksamhet. Maj 2011

Stockholm	Uppsala	Skåne	Norrköping	Östergötland	Kalmar	Sörmland
Barnhälsovård	Barnhälsovård	Barnhälsovård	Barnhälsovård	Obesitas-kirurgi	Peruk/Hårersättn	Psyko-terapi
Mödrahälsovård	Mödrahälsovård	Mödrahälsovård ⁴	Logopedi			
Fotsjukvård	Medicinsk fotvård för diabetiker	Multimodal smärtbehandling	Fotsjukvård			
Logopedi	Teambaserad medicinsk utredning	Kognitiv beteendeterapi				
Primär hörselrehab ¹	Primär hörselrehab	Hörselrehab				
Förlösningseenhet	Särskilt läkarutlåtande					
Obstetrisk ultraljudsmottagning	Psyko-terapi					
Läkarinsatser i SÄBO ²	Tandreglering för barn och ungdomar					
Kataraktoperationer						
Höft- och knäprotesoperationer						
Planerad spec. rehabilitering						
Ögonbottenfotografering av diabetiker och behandling av diabetesretinopati						
Spec. ögonsjukvård i öppenvård ³						
Allmän barn- och ungdomstandvård						
Spec.tandvård för barn och ungdomar						

1) Förfrågningsunderlaget gäller fr.o.m. december 2011.

2) Särskilda boenden

3) Förfrågningsunderlaget gäller fr.o.m. oktober 2011 och ersätter valfrihetssystemet för ögonbottenfotografering av diabetiker och behandling av diabetesretinopati.

4) Förfrågningsunderlaget gäller fr.o.m. september 2011.

Det bör i sammanhanget noteras att några av de verksamheter som redovisas i tabellen i vissa landsting ingår i vårdvalsuppdraget för allmänläkarverksamheten vid vårdcentraler eller liknande. Exempel på sådana verksamhetsområden är barnhälsovård, mödrahälsovård, fotsjukvård och rehabilitering.³⁹

Förberedelser, utredningar och diskussioner om vårdval

Som framgår av tabell 1 pågår för närvarande förberedelser eller utredningar om att införa vårdval inom fler områden. Omfattningen och nivån på dessa insatser varierar mellan landstingen. I vissa fall handlar det om att ta fram förfrågningsunderlag till ett vårdvalssystem som landstinget beslutat om att införa, i andra fall om att ta fram strategier för hur lämpliga områden ska väljas ut för att sedan utredas vidare. Det förekommer även utredningar med uppdrag att mer generellt utreda förutsättningarna för vårdval inom hälso- och sjukvården.

I det följande redovisas en sammanställning över landstingens förberedelser, utredningsinsatser samt diskussioner att införa vårdval inom ytterligare områden.

Stockholms läns landsting⁴⁰

Stockholms läns landsting är det landsting som kommit längst vad gäller införandet av vårdval inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten i landstinget är att vårdval ska omfatta all öppenvård, inklusive dagkirurgi, som inte kräver akutsjukhusets resurser. Så

³⁹ Se vidare Konkurrensverkets rapport *Uppföljning av vårdval i primärvården – Landstingens vårdvalssystem och erfarenheter* (2010:2).

⁴⁰ Informationen i detta avsnitt är hämtad från intervju med Leif Karnström, chef för avdelningen för somatisk specialistvård, Stockholms läns landsting, 27 april 2011, intervju med Olle Olofsson, chef för avdelningen för närsjukvård, Stockholms läns landsting, 29 april 2011, samt *Slutlig budget 2011 och planering 2012-2013 för Hälso- och sjukvårdsnämnden*, Stockholms läns landsting (HSN 1003-0347).

kallade vårdvalstest ska genomföras på i princip alla områden för att utreda om de lämpar sig för ett vårdvalssystem. Dessa utredningar sker utifrån ett antal kriterier, bl.a. tillgänglighet och mångfald. Möjligheten till kostnadskontroll ska också beaktas.

Det finns för närvarande vårdvalssystem inom 15 vårdområden i landstinget och beslut har fattats om att införa vårdval inom ytterligare åtta områden:

- Dermatologi (hudsjukvård)
- Reumatologi
- Öron-, näsa-, halssjukvård
- Allergologi
- Gynekologi
- Enskild sjukgymnastik
- Primärvårdsrehabilitering
- Peruker för patienter med håravfall

Därtill ska förutsättningarna utredas för vårdval inom exempelvis öppenvårds- psykiatri, palliativ slutenvård, urologi, obesitas-operationer samt fot- och ryggkirurgi.

Vad gäller närsjukvården framgår efter samtal med landstinget att det, utöver öppenvård psykiatri, inte finns några kvarvarande områden att utreda förutsättningarna för vårdval på. Förutsättningarna för vårdval inom geriatriken har diskuterats. Med hänsyn till att dessa patienters reella valmöjlighet begränsas av att de ofta är sjuka, förvirrade och i akut behov av vård har man bedömt att det inte är motiverat att införa vårdval inom geriatriken.

På det stora hela bedöms vårdvalssystemen fungera bra och det förekommer inga diskussioner om att avveckla några system. Inom

vissa områden har det förekommit volym- och kostnadsökningar som till viss del bedömts bero på köer och ett uppdämt vårdbehov. Dessa kostnadsökningar var till viss del förväntade och man har arbetat med olika sätt att skapa kostnadskontroll i systemen.

Vad gäller förlossningsvården har landstinget haft problem med att vissa förlossningskliniker varit överbokade, vilket inneburit att kliniker periodvis varit tvungna att avvisa dem som är på väg att föda. För att reducera detta problem har hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning fått i uppdrag att ta fram ett förslag på hur en gräns för antalet inbokade förlossningar per vecka och klinik kan införas i det befintliga vårdvalssystemet för förlossningsenheter.

Landstinget i Uppsala län⁴¹

Landstinget i Uppsala län har fattat ett inriktningsbeslut om att landstinget ska införa vårdval på fler områden, företrädesvis inom den specialiserade vården.

I april 2011 beslutade landstinget om en strategi för urval av vårdområden och i maj kommer hälso- och sjukvårdsstyrelsen att fatta beslut om vilka områden som ska omfattas av ett vårdvalssystem. Därefter påbörjas arbetet med att ta fram förfrågningsunderlag till berörda områden och beslut därom väntas i september innevarande år. Införandet av vårdvalssystem inom den specialiserade vården sker därefter i flera steg med början av 2012 som start.

⁴¹ Informationen i detta avsnitt är hämtad från intervju med Carina Bäckman, enhetschef för hälso- och sjukvårdsavdelningen i Landstinget i Uppsala län, 29 april 2011 samt Föredragningspromemoria *Strategi för utveckling av vårdvalssystem inom den specialiserade vården – principer vid bedömning av lämpliga vårdområden*, Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, Landstinget i Uppsala län 2011-04-18 (dnr HSS 2011-0049).

Under 2012 kommer landstinget att fortsätta arbetet med att inventera och analysera förutsättningarna för vårdvalssystem inom fler vårdområden.

Region Skåne⁴²

I Region Skåne har beslut fattats om att införa ett vårdvalssystem för kataraktoperationer och frågan om vårdvalssystemets utformning är under beredning. Inga ytterligare förberedelser eller utredningar om vårdval inom fler områden har diskuterats på politisk nivå.

Landstinget i Kalmar län⁴³

I Kalmar utreds möjligheten till vårdval för rehabiliteringsinsatser. Även möjligheten till vårdval inom psykoterapin har diskuterats men det finns inte något beslut om utredning på detta område. Frågan om vårdval har diskuterats generellt i landstinget. Diskussionerna har särskilt utgått från ett marknadsperspektiv och tillgången till specialister. Problemen i landstinget handlar till stor del om att etableringsviljan bedöms vara låg, och att det är svårt att locka läkare till länet.

Region Halland⁴⁴

Regionen har fattat beslut om att vårdval ska införas inom den specialiserade vården som inte kräver sjukhusens resurser. I juni fattas beslut inom vilka områden förutsättningarna för vårdval ska utredas närmare. Särskild hänsyn kommer då att tas till förutsättningarna att integrera vårdvalsuppdraget med övrig verksamhet.

⁴² Intervju med Karin Christensson, hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Skåne, 12 maj 2011.

⁴³ Intervju med Alf Jönsson, landstingsdirektör, Landstinget i Kalmar län, 28 april 2011.

⁴⁴ Intervju med Catarina Dahlöf, landstingsdirektör, Region Halland, 28 april 2011.

Uppskattningsvis kommer införandet av nya vårdvalssystem dröja fram till hösten 2012.

Landstinget i Jönköpings län

I syfte att stärka patientens ställning inom hjälpmedelsområdet och att ge hjälpmedelsanvändaren större inflytande över valet av hjälpmedel har landstinget fattat beslut om att under 2011 utreda möjligheten att införa fritt val av leverantör av medicinskt motiverade hjälpmedel samt att ta fram en modell för att införa fritt val för utprovning av hörapparater.

Landstinget Kronoberg⁴⁵

Inget beslut om att införa vårdval inom fler områden har fattats. Däremot har man i budgeten fått i uppdrag att generellt pröva förutsättningarna för vårdvalssystem inom den specialiserade vården. I uppdraget ingår att under 2011 lämna förslag till ett vårdvalssystem för hörselvården (utprovning av hörapparater). Andra landstings erfarenheter av valfrihetslösningar inom hörselvården har varit en faktor som inspirerat landstinget att närmare utreda frågan om vårdal inom detta område.

Landstinget Värmland⁴⁶

Även i Värmland pågår en utredning om möjligheten till vårdval inom öppenvårdsrehabiliteringen. Ett motiv till att man valt att utreda rehabiliteringsverksamheten närmare är att denna är funktionellt kopplad till vårdcentralerna och att det bedöms vara otydligt för patienterna att olika delar av verksamheten omfattas av olika system. Ett annat motiv är man velat uppnå en jämnare

⁴⁵ Intervju med Börje Lindqvist, landstingsdirektör, Landstinget Kronoberg, 27 april 2011.

⁴⁶ Intervju med Hans Karlsson, landstingsdirektör, Landstinget i Värmland, 4 maj 2011.

fördelning av utbudet av sjukgymnaster som för närvarande varierar stort i olika delar av landstinget. Vårdval har bedömts vara en möjlig lösning att utreda vidare.

Därutöver finns politiskt initiativ till att införa vårdval inom fler områden. Frågan har bl.a. tagits upp i en motion till fullmäktige.

Övriga landsting

Utöver de landsting som redovisas ovan har inga ytterligare landsting fattat beslut om att införa eller närmare utreda förutsättningarna för vårdval inom fler områden. Däremot kan nämnas att Landstinget Västernorrland har uppgivit att man har en stark tilltro till systemet och att man för en operativ diskussion om vilka förberedelser som behöver göras för att gå vidare och införa vårdvalssystem inom den specialiserade somatiska vården.

I ytterligare några landsting har förutsättningarna att införa vårdvalssystem inom fler områden diskuterats. Diskussionerna har bl.a. handlat om möjligheten att lägga en viss del av befintligt vårdvals-uppdrag inom primärvården som ett separat vårdvalssystem. Något landsting nämner att frågan har diskuterats på ledningsnivå men att landstinget för närvarande har ekonomiska problem och att det därför inte finns några långsiktiga utvecklingsplaner i denna fråga. Ett annat landsting nämner att det på tjänstemannanivå förekommer en översyn av möjligheten till vårdval inom några områden där landstinget haft problem med tillgänglighet och långa köer. Något politiskt beslut om utredning har emellertid inte fattats.

Bilaga 2 Antal vårdcentraler i jämförelse med tidigare resultat

Uppgiften om hur många vårdcentraler som etablerats i samband med vårdvalsreformen är något lägre än vad vi redovisat i tidigare rapporter.

I slutrapporten hösten 2010 redovisade vi att antalet vårdcentraler uppgick till 1 205. Uppgiften byggde på en kartläggning av Omvård.se. Eftersom Omvård vid den tidpunkten inte hade någon uppgift om hur många vårdcentraler som fanns innan vårdvalet var vi tvungna att använda en annan källa för att beräkna hur många vårdcentraler som hade bildats sedan vårdvalet infördes. Vi använde därför uppgifter som landstingen lämnat under de intervjuer vi genomförde under 2009 och 2010.

I efterhand har det dock visat sig att uppgifterna inte var helt jämförbara. Landstingens uppgifter avsåg i de flesta fall antalet godkända vårdcentraler, exklusive filialer, medan Omvårds kartläggning även omfattade filialer. Dessutom har det visat sig att ett fåtal mottagningar i Omvårds kartläggning var taxeläkarmottagningar som inte ingick i vårdvalet. Uppgiften om antalet vårdcentraler som bildats kom därför att bli något för hög.

Konkurrensverket har fått i uppdrag av regeringen att följa upp vårdvalssystemen i primärvården ur konkurrenssynpunkt.

Enligt uppdraget ska vi analysera förutsättningarna för att det ska uppstå en kvalitetskonkurrens mellan vårdcentralerna. Vi har därför undersökt om invånarna i landstingen känner till att de kan välja vårdcentral, om de har minst två vårdcentraler att välja mellan och om de har tillräcklig information om de olika alternativen.

Vi har också analyserat effekterna av olika inträdeshinder samt om landstingens egenregiverksamheter och privata vårdgivare har likvärdiga villkor i vårdvalssystemen.

KONKURRENSVERKETS RAPPORTSERIE 2012:2



KONKURRENSVERKET

Swedish Competition Authority

Adress 103 85 Stockholm

Telefon 08-700 16 00

Fax 08-24 55 43

konkurrensverket@kkv.se

www.konkurrensverket.se