



Bättre förutsättningar för kvalitetskonkurrens

- om konkurrenshinder i vårdvalet

Innehåll

1	Sammanfattning.....	3
2	Konkurrenshinder i vårdvalet – en bakgrund	4
3	Listningsprinciperna som konkurrenshinder	8
4	Landstingens dubbla roller som konkurrenshinder	12
5	Underskott i den offentliga primärvården som konkurrenshinder	17
6	Utformningen av vårduppdraget som konkurrenshinder.....	21
7	Krav på gemensamma IT-system som konkurrenshinder	24
8	Så kan konkurrensneutraliteten i vårdvalen förbättras.....	26
9	Källor	28

1 Sammanfattning

Vårdvalssystemen har hittills varit en framgång sett till både nyetableringar och kvalitetsutveckling. Sedan vårdvalen infördes har antalet vårdcentraler ökat med 19 procent. Det innebär 190 nya vårdcentraler. Samtidigt visar undersökningar att den patientupplevda kvaliteten är högre ju fler nyetableringar av vårdcentraler som skett.¹

Utmaningen ligger nu i att skapa rätt förutsättningar för att den positiva utvecklingen ska kunna fortsätta. Det gäller inte minst möjligheterna att få till stånd kvalitetshöjande konkurrens, där vårdgivare konkurrerar genom att utveckla både erbjudandet till patienterna och hur verksamheten organiseras. En avgörande faktor för att vårdvalssystemen ska leda till denna typ av kvalitetshöjande konkurrens är att alla aktörer, oavsett om de är privata eller landstingsdrivna, behandlas lika.

Trots att konkurrensneutraliteten är en av grunderna i vårdvalssystemen och trots att vårdvalssystemen i de flesta fall har funnits på plats sedan början av 2010 kvarstår en rad hinder för konkurrens på lika villkor mellan privata vårdgivare och landstingens egenregi. Det gäller bland annat hur listningen av icke-väljare gynnar etablerade aktörer, hur breda uppdrag missgynnar mindre vårdgivare och hur egenregin subventioneras genom ekonomiska underskott. Men det handlar också om förekomsten av misstänksamhet gentemot privata utförare bland ansvariga tjänstemän i landstingen.

I denna rapport diskuteras ett antal av de problem relaterade till konkurrensneutraliteten som privata vårdgivare idag möter inom ramen för vårdvalssystemen. Genom att peka på problemen och skissera några tänkbara lösningar vill vi stimulera en ökad dialog mellan landstingen och privata vårdgivare kring hur vårdvalssystemen kan fortsätta att utvecklas och hur landstingen på bästa sätt kan ta vara på den tillgång de privata vårdgivarna utgör både för patienternas valfrihet och kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården.

¹ Konkurrensverket, 2012 (3), sid 7.

2 Konkurrenshinder i vårdvalet – en bakgrund

Vårdvalssystemen inom primärvården bygger på tanken att kvaliteten kan höjas genom ökad konkurrens mellan olika typer av vårdgivare. Genom vårdvalssystemen ska mångfalden stimuleras och människor ges möjlighet att välja den vårdgivare som passar de egna behoven bäst. Konkurrens mellan olika vårdgivare ska också bidra till att stimulera utvecklingen av nya arbetssätt inom primärvården - innovationer som kan bidra till bättre tillgänglighet och förbättrad hälsa hos patienterna, men också till bättre arbetsmiljö i vården.

Ett tecken på att vårdvalssystemen redan bidrar till ökad kvalitet i primärvården är att den patientupplevda kvaliteten är högre ju fler nyetableringar av vårdcentraler som skett.² Utmaningen är nu att skapa rätt förutsättningar för att den positiva utvecklingen ska kunna fortsätta.

En grundläggande princip för vårdvalssystemen, men också en förutsättning för att tankarna bakom reformen ska bli verklighet, är konkurrensneutralitet. Offentliga och privata vårdgivare ska verka inom samma regelverk och behandlas lika.

Både Vårdföretagarna och Konkurrensverket har i flera sammanhang pekat på en rad problem vad gäller konkurrensneutraliteten i systemen såsom landstingen utformat dem. Naturligtvis utvecklas vårdvalssystemen över tid och många av de initiala problemen har rättats till. Man kan också argumentera för att konkurrensneutraliteten i systemen kommer att fortsätta förbättras allteftersom politiker och tjänstemän får ökade erfarenheter av vårdvalen.

Vårdvalssystemen har nu funnits på plats i drygt två år, och landstingen har haft viss tid på sig att rätta till den typ av problem som lätt uppstår när komplexa verksamheter som primärvården ska ges nya organisatoriska förutsättningar. Ändå tycks en rad hinder kvarstå innan det finns anledning att på allvar tala om konkurrens på lika villkor mellan privata och offentliga vårdgivare.

När Vårdföretagarna tidigare i år tillfrågade sina medlemmar med verksamhet inom hälso- och sjukvård svarade hela 80 procent att de inte konkurrerar på lika villkor som de offentliga vårdgivarna. 80 procent av de

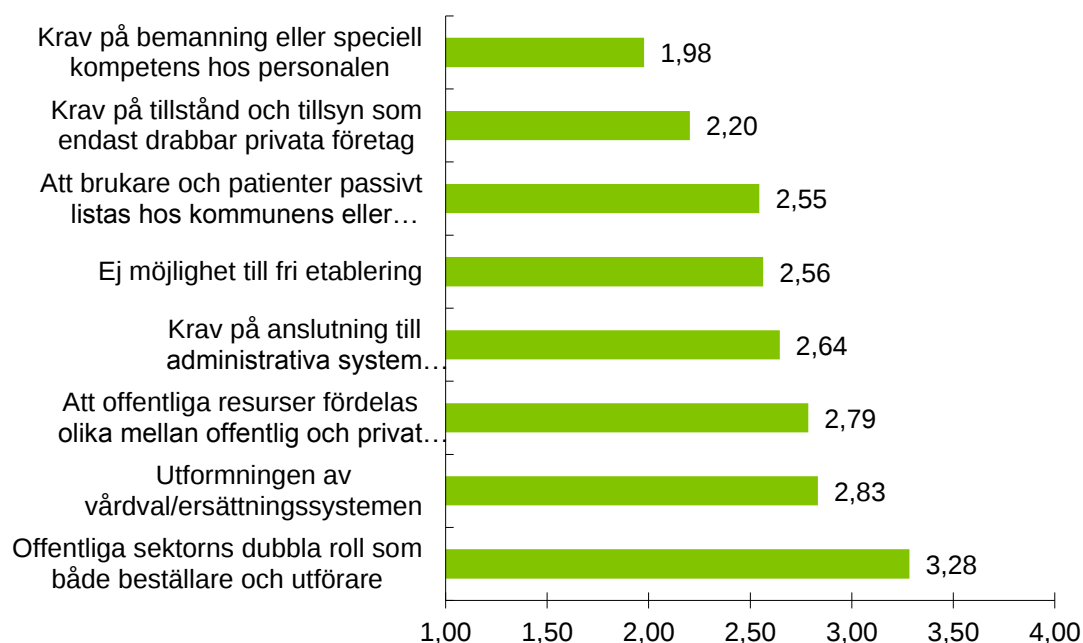
² Konkurrensverket, 2012 (3), sid 7.

tillfrågade underströk samtidigt att den bristande konkurrensneutraliteten är ett stort eller mycket stort problem för företagens möjligheter att utvecklas.³

Man skulle kunna argumentera för tanken att problem med bristande likabehandling kommer att minska med tiden, allteftersom landstingen anpassar sin organisation efter vårdvalssystemen. Så tycks emellertid inte vara fallet, åtminstone inte om man ser till hur företagarna upplever situationen. Andelen företagare som upplever att de inte konkurrerar på samma villkor som offentliga vårdgivare har ökat med fem procentenheter sedan motsvarande undersökning 2011. På motsvarande sätt har även andelen som ser konkurrensneutraliteten som ett stort eller mycket stort problem ökat med fem procentenheter sedan 2011.

Diagram 1: Hur upplever du följande konkurrenshinder?

Hur upplever du följande konkurrensproblem? Ange på en skala 1-4, där 1 = ett litet problem och 4 = ett mycket stort problem.



³ Vårdföretagarna, 2012.

I undersökningen lyfter företagarna särskilt fram problem relaterade till landstingens dubbla roller som både beställare och utförare som försvårande när det gäller att skapa lika förutsättningar för konkurrens mellan privata och offentliga vårdgivare.⁴

Resultatet av denna undersökning och andra rapporter om konkurrenshinder i vårdvalssystemen illustrerar behovet av att system fortsätter att utvecklas i dialog mellan landstingen och privata vårdgivare.

Syftet med denna rapport är därför att ge en bild av de problem med bristande konkurrensneutralitet som företagare verksamma i vårdvalssystemen idag upplever. Rapporten bygger på exempel från enskilda landsting. Dessa exempel är dock valda för att illustrera problem som finns i flera vårdvalssystem och möjliga lösningar på dessa. I rapporten behandlas fem övergripande områden:

- Listningen av patienter.
- Landstingens dubbla roller som både beställare och utförare.
- Underskott i offentligt drivna verksamheter.
- Utformningen av uppdragen i vårdvalssystemen.
- Kraven på gemensamma IT-system.

Till detta kommer en bland många vårdföretagare upplevd brist på information och tydlighet i kommunikationen med landstingens tjänstemän. Detta hänger även samman med en i många fall bristande transparens i utformningen av vårdvalssystemens olika delar.

Dessa områden har identifierats utifrån intervjuer med företrädare för både stora och små privata vårdgivare verksamma i vårdvalssystem över hela landet samt genom Vårdföretagarnas löpande kontakter med medlemsföretag.

Vårdvalssystemen har stora möjligheter att bidra till att utveckla kvaliteten i primärvården. Det handlar om att skapa bättre tillgänglighet för patienterna och om att stimulera framväxten av nya arbetssätt som kan bidra positivt till både medicinska resultat och arbetsmiljön i vården.

⁴ Vårdföretagarna, 2012.

För att denna kvalitetshöjande konkurrens ska kunna förverkligas fullt ut, krävs en fortsatt utveckling av vårdvalssystemen. Även om vårdval hunnit bli vardag inom primärvården är det viktigt att komma ihåg att systemen är långtifrån färdiga. Därför är det viktigt att landstingen och de aktörer som är verksamma inom vårdvalen har en kontinuerlig dialog kring systemens utformning. Men det är också viktigt att landstingen inspireras av varandra för att på så sätt hitta lösningar som ger alla aktörer möjlighet att utvecklas på lika villkor.

3 Listningsprinciperna som konkurrenshinder

- Möjlighet att ta del av passivlistan minskar landstingets försprång.
- Omlistning av icke-väljarna bör ske i samband med nyetableringar för att inte gynna redan etablerade aktörer. En sådan modell har valts av Landstinget Gävleborg och skulle kunna inspirera andra landsting till förändringar av sina system.
- De listade patienterna bör följa med när en vårdenhet byter ägare. Ingen ska behöva göra om sitt val för att stanna kvar på den vårdcentral man redan valt.

Öppna passivlistan för nya aktörer

När privata vårdgivare etablerar sig i vårdvalssystemen möter de i landstingens egenregi en svår konkurrent. Både människors kännedom om sedan tidigare existerade vårdcentraler och upparbetade patientrelationer, innebär tydliga fördelar för de etablerade aktörerna, som i många fall är synonyma med egenregin. Dessa svårigheter för nya aktörer förstärks av en relativt låg patientrörlighet. Det har påtalats många gånger tidigare, men förtjänar att understrykas ännu en gång: primärvård är ingen vanlig marknad där människor enkelt byter leverantör.

För att vårdvalssystemen ska få önskad effekt och stimulera framväxten av en mångfald vårdgivare är det därför av största vikt att hitta metoder som utjämnar spelplanen och ger lika förutsättningar för privata vårdgivare och landstingets egenregi. En viktig faktor är listningssystemet och då särskilt frågan om hur den passiva listningen utformas.

Genom att ta del av passivlistan får även nyetablerade vårdgivare möjlighet att snabbt bygga upp den volym av listade patienter som krävs för att kunna driva en framgångsrik och kvalitativ primärvårdsverksamhet.

De flesta landsting har valt att lista de invånare som inte gör aktiva val. Några landsting har däremot valt att endast lista aktiva val, vilket gynnar aktörer som redan är etablerade eller som har möjlighet att satsa stort på marknadsföring. I vårdvalssystem med passivlistning sker den normalt sett utifrån en närhetsprincip, där egenregi och privata utförare behandlas lika. Samma sak gäller listningen av nyinflyttade och nyfödda. Norrbottens läns landsting hade dock fram till årsskiftet 2011/2012 ett system som innebar att all passivlistning skedde i egenregin, vilket givetvis utgjorde ett betydande konkurrenshinder och ett tydligt gynnande av egenregin. Denna modell har nu ersatts av ett system där patienterna knyts till den närmast belägna

vårdcentralen, oavsett driftsform. Men även om man tillämpar en närhetsprincip, där egenregion och privata utförare likabehandlas, kan konkurrenshinder uppstå.

En avgörande fråga är om landstinget valt ett system där passivlistan omlistas när det sker nyetableringar efter den initiala listningen. Det normala är dock att så inte är fallet. Med andra ord är det oftast inte möjligt för nyetableringar att ta del av passivlistan. Vårdgivare som varit med från början i vårdvalssystemen får därmed ett ordentligt försprång jämfört med aktörer som etablerar sig senare och i stället måste satsa stora resurser på marknadsföring för att locka till sig patienter.

I några landsting, som haft en liten andel privata utförare, innebär det ett tydligt gynnande av egenregion. Så är exempelvis fallet i Norrbotten. I andra landsting gynnas etablerade aktörer, oavsett driftsform. Detta innebär givetvis ett problem när ambitionen med vårdvalssystemen är att stimulera nyetableringar. Detta har även noterats av Konkurrensverket som i sin granskning av vårdvalssystemen konstaterar att vårdcentraler som etablerats efter införandet av vårdval har haft svårt att rekrytera patienter jämfört med de som var etablerade sedan tidigare. Privata vårdcentraler som etablerats efter vårdvalssystemens införande har i genomsnitt cirka 4 600 listade patienter. Detta kan jämföras med i genomsnitt 8 800 respektive 7 850 listade patienter för offentliga respektive privata vårdcentraler som var etablerade innan vårdvalet. Dessa förhållanden kopplas bland annat ihop med den passiva listningen som ägde rum i samband med införandet av vårdvalssystemen.⁵

Ett undantag från denna modell för passivlistning är Landstinget Gävleborg. Precis som i de flesta landsting utgår den passiva listningen från en närhetsprincip. Det som skiljer ut Gävleborg är dock att fördelningen av passivlistan ändras när nya vårdaktörer etablerar sig. Personerna på passivlistan listas då om utifrån nyetableringens placering. Att även nyetablerade privata vårdgivare får ta del av de patienter som inte gör aktiva val gör inträdesbarriärerna lägre och skapar bättre förutsättningar för att uppnå målen med vårdvalet.

Bakgrunden till att Landstinget Gävleborg valt denna modell, som visserligen medför ökad administration i samband med omlistningarna, handlar dels om att man ville låta de nyetablerade företagen ta del av passivlistan, dels att man i samband med införandet av vårdvalet bedömde

⁵ Konkurrensverket, 2012 (3), sid 42 och 71.

att tiden var alldeles för knapp för att hinna få till stånd de önskade nyetableringarna.⁶

Resultatet har blivit ett system som underlättar etablering av nya vårdcentraler, och som skapar mer likvärdiga villkor för nya respektive gamla aktörer i vårdvalssystemen. Ett sådant system skapar bättre förutsättningar för landstingen att få till stånd den typ av kvalitetshöjande konkurrens som vårdvalssystemen syftar till. Förhoppningsvis kan Landstinget Gävleborgs system för hantering av passivlistningen inspirera andra landsting att se över sina vårdvalssystem och på så sätt stimulera konkurrensen mellan olika vårdgivare.

Möjliggör smidiga ägarbyten

Ett närliggande problem är frågan om listningen av patienter när en vårdcentral byter ägare. I landstingen i Blekinge och Kronoberg finns exempel på att de listade patienterna övergår till andra vårdcentraler om en enhet byter ägare. Detta försvårar för aktörer i vårdvalssystemen som vill utveckla sin verksamhet genom att förvärva befintliga verksamheter. Det bidrar också till att förstärka försprånget hos de aktörer som omfattas av passivlistningen, då dessa får del av de patienter som inte gör aktiva val i samband med ägarbyten. Samtidigt tvingas de listade patienterna upprepa ett val de redan gjort.

Denna princip slås fast i ackrediteringsvillkoren för Hälsoval Blekinge, där det framgår att huvudprincipen när en vårdenhets byter ägare och organisationsnumret förändras är att patienterna förväntas göra ett nytt aktivt val. Om de inte gör det listas de om enligt en geografisk närhetsprincip.⁷

En liknande situation uppstod i Landstinget Kronoberg i samband med att en privat vårdgivare tog över vårdcentralen "Falken" i Alstermo. De listade patienterna följde då inte med till den nya ägaren, utan var tvungna att göra ett nytt aktivt val. Vårdcentralen "Falken" förlorade ett hundratal patienter i samband med omlistningen, men lyckades få majoriteten av den ursprungliga patientstocken att lista om sig. När vårdföretaget Hermelinen köpte en vårdcentral i Växjö valde Landstinget Kronoberg dock en annan

⁶ Konkurrensverket, 2010, sid 44.

⁷ Landstinget Blekinge, 2012. *Uppdragsbeskrivning och regelbok för godkännande. Hälsoval Blekinge*. Version 6.0, sid 16.

princip och omlistade endast de patienter som aktivt valde bort den nya ägaren i samband med att informationen om ägarbytet gick ut.

Exemplen från Blekinge och Kronoberg kan jämföras ett ägarbyte i Västernorrland, där en vårdcentral som startades i Örnsköldsvik under 2011 senare samma år såldes till ett annat bolag. Där tolkade landstinget regelverket på ett sätt som innebär att de listade patienterna kunde stanna kvar hos den nya ägaren.

De problem som kan uppstå i samband med ägarbyten kan givetvis undvikas genom att ett särskilt bolag bildas för den aktuella enheten, och att den nya ägaren köper bolaget. Det är dock en lösning som innebär en extra administrativ börda, och som knappast bidrar till att utveckla vården.

Kravet att verksamheten måste behålla samma organisationsnummer är problematisk för vårdgivare där flera enheter har samma organisationsnummer. Det centrala är dock att en ny ägare inte är garanterad samma patientstock om man väljer att köpa en verksamhet, utan måste lägga resurser på marknadsföring för att få patienterna att lista om sig på den vårdcentral de tidigare valt.

Kraven på omlistning i samband med ägarskiften bidrar till att skapa inträdeshinder för vårdgivare som vill etablera sig eller utöka sin verksamhet genom förvärv av befintliga vårdenheter. Dessa hinder förstärks givetvis om det, som i exemplet från Landstinget Kronoberg, råder osäkerhet kring hur landstinget kommer att tillämpa sitt regelverk i samband med ägarbyten.

Hanteringen av ägarskiften är utan tvivel ett problem för privata vårdgivare, men i första hand drabbar det patienterna då kontinuiteten i deras vårdrelationer hotas. Människor väljer inte vårdcentral utifrån vem ägaren är, utan baserat på faktorer som geografiskt läge eller relation till en viss läkare. Att inte ta hänsyn till detta i samband med ägarskiften är att frångå en grundläggande princip i vårdvalssystemen – nämligen den om patienternas valfrihet.

Därför är det önskvärt att landstingen inför tydliga och förutsägbara regler som gör det möjligt för de listade patienterna att automatiskt följa med sin vårdcentral vid ägarbyten utan att behöva upprepa sitt val.

4 Landstingens dubbla roller som konkurrenshinder

- Exempel finns på hur landstingen gynnar egenregin i fråga om exempelvis information, ekonomiska ersättningar och sanktioner.
- Uppdelning av beställar- och utförarfunktioner bör ske på såväl politisk nivå som på tjänstemannanivå för att förtydliga de olika rollerna.
- Bättre förutsättningar för dialog och erfarenhetsutbyte krävs för att förbättra politikers och tjänstemäns kunskaper om privata vårdgivares villkor.

I vårdvalssystemen fyller landstingen en dubbel funktion som både beställare och utförare. Förtroendet för landstingets förmåga att, trots de dubbla rollerna, skapa konkurrensneutrala villkor är därför en avgörande faktor för att vårdvalssystemen ska lyckas.

Det ställer organisatoriska krav på landstingen i fråga om att skilja på beställar- och utförarfunktionerna. Men även om landstingen organisatoriskt separerar funktionerna kan de dubbla rollerna leda till problem med bristande likabehandling. Samtidigt som de flesta företagare menar att landstingens politiker och tjänstemän anstränger sig för att göra ett bra jobb finns både konkreta exempel och misstankar om att systemen och besluten utformas på ett sätt som gynnar egenregin.

Upplevd misstänksamhet hos landstingen gentemot privata utförare är också en faktor som lett till färre nyetableringar, menar Konkurrensverket i sin granskning av vårdvalssystemen.⁸ Samma sak framkommer i Vårdföretagarnas undersökning av medlemsföretagens syn på konkurrensneutraliteten i vårdvalssystemen. 75 procent av företagen svarar där att den bristande konkurrensneutraliteten bland annat beror på misstänksamhet och ovilja hos förvaltning och tjänstemän.⁹

Denna typ av problem återfinns enligt många vårdföretagare framförallt på tjänstemannasidan. Även om det finns en tydlig politisk vilja att skapa fungerande vårdvalssystem, och ett politiskt intresse för de privata

⁸ Konkurrensverket, 2011, sid 40.

⁹ Vårdföretagarna, 2012.

vårdgivarnas villkor, uppstår problem när tjänstemännen ska utforma och tillämpa systemen.

Det är viktigt att understryka att problemen inte nödvändigtvis handlar om ett medvetet gynnande av den egna verksamheten. Men om man som de flesta landstingstjänstemän länge verkat nära egenregin är det rimligt att tänka sig att detta ibland påverkar attityder och beteenden samt att det kan finnas en omedvetenhet om privata utförares villkor.

Problemen med hur landstingen gynnar sin egenregi i vårdvalssystemen återfinns på en rad områden – från den ekonomiska ersättningen till den informationen som går ut till invånarna. Nedan följer några exempel, som vårdföretagare mött de senaste åren:

Sanktioner: Ett exempel på hur landstingen gynnar egenregin är hur Landstinget i Jämtland tillämpat avtalsvillkoren rörande ”överlistning”. I händelse av att en vårdcentral inte klarar hanteringen av listade patienter har utföraren sex månader på sig att anpassa verksamheten, annars åläggs man ett kraftfullt vite. Under våren 2011 klarade inte den landstingsdrivna Zäta-gräns hälsocentral sina åtaganden. Landstingets hälsovalskansli utdömde då enligt reglerna ett vite på 2,2 miljoner kronor. Landstingsfullmäktige beslutade i efterhand att sänka vitet till 450 000 kronor. Ärendet är anmält till konkurrensverket och förvaltningsrätten.

Möjligheten att använda ST-läkare: Att endast egenregin tilldelades utbildningsbidrag för ST-läkare bidrog initialt till att snedvrida konkurrensen mellan offentliga och privata utförare i Region Skåne. Regelverket har sedermera ändrats efter att de privata utförarna påtalat problemen för regionens tjänstemän, och även den privata primärvården har idag möjlighet att ta emot ST-läkare. Liknande problem kvarstår dock i Landstinget Blekinge. Här har landstinget valt en modell som ger en fast ersättning till de vårdcentraler som väljer att anställa ST-läkare. Men eftersom det finns ett tak på hur många utbildningstjänster som landstinget kan subventionera tillämpas ett kösystem där utförarna efter en turordningslista får ut ersättning för att anställa ST-läkare. Även denna lösning innebär ett konkurrenshinder, då vissa vårdgivare gynnas av möjligheten att anlita ST-läkare. Inom Landstinget Blekinge förs därför en diskussion om möjligheterna att ekonomiskt kompensera de vårdgivare som inte får möjlighet att anställa ST-läkare.¹⁰

¹⁰ Konkurrensverket, 2011, sid 52.

Hyreskostnader i landstingsägda fastigheter: Ett annat exempel på hur landstingens olika roller skapar konkurrenshinder återfinns i Landstinget i Östergötland. Landstinget beslutade 2011 att sänka vårdvalsersättningen för alla aktörer då egenregin fått lägre hyror i de landstingsägda fastigheterna. Privata vårdgivare hade givetvis inte fått motsvarande hyressänkning från sina hyresvärdar.

Landstingsledningen försvarade beslutet med att principen om lika ersättningsnivåer till alla utförare vägde tyngre än de snedvridningseffekter som skulle uppstå för de privata utförarna i samband justeringen av ersättningen. Beslutet har dock mött hård kritik både från privata vårdgivare och från politiker. Det har även uppmärksammats i en utvärdering av Östergötlands vårdvalssystem gjord av revisionsfirman PwC.¹¹ Beslutet kommer därför att ändras under 2012. Dock kommer ingen retroaktiv ersättning att utgå, säger företrädare för landstinget.

Vårdföretagare med verksamhet i Östergötland ser exemplet med egenregins hyror som ett tydligt exempel på bristande kunskap om privata vårdgivares villkor. ”Hade man haft representanter från branschen närvarande när tjänstemännen fattade beslutet hade man kunnat undvika att skapa denna typ av konkurrenshinder”, konstaterar exempelvis en företagare.

Specialtolkning av ackrediteringsvillkor: I samband med införandet av vårdvalssystemet i Jämtland svarade tolv vårdcentraler i landstingsregin inte upp mot de egna ackrediteringsvillkoren. Landstinget beslutade då att göra om vårdcentralerna till ”filialer” för att på så sätt undgå de uppsatta kraven.

Informationen till invånarna: I vårdvalssystemen har landstingen ansvar för att informera om vårdvalet och lämna information om alla leverantörer. Utformningen av informationen om valmöjligheterna är en central del i hur valfrihetssystemen utformas. Utan lättillgänglig och överskådlig information om valmöjligheterna blir det svårt att få till stånd den typ av kvalitetshöjande konkurrens som vårdvalssystemen syftar till att åstadkomma. Detta är något som även påpekats av Konkursverket när man undersökt förutsättningarna för kvalitetshöjande konkurrens inom valfrihetssystem.¹²

Hur informationen utformats varierar emellertid kraftigt mellan landstingen och påverkar förutsättningarna för konkurrensneutralitet, konstaterar både

¹¹ PwC, 2011, sid 17.

¹² Konkursverket, 2012 (2).

branschföreträdare och Konkurrensverket.¹³ Skillnaderna mellan landstingen gäller både hur mycket information som lämnas om de olika alternativen och hur egenregi respektive privata utförare behandlas. Några landsting har valt att presentera alla alternativ på samma sätt, andra har valt att endast presentera den egna regin på landstingets hemsida och i stället ge länkar till de privata utförarnas egna hemsidor. Den senare modellen gör det svårare för invånarna att skaffa fullvärdig information om valmöjligheterna och gynnar egenregin.

Tydligare uppdelning av funktioner och bättre dialog

Problem av den typ som diskuteras ovan kan givetvis tänkas bli mindre vanliga allt eftersom vårdvalssystemen blir mer etablerade och berörda tjänstemän börjar se det som en självklarhet att privata vårdgivare verkar sida vid sida med landstingets egenregi. Det är också värt att påpeka att landstingen i många fall tar kritik om bristande konkurrensneutralitet på allvar och justerar systemen, så har exempelvis skett vad gäller tillgången till ST-läkare i Region Skåne. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att många problem, som flera vårdföretagare påpekar, skulle kunna undvikas redan från början med en tydligare uppdelning av landstingens funktioner och en bättre dialog mellan landstingen och de privata utförarna i vårdvalssystemen.

Vårdvalssystemen förutsätter att landstingen separerar beställar- och utförarfunktionerna. En sådan uppdelning kan dock göras på flera sätt. Medan samtliga landsting gjort en uppdelning av funktionerna på tjänstemannasidan är det ovanligare att det även sker en uppdelning på politikersidan. Västra Götalandsregionen är ett av de landsting som valt att separera hälso- och sjukvårdsnämnderna (beställare) från egenregin som samlats i en primärvårdsstyrelse (utförare). En sådan uppdelning av funktionerna på både politisk nivå och tjänstemannanivå är önskvärd då det tydliggör de olika rollerna och långsiktigt minskar risken för att det politiska beställaruppdraget flyter samman med utföraruppdragen. Att denna typ av uppdelning på sikt ger positiva effekter i fråga om likabehandling av privata och offentliga utförare visar inte minst erfarenheterna från kommuner som länge haft en lösning med särskilda produktionsstyrelser, exempelvis Linköping och Västerås.

¹³ Konkurrensverket, 2010, sid 65-66.

Dessutom finns det i många landsting ett behov av att stärka beställarfunktionerna, och på sätt garantera kvaliteten i vårdvalssystemen. I många mindre landsting kan det dock vara svårt att på egen hand bygga upp en tillräcklig kompetens inom beställarfunktionen. En möjlighet, som sannolikt skulle passa mindre landsting, är därför att i större utsträckning samverka kring beställarfunktionen.

Det är också av stor betydelse att det skapas former för ett regelbundet erfarenhetsutbyte mellan landstingen och de privata vårdgivarna. Hur detta fungerar varierar idag stort mellan landstingen. Medan privata vårdgivare i en del landsting regelbundet deltar i referensgrupper för utvecklingen av vårdvalssystemens olika delar, vittnar företagare i andra landsting om hur tjänstemän är svårtillgängliga och ointresserade av de privata företagens erfarenheter och synpunkter.

Att införa vårdvalssystem och göra dessa framgångsrika är naturligtvis en stor omställning för en organisation som är van vid att själv ansvara för hela produktionen. Vittnesmålen om hur tjänstemännens attityder påverkar förutsättningarna för de privata utförarnas möjligheter att utvecklas illustrerar att det inte räcker med en politisk viljeinriktning för att få vårdvalssystemen att fungera. Bättre möjligheter för dialog och erfarenhetsutbyte skulle bidra till att öka tjänstemännens kunskaper om privata vårdgivares villkor och verksamhet, vilket i sin tur skulle stärka förutsättningarna för konkurrensneutralitet i vårdvalssystemen.

5 Underskott i den offentliga primärvården som konkurrenshinder

- Misstankar om underskott i landstingets egenregi är vanligt förekommande. Underskott innebär en snedvridning av konkurrensen till förmån för landstinget egenregi.
- Det behövs tydliga system för hur privata vårdgivare ska kompenseras för underskott i landstingets egenregi.
- Bristande transparens i egenregins redovisning gör det i många fall svårt att avgöra om konkurrenssnedvridande underfinansiering föreligger. Ökad transparens, exempelvis vad gäller möjligheten att se resultat per vårdcentral, är därför önskvärt.

Kompensera privata vårdgivare för offentliga underskott

Ytterligare ett konkurrenshinder som pekats ut av privata vårdaktörer i samband med införandet av vårdvalssystem är underfinansiering av den offentliga primärvården. I de flesta vårdvalssystem har landstingets egenregi ett försprång i kraft av att ha varit etablerade under lång tid. Detta försprång förstärks i flera landsting genom att egenregin tillåts gå med underskott, och på så sätt hålla en högre kostnadsnivå än de privata vårdgivarna. Sådana förhållanden snedvrider inte bara konkurrensen till förmån för landstingens egenregi utan bidrar också till att underminera tanken på likabehandling av offentliga och privata utförare i vårdvalssystemen. Konkurrensverkets granskning visar att egenregin i mer än hälften av landstingen redovisade en förlust för 2011. I några landsting, konstaterar Konkurrensverket, visar i stort sett alla egenregins vårdcentraler underskott.¹⁴

Ett exempel är Jämtlands läns landsting där primärvården under 2011 visade ett underskott på 17,5 miljoner. 2010 uppgick underskottet till 4,7 miljoner.¹⁵ Underskotten har fortsatt under 2012 och prognosen pekar på ett underskott på 9 miljoner under innevarande år.¹⁶ Enligt landstingets regler ska underskotten för 2010 återställas senast under 2012. I en rapport från landstingets egna revisorer konstaterar man dock att ingen vet vad som kommer att hända om man misslyckas med detta och förlusterna fortsätter. Men man konstaterar också att de privata vårdgivarna då måste

¹⁴ Konkurrensverket, 2012 (3), sid 79.

¹⁵ Jämtlands läns landsting, 2012 (1), sid 38.

¹⁶ Jämtlands läns landsting, 2012 (2), sid 27.

kompenseras om konkurrensneutraliteten ska kunna upprätthållas. Frågetecken kvarstår dock kring hur denna kompensation ska utformas.¹⁷

Andra exempel på landsting där primärvården visade underskott under 2011 är Dalarna, Gävleborg, Västmanland och Västerbotten.¹⁸

Naturligtvis kan man tänka sig situationer där egenregin, precis som privata vårdgivare, under en kortare period uppvisar underskott kopplade till exempelvis omstruktureringskostnader eller investeringar. Men när underskott sträcker sig över flera år kan det ses som ett tecken på att en verksamhet inte klarar av att verka under de förutsättningar som lagts fast i vårdvalssystemen. En nyckelfråga i sammanhanget är därför hur landstingen ser på vårdcentraler i egen regi som går med förlust. Västra Götalandsregionen och Region Skåne har båda lagt ner sådana verksamheter, medan andra landsting, exempelvis Halland, har valt att driva dem vidare. Efter att hälften av vårdcentralerna i Halland uppvisat underskott fattade landstinget förra året beslut om ett nytt system för att utjämna resultaten mellan vårdcentralerna, snarare än att stänga enheter som går med förlust.¹⁹

Att på detta sätt kvitta överskott i en del av verksamheten mot förluster i en annan är något som även sker inom privata vårdföretag. Det finns dock en avgörande skillnad mellan landsting och privata utförare. En privat vårdgivare kan mycket väl under en uppstartsperiod, som är förknippad med stora investeringskostnader, välja att låta en verksamhet gå med underskott och låta dessa täckas av överskott i andra verksamheter. Däremot finns det inga möjligheter att driva en väletablerad verksamhet med underskott under flera års tid, något som däremot är fullt möjligt för landstingen.

Exemplen på underskott i den landstingsdrivna primärvården gör att det finns anledning att utarbeta tydliga system för hur privata vårdgivare ska kompenseras när landstingets egenregi uppvisar underskott. Risken är annars att vi får en situation där landstingen gynnar sin egen produktion genom att tillåta återkommande underskott.

¹⁷ Jämtlands läns landsting, 2012, sid 14.

¹⁸ Konkurrensverket, 2012 (1), sid 21-23.

¹⁹ Sveriges Radio, Hallandsekot, 2011-03-23.

Öka transparensen i redovisningen

Många privata vårdgivare vittnar om offentliga vårdcentraler som trots minskat patientunderlag i spåren av privata nyetableringar lyckas bibehålla omfattningen på både personal och lokaler. Det har i många fall lett till misstankar om att landstingen tillför extra resurser till egenregin i syfte att täcka upp underskott eller accepterar underskott. Ett sådant exempel är Jämtland där privata vårdgivare upplever att landstinget skjuter till extra medel till vårdcentraler som har få listade patienter. I fallet Jämtland är det som framgått ovan tydligt att egenregin dras med omfattande underskott.

I många andra fall är det dock svårt att belägga misstankar om att landstinget underfinansierar egenregin. Det gäller särskilt när det handlar om underskott på enhetsnivå, som för en enskild vårdföretagare kan vara minst lika konkurrenssnedvridande som generella underskott. Redovisningen ger sällan någon klarhet i hur egenregins verkliga kostnadsbild ser ut och eventuella underskott på enhetsnivå. Företagare får nöja sig med att dra slutsatser utifrån sina egna erfarenheter av vad som krävs för att en verksamhet ska gå runt. Många företagare inom primärvården har tidigare arbetat inom landstinget och har därför god inblick i hur landstingets verksamheter bedrivs och kan bilda sig en uppfattning kring hur den utvecklas ekonomiskt på enhetsnivå. Om en vårdcentral tidigare drevs med underskott och inget uppenbart har förändrats sett till organisation och antal patienter sedan vårdvalet införts, är det exempelvis rimligt att misstänka att underskotten kvarstår.

Att det föreligger stora skillnader mellan landstingen vad gäller redovisningen har också påpekats av Konkurrensverket, som konstaterar att några landsting sedan länge har rutiner för att följa resultat på enhetsnivå, medan det i andra landsting saknas sådana.²⁰ I vissa fall, påpekar Konkurrensverket, är den ekonomiska redovisningen så bristfällig att landstingen saknar kunskap om vilka enskilda enheter det egentligen är som går med förlust.²¹

Frågan om egenregins redovisning kan jämföras med diskussionen kring landstingens redovisning av folktandvården och hur man skapar ett transparent system som minskar riskerna för snedvridning av konkurrensen. Enligt SKL:s redovisningsmodell ska kostnader och intäkter för folktandvårdens olika delar (exempelvis barn- och ungdomstandvård och vuxentandvård) särredovisas. Statskontoret genomförde förra året en granskning av landstingens redovisning och konstaterar att transparensen i

²⁰ Konkurrensverket, 2012 (3), sid 81.

²¹ Konkurrensverket, 2012 (3), sid 91.

redovisningen inte är tillräcklig för att externa intressenter (exempelvis privattandläkare) ska kunna bedöma om det förekommer subventioner som snedvrider konkurrensen eller inte. För att åtgärda detta rekommenderar man i sin granskning en lagreglering av kravet på särredovisning av folktandvårdens kostnader och intäkter.²²

Tandvården har, som statskontoret påpekar, en lång tradition av att ha en stor andel privata utförare som verkar sida vid sida med de offentliga, vilket understryker behovet av system som förhindrar att konkurrensen snedvrids.

I och med vårdvalssystemen blir de problem som länge varit aktuella inom tandvården även aktuella i primärvården. Det tydliggör behovet av en diskussion om hur vi kan få till stånd en ökad transparens i den landstingsdrivna primärvårdens redovisning.

Misstankarna om att landstingen gynnar de egna vårdcentralerna understryker behovet av en mer transparent redovisning, som gör det möjligt att avgöra om landstingen subventionerar delar av egenregin. En avgörande faktor för att kunna avgöra om egenregin gynnas ekonomiskt är behovet av att redovisa resultat per vårdcentral. Detta understryks även i Konkurrensverkets granskning av vårdvalssystemen.²³ Genom ökad transparens i redovisningen skulle egenregin behöva verka under samma villkor som de privata vårdgivarna i vårdvalssystemen. Ökad transparens skulle också undanröja en viktig källa till osäkerhet bland de privata utförarna kring landstingens eventuella sammanblandning av sina beställar- och utförarroller.

²² Statskontoret, 2011.

²³ Konkurrensverket, 2012 (3), sid 95.

6 Utformningen av vårduppdraget som konkurrenshinder

- Breda uppdrag försvårar för mindre aktörer att etablera sig och växa organiskt.
- För att stimulera etableringar och ökad konkurrens finns det anledning för flera landsting att se över uppdragens utformning.
- För detaljerade krav riskerar att gå ut över mångfald och innovation inom vårdvalen.
- Privata utförare bör involveras i utformningen av ackrediteringsvillkoren.

Smala uppdrag skapar förutsättningar för mångfald

Uppdragens bredd är en aspekt på möjligheterna att få till stånd en fungerande konkurrens inom ramen för vårdvalssystemen som hittills fått relativt lite uppmärksamhet. Frågan framhålls dock som minst lika viktig som listningsprinciperna av flera branschföreträdare.

Hur landstingen väljer att definiera primärvårdsuppdraget i vårdvalssystemen varierar idag från smala uppdrag, som endast omfattar husläkarverksamhet, till breda uppdrag, som inkluderar exempelvis barnhälsovård och mödravårdsomvård. Bland de landsting som valt smala primärvårdsuppdrag återfinns exempelvis Stockholm, Skåne och Kalmar. Landstingen med bredast uppdrag är Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland.²⁴

Ett brett uppdrag gör det svårt för mindre företag att etablera sig och driva läkarmottagningar och riskerar därmed att minska mångfalden i vårdvalssystemen. För att kunna etablera sig i ett vårdvalssystem med ett brett uppdrag måste man från första dagen ha en rad anställda med olika inriktningar, stora lokaler och omfattande utrustning. Med andra ord krävs stora investeringskostnader som är svåra för mindre företag att bära. För att kunna upprätthålla kompetensnivån inom exempelvis mödravård och för att få lönsamhet i en sådan mottagning krävs också ett betydande patientunderlag, vilket saknas på många platser i Sverige.

²⁴ Konkurrensverket, 2012 (3), sid 58-59.

Man kan även argumentera för att breda uppdrag gynnar landstingets egenregi, som i många landsting är den aktör som enklast kan uppfylla kraven på bredd.

Några vårdaktörer menar att listningen av patienter inte skulle vara ett problem om landstingen i sina ackrediteringsvillkor erbjöd möjligheten till ett smalt basuppdrag. Då skulle det vara möjligt att starta mottagningar med en läkare och en sjuksköterska för att sedan successivt utöka verksamheten. Med breda uppdrag blir detta omöjligt. De små privata läkarmottagningar som ändå etablerat sig får i många landsting svårt att få verksamheten att gå runt då det helt enkelt inte finns tillräckligt med patienter för att snabbt bygga upp breda verksamheter.

Detta blir särskilt tydligt i gleset befolkade landsting, som exempelvis Jämtland och Dalarna, där relativt breda uppdrag i kombination med låg befolkningstäthet gör det svårt för mindre aktörer att etablera sig och driva verksamhet. Man skulle rentav kunna argumentera för att det bästa vårdvalssystemet för glesbygden kanske finns i Stockholm, där det är möjligt att etablera sig med ett smalt husläkaruppdrag. Det jämtländska systemet skulle dock sannolikt fungera utmärkt i storstäderna där det inte är några problem att få ihop 5 000 listade patienter för att kunna starta en bred verksamhet.

Bakom många landstings beslut att utforma breda uppdrag ligger ambitioner att skapa en sammanhållen primärvård. Det handlar också om att garantera en jämlik tillgång till primärvårdens alla delar. Detta är utan tvivel viktiga aspekter att väga in när man utformar ett vårdvalssystem. Samtidigt syftar vårdvalen till att öka mångfalden och tillgängligheten samt genom den ökade konkurrensen stimulera kvalitetsutvecklingen. Breda uppdrag som hindrar mindre aktörer från att etablera sig riskerar att gå ut över möjligheterna att få till stånd en sådan utveckling.

Hur man utformar uppdragen kan därför ses som en avvägning mellan flera viktiga värden. För att vårdvalssystemen ska kunna bidra positivt till högre kvalitet och bättre tillgänglighet finns det anledning i flera landsting att överväga om utvecklingen av vårdvalssystemen skulle gynnas av smalare uppdrag.

Detaljerade krav minskar utrymmet för innovationer

Enligt flera vårdföretagare finns det en tendens att landstingen blir allt mer detaljerade i sina ackrediteringsvillkor. Även detta påverkar möjligheterna för vårdgivarna att utveckla sin verksamhet och konkurrera genom att

utveckla nya organisatoriska lösningar och nya erbjudanden till patienterna. Konsekvensen blir en ökad likriktning bland aktörerna i vårdvalssystemen.

Denna utveckling riskerar att gå ut över ett av vårdvalsreformens huvudsyften, nämligen ambitionen att genom mångfald få till stånd en kvalitetshöjande konkurrens.

Detta är en faktor som är viktig att väga in i det fortsatta arbetet med ackrediteringsvillkoren för vårdvalssystemen. Det är också viktigt att landstingen hittar sätt att involvera de privata vårdgivarna i arbetet med att utforma regelböckerna för vårdvalssystemen för att på så sätt garantera att deras erfarenheter vägs in när systemen utformas.

7 Krav på gemensamma IT-system som konkurrenshinder

- Krav att alla aktörer i vårdvalssystemen måste använda landstingens IT-system leder till merkostnader för privata vårdgivare, då landstingens system inte är anpassade till mindre verksamheter.
- Det är önskvärt med IT-lösningar som gör det möjligt för privata vårdgivare att utforma sina egna IT-system samtidigt som ett säkert informationsutbyte med andra vårdgivare garanteras.
- Nationella minimikrav på IT-systemen bör övervägas.

Privata vårdgivare upplever ofta landstingens krav på gemensamma IT-system och elektroniska journalsystem som ett konkurrenshinder. I många fall använder privata vårdföretag en IT-infrastruktur som är anpassad efter den egna verksamhetens inriktning och omfattning. Det handlar med andra ord om system som är utformade för att fungera väl i mindre verksamheter

Landstingens egna IT-system är givetvis anpassade till betydligt större verksamheter än de som privata vårdgivare bedriver, och sällan lämpade för att användas i mindre organisationer. När landstingen ställer krav på gemensamma IT-system, och tvingar in de privata vårdgivarna i de egna systemen, skapar det samordningsproblem och ökade administrationskostnader hos privata läkarmottagningar som i många fall blir tvungna att dubbelregistrera patienter i både det egna och landstingets IT-system. Vårdföretagare uppskattar att den tid som dubbelregistreringen tar i anspråk motsvarar en kostnad på tre procent av vårdersättningen, eller sex-sju kronor per listad patient och månad.

Landstingens krav på IT-systemen ställer upp effektiva hinder för mindre företag att etablera sig. I många fall klarar de inte av att leva upp till avtalsvillkoren på grund av de höga kostnaderna som är förknippade med inköp av ett specifikt IT-system anpassat för landstingets verksamhet.

Att landstingen valt att bygga upp egna IT-system försvårar även för större vårdföretag som är verksamma i flera landsting. I stället för att kunna dra nytta av stordriftsfördelar vad gäller IT-systemen tvingas företagen arbeta i flera olika landstingssystem parallellt med det egna IT-systemet.

Samtidigt som alltför detaljerade krav på IT-systemen från landstingens sida utgör ett problem för privata vårdgivare är det för patientsäkerheten viktigt att information om patienternas hälsa kan utbytas snabbt och enkelt mellan

olika vårdgivare, vilket ställer krav på kopplingar mellan landstingets och de privata vårdgivarnas system.

Ett landsting som försökt lösa avvägningen mellan behovet av informationsutbyte och vikten av att privata vårdgivare får utforma IT-lösningar som passar de egna behoven, och som kan inspirera andra landsting som vill se över kraven på IT-systemen, är Västra Götalandsregionen. Här ställs inte några krav på att privata vårdgivare måste använda sig av landstingets IT-system. Däremot såg man i samband med införandet av vårdvalssystemet till så att alla privata vårdgivare kunde koppla upp sig mot landstingets IT-system. Det innebär att privata vårdgivare kunde bygga upp sina egna system, utan hårda och detaljerade krav från landstinget, samtidigt som det finns en koppling till landstingets databaser. De privata vårdgivarna slipper då dubbelregistreringen av patienter samtidigt som de kan bedriva ”benchmarking” mot andra vårdgivare då exempelvis information om kvalitet är öppen för alla anslutna vårdcentraler.

En möjlig lösning på problemen med gemensamma IT-system är ett införande av nationella riktlinjer för IT-systemen hos alla vårdaktörerna. Dessa riktlinjer skulle garantera att systemen är utformade så att alla vårdcentraler får tillgång till information om vilka vårdkontakter patienten tidigare haft, vilka mediciner man tagit, information om eventuell överkänslighet, röntgen och labb-prover etc. Vilket specifikt system en vårdgivare använder är däremot av underordnad betydelse så länge det uppfyller de grundläggande kraven. Ett projekt som pekar i denna riktning är Nationell Patient Översikt (NPÖ), som gör det möjligt för vårdpersonal att ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare för att på sätt förbättra samordningen av vårdinsatser. Projektet som drivits inom ramen för Center för eHälsa i samverkan har dock fått ett svalt bemötande från landstingen.

Dagens situation leder sammantaget till att IT-systemen inte blir det stöd för effektivare vårdprocesser som de skulle kunna vara. Alltför omfattande krav på IT-systemen från landstingens sida utgör också ett etableringshinder i vårdvalssystemen. Därför är det av stor betydelse att privata vårdgivare ges möjligheter att utforma sina egna IT-lösningar samtidigt som möjligheterna till ett säkert utbyte av information mellan olika vårdgivare garanteras. I ett sådant arbete kan både Västra Götalandsregionen och idéerna kring NPÖ fungera som inspirationskällor.

8 Så kan konkurrensneutraliteten i vårdvalen förbättras

Vårdvalsystemen har stora möjligheter att fortsätta bidra till kvaliteten i primärvården. Det handlar både om att skapa bättre tillgänglighet för patienterna och stimulera framväxten av nya arbetssätt som kan bidra positivt till både medicinska resultat och arbetsmiljön i vården.

För att en kvalitetshöjande konkurrens mellan olika vårdgivare ska kunna förverkligas fullt ut krävs en fortsatt utveckling av vårdvalssystemen. Här vill vi peka på ett antal förslag som skulle stärka konkurrensneutraliteten i vårdvalen och på så sätt bidra till bättre förutsättningar för kvalitetshöjande konkurrens.

- Tillgång till passivlistan stimulerar konkurrensen då det förbättrar möjligheterna för nya aktörer att växa och utvecklas. Omlistning av passivlistan bör därför alltid ske i samband med nyetableringar för att inte gynna redan etablerade aktörer. En sådan modell har valts av Landstinget Gävleborg och skulle kunna inspirera andra landsting till förändringar av sina system.
- Vårdvalssystemen bör utformas på ett sådant sätt att listade patienter automatiskt följer med när en vårdenhet byter ägare.
- För att förtydliga de olika rollerna och minska riskerna för att landstingen gynnar egenregin bör det ske en uppdelning av beställar- och utförarfunktioner på såväl politisk nivå som på tjänstemannanivå. Det finns också ett behov av att stärka beställarfunktionerna. I mindre landsting, som kan ha svårt att på egen hand bygga upp tillräcklig kompetens, kan det ske genom ökat samarbete mellan landsting kring beställarfunktionen.
- Underskott i egenregin innebär en subvention av landstingens egen verksamhet. Därför behövs tydliga system för hur privata vårdgivare ska kompenseras för underskott i landstingens egenregi.
- Bristande transparens i egenregins redovisning gör det i många fall svårt att avgöra om konkurrenssnedvridande underfinansiering föreligger. Därför behövs ökad transparens, exempelvis vad gäller möjligheten att se resultat per vårdcentral.
- Breda uppdrag i vårdvalssystemen försvårar för mindre aktörer att etablera sig och växa organiskt. För att stimulera etableringar och

ökad konkurrens finns det anledning för flera landsting att se över uppdragens utformning och bredd.

- I många landsting blir ackrediteringsvillkoren för vårdvalssystemen allt mer detaljerade. För detaljerade krav på utförarna riskerar att gå ut över möjligheten att stimulera mångfald och innovationer vad gäller exempelvis arbetsmetoder.
- Krav att alla aktörer i vårdvalssystemen måste använda landstingens IT-system leder till merkostnader för privata vårdgivare, då landstingens system inte är anpassade till mindre verksamheter. Därför är det önskvärt med IT-lösningar som gör det möjligt för privata vårdgivare att utforma sina egna IT-system samtidigt som ett säkert informationsutbyte med andra vårdgivare garanteras. Detta kan exempelvis ske genom nationella minimikrav på IT-systemen.

Förslagen ovan understryker och kompletterar de slutsatser Konkurrensverket tidigare i år presenterat kring hur vårdvalssystemen bör utformas för att främja kvalitetshöjande konkurrens. I Konkurrensverkets rapport betonas bland annat behoven av att stärka konkurrensneutraliteten genom att se över styrningen av egenregion och öka transparensen i redovisningen av egenregions kostnader och resultat. Man understryker också behovet av att landstingen fortsätter att utveckla och förbättra den information om valmöjligheterna som ges till invånarna i respektive landsting. Kvalitetshöjande konkurrens förutsätter att människor har reella möjligheter att göra aktiva val, vilket ställer höga krav på den information landstingen tillhandahåller.²⁵

I det fortsatta arbetet med att utveckla vårdvalssystemen är det viktigt att landstingen lär av varandra. På många håll finns intressanta modeller som skulle bidra till att lösa de problem privata vårdgivare möter i vårdvalssystemen. Det gäller exempelvis Landstinget Gävleborgs modell för omlistning av passivlistan i samband med nyetableringar.

Vårdvalssystemen tydliggör samtidigt de privata vårdgivarnas betydelse för att utveckla primärvården. Därför är det också viktigt att det skapas goda förutsättningar för dialog och erfarenhetsutbyte mellan företrädare för landstingen och de privata vårdgivarna. Tillsammans kan vi utveckla vårdvalssystemen och göra primärvården bättre för både patienter och anställda.

²⁵ Konkurrensverket, 2012 (3), sid 97.

9 Källor

Intervjuer:

Hans Boberg, VD, Nya närvården
Stefan Bremberg, chef, Capio Citykliniken Södra
Hans Dahlgren, marknads- och utvecklingschef, Praktikertjänst
Börje Hallberg, hälsovalskontoret, Landstinget Gävleborg
Elsa Lindgren, verksamhetsstrateg, Norrbottens Läns Landsting
Folke Lindqvist, biträdande enhetschef hälsovalsystemet, Landstinget Dalarna
Jörgen Månsson, medicinsk direktör, Carema Sjukvård
Charlie Nihlén, verksamhetschef, Unilabs
Camilla Paananen, ekonom, Landstinget i Östergötland
Agneta Rydberg, ledningsenheten Kronoberg Vårdval
Bo Svedberg, ekonomidirektör, Landsting Gävleborg
Jaan Timoleon, regionchef, Hälsoringen

Dokument och tryckta källor:

Jämtlands läns landsting, 2012. *Årsredovisning 2011*.
Jämtlands läns landsting, 2012. *Delårsbokslut april 2012*.
Jämtlands läns landsting, 2012. *Granskning av primärvården inom hälsovalsmodellen*.
Konkurrensverket, 2010. *Uppföljning av vårdval i primärvården. Delrapport 2. Konkurrensverkets rapportserie 2010:2*.
Konkurrensverket, 2010. *Uppföljning av vårdval i primärvården. Slutrapport. Konkurrensverkets rapportserie 2010:3*.
Konkurrensverket, 2011. *Inträdeshinder för privata vårdcentraler. Uppdragsforskningsrapport 2011:4*.
Konkurrensverket, 2012. *Att skapa likvärdiga villkor. Underlagsrapport*.
Konkurrensverket, 2012. *Kvalitetshöjande konkurrens i valfrihetssystem – vad krävs?*
Konkurrensverket, 2012. *Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen. Rapport 2012:2*.
Landstinget Blekinge, 2012. *Uppdragsbeskrivning och regelbok för godkännande. Hälsoval Blekinge. Version 6.0*.
PwC, 2011. *Vårdval Östergötland – granskning av styrning och måluppfyllelse*.
Statskontoret, 2011. *Uppföljning av landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården*.

Sveriges Radio, Hallandsekot, 2011-03-23. "Ska ge balans i vårdcentralers ekonomi".
<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=128&artikel=4417323>
Vårdföretagarna, 2012. *Rapport från undersökning i Vårdföretagarpanelen 20-27 juni 2012 (Sjukvårdsföretag)*.