



Etablering och konkurrens bland vårdcentraler

**– om kvalitetsdriven konkurrens
och ekonomiska villkor**

Rapport 2014:2



KONKURRENSVERKET
Swedish Competition Authority

Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor

Konkurrensverkets rapportserie 2014:2

Konkurrensverket december 2014

Utredare: Leif Nordqvist, Stefan Jönsson, Ann-Britt Bern,
Karin Larsson och Helena Lind.

ISSN-nr 1401-8438

E-print, Stockholm 2014

Foto: Matton Images

Förord

Konkurrensverket fick i augusti 2013 i uppdrag av regeringen att följa upp landstingens arbete med vårdvalssystemen ur konkurrenssynpunkt och att analysera utvecklingen beträffande mångfalden samt analysera förutsättningarna för kvalitetskonkurrens mellan vårdgivare inom primärvården.

I denna rapport konstaterar vi att det finns förutsättningar för kvalitetskonkurrens i stora delar av landet. I områden med låg tillgänglighet är möjligheterna för att välja vårdcentral sämre. Att tillgängligheten har ökat i stora delar av landet tyder på att det funnits ett utrymme för nyetableringar av vårdcentraler.

Det finns privata vårdcentraler i alla landsting, men inte i alla kommuner. I 174 av landets 290 kommuner finns minst en privat vårdcentral. 86 procent av landets befolkning bor i dessa kommuner.

Under pågående arbete fick vi i februari 2014 ett utökat och förlängt regeringsuppdrag. I detta ingår bland annat att Konkurrensverket ska redovisa hur ersättningssystemens utformning påverkar utvecklingen av verksamheten hos utförarna.

I denna rapport konstaterar vi att störst betydelse för antal vårdcentraler har befolkningsmängden i kommunen. Ersättningssystemens utformning och uppdragens bredd har viss betydelse för vårdcentralers resultat.

Stockholm i december 2014

Dan Sjöblom
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Det finns förutsättningar för kvalitetskonkurrens i stora delar av Sverige.....	10
1.1 Nästan alla vet att de kan välja vårdcentral.....	11
1.2 Åtta av tio invånare har minst två vårdcentraler att välja mellan.....	18
1.3 Sex av tio invånare har haft tillräckligt med information för att kunna göra ett aktivt val	21
2 Etablering av vårdcentraler på en geografisk marknad.....	24
3 Vårdcentraler konkurrerar främst genom rykte, läkartäthet och bemötande.....	27
4 Det öppnas nya vårdcentraler men inte i samma utsträckning som tidigare	32
4.1 Sedan vårdvalet infördes har antalet vårdcentraler ökat med tjugo procent	33
4.2 Det finns idag mer än 200 privata olika vårdgivare	37
4.3 Nya vårdcentraler har färre listade	42
4.4 Antalet vårdcentraler har främst ökat i områden med hög eller mycket hög tillgänglighet	48
4.5 Vanligast att privata vårdcentraler läggs ned	50
5 Ersättningen är ofta en källa till missnöje hos vårdgivare.....	55
5.1 Ersättningen täcker inte kostnaderna	57
5.2 Principer för resultatöverföring i landstinget.....	58
5.3 Privata vårdcentraler har också underskott.....	60
5.4 Viktigt med transparent ersättningssystem.....	62

6	Fyra av tio vårdcentraler klarade sig inte på ersättningen i vårdvalssystemen	64
6.1	Andelen vårdcentraler som gick med underskott var högre bland landstingen än bland privata vårdcentraler	66
6.2	Två av tre vårdcentraler i områden med låg tillgänglighet gick med underskott.....	68
6.3	Små och nyetablerade vårdcentraler gick i högre grad med underskott.....	70
6.4	Vårdcentraler där ägare arbetar i verksamheten hade bättre resultat och bemanning.....	73
6.5	Vad händer när vårdcentraler går i konkurs?	76
6.6	Viktigt med samarbete och information vid konkurser	77
6.7	Det finns risk för fler konkurser	79
7	Stafettläkare och vårdtunga patienter är bland de viktigaste problemen	83
7.1	Bristande läkarbemanning utgör ett stort problem	89
7.2	Befolkningsunderlaget minskar för en fjärdedel av vårdcentralerna	94
8	Landstingens utformning av vårdvalssystem påverkar i liten grad antalet vårdcentraler och deras resultat.....	98
	Referenser	104
	Bilaga 1 Metoder och centrala begrepp.....	106
	Bilaga 2 Landstingens valfrihetssystem.....	114
	Bilaga 3 Landstingens interna principer för redovisning.....	116

Sammanfattning

Sedan vårdvalet för primärvård infördes har antalet vårdcentraler ökat med 20 procent. I de flesta landstingen har invånarna fått fler valmöjligheter då nya vårdcentraler har tillkommit. Majoriteten av de nytillkomna vårdcentralerna finns i områden med stort befolkningsunderlag. Det finns dock ingen oproportionerlig etablering av vårdcentraler i förhållande till det befolkningsunderlag som finns i de områdena. Ingen vårdcentral har lagts ned i områden med låg tillgänglighet.

Det finns skillnader mellan de olika landstingen, avseende både antalet vårdcentraler per kommun och vårdcentralernas resultat. Detta indikerar att vårdcentralernas etablering och prestation kan bero på i vilket landsting vårdcentralen befinner sig. När det gäller antalet vårdcentraler i en kommun beror detta i främst på antalet invånare i kommunen.

En grundläggande förutsättning för att vårdcentralen ska kunna erbjuda patienterna en god vård är att den har tillräckligt med ekonomiska resurser för sin verksamhet. I denna rapport visar vi att ekonomin för vårdcentraler urholkas i hög grad på grund av kostnader för stafettläkare. Anlitande av stafettläkare leder dessutom till att läkarkontinuiteten för patienterna blir sämre, vilket av många – särskilt äldre, upplevs som en försämring av vården. Ägarledda vårdcentraler har ett mindre behov av stafettläkare.

Den bristande ekonomin för vårdcentraler medför att en del vårdcentraler tvingas dra ned på sin bemanning. I rapporten visar vi att fyra av tio vårdcentraler inte klarade sig på ersättningen.

Det finns förutsättningar för kvalitetskonkurrens i stora delar av Sverige, särskilt i områden med stort befolkningsunderlag. Här är det framför allt bristen på information som kan hindra kvalitetskonkurrensen. I de delar av Sverige där befolkningsunderlaget är mindre är invånarnas möjlighet att välja någon annan vårdcentral än den närmaste begränsad på grund av det geografiska avståndet till en annan vårdcentral. I sådana områden är det särskilt viktigt att vårdvalssystemen ger tillräckliga ekonomiska förutsättningar att driva vårdcentraler.

Förslag

Se över villkoren så att de är likvärdiga

Det är viktigt att villkoren för att driva vårdcentraler är rimliga och likvärdiga i alla landsting. Det gäller både privata leverantörer och landstingens egenregiverksamheter. I vår undersökning framgår det att många privata vårdgivare inom primärvården är missnöjda med att en del landsting vid återkommande underskott för egenregi inte ställer tillräckliga krav på att egenregi ska nå en ekonomi i balans. För att det ska vara konkurrensneutrala villkor är det av vikt att alla utförare, oavsett privat- eller offentlig regi likabehandlas.

Utveckla ersättningssystemen och se över uppdragets bredd

Uppdragets bredd i kombination med ersättningssystemens utformning påverkar etablering och resultat. Om det inte finns ekonomiska förutsättningar för vårdcentraler att bedriva verksamhet så riskerar de att på sikt läggas ner. Det medför i sin tur en minskad valfrihet för invånarna.

Utveckla avtalsuppföljningen

Flera landsting har under 2013 och 2014 fått hantera konsekvenserna av privata vårdgivares konkurser. Konkurserna har medfört en ökad belastning att snabbt lista om patienter till andra vårdcentraler. En bättre avtalsuppföljning av den ekonomiska utvecklingen hos de privata vårdgivarnas verksamhet är viktigt för att landstingen ska kunna ha en högre beredskap vid en konkurs.

Samla in statistik för att följa vårdvalssystemen

Någon myndighet (exempelvis Konkurrensverket) bör ges i uppdrag att samla in uppgifter om valfrihetssystem och vilka leverantörer som finns i dessa. Det är viktigt att även i framtiden följa upp hur de olika vårdvalssystemen inom landstingen utvecklas. Av särskild vikt är att följa upp det ekonomiska resultatet på vårdcentralsnivå.

1 Det finns förutsättningar för kvalitetskonkurrens i stora delar av Sverige

Det finns förutsättningar för kvalitetskonkurrens i stora delar av Sverige. 95 procent eller fler av invånarna vet att de kan välja vårdcentral och två av tre anser att de har gjort ett aktivt val. Åtta av tio har minst två vårdcentraler inom ett rimligt avstånd och sex av tio anser att de har haft tillräcklig information för att göra ett aktivt och välinformerat val.

Genom lagen om valfrihetssystem (LOV) har landstingets egna vårdcentraler blivit konkurrensutsatta. När som helst kan en vårdgivare ansöka om att få etablera en vårdcentral i ett landsting. Om vårdgivaren uppfyller de krav och regler som finns i förfrågningsunderlaget så beviljas vårdgivaren tillstånd att etablera en ny vårdcentral. Att bjuda in externa utförare att konkurrera med egenregiverksamheten skulle enligt regeringen bland annat medföra en ökad kvalitet i verksamheten. Inte minst eftersom reformen även medförde att det är den enskilde invånaren som själv bestämmer vilken vårdcentral denne vill vara listad vid. Patientavgiften är densamma, oberoende om invånaren väljer en offentligt eller privat driven vårdcentral. Att patientavgiften är densamma gör att vårdcentraler i Sverige inte kan konkurrera genom till exempel en lägsta-pris-strategi, istället skapas förutsättningar för kvalitetskonkurrens baserat på att erbjuda den bästa kvalitén.

Med kvalitetskonkurrens menar vi att vårdcentralerna ska konkurrera om att locka till sig invånare och patienter, och att konkurrensen ska ske på annat sätt än med pris. Konkurrensen gäller alltså sådana faktorer som invånare och patienter kan

urskilja, i första hand olika aspekter av tillgänglighet och bemötande. I den mån patienterna kan bedöma den medicinska kvaliteten ligger även denna till grund för konkurrensen. För att det ska kunna uppstå sådan kvalitetskonkurrens anser vi att följande tre förutsättningar måste vara uppfyllda:

- Att invånarna känner till att de har möjlighet att välja vårdcentral.
- Att invånarna har möjlighet att välja mellan minst två vårdcentraler inom ett rimligt avstånd.
- Att invånarna har tillgång till information om de vårdcentraler de kan välja mellan.

Vi kan utifrån vår enkätundersökning konstatera att samtliga tre förutsättningar är uppfyllda i stora delar av Sverige.

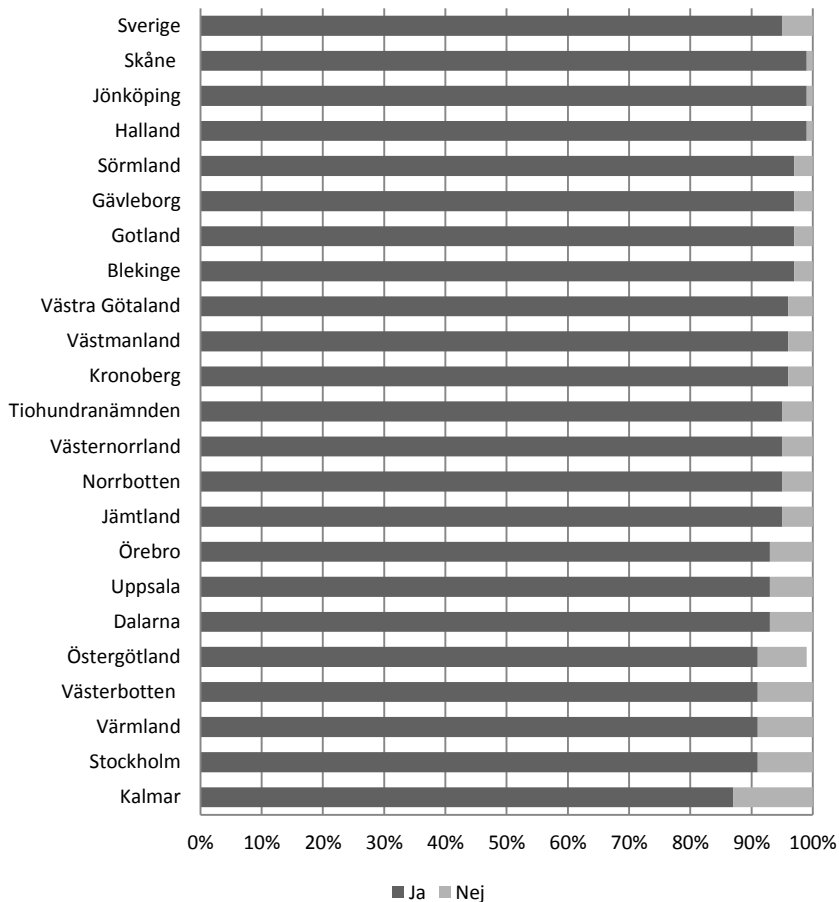
1.1 Nästan alla vet att de kan välja vårdcentral

I fler än hälften av landstingen vet 95 procent eller fler av invånarna att de kan välja vårdcentral. Unga gör i lägre utsträckning ett aktivt val. Nästan hälften av invånarna har valt att stanna kvar vid den vårdcentral som landstinget har föreslagit. Det främsta skälet till att byta vårdcentral är flytt.

Under hösten 2013 har drygt 3 300 invånare i samtliga landsting och regioner besvarat frågor om vårdvalet.

Nittiofem procent av invånarna vet att de kan välja vårdcentral.

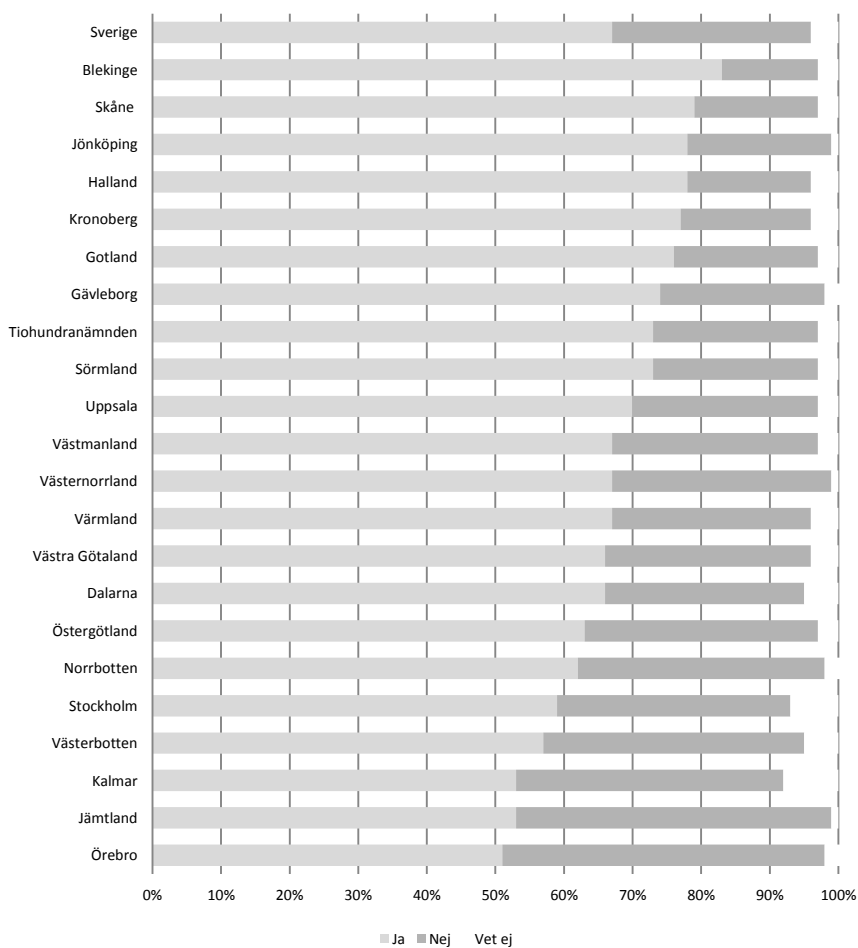
Figur 1.1.1 95 procent vet att de kan välja vårdcentral



Källa: Konkurrensverket och Markör. Frågan löd: "Vet du att du kan välja vilken vårdcentral du vill gå till/vara listad vid?"

Två av tre invånare anser att de har gjort ett aktivt val av vårdcentral.

Figur 1.1.2 En majoritet har gjort ett aktivt val av vårdcentral

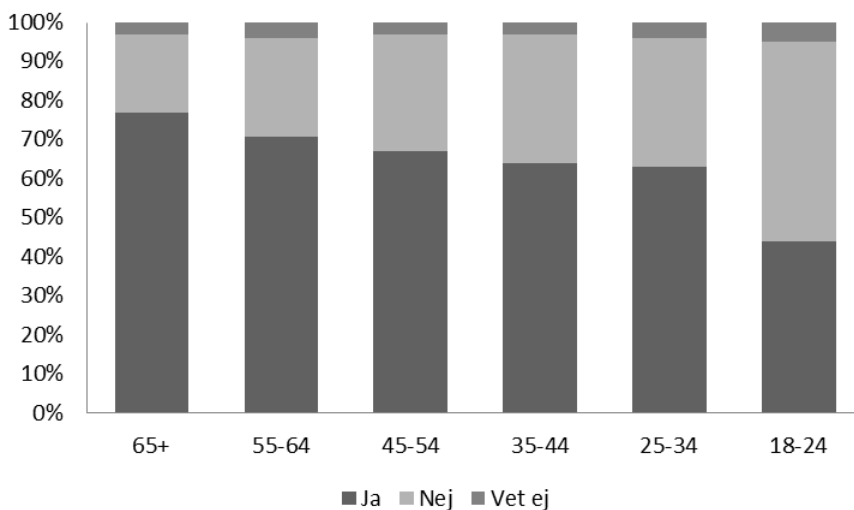


Källa: Konkurrensverket och Markör. Frågan löd: "Anser du att du har gjort ett aktivt val av vårdcentral?"

Yngre gör i lägre utsträckning ett aktivt val

Av de som är mellan 18 och 24 år så har hälften (51 procent) inte gjort ett aktivt val.

Figur 1.1.3 Yngre gör i lägre utsträckning ett aktivt val



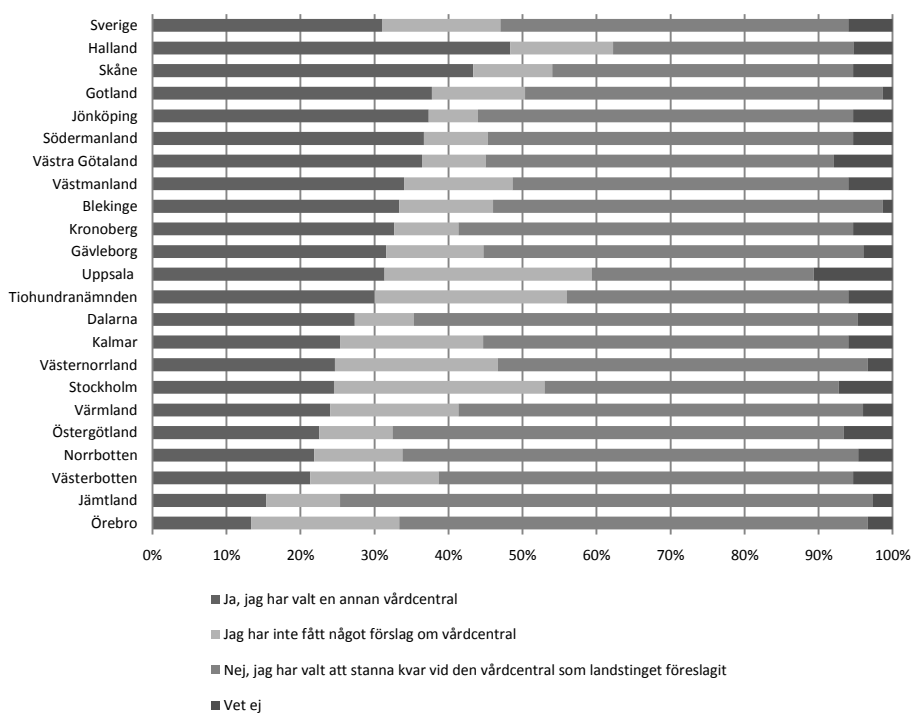
Källa: Konkurrensverket och Markör. Frågan löd "Anser du att du har gjort ett aktivt val av vårdcentral?" svaren har därefter selekterats utifrån ålderskategorier.

Äldre anser i högre utsträckning än yngre att de har gjort ett aktivt val. Av de som är 65 år eller äldre anser 77 procent att de har gjort ett aktivt val. Resultatet beror troligen på att äldre har mer kontakter med vården. Primärvården kan ses som en så kallad "sällan-köpstjänst" vilket innebär att man enbart tar del av tjänsten vid behov. Enligt vår undersökning har 30 procent av de som är 65 år eller äldre gjort 4 eller fler besök på vårdcentralen det senaste året. Bland de som är mellan 18–24 år är andelen 15 procent för motsvarande antal besök.

Nästan hälften av invånarna stannar kvar vid ickevalsalternativet

För de invånare som inte gör ett aktivt val av vårdcentral ska landstinget erbjuda ett ickevalsalternativ.¹ Ickevalsalternativt kan vara en offentlig eller privat vårdcentral. Det vanligaste ickevalsalternativet är att invånaren listas vid den vårdcentral som är geografiskt närmast bostaden. Vår undersökning visar att nära 50 procent av invånarna har valt att stanna kvar vid ickevalsalternativet.

Figur 1.1.4 30 procent av invånarna har listat sig på en annan vårdcentral



Källa: Konkurrensverket och Markör. Frågan löd: "Har du valt att lista dig vid någon annan vårdcentral än den som landstinget föreslagit?"

¹ Några landsting listar inte samtliga invånare och har inte något ickevalsalternativ för listningen.

30 procent av invånarna har listat sig på en annan vårdcentral men 50 procent av invånarna har valt att stanna kvar vid ickevalsalternativet. Det beror troligen på att invånare inte ser någon anledning att göra ett annat val, de är helt enkelt nöjda med sin nuvarande vårdcentral. Att inte byta kan därför vara ett lika aktivt val som att byta. Det viktiga är att vårdvalet gör det möjligt för invånaren att byta när det finns ett önskemål om det.

När få invånare ser en anledning till att byta vårdcentral för "bytan-
dets skull" blir det också en utmaning för en ny vårdcentral att engagera tillräckligt många invånare att lista om sig till den nya vårdcentralen.

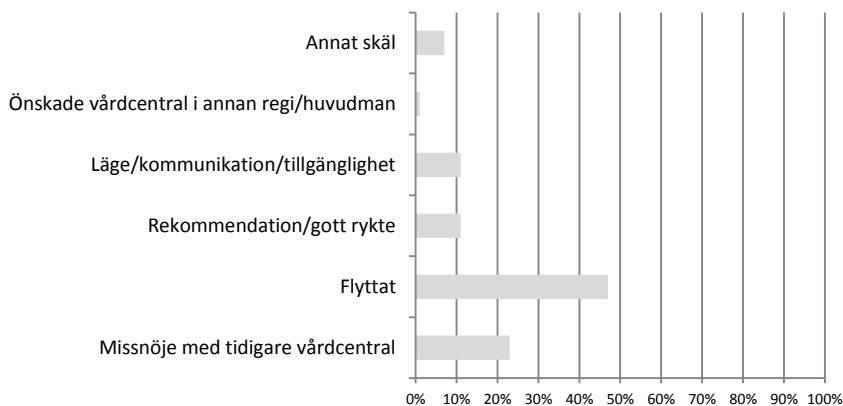
En förutsättning för att det ska vara möjligt att välja är att det finns alternativa vårdcentraler inom ett rimligt avstånd. Hur den geografiska tillgängligheten är till vårdcentraler behandlar vi senare i rapporten.

En annan förklaring till att i genomsnitt nära hälften av invånarna inte har bytt vårdcentral kan bero på att de flesta invånare (71 procent) är listade vid den vårdcentral som ligger närmast bostaden.

Hälften av de som byter vårdcentral gör det i samband med flytt

Ungefär en fjärdedel har bytt vårdcentral under de senaste 3 åren. Den vanligaste anledningen till bytet var flytt (47 procent).

Figur 1.1.5 Vanligaste anledningen till byte är flytt



Källa: Konkurrensverket och Markör. "Vad var den huvudsakligen anledningen till att du bytte vårdcentral (endast ett svar möjligt)".

Ungefär en fjärdedel av dem som hade bytt vårdcentral var missnöjda med sin tidigare vårdcentral.

En tiondel (11 procent) av de som bytt vårdcentral anger rekommendation/gott rykte som orsak till varför de bytt vårdcentral.

Vår undersökning visar även att det är ovanligt att byta vårdcentral i syfte att få en annan huvudman (privat eller offentlig).

Sett till totalen handlar orsakerna till bytena dock om ett fåtal personer i varje landsting eftersom enbart en fjärdedel av de som svarat på enkäten har bytt vårdcentral.

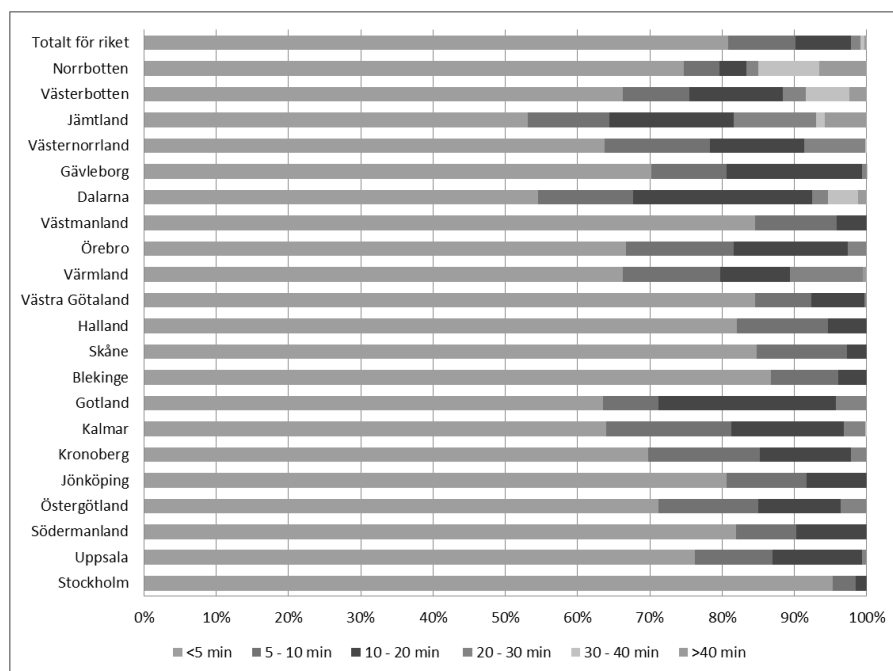
1.2 Åtta av tio invånare har minst två vårdcentraler att välja mellan

För 80 procent av invånarna i Sverige tar det mindre än fem minuter längre med bil att åka till en annan vårdcentral än till den som är närmast bostaden.

En förutsättning för att ett val ska vara möjligt är att finns mer än en vårdcentral inom ett rimligt avstånd. Med hjälp av uppgifter från myndigheten Tillväxtanalys kan vi redovisa hur mycket längre tid det tar att åka (med bil) till en annan vårdcentral än till den som ligger närmast bostaden.

För drygt 80 procent av invånarna tar det mindre än fem minuter längre med bil till en annan vårdcentral än till den närmaste.

Figur 1.2.1 80 procent av invånarna hade i februari 2014 mindre än fem minuter längre avstånd med bil till en annan vårdcentral än den närmaste vårdcentralen



Källa: Tillväxtanalys.

Stora regionala skillnader för invånarna

I Stockholm tar det för 95 procent av invånarna mindre än fem minuter längre att åka till en annan vårdcentral än till den som ligger närmast bostaden. I Dalarna och Jämtland hade 45 procent av invånarna längre än 5 minuters bilfärd till en annan vårdcentral än till den närmaste. Resultatet i Vårdanalys rapport (2013) visade att i dessa län så uppgav var tredje respondent att de inte hade bytt vårdcentral eftersom det inte fanns någon annan vårdcentral att byta till.

För 205 000 invånare, de flesta i norra Sverige, tar det mer än 20 minuter längre att åka till en annan vårdcentral än till den närmaste. Även om dessa naturligtvis har en formell möjlighet att välja någon annan vårdcentral än den närmaste är deras valmöjligheter i praktiken högst begränsade. Dessutom bor omkring 10 000 invånare på öar utan fast landförbindelse, som inte ingår i denna analys eftersom Tillväxtanalys modell inte kan hantera dessa på ett jämförbart sätt.

Vårdcentraler ansvarar för huvuddelen av de vanligaste och ofta återkommande sjukvårdsbehoven. I gles- och landsbygdsområden utför och behandlar vårdcentralerna även mer komplicerade vårdbehov som i tätorterna behandlas vid sjukhusen. Därför är det viktigt med en såväl geografisk som tidsmässigt god tillgänglighet till vårdcentraler i alla delar av landet.² I gleset befolkade områden 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.³

I detta sammanhang är det avståndet till den närmaste vårdcentralen som är viktigast. Enligt Tillväxtanalys har 99 procent av befolkningen mindre än 20 minuters bilfärd till den närmaste vårdcentralen.⁴

Ett lägre utbud och/eller en sämre tillgänglighet av vårdcentraler inom ett geografiskt område kan även ha en negativ inverkan på

² Tillväxtanalys (2013), Tillgänglighet till kommersiell- och offentlig service 2012, 2013:4, s. 49f.

³ Konkurrensverket (2012) s. 49.

⁴ Tillväxtanalys (2013), Tillgänglighet till kommersiell- och offentlig service 2012, 2013:04: s. 99.

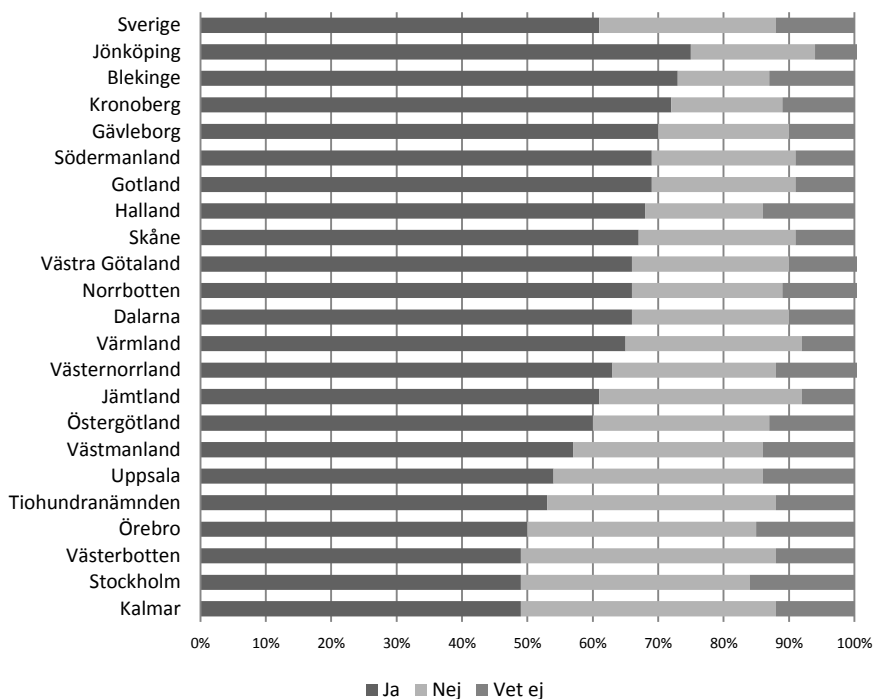
förutsättningarna för kvalitetsdriven konkurrens då de faktiska möjligheterna att byta vårdcentral begränsas.

1.3 Sex av tio invånare har haft tillräckligt med information för att kunna göra ett aktivt val

En majoritet anser att de har haft tillräckligt med information för sitt val av vårdcentral.

Information är en viktig faktor för att förutsättningar för kvalitetsdriven konkurrens ska finnas. Två av tre invånare anser att de har haft tillräckligt med information för att kunna göra ett aktivt och välinformerat val.

Figur 1.3.1 Sex av tio har haft tillräckligt med information



Källa: Konkurrensverket och Markör. Frågan löd: "Tycker du att du har haft tillräckligt med information för att kunna göra ett aktivt och välinformerat val av vårdcentral?"

Myndigheten för vårdanalys rapport visar att de flesta invånare i liten utsträckning söker efter information inför bytet av vårdcentral. Runt 75 procent av dem som har bytt eller funderar på att byta uppgav att de inte alls eller i liten utsträckning har sökt efter information.⁵ Det är oklart varför, men en förklaring kan vara att invånarna utgår från att det inte finns några avgörande kvalitets-

⁵ Vårdanalys (2013).

skillnader mellan vårdcentralerna, utan det är andra faktorer som avgör ett byte, till exempel flytt.

Sökandet och tillgodogörandet av informationen innebär även en "kostnad" i engagemang och tid. Denna kostnad kan minska om landstingen kontinuerligt gör insatser för att sprida informationen och att den målgruppsanpassas utifrån olika invånares förutsättningar att ta till sig information och motivation att aktivt söka information.

2 Etablering av vårdcentraler på en geografisk marknad

Varje vårdcentral är en relevant marknad för sig om inte det finns en annan vårdcentral inom trehundra meter. Men om den närmaste vårdcentralen befinner sig inom 2–300 meter så uppstår en positiv marginaleffekt i antal listade patienter, vilket tyder på att de inte konkurrerar om patienter.

Konkurrens och etablering sker sällan inom hela den geografiska lokala landstingskommunen och genomsnittssiffrorna döljer betydande lokala variationer. Vi har därför haft hjälp av Copenhagen Economics för att med en statistisk metod dela in Sverige i relevanta geografiska marknader för vårdval primärvård.⁶

Relevant geografisk marknad för en vårdcentral

För indelning av relevanta geografiska marknader har Konkurrensverket försett Copenhagen Economics med ett antal presumtiva förklaringsfaktorer till var vårdcentraler etableras. Dessa faktorer är hur landstingens ersättningssystem är utformade, hur kostnadsansvaret för vårdcentralerna är utformade, hur uppdragets bredd är utformad, listningsprinciper samt krav/allmänna villkor i förfrågningsunderlaget. Detta underlag har sedan använts i olika modeller för att testa statistiska samband.

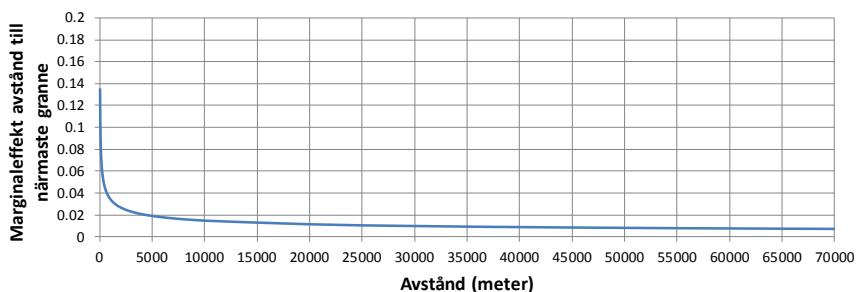
⁶ Copenhagen Economics har med hjälp av tvärsnittsdata från Konkurrensverket, geografiska koordinater för varje vårdcentral från Tillväxtanalys och SCB beräknat avståndet till närmaste konkurrent.

För att kunna bestämma relevant marknad måste en faktiskt geografisk indelning användas. Först har därför en indelning på länsnivå testas, och sedan på FA-nivå⁷ och slutligen på kommunnivå. Kommunnivån används sedan genomgående i analysen då detta är den minsta nivån.

Resultatet av deras analys visar att det finns en margineffekt när det gäller listade patienter om vårdcentralerna befinner sig geografiskt nära varandra. Utifrån datamaterialet är det möjligt att få en indikation av hur stor denna effekt är. Effekten är som störst inom 2–300 meter och faller sedan snabbt när avståndet mellan vårdcentralerna ökar.

I diagram 2.1 återges margineffekten av att den närmaste grannen får en ny listad patient vid sin vårdcentral, och hur det påverkar antalet listade patienter vid den egna vårdcentralen.

Diagram 2.1. Positivt inflytande från närmaste vårdcentral



Källa: Copenhagen Economics.

⁷ Funktionella analysregioner som är en geografisk indelning av Sverige i arbetsmarknads- och pendlingsregioner.

Vad händer om den närmaste vårdcentralen får en ny patient?

Under förutsättning att de båda vårdcentralerna befinner sig inom ett avstånd upp till mellan 2–300 meter så kommer även den andra vårdcentralen att få mellan 0,05–0,14 nya patienter. Detta tyder på att de båda vårdcentralerna utgör en marknad. I övriga fall är varje vårdcentral för sig en relevant marknad.⁸ Detta eftersom sambandet sjunker när hänsyn tas till näst närmaste vårdcentral och sambandet är i princip obefintligt till tredje närmaste vårdcentral.

Hur vårdcentralerna konkurrerar med varandra om att få invånare att lista sig beskriver vi i nästa avsnitt.

⁸ Källa: Copenhagen Economics.

3 Vårdcentraler konkurrerar främst genom rykte, läkartäthet och bemötande

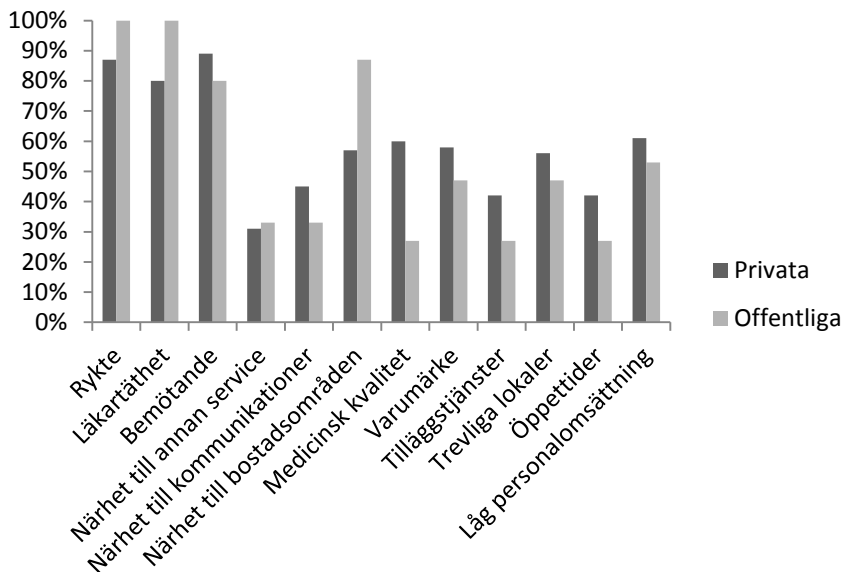
Ryktets och bemötandets stora betydelse för konkurrensen är också kvalitetsdrivande i vården. Privata vårdgivare rankar den medicinska kvaliteten dubbelt så hög som konkurrensmedel, jämfört med offentliga vårdgivare. Det finns en stor samstämmighet över läkartäthetens betydelse för konkurrens och möjligheten att erbjuda en god vård. Privata vårdgivare är mer marknadsföringsorienterade än offentliga vårdgivare.

Vårdcentraler som är etablerade innan vårdvalet är väl kända bland landstingets invånare. Detta är en konkurrensfördel då patienter i regel inte är så benägna att byta vårdcentral. Kundlojaliteten är hög. Vårdcentraler befinner sig i hög grad på en ryktesmarknad där förtroendet för vårdcentralen påverkas av andras erfarenheter av vårdcentralen.

Bland de offentliga och privata vårdgivare som svarat på vår enkät finns det en stor samstämmighet om att rykte är en konkurrensfaktor av stor betydelse.⁹

⁹ Enkäten har besvarats på central i nivå i landstinget och inte av enskilda vårdcentraler, vilket innebär att svaren blir mer generella från landstingsföreträdaren. På privata sidan så har 77 procent av svaren besvarats av företag som driver bara en vårdcentral.

Figur 3.1 Rykte, läkartäthet och bemötande är de viktigaste konkurrensmedlen



Källa: Konkurrensverket och Markör. Påståendet löd: "Jag anser att vårdcentralerna konkurrerar med varandra om invånare/patienter på följande sätt". De svarande fick i undersökningen ta ställning till i vilken utsträckning de ansåg att olika faktorer innebär konkurrens om invånare. Diagrammet visar andelen som svarat hög eller mycket hög utsträckning.

Att ryktet har så stor betydelse för vårdcentralerna innebär att en vårdcentral inte utan konsekvenser kan erbjuda patienten en sämre upplevd kvalitet i primärvården, då riskerar vårdcentralen att tappa patienter till konkurrerande vårdcentral. Därför rankas även bemötande högt av vårdcentralerna. Omtanken om vårdcentralens rykte är kvalitetsdrivande i vården.

Rekommendationer från vänner och bekanta är i regel den mest trovärdiga källan till information. Därtill har "kundomdömen" på olika webbsidor blivit en vanligare källa för information. På

Doktorsguiden.se kan till exempel patienter betygssätta enskilda läkare. På Omvård.se kan patienter ge sitt omdöme om vårdcentraler. På 1177.se, som tillhandhålls av landstingen, finns jämförelser av vårdcentraler och andra verksamheter baserat på nationella patientenkäter. Om det inte hade varit möjligt för en patient att byta läkare eller vårdcentral hade ryktet eller sajter som Doktorsguiden och Omvård haft mindre betydelse.

Hög läkartäthet är av stor vikt för vårdcentralerna. Det finns även i våra intervjuer med verksamhetschefer en stor samstämmighet i att det är ett viktigt konkurrensmedel, men att det samtidigt är mycket svårt att råda över på grund av den stora läkarbristen. Den stora läkarbristen har de senaste åren medfört ett ökat anlitande av stafettläkare för att kunna leva upp till sitt vårdåtagande. Detta har samtidigt försämrat läkarkontinuiteten för patienterna vilket i slutändan riskerar en mindre kvalitativ vård.

Av diagrammet framgår att de offentliga vårdgivarna rankar läkartäthet något högre än privata vårdgivare, vilket beror på att offentliga vårdgivare har ett större behov av att anlita just stafettläkare då de inte i lika hög grad "äger" sin bemanning så som privata vårdcentraler med aktiva delägare gör.

Den medicinska kvaliteten är svår att bedöma för en patient, men de privata vårdcentralerna rankar ändå medicinsk kvalitet som ett konkurrensmedel i dubbelt så hög utsträckning än de offentliga vårdgivarna.

Intressant att notera är också att de offentliga vårdgivarna i högre utsträckning rankar närheten till bostadsområden som en konkurrensfaktor, medan det är främst privata vårdcentraler som fått kritik för att de har etablerat sig i huvudsak i tätbebyggda områden.

Resultaten i enkäten stämmer väl överens med vad som framkom i de intervjuer som vi genomförde hösten 2014 med verksamhetschefer på privata och offentliga vårdcentraler. Samtliga uppgav att de främsta konkurrensmedlen för att behålla och kunna locka nya listade är bemötande, tillgänglighet, rykte samt en god kvalitativ vård.

En verksamhetsföreträdare för en offentlig vårdcentral berättar:

”Det blev en kulturchock när de förstod att man måste vara lyhörd och mer patientorienterad. Ödmjukhet och bemötande är viktigt. Detta blev mer påtagligt i och med en konkurrent, förändringarna i kulturen hade inte skett utan vårdvalets införande”.

Privata vårdcentraler är mer marknadsföringsorienterade

I vårdvalssystemen är det reglerat hur vårdcentraler får marknadsföra sin verksamhet. Landstingen har rätt att ställa krav som sträcker sig utöver marknadsföringslagens ramar, på hur leverantörer får marknadsföra sina tjänster.

Att marknadsföringen är reglerad för sjukvårdstjänster är relevant och en garant för saklig information till invånarna. En majoritet av landstingen har skrivningar om marknadsföring i sina förfrågningsunderlag.

Regleringen medför vissa utmaningar när det gäller hur en vårdgivare inom primärvården kan marknadsföra verksamheten. En majoritet av de verksamhetschefer som vi har intervjuat under hösten 2014 anser dock inte att regleringen av marknadsföringen har begränsat dem i deras möjligheter att sprida information om verksamheten. Riktlinjerna upplevs som tydliga och konkurrensneutrala.

En generell slutsats från våra intervjuer med verksamhetschefer på vårdcentraler är att de privata vårdgivarna hade ett mer utvecklat resonemang och de hade reflekterat mera kring marknadsföring.

En förklaring är att de privata vårdgivarna konkurrerar med sedan länge etablerade landstingsdrivna vårdcentraler, och att en del privata vårdcentraler startats efter vårdvalsreformen, vilket medfört att de startar verksamheten med noll listade patienter och därmed också med noll intäkter.

En vanlig förklaring vi mött i våra intervjuer är att verksamhetschefer för offentliga vårdcentraler ser den egna vårdcentralen som en del av en "koncern" där koncernens marknadsföring/information är tillräcklig eller att det inte finns några egentliga incitament att ta patienter från varandra inom "koncernen".

Det är få av verksamhetscheferna oavsett offentlig eller privat regi som annonserar i någon högre utsträckning om verksamheten, annat än under perioder av till exempel vaccination och sommaröppettider. Om vårdcentralen får sämre rykte, ofta på grund av bristande läkarbemanning, kan det medföra att vårdcentralen gör informationsinsatser. Den bästa marknadsföringen är patienternas positiva omdömen om vårdcentralen och det främsta medlet för att uppnå det är bra bemötande och en god vård som bland annat uppnås med en tillräckligt hög läkarbemanning.

4 Det öppnas nya vårdcentraler men inte i samma utsträckning som tidigare

Antalet vårdcentraler ökade kraftigt när vårdvalet infördes. Etableringstakten av nya vårdcentraler varierar mellan landstingen, i några har antalet privata vårdcentraler ökat kraftigt, medan antalet är i stort sett oförändrat i en tredjedel av landstingen. De senaste åren har ökningstakten avtagit, och antalet nya vårdcentraler var under 2014 bara marginellt större än antalet vårdcentraler som lagts ned. Detta är ett uttryck för att marknaden är på väg att konsolideras.

När en ny marknad skapas som genom införandet av vårdval primärvård, är möjligheterna för etablering betydligt större än när marknaden redan är mogen¹⁰. Antalet vårdcentraler ökade också relativt kraftigt i samband med införandet av vårdval.¹¹ Sedan dess har ökningen planat ut, både genom färre nyetableringar, men också genom en ökning av antalet stängda vårdcentraler. Detta är en naturlig följd av att marknaden konsolideras efter några år. Marknaden är dock inte ännu mogen. Vår bedömning är att det kommer att ske förändringar av aktörer också inom de närmaste åren.

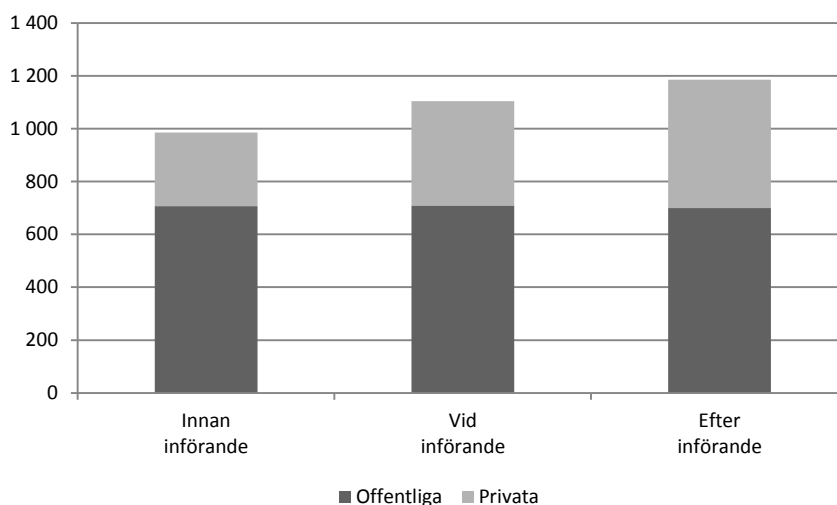
¹⁰ Utvecklingen går att jämföra med avregleringen av apoteksmarknaden 2009. Sedan avregleringen har Sverige fått ungefär 350 nya apotek, men senaste åren har etableringstakten avtagit, Statskontoret 2013:7, En omreglerad apoteksmarknad.

¹¹ Vårdvalet infördes under 2007 i Halland och under 2008 i Västmanland och Stockholm. Under 2009 tillkom Uppsala, Kronoberg, Skåne, Östergötland och Västra Götaland och under 2010 i övriga landsting och Norrtälje.

4.1 Sedan vårdvalet infördes har antalet vårdcentraler ökat med tjugo procent

Totala antalet vårdcentraler ökade från knappt 1 000 vårdcentraler innan vårdvalets införande till 1 185 vårdcentraler i oktober 2014. Antalet privata vårdcentraler har ökat med drygt 80 procent, medan antalet landstingsdrivna vårdcentraler har minskat något.

Figur 4.1.1 Antal vårdcentraler innan, vid och efter vårdvalets införande (fram till oktober 2014)

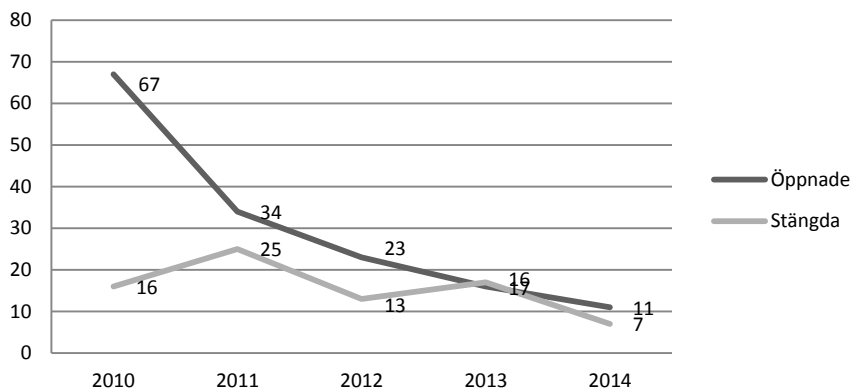


Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

Nettoförändring av vårdcentraler under 2010–2014

Under 2010 och 2011 lades totalt 41 vårdcentraler ned. Under 2012 och 2013 har 30 vårdcentraler lagts ned. Under 2014 (t.o.m. oktober) var nettoökningen av antalet vårdcentraler fyra stycken.

Figur 4.1.2 Antal öppnade och stängda vårdcentraler 2010–2014



Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

Några landsting har inte fått några nya vårdcentraler alls

Antalet vårdcentraler har ökat kraftigt i flera landsting, men i en knapp tredjedel av landstingen har antalet vårdcentraler ökat bara marginellt, varit helt oförändrat eller t.o.m. minskat. I vissa landsting ökade antalet vårdcentraler i samband med själva införandet för att sedan avstanna, medan andra har ökat mest efter införandet.

De landsting där antalet vårdcentraler har ökat mest efter införandet av vårdval är Uppsala, Halland, Stockholm och Västernorrland.

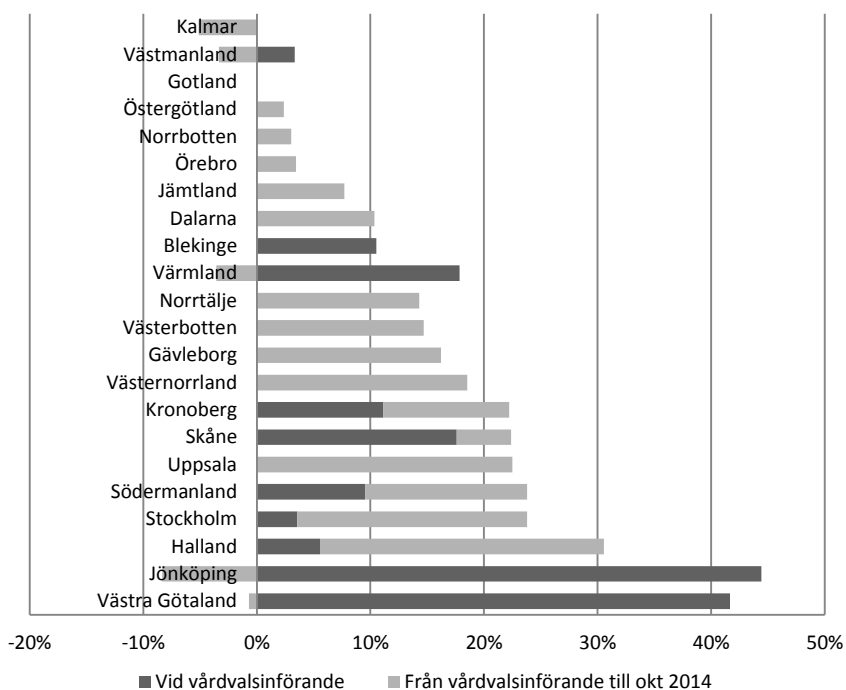
Bland de landsting där det hänt väldigt lite märks Gotland som har ett oförändrat antal vårdcentraler sedan innan vårdvalet, likaså Västmanland har nu lika många vårdcentraler som innan vårdvalet.

Men även i lite större landsting som Östergötland, Norrbotten och Örebro har ökningen varit mindre än 4 procent.

I Örebro har endast en offentlig vårdcentral öppnat.

I Kalmar är antalet vårdcentraler lägre än innan vårdvalet infördes. En förklaring till det är att några vårdcentraler försattes i konkurs under 2013.

Figur 4.1.3 Procentuell förändring av antal vårdcentraler vid/efter vårdvalets införande



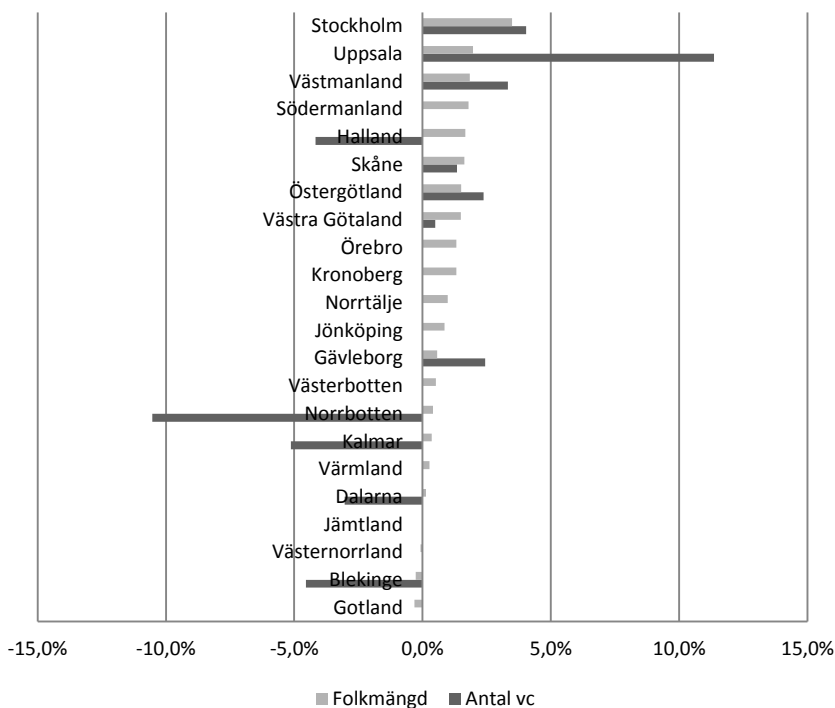
Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

Befolkningsförändringar kan inte ensamt förklara förändring av vårdcentraler

Från 2011 till 2013 har antalet vårdcentraler ökat med mer än befolkningsökningen i Stockholm, Uppsala, Östergötland och Gävleborg.

I Norrbotten, Blekinge, Dalarna, Halland och Kalmar har antalet vårdcentraler däremot minskat, utan att det skett motsvarande minskning av antalet invånare.

Figur 4.1.4 Ökning av antalet invånare respektive antalet vårdcentraler i landstingen 2011–2013, procent.



Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

4.2 Det finns idag mer än 200 privata olika vårdgivare

Vi kan konstatera att tillgängligheten till vårdcentraler har ökat i de flesta landstingen. De flesta privata vårdgivare driver bara en eller två vårdcentraler. Av de tio största vårdgivarna är två privata. Övriga är landsting som driver vårdcentraler i egen regi. I 184 av landets 290 kommuner finns minst en privat vårdcentral. I dessa kommuner bor 84 procent av landets befolkning.

När vårdvalet infördes fanns förhoppningar om att få fler privata vårdgivare att etablera sig, och att en mångfald av vårdgivare skulle stimulera utvecklingen av nytänkande och kostnadseffektiva lösningar samt bidra till en förbättrad tillgänglighet.

Vårdcentralerna drivs av 245 olika vårdgivare, varav 22 är landstingen själva och 223 utgörs av privata företag. 182 privata vårdgivare driver en enda vårdcentral, vilket visar att de flesta privata vårdcentraler är småföretag.

Figur 4.2.1 Antal vårdgivare fördelat på antal vårdcentraler

Antal vårdcentraler per vårdgivare	Privata vårdgivare	Offentliga vårdgivare	Antal vårdgivare	Summa antal listade	Antal listade per vårdgivare i snitt
1	182	0	182	1 062 982	5 841
2	19	0	19	190 512	10 027
3-4	9	0	9	125 938	13 993
5-10	10	2	12	469 906	39 159
11-20	1	3	4	567 981	141 995
21-35	0	14	14	2 916 487	208 321
Fler än 35	2	3	5	3 926 404	785 281
Summa	223	22	245	9 260 210	37 797

Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

Av de tio största vårdgivarna är två privata, övriga är landsting som driver vårdcentraler i egen regi. Bland de privata är Praktikertjänst AB störst med 79 vårdcentraler och Capio AB med 68 vårdcentraler.

Figur 4.2.2. Tio största vårdgivare med flest antal etablerade vårdcentraler

Vårdgivare	Antal vårdcentraler 2013	Antal listade 2013
Västra Götaland	115	1 035 298
Skåne	85	803 864
Praktikertjänst AB	79	669 742
Stockholm	70	778 176
Capio AB	68	645 130
Östergötland	34	357 461
Västerbotten	32	218 304
Jönköping	31	253 429
Norrbottn	31	200 108
Gävleborg	29	189 225

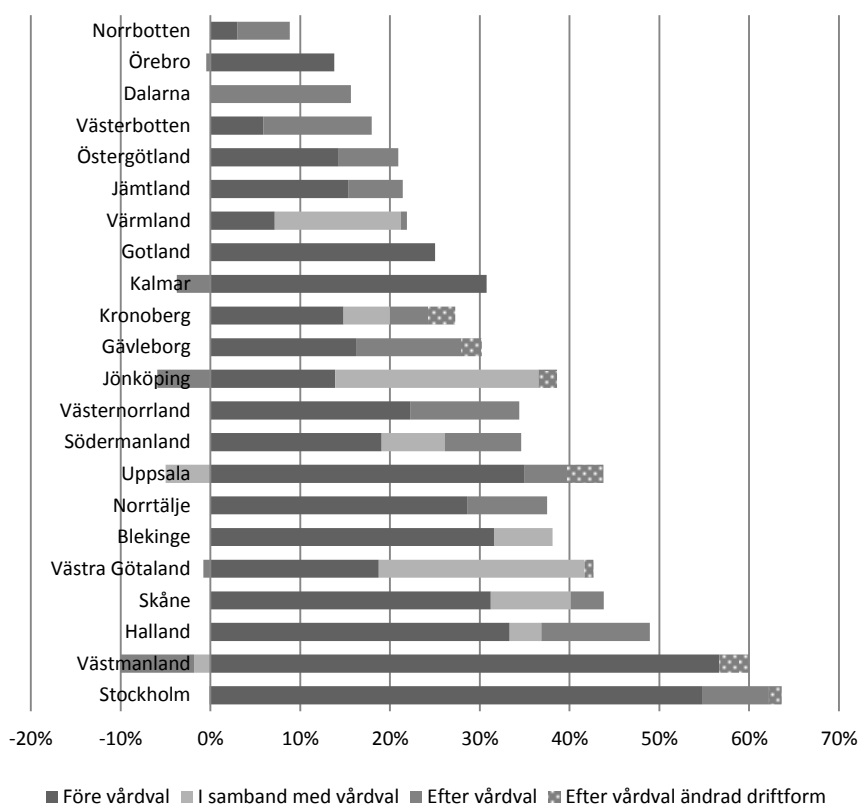
Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

Det finns regionala skillnader när det gäller etablering före och efter reformen

I exempelvis Dalarna fanns det inte några privata vårdcentraler innan vårdvalet infördes. Dalarna är det landsting där andelen privata vårdcentraler ökat mest efter själva införandet.

I några andra landsting har utvecklingen gått i motsatt riktning. I Västmanland, som hade högst andel privata vårdcentraler innan vårdvalet, har andelen sjunkit något. Även i Kalmar och Örebro är andelen privata vårdgivare lägre efter vårdvalsinförandet än den var innan.

Figur 4.2.3 Andel privata vårdcentraler och nettoförändring i samband med och efter vårdvalsinförandet



Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

Ändrad driftform innebär att vårdcentralen har gått från att varit i offentlig regi till privat, eller tvärtom.

I 184 av landets 290 kommuner finns minst en privat vårdcentral

Det finns privata vårdgivare i alla landsting, men inte i alla kommuner. 8,3 av Sveriges 9,6 miljoner invånare bor i en kommun som har minst en privat vårdcentral. När det finns en privat vårdcentral i kommunen så är valmöjligheterna för invånarna bättre.

I januari 2014 var det 116 kommuner som inte hade någon privat vårdcentral. Andelen kommuner som saknar privat vårdcentral är högst i Örebro landsting (90 procent), Västerbotten (80 procent), Östergötland (77 procent) och Dalarna (73 procent). I Stockholm saknar endast en av kommunerna en privat aktör.

Detta måste dock sättas i relation till hur stor andel av landstingets befolkning som bor i kommuner som saknar privat vårdcentral. I Jämtland är det 70 procent av landstingets befolkning som inte kan välja en privat vårdcentral, jämfört med Stockholm där enbart 0,7 procent av landstingets befolkning inte kan välja en privat vårdcentral.

Figur 4.2.4 Sammanställning av antal invånare i landsting som inte kan välja en privat vårdcentral år 2012

Landsting	Antalet kommuner i landstinget	Antal kommuner i landstinget som saknar privat aktör	Andel av landstingspopulationen som bor i kommuner som saknar privata aktörer	Andel av kommunerna i landstinget som saknar privata aktörer	Population i landstinget	Antal individer i landstinget som bor i kommuner som saknar privat aktör	Antal vårdenheter i landstinget
Stockholm	26	1	0,7%	3,8%	2163042	16001	217
Uppsala	8	2	6,5%	25,0%	345481	22582	49
Södermanland	9	3	12,1%	33,3%	277569	33492	26
Östergötland	13	10	31,9%	76,9%	437848	139702	44
Jönköping	13	4	14,7%	30,8%	341235	50054	55
Kronoberg	8	2	10,8%	25,0%	187156	20215	33
Kalmar	12	7	38,6%	58,3%	233874	90377	39
Gotland	1	0	0,0%	0,0%	57161	0	8
Blekinge	5	0	0,0%	0,0%	152757	0	23
Skåne	33	6	7,3%	18,2%	1274069	93223	160
Halland	6	1	3,3%	16,7%	306840	10001	48
Västra Götaland	49	17	13,2%	34,7%	1615084	213127	215
Värmland	16	9	33,4%	56,3%	273815	91546	37
Västmanland	12	2	3,9%	16,7%	259054	10019	31
Örebro	10	9	42,8%	90,0%	285395	122240	31
Dalarna	15	11	44,4%	73,3%	277349	123265	36
Gävleborg	10	3	12,3%	30,0%	277970	34227	42
Västernorrland	7	2	15,7%	28,6%	242156	38073	32
Jämtland	8	5	70,8%	62,5%	126461	89553	29
Västerbotten	15	12	22,4%	80,0%	261112	58505	40
Norrbottnen	14	10	36,6%	71,4%	249436	91240	35
Totalt	290	116	20,1%	39,6%	9644864	1347442	1230

Källa: Copenhagen Economics på datamaterial från Konkurrensverket och SCB.

4.3 Nya vårdcentraler har färre listade

Det tar tid för nystartade vårdcentraler att locka till sig nya patienter. Privata vårdcentraler som etablerats i samband med vårdvalsreformen eller senare har avsevärt färre listade än de vårdcentraler som fanns etablerade innan vårdvalet infördes. Redan etablerade vårdcentraler har en konkurrensfördel genom att de inte i samma utsträckning behöver locka till sig nya patienter.

När vårdvalet infördes genomfördes i de flesta landsting en listning av alla invånare på en vårdcentral. Ofta innebar listningen att de invånare som inte gjorde något aktivt val blev listade på den vårdcentral som var närmast bostaden.¹²

De vårdcentraler som etablerats efter vårdvalet fick inte del av denna listning utan måste locka invånare och patienter att lista sig hos dem för att få ersättning. Då nära hälften av invånarna i vår undersökning stannar kvar vid sitt "icke-val" som tilldelats dem genom närhetsprincipen möter nya vårdgivare en avsevärd utmaning i att få tillräckligt många listade.

Vårdcentraler som var etablerade innan vårdvalet infördes har en konkurrensfördel

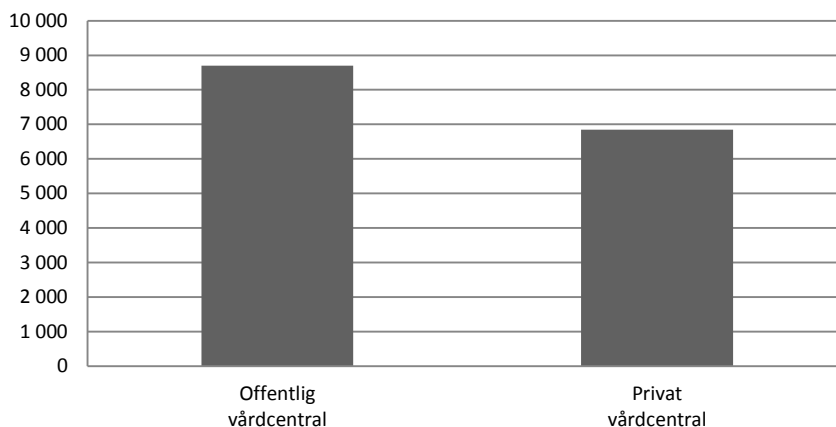
De vårdcentraler som fanns etablerade redan innan vårdvalsreformen, oavsett offentlig eller privat regi, fick en konkurrensfördel genom att de automatiskt tilldelades listade invånare.

År 2013 hade landstingens vårdcentraler i genomsnitt cirka 8 700 listade patienter. De privata vårdcentralerna är ofta mindre och

¹² Konkurrensverket 2010:3 Uppföljning av vårdval i primärvården s. 70.

hade knappt 6 850 listade under 2013. Antalet listade per vårdcentral skiljer sig dock kraftigt mellan olika vårdcentraler.

Figur 4.3.1 Landstingsdrivna vårdcentraler har i genomsnitt fler listade år 2013



Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

Privata vårdcentraler som fanns innan vårddvalet har nästan lika många listade som landstingens vårdcentraler

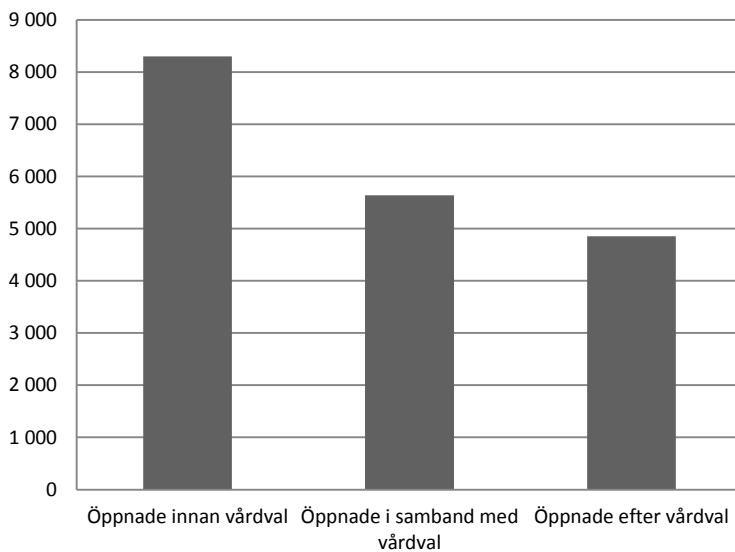
De vårdcentraler som var etablerade innan vårddvalsreformen hade avsevärt fler antal listade, i genomsnitt cirka 8 300 listade.

De som startade i samband med vårddvalsreformen fick ofta del av listningen av icke-väljare i enlighet med närhetsprincipen eller någon annan listningsprincip.

Men de privata vårdcentraler som startade i samband med vårddvalsreformen har generellt avsevärt färre antal listade, i genomsnitt drygt 5 600 listade.

De privata vårdcentraler som har etablerats efter vårdvalsreformen har nästan uteslutande varit beroende av att locka patienter att lista sig hos dem. Detta är naturligtvis en avsevärd konkurrensnackdel, vilket också avspeglas i att de bara har 4 850 listade i genomsnitt.

Figur 4.3.2 Snitt antal listade hos privata vårdcentraler 2013



Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

Det tar i genomsnitt två till tre år att få 5 000 listade

De privata vårdcentraler som startade sin verksamhet under 2011, hade 2013, i genomsnitt 4 830 listade patienter. De har inte fått ta del av icke-väljare (annat än nyinflyttade) och för dem har det därför i genomsnitt tagit 2–3 år för att komma upp till ett lista på 5 000 patienter.

I fyra landsting är de privata vårdcentralerna i genomsnitt större än de offentliga

I de flesta landsting är landstingets vårdcentraler större, ofta avsevärt större, än de vårdcentraler som drivs av privata vårdgivare. Men det finns några undantag. I fyra landsting, Västmanland, Gotland, Västerbotten och Västernorrland, har de privata vårdcentralerna i genomsnitt fler listade än landstingets egna vårdcentraler.

Figur 4.3.3 I fyra landsting har de privata vårdcentralerna i genomsnitt fler listade patienter än de offentliga

Antal listade per vårdcentral i genomsnitt per landsting 2013

Landsting	Offentlig vårdcentral	Privat vårdcentral	Skillnad mellan offentlig och privat vårdcentral	Privat andel av offentlig
Västmanland	8 016	8 449	-433	105%
Gotland	6 731	6 996	-265	104%
Västerbotten	6 822	6 947	-125	102%
Västernorrland	7 603	7 626	-23	100%
Gävleborg	6 758	6 706	52	99%
Örebro	9 597	8 470	1 127	88%
Norrälje	7 577	6 539	1 038	86%
Norrbottnen	6 670	5 577	1 094	84%
Östergötland	10 514	8 564	1 950	81%
Halland	7 493	5 602	1 892	75%
Södermanland	11 511	8 593	2 919	75%
Dalarna	9 658	7 193	2 464	74%
Stockholm	11 278	8 246	3 032	73%
Uppsala	7 468	5 372	2 096	72%
Västra Götaland	9 082	6 612	2 469	73%
Skåne	9 457	6 753	2 704	71%
Kronoberg	6 182	4 172	2 010	67%
Värmland	9 946	6 572	3 374	66%
Jönköping	8 175	4 070	4 105	50%
Kalmar	7 003	3 392	3 611	48%
Blekinge	9 038	4 330	4 708	48%
Jämtland	5 255	1 764	3 491	34%
Snitt	8 701	6 845	1 856	79%

Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

En vårdcentralers storlek i antal listade patienter är enligt vår analys avhängigt om vårdcentralen var etablerad innan vårdvalet infördes.

Majoriteten är listad på en stor eller medelstor vårdcentral

85 procent av befolkningen är listade på en medelstor eller stor vårdcentral. En svensk vårdcentral har i genomsnitt cirka 7 950 listade patienter.

Den största vårdcentralen hade 29 467 listade sommaren 2013, och det finns 14 vårdcentraler med fler än 20 000 listade. Dessa hanterar drygt tre procent av samtliga listade.

Figur 4.3.4 85 procent av vårdcentralerna hade mellan 5 000 och 20 000 listade patienter 2013

Andel och antal vårdcentraler, antal listade, 2013

Antal listade	Andel vårdcentra ler	Antal vårdcentra ler	Totalt antal listade	Andel listade
Fler än 20 000	1,2%	14	317 405	3,4%
10 000 >= 20 000	27,7%	323	4 153 162	44,8%
5 000 >= 10 000	42,9%	500	3 731 702	40,3%
3 000 >= 5 000	17,5%	204	816 900	8,8%
Färre än 3 000	10,6%	124	241 041	2,6%
Summa	100,0%	1 165	9 260 210	100,0%

Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

4.4 Antalet vårdcentraler har främst ökat i områden med hög eller mycket hög tillgänglighet

Förutsättningarna för tillgänglighet till vårdcentraler ser olika ut i Sverige. Majoriteten av landets vårdcentraler är geografiskt lokaliserade i storstäder och i områden med hög eller mycket hög tillgänglighet. Ökningen av antalet vårdcentraler har nästan uteslutande skett i områden med hög eller mycket hög tillgänglighet. Så gott som samtliga invånare i Sverige, 99 procent, har mindre än 20 minuters restid med bil till en vårdcentral.

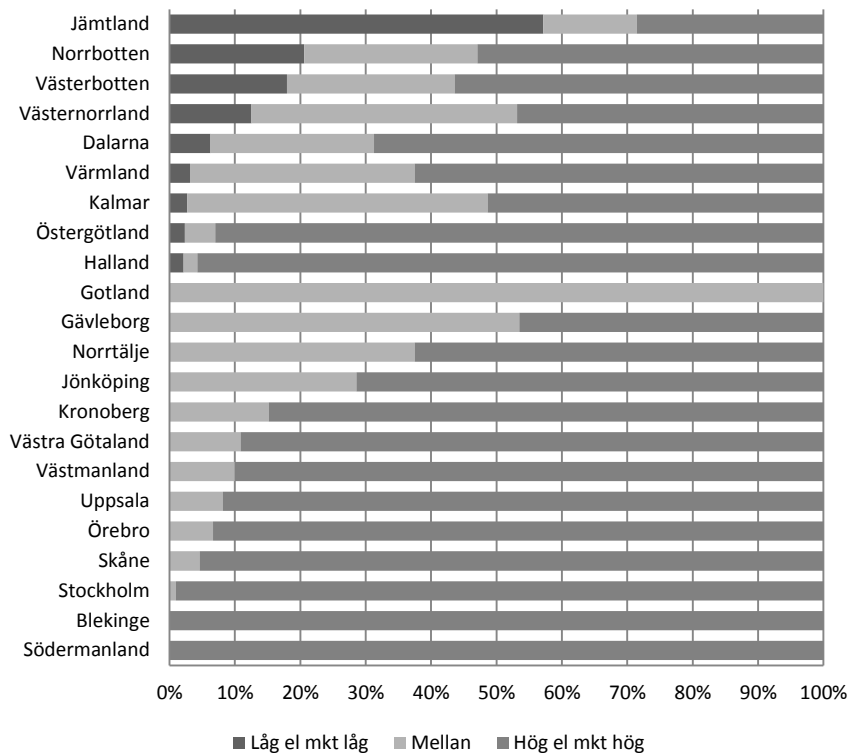
De allra flesta, 82 procent, av samtliga vårdcentraler i Sverige finns i områden med hög eller mycket hög tillgänglighet till tätorter.¹³ Drygt hälften, 51 procent, av vårdcentralerna ligger i områden med mycket hög tillgänglighet. Omkring 54 procent av befolkningen bor i dessa områden.

Tre procent av vårdcentralerna ligger i områden med låg eller mycket låg tillgänglighet till tätort, dvs. i glesbygdsområden. I dessa områden bor endast 0,4 procent av Sveriges befolkning.

Bland de landsting som har en eller flera vårdcentraler i områden med mycket låg tillgänglighet finns Västerbotten, Dalarna, Väster-norrland, Värmland och Jämtland. I figur 4.4.1 kan man se att Jämtland har störst andel vårdcentraler i områden med låg eller mycket låg tillgänglighet.

¹³ För definition av tillgänglighet, se bilaga 1.

Figur 4.4.1 Andel vårdcentraler fördelat på län och tillgänglighetsklass



* Tiohundra nämnden i Norrtälje inkluderat i Stockholm.

Källa: Sanocore AB och Konkurrensverket. Tillväxtanalys bearbetning.

Den ökning som har skett av antalet vårdcentraler har nästan uteslutande skett i områden med hög eller mycket hög tillgänglighet. Det är samma marknadslogik som för andra verksamheter, man etablerar sig där det finns ett tillräckligt marknadsunderlag för att bedriva verksamhet.

4.5 Vanligast att privata vårdcentraler läggs ned

Sedan vårdvalssinförandet 2010 har 78 vårdcentraler lagts ner. Majoriteten av dessa var privata. De nedlagda vårdcentralerna har vanligtvis legat i områden med hög tillgänglighet.

I 16 av 21 landsting har det, sedan vårdvalssystemen infördes, förekommit att vårdcentraler stängts. Att vårdcentraler läggs ned kan ske av många olika orsaker. En del har slagits samman med andra vårdcentraler, en del vårdcentraler har landstingen sagt upp avtal med på grund av avtalsbrott och några har gått i konkurs. Vi har inte gjort någon kartläggning av orsakerna i varje enskilt fall.

Tre av fyra nedlagda vårdcentraler är privata

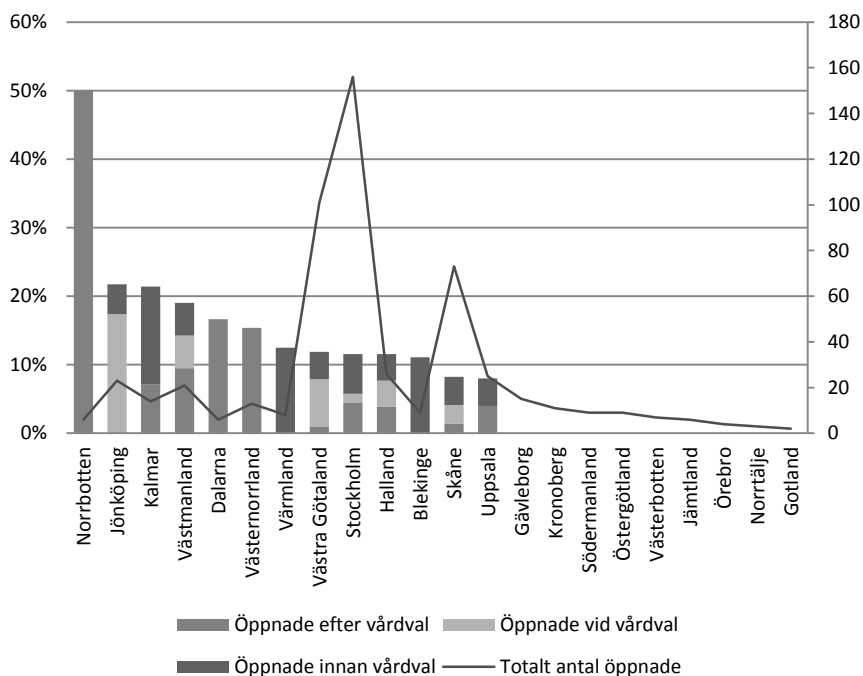
55 av de 78 vårdcentraler som lagts ned sedan det nationella vårdvalssinförandet 2010 drevs i privat regi. Detta innebär att drygt var tionde (13 procent) privat vårdcentral som startats har lagts ned.

I Norrbotten har hälften av de sex privata vårdcentraler som öppnats stängt, och i Kalmar drygt 20 procent. Båda landstingen påverkades av konkursen inom Sensia sommaren 2013, och eftersom antalet privata vårdcentraler är ganska litet i dessa landsting innebär varje nedlagd vårdcentral en stor andel, vilket är särskilt tydligt i Norrbotten.

Man kan samtidigt notera att det skiljer sig en del mellan olika landsting.

I Gävleborg, Kronoberg, Södermanland och Västerbotten har ingen av de vårdcentraler som öppnats efter vårdvalets införande stängt.

Figur 4.5.1 Andel av privata vårdcentraler som har stängt

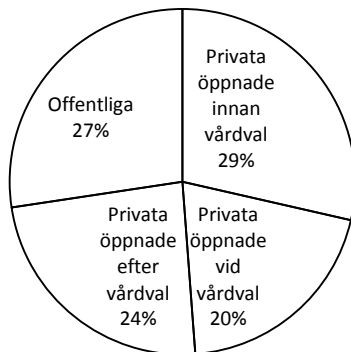


Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

Fler än hälften av de vårdcentraler som lagts ned fanns innan vårdvalet

Närmare sex av tio vårdcentraler som lagts ned fanns innan vårdvalet infördes i respektive landsting. Av dessa var knappt 30 procent privata.

En knapp fjärdedel av de vårdcentraler som lagts ned hade öppnat efter vårdvalet. 20 procent hade öppnats i samband med vårdvalet.

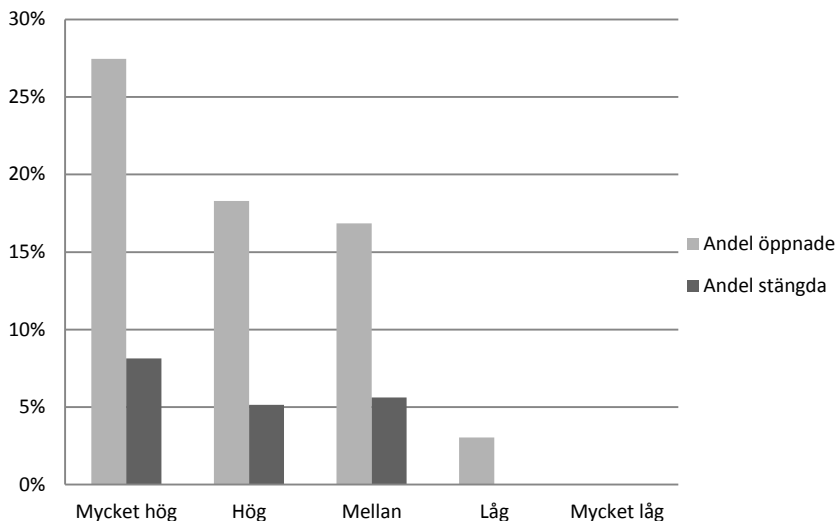
Figur 4.5.2 Fördelning av stängda vårdcentraler

Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

Ingen vårdcentral i har lagts ner i områden med låg tillgänglighet

Det har inte lagts ned några vårdcentraler i områden med låg eller mycket låg tillgänglighet. Andelen nedlagda vårdcentraler är högst i områden med mycket hög tillgänglighet, åtta procent, följt av områden med en tillgänglighet som är hög eller mellan. Att andelen nedlagda vårdcentraler är högst i områden med hög tillgänglighet är en naturlig konsekvens av att det finns flest nyetablerade vårdcentraler i dessa områden och att konkurrenstrycket mellan vårdcentralerna därmed troligen är högre.

Figur 4.5.3 Antalet vårdcentraler har ökat mest i områden med hög eller mycket hög tillgänglighet

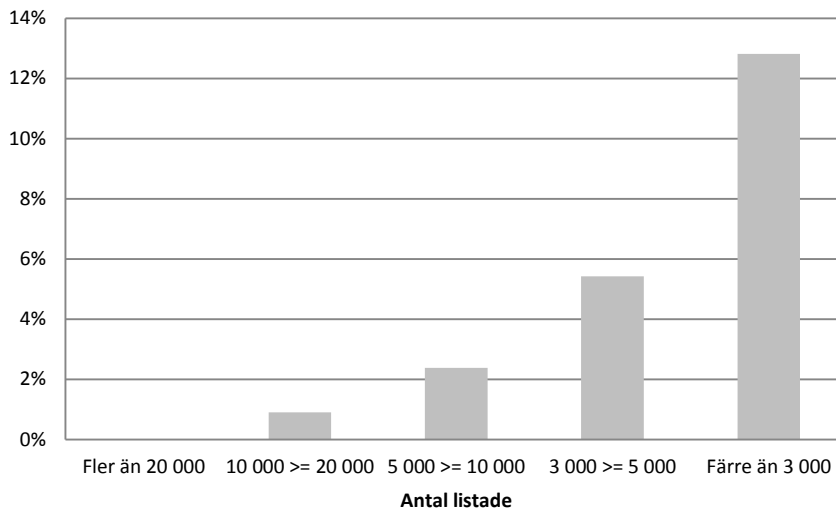


Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

De flesta vårdcentraler som lagts ned har varit små

Drygt var tionde liten vårdcentral som funnits under åren 2011–2013 har stängt medan mindre än en procent av de vårdcentraler som har mellan 10 000 till 20 000 listade har stängt. Det indikerar att det är viktigt att på kort sikt få tillräckligt med listade patienter för att säkerställa långsiktig överlevnad, då de allra flesta landsting har en hög andel fast ersättning per listad patient (kapitationsersättning). De vårdcentraler som lagts ner har sannolikt inte lyckats med att få listade patienter i tillräckligt hög utsträckning. De fasta kostnaderna som exempelvis hyra och personalkostnader har då blivit högre än ersättningen per listad patient från landstinget.

Tabell 4.5.4 Andel vårdcentraler per storleksgrupp som har stängt 2011–2013



Källa: Konkurrensverket och Sanocore AB.

5 Ersättningen är ofta en källa till missnöje hos vårdgivare

Landstingen arbetar för likvärdiga villkor för privata vårdcentraler och egenregiverksamheter, men ändå anser såväl privata som offentliga vårdcentraler att de missgynnas i vårdvalssystemen. Ofta handlar det om uppfattningar om olikbehandling kopplat till ersättningar och omfattningen i uppdraget. Majoriteten av vårdgivarna anser att ersättningen i vårdvalet inte täcker kostnaderna för verksamheten. Störst problem har de offentliga vårdgivarna.

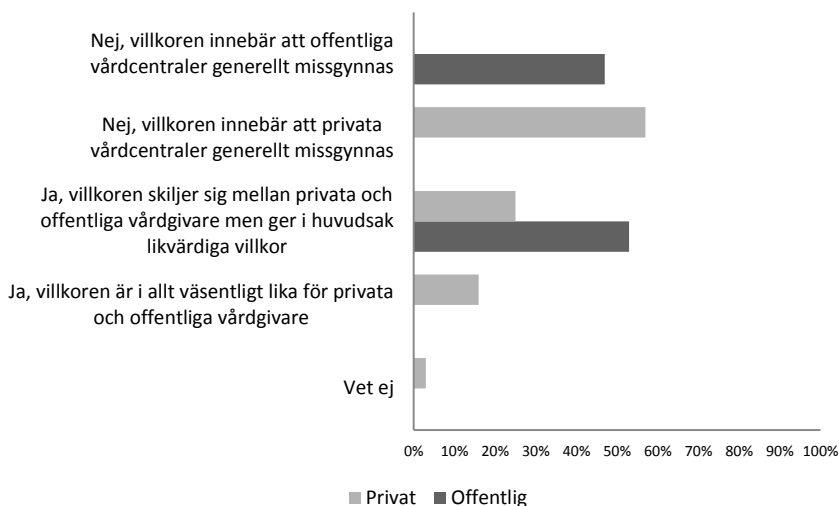
I drygt fyra år har offentliga vårdcentraler verkat sida vid sida med privata vårdcentraler i vårdvalssystemet. Alla landsting instämmer i att villkoren bör vara likvärdiga.

Så gott som varje gång vi träffat privata vårdgivare har vi fått höra exempel på att det brister i likabehandling. Framför allt menar de att landstingen låter sina vårdcentraler gå med underskott.

Samtidigt ger företrädare för landstingen uttryck för ett liknande missnöje. De menar att de måste bedriva verksamheter i glesbygd och andra områden där ersättningen inte täcker kostnaderna. Egenregin måste driva sina verksamheter i landstingens egna dyra och specialbyggda lokaler när privata vårdcentraler kan inhysas i betydligt billigare alternativ, eller att landstingen på annat sätt hindras att utforma verksamheten på ett effektivt sätt.

Drygt hälften av de privata vårdgivarna och knappt hälften av de landsting som besvarat vår enkät¹⁴ anser att de missgynnas i vårdvalssystemen.

Figur 5.1 Vårdcentraler anser att de generellt missgynnas



Källa: Konkurrensverket och Markör. Frågan löd: "Anser du att privata vårdgivare och offentliga vårdgivare generellt har likvärdiga villkor att bedriva verksamhet i vårdvalssystemen?"

¹⁴ Enkäten har besvarats på central i nivå i landstinget och inte av enskilda vårdcentraler, vilket innebär att svaren blir mer generella från landstingsföreträdaren. På privata sidan så har 77 procent av svaren besvarats av företag som driver bara en vårdcentral.

Landstingen har ansvar för att alla medborgare har tillgång till en god vård. Detta innebär att ansvaret för allt som inte uttryckligen ingår i de privata vårdgivarnas uppdrag ligger kvar hos landstingen. Det kan vara en förklaring till varför offentliga vårdgivare kan uppleva att de är missgynnade i förhållande till privata vårdgivare.

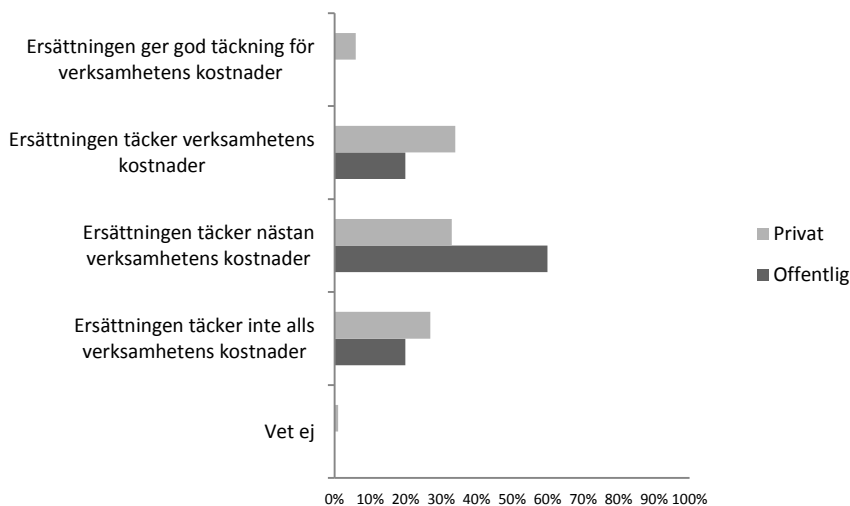
Men en knapp majoritet (53 procent) av landstingsföreträdarna anser ändå att det i huvudsak är likvärdiga villkor, medan enbart en fjärdedel av de privata vårdgivarna instämmer i det.

Det är samtidigt enbart privata vårdgivare (16 procent) som svarar att villkoren i allt väsentligt är lika för privata och offentliga vårdgivare. Fram träder en splittrad bild som troligen är en spegling av att villkoren för att bedriva vårdcentral varierar mellan landstingen.

5.1 Ersättningen täcker inte kostnaderna

Tolv av femton landstingsföreträdare (80 procent) anser att ersättningen inte täcker kostnaderna. Motsvarande siffra för de privata vårdgivarna är 60 procent. De privata vårdgivarna verkar alltså i något högre utsträckning än de offentliga vårdgivarna kunna bedriva verksamhet med kostnadstäckning. Privata vårdgivare har möjlighet att välja var de etablerar sig och de gör därför en företagsekonomisk bedömning.

Figur 5.1.1 Ersättningen täcker inte kostnaderna



Källa: Konkurrensverket och Markför. Frågan löd: "Vilken är din uppfattning när det gäller om ersättningen i vårdvalsystemen täcker verksamhetens kostnader?"

När det handlar om likvärdiga villkor och konkurrensneutralitet är ett återkommande tema från privata vårdgivare att landstingen ekonomiskt kompenserar de vårdcentraler i egenregi som går med underskott.

"Grunden är lika men det blir olika när landstingen täcker upp förluster för vårdcentraler som går back" (privat vårdgivare)

5.2 Principer för resultatöverföring i landstinget

15 av 21 landsting prognosticerade att egenregi inom primärvården skulle gå med underskott under 2013. Landstingen kan ändå driva vissa vårdcentraler trots att ersättningssystemen inte ger full kostnadstäckning på grund av sitt sista hands ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

För landstingen är ett eventuellt underskott för vårdcentralerna en fråga för den interna redovisningen. Detta eftersom både ersättningen i vårdvalssystemen och eventuella tillskott finansieras med skattemedel. I detta sammanhang är det dock viktigt att poängtera att knappt tre av fyra landsting för över resultatet till nästkommande år.

Figur 5.2.1 Tre av fyra landsting överför resultat till nästkommande år

	Överföring av resultat till nästkommande år för pv i egen regi	Finns intern balansräkning för pv i egen regi	Överföring av resultat till nästkommande år för pv i egen regi per vårdcentral	Finns intern balansräkning för pv i egen regi per vårdcentral
Landsting				
Halland	Ja	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja	Nej
Uppsala	Ja	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Ja	Nej	Nej	
Kronoberg	Nej	Nej	Nej	Nej
Stockholm	Nej	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Nej
Västerbotten	Ja	Ja	Nej	Nej
Blekinge	Ja	Nej	Nej	Nej
Gotland	Ja	Nej	Nej	Nej
Jämtland	Ja	Nej	Nej	Nej
Kalmar	Ja	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Ja	Nej	Nej	Nej
Västmanland	Ja	Nej	Nej	Nej
Örebro	Ja	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Ja	Nej	Ja	Nej
Gävleborg	Nej	Nej	Nej	Nej
Norrbotten	Nej	Nej	Nej	Nej
Värmland	Nej	Nej	Nej	Nej
Norr-tälje	Ej svar	Ej svar	Ej svar	Ej svar

Källa: Konkurrensverket.

De landsting som utmärker sig för att inte föra över resultat och inte har intern balansräkning för egenregin är Kronoberg, Stockholm, Gävleborg, Norrbotten och Värmland.

Halland, Sörmland, Västra Götaland för över resultat och upprättar balansräkningar på vårdcentralsnivå.

Rapportering av enskilda vårdcentraler görs i relativt liten utsträckning. Vi möter ibland argumentet att det viktiga är att helheten går ihop. Vi har även mött argumentet om landstinget som en koncern. Varje vårdcentral behöver då inte gå ihop.

Detta kan riskera att förtroendet för att konkurrens mellan egenregins vårdcentraler och privata vårdcentraler inte sker på likvärdiga ekonomiska villkor.

Vi har hört flera exempel på att förvaltningsledningarna inte anser sig ha mandat att fatta beslut om att starta eller lägga ner vårdcentraler, och att detta kräver beslut på politisk nivå.

”Problemet är att ersättningen inte täcker. Vi bedriver primärvård inom landstinget på orter där vi inte kan få ihop det ekonomiskt och där pengarna inte är tillräckliga. Åtgärder för att få bort det problemet skulle vara att sluta bedriva verksamheter, men landstinget vill nog inte det”.
(landstingsföreträdare)

Större privata företag har också möjlighet att finansiera vårdcentraler som går med underskott i vissa områden.

5.3 Privata vårdcentraler har också underskott

Det finns även privata vårdcentraler som går med underskott, vilket är något som inte tidigare kommit till uttryck i våra möten med privata vårdgivare.

I våra möten med privata vårdgivare har det främst uttalats ett missnöje mot landstingens ekonomiska kompensation av underskott i egenregiverksamheten. När såväl egenregi som privata vårdgivare inom samma landsting bedriver vårdcentral med förlust finns det anledning att misstänka att ersättningsnivåerna i vårdvals-systemet är för låga.

Det är inte troligt att en privat aktör skulle etablera sig eller fortsätta verka på lång sikt i ett område som är underfinansierat. Det gör att de som bor i dessa områden också får små möjligheter till ett reellt val av vårdcentral. Om vissa uppdrag eller etablering i vissa områden ger tillräckliga vinster för att finansiera andra vårdcentraler eller uppdrag uppkommer också frågan om ersättningen för dessa uppdrag är för hög.

Avsaknad av indexuppräknings kan vara källa till underskott

En ytterligare förklaring till att ersättningen inte täcker verksamhetens kostnader handlar om att landsting inte i tillräcklig utsträckning gör indexuppräknings av ersättningarna. En privat vårdgivare uppger att på över fyra år så har dennes landsting gjort en indexhöjning av ersättningen. En annan vårdgivare säger följande:

"Först nu sker en indexuppräkning på ersättningen, vilket är alldeles för sent. Hela tiden ökar prisnivå, löner, övriga kostnader etcetera. Medan ersättningsnivån legat still. Detta visste vi ju inte om när vi gick in, att index inte skulle beräknas om först efter tre år. Dåligt!" (privat vårdgivare)

Indexeringar är ett sätt att säkerställa att den ekonomiska ersättningen som vårdgivarna får blir reellt oförändrad mellan åren. Det vill säga, en vårdgivarens reala ersättning är lika stor i början och slutet av en upphandling. Sveriges Kommuner och Landsting har

tagit fram ett vårdprisindex som syftar till att spegla kostnadsutveckling inom vård och omsorg.¹⁵

Om beställaren av vård (landstinget) vill ha besparings- eller effektiviseringskrav i uppräknings- eller ersättningskrav i uppräknings- eller ersättningskrav kan en uppräknings- eller ersättningskrav ske med en viss procent av indexeringen.¹⁶

Bristande indexhöjningar av ersättningarna kan riskera att sakta men säkert urholka lönsamheten för såväl privata som offentliga vårdcentraler. Det medför i sin tur en ökad risk för att vårdcentraler läggs ned och att möjligheterna att etablera en ny vårdcentral minskar i landsting där ersättningen är otillräcklig.

"Framförallt är avsaknaden av indexuppräkning ett stort problem för den långsiktiga utvecklingen". (privat vårdgivare)

För en mer utförlig redovisning av vårdcentralers ekonomiska resultat och vilka problem vårdcentraler i olika landsting anser finns med ersättningen hänvisar vi till kapitel 6 och 7.

5.4 Viktigt med transparent ersättningssystem

Det är viktigt att privata aktörer kan göra en rimlig bedömning av de ekonomiska förutsättningarna för en eventuell verksamhet

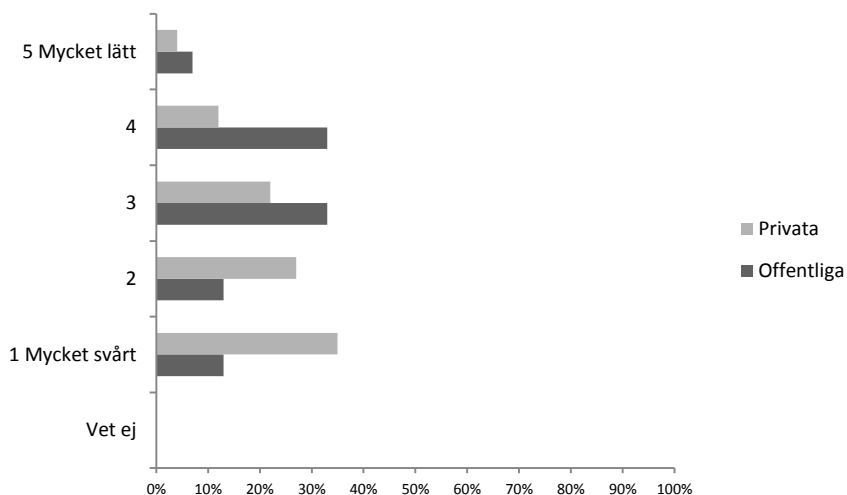
De offentliga vårdgivarna anser i högre utsträckning än de privata vårdgivarna att det är lätt att kontrollera att ersättningen är korrekt.

¹⁵ Sveriges Kommuner och Landsting (2009) *PM Prisindex för vård och omsorg*

¹⁶ Sveriges Kommuner och Landsting (2009) *PM Prisindex för vård och omsorg*

Sex av tio av de privata vårdgivarna (62 procent) anser att det är svårt eller mycket svårt att kontrollera ersättningen.

Figur 5.4.1 Svårare för privata vårdgivare att kontrollera att ersättningen är rätt



Källa: Konkurrensverket och Markör. Frågan löd: "Anser du att det är lätt eller svårt att kontrollera om ersättningen är rätt?"

Då det är landstingen som beräknar och beslutar om ersättnings-system och nivåer så har de rimligen också bättre förutsättningar att förstå beräkningsgrunder.

Privata vårdgivare fattar beslut om etablering utifrån bland annat de ekonomiska villkor som råder i ett vårdvalssystem. Det är förknippat med stora investeringskostnader att starta en ny vårdcentral, det måste därför finnas långsiktiga stabila ekonomiska villkor. Landstingens justeringar av ersättningsmodeller som medför minskade ersättningsnivåer bör därför ge utrymme för att privata vårdgivare att under en rimlig tid anpassa verksamheten efter nya ekonomiska förutsättningar.

6 Fyra av tio vårdcentraler klarade sig inte på ersättningen i vårdvalssystemen

Fyra av tio vårdcentraler i vår undersökning gick 2012 med underskott. Underskott var vanligare bland landstingens vårdcentraler (48 procent), men förekom även bland privata vårdcentraler (28 procent). Underskott var särskilt vanligt bland nystartade och små vårdcentraler. Genomsnittlig rörelsemarginal var en procent.

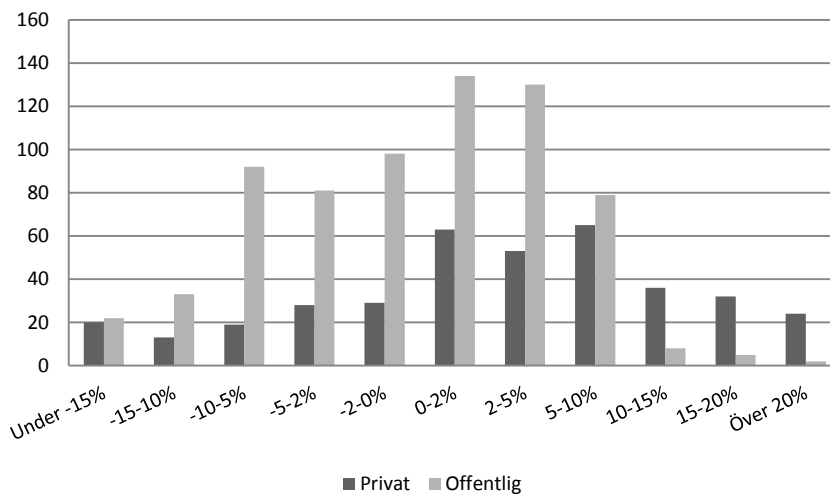
Vi har kartlagt de ekonomiska resultaten för 2012 för samtliga vårdcentraler som ingår i vårdvalssystemen. Genom kartläggningen ville vi få en uppfattning om hur vanligt det är att vårdcentraler inte klarar sig på en ersättning som betalas ut i vårdvalssystemen och om det går att urskilja mönster som innebär att vissa vårdcentraler har sämre resultat än andra. Resultaten bör tolkas med viss försiktighet då vi enbart begärt in uppgifter för ett räkenskapsår.

Förutom uppgifter om ekonomiskt resultat samlade vi även in vissa uppgifter om vårdcentralernas verksamhet och om vilka problem vårdcentralerna upplever.¹⁷

¹⁷ Uppgifterna samlades in med stöd av lagen (2010:1350) om uppgiftsskyldighet i fråga om marknads- och konkurrensförhållanden. Åläggandet avsåg uppgifter om nettoomsättning och rörelseresultat, dels per vårdcentral, dels för de verksamheter som ingår i vårdvalet. De analyser som redovisas i detta avsnitt avser rörelseresultat för de verksamheter som ingår i vårdvalet. De övriga frågor som ställdes i kartläggningen omfattades inte av åläggandet och var således frivilliga att besvara. Vi har fått in svar från 90 procent av alla vårdcentraler.

Av de svar som inkommit framgår att vårdcentralerna har en rörelsemarginal på i genomsnitt en procent.¹⁸ Det förekommer dock avsevärda skillnader mellan olika vårdcentraler, vilket framgår av figur 6.1.

Figur 6.1 Rörelsemarginalen varierade avsevärt mellan olika vårdcentraler



Källa: Konkurrensverket. Staplarna avser antal vårdcentraler inom respektive intervall.

Vi kan också notera att det förekom vårdcentraler med en relativt hög rörelsemarginal, några med över 20 procent.

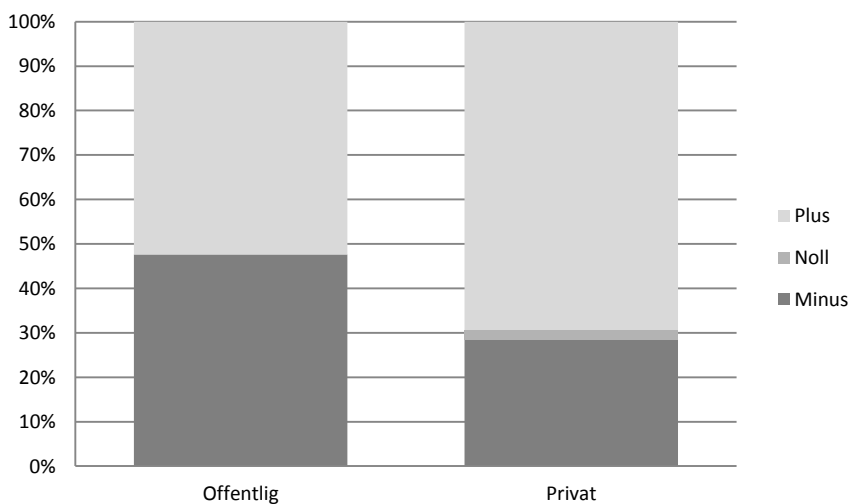
¹⁸ Intäkter minus kostnader innan finansiella poster delat med nettoomsättningen för den del av verksamheten som omfattas av vårdvalet med allmänläkarmottagning.

6.1 Andelen vårdcentraler som gick med underskott var högre bland landstingen än bland privata vårdcentraler

Av de 1 065 vårdcentralerna som ingår i kartläggningen gick 435 med underskott under 2012, vilket motsvarar 41 procent. Andelen är avsevärt högre bland landstingen, 48 procent, än bland de privata, 28 procent.

Resultatet visar att de privata vårdcentralerna klarar sig bättre på den ersättning som utgår i vårdvalssystemen än de offentliga vårdcentralerna.

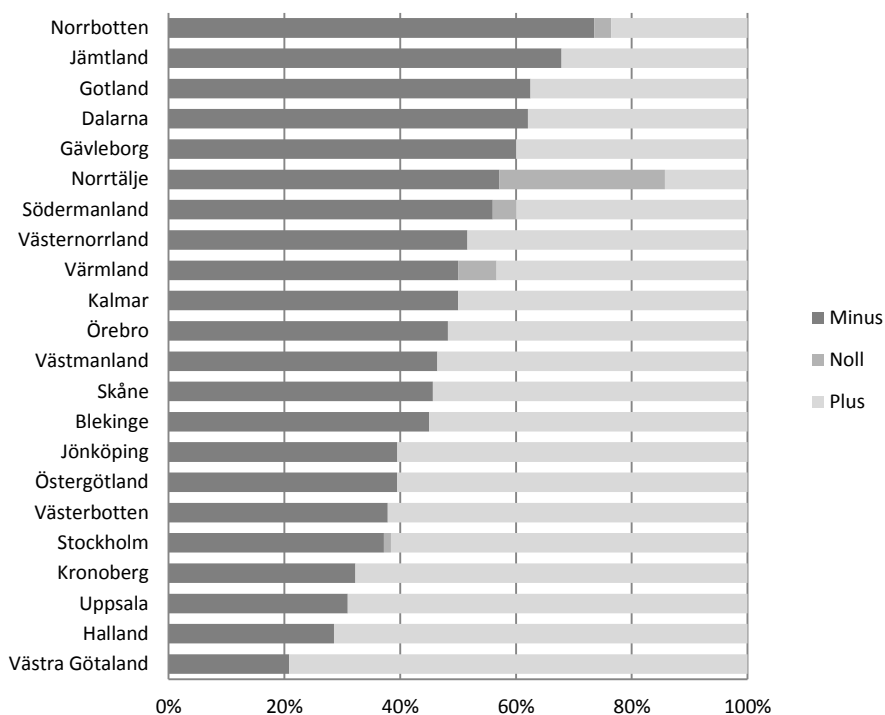
Figur 6.1.1 48 procent av landstingens vårdcentraler och 28 procent av de privata vårdcentralerna gick med underskott inom den del av verksamheten som omfattas av vårdvalet



Källa: Konkurrensverket.

I tio landsting gick hälften eller mer än hälften av vårdcentralerna med underskott. Även i det landsting där andelen vårdcentraler som gick med underskott var lägst, Västra Götaland, hade var femte vårdcentral (20 procent) ett negativt rörelseresultat.

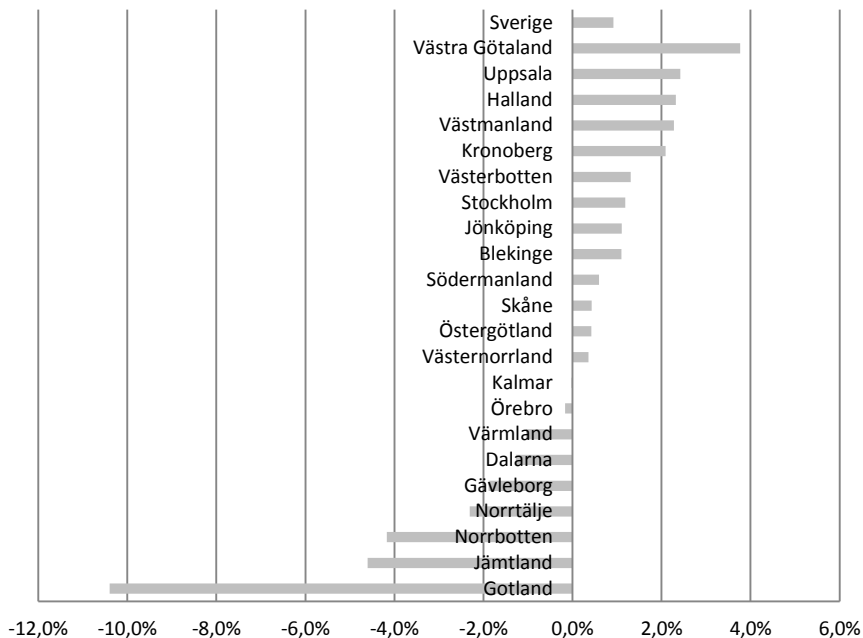
Figur 6.1.2 Andelen vårdcentraler som gick med underskott var högst i Jämtland och Norrbotten



Källa: Konkurrensverket.

Den genomsnittliga rörelsemarginalen varierar mellan landstingen och var högst i Västra Götaland, knappt fyra procent, och lägst på Gotland med minus tio procent.

Figur 6.1.3 Den genomsnittliga rörelsemarginalen var högst i Västra Götaland och lägst på Gotland



Källa: Konkurrensverket.

6.2 Två av tre vårdcentraler i områden med låg tillgänglighet gick med underskott

Vårdcentraler med underskott förekom såväl i områden med mycket hög som mycket låg tillgänglighet. Det finns ett dock tydligt samband som innebär att underskott var vanligare i områden med låg tillgänglighet.

Ett viktigt syfte med vår insamling av uppgifter om vårdcentralernas resultat var att försöka identifiera mönster som kan förklara varför vissa vårdcentraler går med underskott. I det här avsnittet har vi undersökt faktorer som har att göra med vårdcentralens lokalisering m.m.

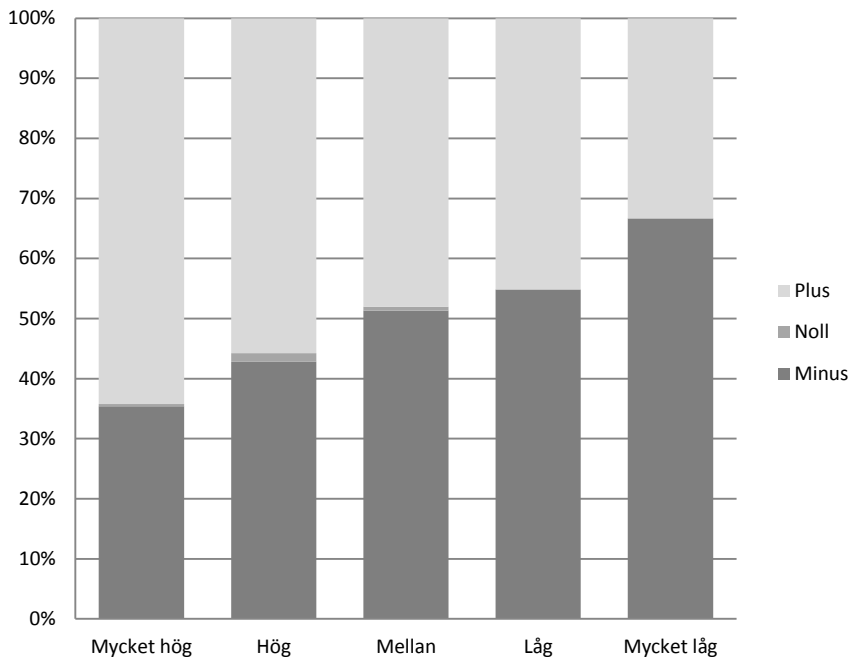
Underskott är vanligare i områden med låg tillgänglighet

Eftersom ersättningen i vårdvalssystemen i mycket hög utsträckning bygger på hur många patienter varje vårdcentral har listade är det naturligt att befolkningsunderlaget är av stor betydelse. Om vi delar in vårdcentralerna enligt Tillväxtanalys tillgänglighetsklasser kan vi se att andelen vårdcentraler med underskott är högre i områden med sämre tillgänglighet.

I områden med mycket låg tillgänglighet gick 67 procent av vårdcentralerna med underskott. I dessa områden bor visserligen mindre än en procent av Sveriges befolkning, och här finns totalt bara sex vårdcentraler. Även i områden med låg tillgänglighet gick 55 procent av vårdcentralerna med underskott, vilket är en tydlig indikation på att ersättningen i vårdvalssystemen inte täckte kostnaderna för att bedriva verksamheten i glesbygd.

I områden med mycket hög tillgänglighet gick 35 procent med underskott, vilket visar att problemen med underskott inte enbart handlar om glesbygdsproblem.

Figur 6.2.1 Vårdcentraler i områden med lägre tillgänglighet går i högre utsträckning med underskott



Källa: Konkurrensverket.

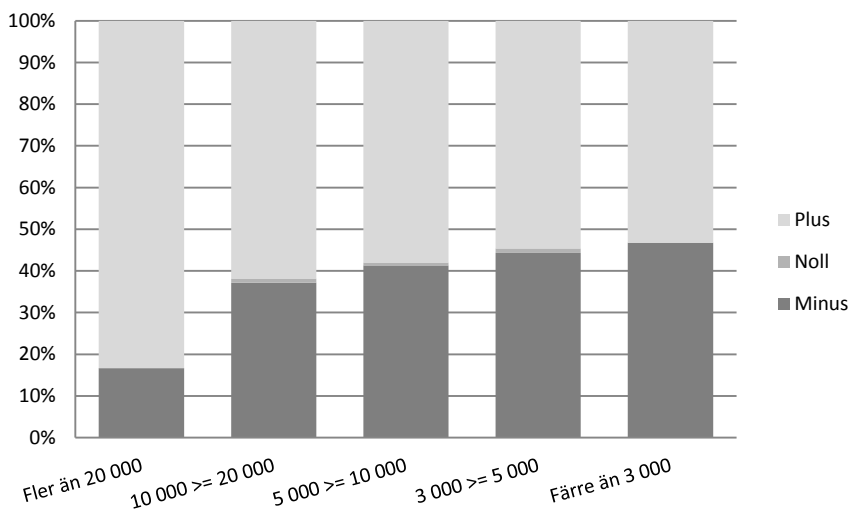
6.3 Små och nyetablerade vårdcentraler gick i högre grad med underskott

Mer än en tredjedel av de privata vårdcentraler som etablerats efter vårdvalsreformen gick med underskott, vilket är avsevärt fler än de som fanns etablerade innan reformen. De största vårdcentralerna, med fler än 20 000 listade, gick i lägre utsträckning med underskott än mindre vårdcentraler, men skillnaderna mellan vårdcentraler av olika storlek var relativt liten.

Antalet listade per vårdcentral skiljer sig en hel del mellan olika vårdcentraler. Det finns ett fåtal vårdcentraler med bara några hundra listade upp till ett tiotal vårdcentraler med fler än 20 000 listade.

Av de största vårdcentralerna, med fler än 20 000 listade, gick endast en sjättedel (två av tolv) med underskott, vilket är avsevärt färre än bland mindre vårdcentraler. Av figur 6.3.1 framgår att andelen vårdcentraler som gick med underskott är högre bland små vårdcentraler än bland större. Bland vårdcentraler med färre än 3 000 listade gick 47 procent med underskott. Bortfallet är som störst i den här gruppen vilket gör resultatet något osäkert. Därtill har vi enbart begärt in uppgifter för ett räkenskapsår, år 2012.

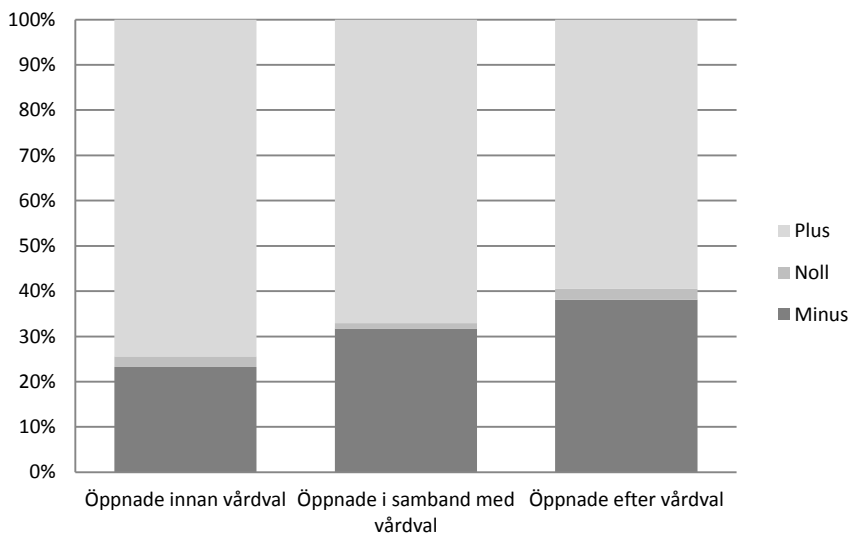
Figur 6.3.1 Storleken på vårdcentralen har betydelse för underskottets storlek



Källa: Konkurrensverket.

Av de privata vårdcentraler som öppnat efter vårdvalsreformen gick mer än en tredjedel (38 procent) med underskott. En förklaring är naturligtvis att de inte fick del av den listning av alla invånare som skedde i de flesta landsting när vårdvalet infördes. Av de som redan fanns etablerade när reformen genomfördes gick 23 procent med underskott, vilket visar att listningen är en viktig faktor men att den inte förklarar hela skillnaden. Så gott som samtliga offentliga vårdcentraler fanns etablerade när vårdvalet infördes och har på annat sätt fått del av listningen.

Figur 6.3.2 Privata vårdcentraler som etablerats efter vårdvalet hade i högre utsträckning underskott



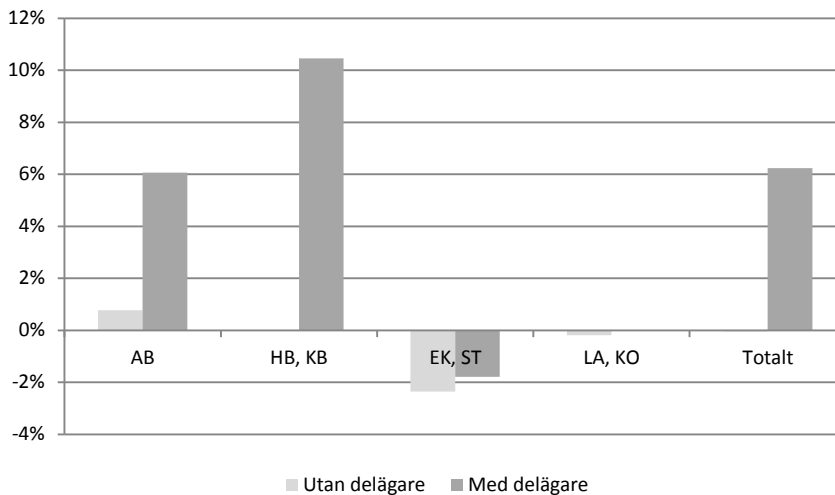
Källa: Konkurrensverket.

6.4 Vårdcentraler där ägare arbetar i verksamheten hade bättre resultat och bemanning

Vårdcentraler som ägs av personer som arbetar i verksamheten hade i genomsnitt ett starkare rörelseresultat än andra vårdcentraler. I genomsnitt hade dessa vårdcentraler ett rörelseresultat på sex procent, vilket är avsevärt bättre än genomsnittet för samtliga vårdcentraler (en procent).

I de vårdcentraler som har ägare som arbetar i verksamheten ligger rörelseresultatet på drygt sex procent, vilket kan jämföras med genomsnittet på en procent för samtliga vårdcentraler och nollresultat (-0,01 procent) för de som inte har redovisat att de har delägare. De flesta vårdcentraler som har ägare som arbetar i verksamheten drivs av aktiebolag, och bland dessa är rörelseresultatet sex procent för de som har ägare som arbetar i verksamheten, vilket kan jämföras med fyra procent för samtliga vårdcentraler som drivs av aktiebolag och en procent för de som inte har redovisat att de har delägare.

Figur 6.4.1 Vårdcentraler med ägare som arbetar i verksamheten har bättre resultat än andra vårdcentraler¹⁹



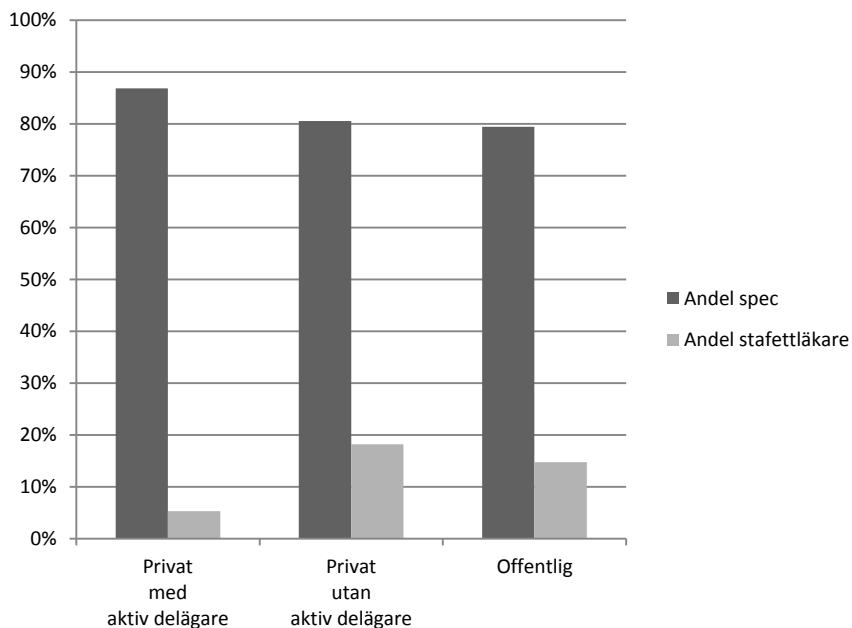
Källa: Konkurrensverket.

Offentligt drivna vårdcentraler redovisar i genomsnitt ett nollresultat (-0,2 procent).

I genomsnitt har vårdcentraler med verksamhetsaktiva delägare även en stabilare och bättre läkarbemanning. Andelen specialistläkare är högre och andelen stafettläkare är lägre än hos privata utan verksamhetsaktiva läkare eller offentligt drivna vårdcentraler. De har också totalt sett färre listade patienter per läkare.

¹⁹ Förkortningarna i diagrammet avser i vilken juridisk form som verksamheten bedrivs. AB= Aktiebolag, HB=Handelsbolag, KB=Kommanditbolag, EK= Ekonomisk förening, ST=Stiftelse, LA=Landsting, KO=Kommun.

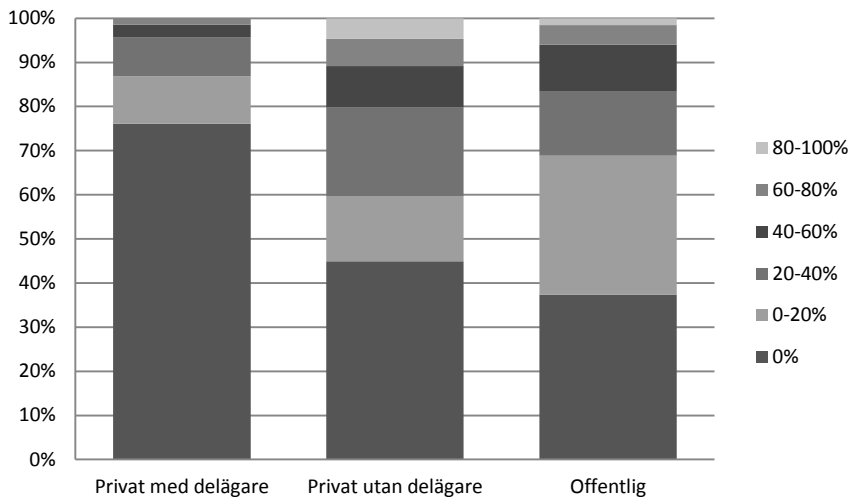
Figur 6.4.2 Ägarledda vårdcentraler har lägst andel stafettläkare



Källa: Konkurrensverket.

75 procent av vårdcentraler med aktiva delägare klarar sig helt utan stafettläkare. Privata utan delägare klarar sig knappt 50 procent utan stafettläkare. Intressant är att privata vårdcentraler utan aktiva delägare har en högre andel stafettläkare än offentliga vårdcentraler.

Figur 6.4.3 Privata utan aktiva delägare har större behov av stafettläkare än offentliga



Källa: Konkurrensverket.

6.5 Vad händer när vårdcentraler går i konkurs?

När vårdcentraler går i konkurs aktualiseras landstingens sista-handsansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Sommaren 2013 begärdes 6 privata vårdcentraler i konkurs med mycket kort varsel. Berörda landsting fick skyndsamt lista om totalt 30 000 patienter. Omlistningen påverkar vårdcentraler i närområdet som med kort varsel måste kunna erbjuda dessa patienter en läkar-kontakt.

Den 24 juni 2013 begärde vårdkoncernen Sensia sex av tio vårdcentraler i konkurs i tre olika landsting; Norrbotten läns landsting, Landstinget Västernorrland och Landstinget i Kalmar län. Vårdcentralerna låg i Kalmar, Hultsfred, Sundsvall, Boden, Piteå och Luleå. Totalt berördes över 30 000 patienter av konkurserna²⁰.

Det som präglade konkurserna är den snäva tidsramen för hela processen. Fem av sex vårdcentraler stängde inom en eller några dagar efter konkursansökan. Ett stort antal invånare var plötsligt olistade. Samtliga landsting skickade ut information om konkurserna samt om ny listning och möjlighet till omlistning på egen vald vårdcentral. Alla tre landsting listade om patienter till den geografiskt närmaste vårdcentralen. Det fick bland annat konsekvensen att flera vårdcentraler, både offentliga och privata, fick hantera en stor tillströmning av patienter från en dag till en annan. Ett ansträngt läge för såväl personal som patienter på de berörda vårdcentralerna uppstod.

6.6 Viktigt med samarbete och information vid konkurser

Samtliga berörda landsting uppger att Sensias konkursansökan kom som en överraskning, trots att Sensia i åtminstone ett landsting riktat kritik mot ersättningsnivåerna. Landstingen resonerar i efterhand kring vikten av att ha en kontinuerlig dialog med de privata vårdcentralerna för att kunna uppfatta signaler om eventuella konkurser på förhand.

²⁰ Intervjuer har skett med företrädare från de tre landstingen, egenregion samt Sensia.

Två av landstingen hade en löpande dialog med konkursförvaltaren under avvecklingsprocessen. Landstingen upplevde att detta underlättade landstingens informationsarbete gentemot patienter och vårdcentraler samt hantering av det praktiska kring konkursen.

Landstingen saknar rutiner för att hantera konkurser

Inget av de berörda landstingen uppger att de fick någon förhandsinformation eller indikationer från Sensia om den förestående konkursen. Att de bolag som begärdes i konkurs hade redovisat förluster under flera år framgår dock av bokslut. En utvecklad avtalsuppföljning av landstingets utförare inom primärvården kan signalera för landstinget att en vårdgivare står inför konkurshot och ge landstinget en ökad beredskap.

Inget av de berörda landstingen hade erfarenheter av att hantera konkurser av detta slag sedan tidigare. De erfarenheter som fanns gällde ordnade avvecklingar. Samtliga landsting saknade specifika rutiner för att hantera konkurser, med undantag för ett landsting som hade tagit fram en checklista för att hantera planerade avvecklingar.

Efter konkurserna har landstingen upprättat checklistor alternativt sett över och skärpt rutiner kopplat till hanteringen av konkurserna.

Konkurrensverket anser att det är viktigt att erfarenheter av de problem och utmaningar som uppstod för landstingen i samband med konkurser sprids, vilket till viss del har skett via Sveriges Kommuner och Landstings primärvårdsnätverk.

6.7 Det finns risk för fler konkurser

Var tionde privat vårdcentral redovisar nyckeltal under eller långt under branschsnittet. En tredjedel av dessa visar stora betalningsproblem eller har förbrukat aktiekapitalet. Enbart två procent av företag som försvunnit har klassats som företag med stora betalningsproblem eller med nyckeltal långt under branschsnittet. Att enbart följa upp kreditvärdigheten är därmed inte tillräckligt för att bedöma risken för konkurs, andra faktorer påverkar också. Vår bedömning är att det finns risk för fler konkurser inom primärvården de närmaste åren.

Som vi tidigare har konstaterat har det, sedan vårdvalssystemen infördes, lagts ner vårdcentraler i 16 av 21 landsting. Orsakerna till detta har varit olika. I de fall det rör sig om konkurser, finns det anledning att fråga sig vad dessa beror på och om det finns risk för fler konkurser i framtiden.

Ett sätt att belysa riskerna för konkurs är att utgå från de privata vårdcentralernas kreditvärdighet, det vill säga deras förmåga att betala sina skulder. Vi har gjort en analys av riskerna för konkurser bland de privata vårdcentraler som drivs som aktiebolag. I vår analys utgår vi från de kreditbetyg som finns registrerad för verksamheterna hos Bisnode Kredit AB (Soliditet). Kreditbetyget betecknar risken för aktiebolag att hamna på obestånd eller gå i konkurs. Kommanditbolag, enskild firma, handelsbolag och föreningar omfattas inte av analysen, då det saknas rating för den typen av verksamhet.

Soliditets kreditvärderingssystem

AAA - kräver att företaget omsätter mer än 2 miljoner, har varit verksamt i minst 10 år och har nyckeltal som är väsentligt över branschens genomsnitt.

AA - god kreditvärdighet

A - kreditvärdig

AN - nystartade företag där ingen negativ information finns

B - företag med nyckeltal under branschsnittet eller som har negativ information

C - företag med stora betalningsproblem, förbrukat aktiekapital, konkursengagemang och revisorsanmärkningar eller med nyckeltal långt under branschsnittet

Företag som är inaktiva eller där viktig information saknas eller är inaktuell får kreditbetyget – (streck).

Källa: Soliditet.

Vi har gått igenom de företag som drev de vårdcentraler som lagts ned. Enbart två procent av dessa företag som försvunnit har klassats som företag med stora betalningsproblem eller med nyckeltal långt under branschsnittet. Kreditvärdigheten isolerat är inte tillräcklig för att bedöma risken för om en vårdgivare går i konkurs. Andra faktorer som påverkar är till exempel skuldsättningsgrad och att man löpande kan betala skatter och avgifter.

Två tiondelar klassas som företag med nyckeltal under branschsnittet eller som har negativ information. Vi vet emellertid inte hur många av dessa företag som gått i konkurs. Det saknas därutöver kreditbetyg för 37 procent av de privata vårdcentraler (aktiebolag) som har försvunnit.

Samtliga tre företag som vårdkoncernen Sensia begärde i konkurs under sommaren 2013, hade kreditbetyget B och utgjorde alltså företag med nyckeltal under branschsnittet eller som redovisar negativ information. Enligt Soliditets konkursstatistik innebär ett B att 1,43 procent av företagen går i konkurs inom ett år, 3,28 procent går i konkurs inom två år och 5,01 procent inom tre år.

Tabell 6.7.1 Kreditbetyg för de privata vårdcentraler som försvunnit eller lagts ned

Stängde före/efter vårdval	A	AA	AAA	B	C	Saknar rating	Totalt
Privata vårdcentraler	3	16	1	10	1	16	49
Andel	6 %	33 %	2 %	20 %	2 %	37 %	100 %

Källa: Bisnode Kredit AB. Bearbetning av Konkurrensverket.

Av de befintliga privata vårdcentraler som bedrivs i aktieföretagsform utgörs tre procent av företaget med stora betalningsproblem eller nyckeltal långt under branschsnittet. Tillsammans med de vårdcentraler som är B-klassade utgör de över en tiondel (11 procent). Vi saknar dock kreditbetyg för 17 procent av de privata vårdcentralerna.

Tabell 6.7.2 Kreditbetyg för befintliga privata vårdcentraler

	A	AA	AAA	B	C	NYTT	Saknar rating	Totalt
Privata vårdcentraler	61	128	131	38	13	5	78	454
	13 %	28 %	29 %	8 %	3 %	1 %	17 %	100 %

Källa: Bisnode Kredit AB. Bearbetning av Konkurrensverket.

Ytterligare konkurser sommaren 2014

I Jönköpings läns landsting gick fyra vårdcentraler i konkurs i och med att Hälsoteamet i Småland AB försatts i konkurs på egen begäran den 11 augusti 2014. Hälsoteamet bedrev vårdcentraler i Anderstorp, Smålandsstenar, Mullsjö och Gislaved. Över 6 000 patienter berördes av konkursen.

Vårdkoncernen Avonova övertog i augusti 2014 Sensias resterande 10 vårdcentraler. Sensia hade tidigare i februari 2014 begärt en företagsrekonstruktion och hade, som framgått ovan, kreditbetyget B. Sensia utgjorde alltså ett företag med nyckeltal under branschsnittet eller som redovisar negativ information. Sensia är ett dotterbolag till Avonova.

Utifrån att förhållandevis många privata vårdcentraler har nyckeltal under branschsnittet (11 procent) så finns det en risk för fler konkurser de närmaste åren.

7 Stafettläkare och vårdtunga patienter är bland de viktigaste problemen

De vårdcentraler som går med underskott pekar framför allt ut kostnader för stafettläkare och vårdtunga patienter som stora problem.

När vi begärde in uppgifter om vårdcentralernas ekonomiska resultat ställde vi också ett antal frågor om vårdcentralernas verksamheter och om vilka problem vårdcentralerna möter. Dessa uppgifter var inte obligatoriska att besvara, men har ändå besvarats av de flesta vårdcentraler. Majoriteten av de som svarat är privata vårdcentraler. När det gäller landstingen så har några hänvisat till att det skulle vara arbetskrävande att ange svar för samtliga vårdcentraler. I några fall har dessa landsting angett generella kommentarer om orsakerna till underskott, men vi har alltså inte haft möjlighet att koppla dessa orsaker till specifika vårdcentraler.

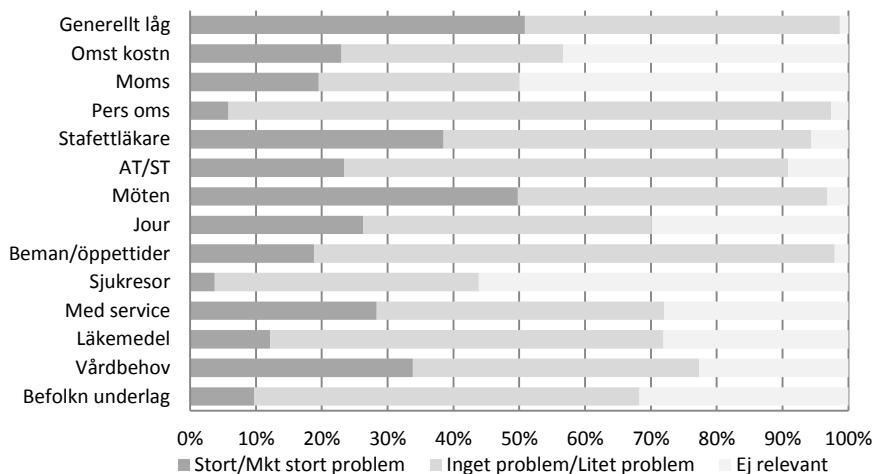
Eftersom merparten av de vårdcentraler som går med underskott är landstingsdrivna är bortfallet av dessa landsting olyckligt och minskar möjligheterna till analys av resultaten.

Våra frågor rörde framför allt om vårdcentralerna har högre kostnader för olika faktorer än vad de fick ersättning för i ersättnings-systemet.

Av figur 7.1 framgår att hälften av de vårdcentraler som besvarat våra frågor ansåg att kostnaderna för att delta i möten och som arrangeras av landstinget är ett problem. Andra viktiga faktorer som anges som problem är kostnader för stafettläkare och att

patienterna har ett större vårdbehov eller är mer tidskrävande än vad ersättningssystemet ger kompensation för.

Figur 7.1 Andel av samtliga vårdcentraler som anser att det är ett problem att vissa kostnader inte täcks av ersättningssystemet



Källa: Konkurrensverket.

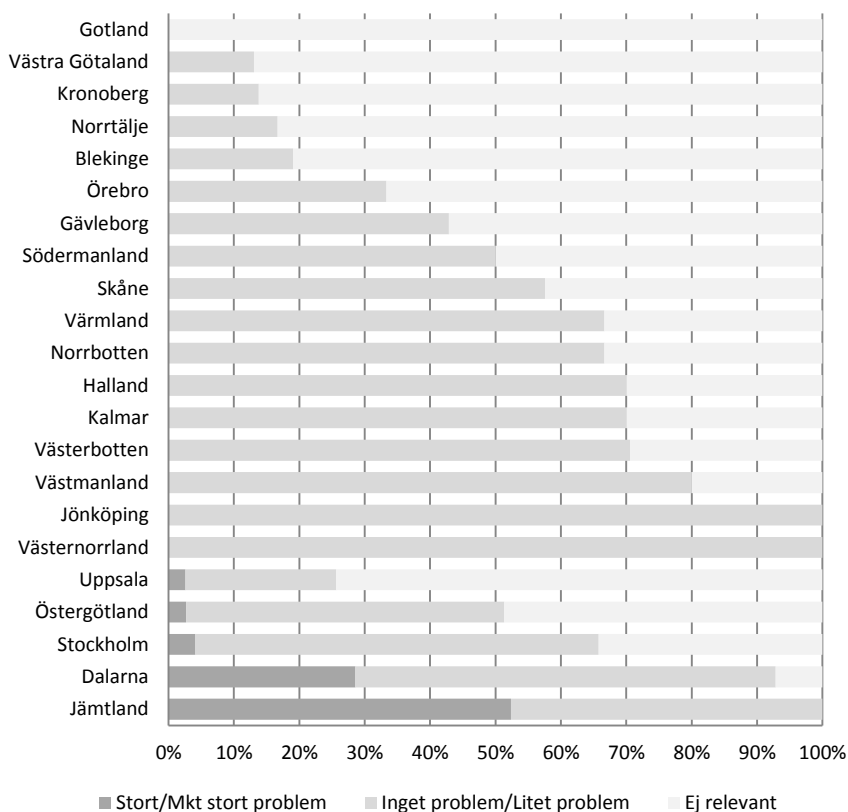
Olika ersättningssystem i varje landsting

Vill man förstå vilka problem som finns så är det viktigt att komma ihåg att ersättningssystemen ser olika ut. Därför går det inte att dra några generella slutsatser. Men samtidigt så finns det några gemensamma faktorer som är problem i flera landsting.

Kostnader för sjukresor kan ses som ett försumbart problem då det tas upp som ett problem av färre än fem procent av vårdcentralerna. Men i vissa landsting är det ett större problem än så. Kostnader för sjukresor upplevs som ett problem av fler än hälften

av alla vårdcentraler i Jämtland, och av en fjärdedel av vårdcentralerna i Dalarna. Det kan finnas enskilda faktorer i ett landstings ersättningssystem som innebär stora problemen för vissa vårdcentraler, samtidigt som andra ersättningssystem inte verkar ha sådana problem i någon större omfattning. Här finns alltså en uppenbar möjlighet för landstingen att lära av varandra.

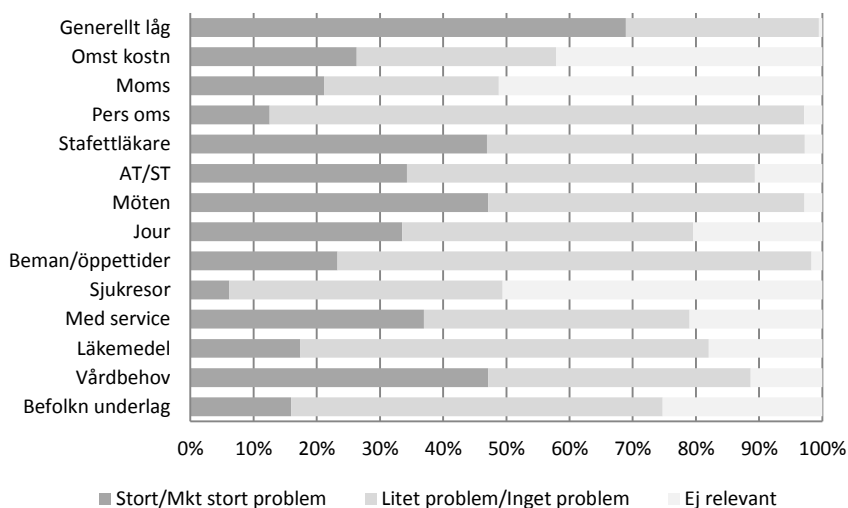
Figur 7.2 Kostnader för sjukresor upplevs som ett problem i Jämtland och i Dalarna



Källa: Konkurrensverket. Andel vårdcentraler i respektive landsting som angett att det är ett problem att kostnaderna för sjukresor är högre än ersättningen i vårdvalssystemen.

Bland de vårdcentraler som gick med underskott var de tre viktigaste förklaringarna att ersättningssystemet inte täckte kostnader för stafettläkare, kostnader för att delta i möten samt vårdtunga patienter. Närmare hälften av de vårdcentraler som gick med underskott ansåg att det var ett stort eller mycket stort problem att dessa kostnader inte täcktes av ersättningssystemet.

Figur 7.3 Vårdcentraler som går med underskott anger att höga kostnader för bland annat stafettläkare och vårdbehov är ett stort problem

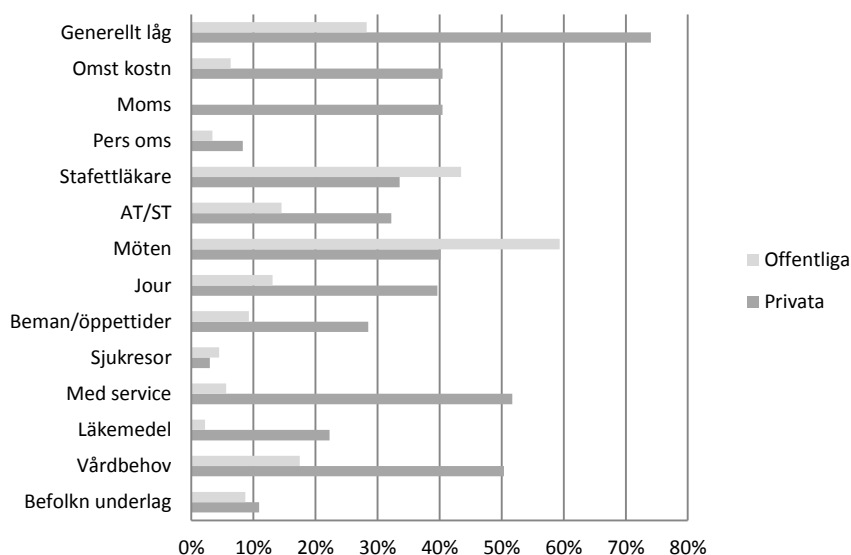


Källa: Konkurrensverket.

Offentliga och privata vårdcentraler pekar ut delvis olika faktorer som problem i ersättningssystemen. Bland de privata vårdcentralerna som går med underskott anger mellan 70–80 procent att kostnaderna för *medicinsk service* och *patienternas vårdbehov* är högre än vad ersättningssystemet ger kompensation för. Även kostnader för läkemedel, momskostnader och kostnader för jour och beredskap anges av mer än 40 procent av de privata vårdcentralerna som går med förlust.

Bland landstingens vårdcentraler som går med underskott är det istället kostnader för att delta i möten som arrangeras för landstinget och kostnader för stafettläkare som utgör de allvarligaste problemen, och anges av mer än 40 procent av de offentliga vårdcentralerna som går med underskott.

Figur 7.4 Bland privata vårdcentraler som går med underskott upplevs kostnader för medicinsk service och vårdtunga patienter som ett stort problem



Källa: Konkurrensverket. Andel av vårdcentraler som svarat "stort" eller "mycket stort problem", av vårdcentraler som går med underskott i landsting där både privata och offentliga vårdcentraler besvarat frågorna.

Att offentliga vårdcentraler anger problem i lägre utsträckning kan bero på att frågorna besvarats på central nivå

Landstingens vårdcentraler som går med underskott har nästan genomgående svarat att de upplever de problem vi ställt frågor om

i lägre utsträckning än privata vårdcentraler. Många landsting har inte besvarat våra frågor, vilket innebär att svaren inte är helt representativa. De svar vi fått från landstingen har också skickats in från olika nivåer. I några landsting har frågorna besvarats på lokal nivå, medan man i andra landsting besvarat enkäten på central nivå.²¹ Detta påverkar möjligheterna att dra generella slutsatser av svaren.

Nya privata vårdcentraler får de mest missnöjda patienterna

Många av de privata vårdcentraler som går med underskott är relativt små och nystartade, och måste därför locka till sig nya patienter för att få ett tillräckligt patientunderlag. Vi har ofta fått kommentarer från privata vårdgivare som handlar om att de patienter som är mest benägna att byta vårdcentral är sådana som är missnöjda med sin tidigare vårdcentral och som är relativt vårdtunga. De här patienterna kräver också konsultation via telefon med sin läkare, något som inte ersätts i de flesta landstingen. Nystartade privata vårdcentraler skulle i inflödet av patienter då kunna få en relativt hög andel vårdtunga eller tidskrävande patienter.

Detta resonemang bekräftas av att privata vårdcentraler som går med underskott anser att deras patienter har ett högre vårdbehov eller är mer tidskrävande än vad ersättningssystemet ger kompensation för, och att kostnaderna för läkemedel och medicinsk service är höga.

²¹ Vi skickade vårt åläggande till landstingens (och de privata företagens) centrala förvaltning. Av de kommentarer som inkommit har det framgått att svaren i många fall lämnats från central nivå. Detta gäller även en del privata vårdgivare.

7.1 Bristande läkarbemanning utgör ett stort problem

Tillgången på läkare är av central betydelse för möjligheterna att bedriva vårdcentral och erbjuda en god vård. Brist på läkare kan leda till ett ökat anlitande av stafettläkare, vilket innebär att patienterna inte får en läkarkontinuitet och en sämre vård. Anlitande av stafettläkare är dessutom kostnadsdrivande. Det finns ett tydligt samband mellan läkarbrist och negativt rörelseresultat. ST-läkare är en viktig resurs, men privata vårdcentraler har i lägre utsträckning än offentliga vårdcentraler tillgång till ST-läkare.

I samband med reformen om lagstadgat vårdval i primärvården ändrades hälso- och sjukvårdslagen så att kravet på att erbjuda en fast läkarkontakt i primärvården också kan fullgöras av andra specialister än allmänläkare. Tanken var att detta skulle förbättra förutsättningarna att rekrytera fasta läkare till primärvården.²²

En god läkarbemanning är nödvändig för att kunna erbjuda patienter en god vård. Flest genomsnittligt antal besök sker inom primärvården.²³

Antalet sysselsatta läkare i förhållande till befolkningen har ökat med åtta procent mellan år 2006 och 2011. Läkare är den yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården som har haft den största tillväxten.²⁴

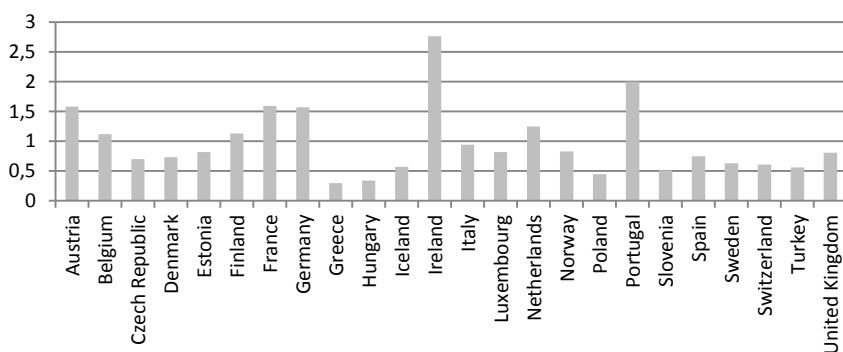
²² Läkarförbundet (2013) sid 6.

²³ Sveriges Kommuner och Landsting, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2012.

²⁴ Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd för 2014.

Sverige är ett av de länder inom OECD som har flest antal läkare per tusen invånare. Men även om Sverige är generellt väl bemannat med läkare finns brister inom vissa medicinska specialiteter såsom till exempel allmänmedicin. År 2010 hade Sverige 0,63 specialister i allmänmedicin per 1000 invånare, medan snittet i OECD uppgick till 0,66.²⁵

Figur 7.1.1 Allmänläkare, andel per 1000 invånare



Källa: OECD Generalist medical practitioners, density per 1000 population (head counts)²⁶. Bearbetning av Konkurrensverket.

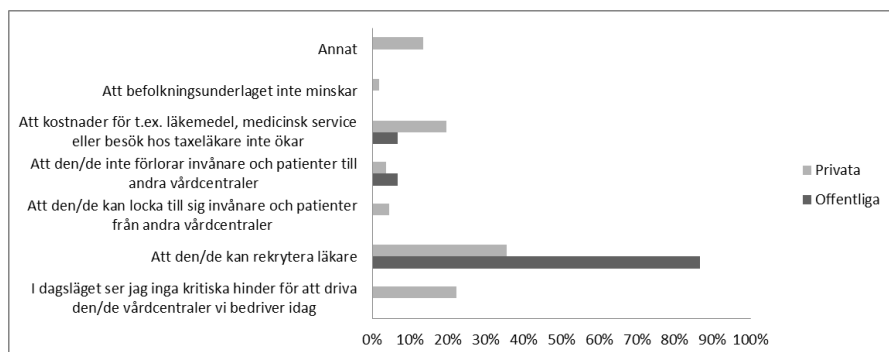
Tydligt samband mellan läkarbrist och rörelseresultat

Utbudet av läkare har alltså ökat, men inte tillräckligt för att motsvara primärvårdens behov. Enligt vår enkät till vårdgivarna är den mest kritiska faktorn för en långsiktig drift av vårdcentralen att vårdcentralen kan rekrytera läkare för att kunna erbjuda en god vård.

²⁵ Vårdanalys, Ur led är tiden (2013) sid 23f.

²⁶ För Danmark och Italien har uppgifter för 2009 använts. Ett urval av OECD-länder finns i figuren. OECD Stat.

Figur 7.1.2 Den mest kritiska faktorn för långsiktig drift är tillgång på läkare



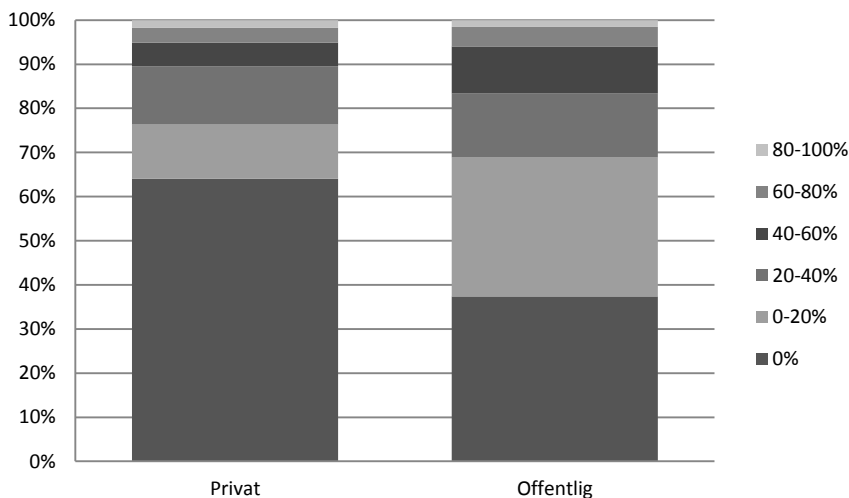
Källa: Konkurrensverket och Markför. Frågan löd: "Vilken är den mest kritiska faktorn för att den/de vårdcentraler ni bedriver idag ska kunna bedrivas långsiktigt om vi antar att det som gäller i vårdvalssystemen idag fortsätter att gälla i framtiden?"

Att privata vårdgivare ser läkarbemanningen som ett något mindre problem än offentliga vårdgivare beror troligen på att av de privata vårdgivare som har besvarat enkäten så är det ungefär två av tre (63 procent) som ägs till mer än hälften av personer som arbetar i företaget.²⁷ Under avsnitt 6.4 kunde vi se att privata vårdcentraler utan aktiva delägare hade en högre andel stafettläkare än offentligt drivna vårdcentraler. Att "äga" sin bemanning tycks alltså vara centralt för i vilken mån en vårdcentral nödgas ta in stafettläkare.

"Det har blivit fler och fler hyrläkare och de är även dyrare. Det är det största hotet mot långsiktig lönsamhet". (landstingsföreträdare)

Diagram 7.1.3 visar hur stor andel av läkarna som är stafettläkare. Drygt 60 procent av de privata vårdcentralerna klarar sig utan stafettläkare medan motsvarande andel hos de landstingsdrivna endast är knappt 40 procent.

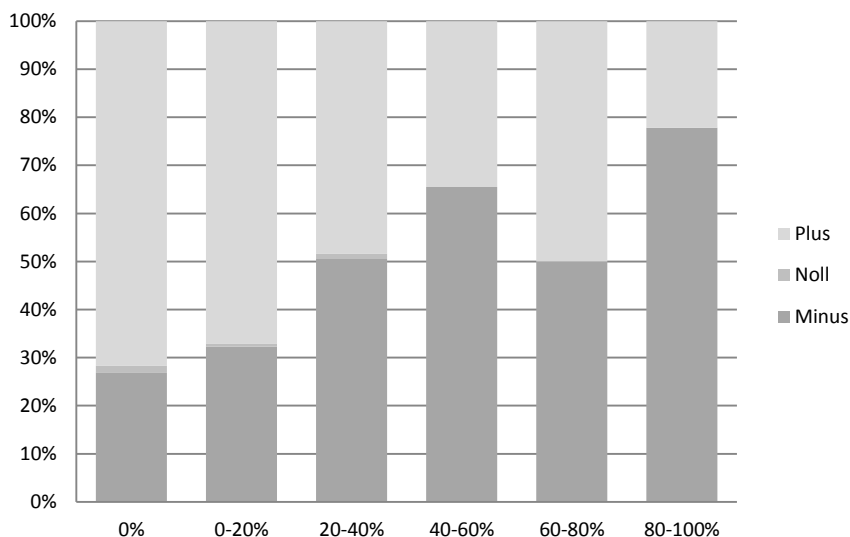
²⁷ 72 privata vårdgivare av totalt 113.

Figur 7.1.3 Offentliga vårdcentraler har fler stafettläkare

Källa: Konkurrensverket.

Vårdgivarnas stora problem med att rekrytera läkare kan medföra så höga kostnader för stafettläkare att det på sikt riskerar vårdcentralernas överlevnadsförmåga.

I diagram 7.1.4 visar sambandet mellan rörelseresultat och andel inhyrda stafettläkare av det totala antalet läkare. I kolumnen 0 procent finns de som bara har anställda läkare och i kolumnen 80-100 procent de som helt eller nästan helt bemannas av stafettläkare. Diagrammet visar ett tydligt samband mellan en hög andel inhyrda och ett negativt rörelseresultat.

Figur 7.1.4 Rörelseresultat per andel stafettläkare

Källa: Konkurrensverket.

Vi kan konstatera att vårdcentralernas svårigheter att rekrytera läkare är ett problem som stör vårdcentralernas möjlighet till att bedriva verksamhet långsiktigt med den ersättning som utgår. Detta kan på sikt riskera att vårdcentraler avvecklas eller begärs i konkurs.

ST-läkare är en viktig resurs

Landstingen har ansvar för att det finns specialistutbildad personal i den omfattning som krävs för att invånarnas behov av vård ska kunna erbjudas med tillfredställande patientsäkerhet. Landstingen har även ansvar för planering och finansiering av den tjänstgöring som leder fram till att läkarna får sin specialistkompetens.²⁸ Enligt

²⁸ Läkarförbundet (2013).

Socialstyrelsen har antalet specialistläkare som är sysselsatta i hälso- och sjukvården ökat i förhållande till befolkningen med 7 procent mellan åren 2006 och 2011.²⁹

De privata vårdcentralerna är dock enligt Läkarförbundets undersökning betydligt mindre involverade i specialistutbildningen av allmänläkare än de offentliga. Drygt 80 procent av de offentliga vårdcentralerna hade minst en ST-läkare medan motsvarande andel bland de privata var drygt 50 procent. I förhållande till antalet listade hade de offentliga vårdcentralerna ungefär dubbelt så många ST-läkare som de privata. Det var drygt 40 procent av vårdcentralerna som hade möjlighet och behov av att anställa fler specialistläkare, men behovet av att anställa ytterligare var betydligt mindre vid de privata vårdcentralerna än vid de offentliga.³⁰

Det är oklart om den mindre andelen ST-läkare inom de privata vårdcentralerna beror på att privata vårdgivare är mindre intresserade av att anställa och handleda ST-läkare eller om de inte blir tilldelade ST-läkare.

7.2 Befolkningsunderlaget minskar för en fjärdedel av vårdcentralerna

En fjärdedel av de vårdcentraler som finns i dag ligger i områden som kommer att få ett minskat befolkningsunderlag till år 2020. Minskningen sker framför allt i de områden som redan idag har bristande tillgänglighet.

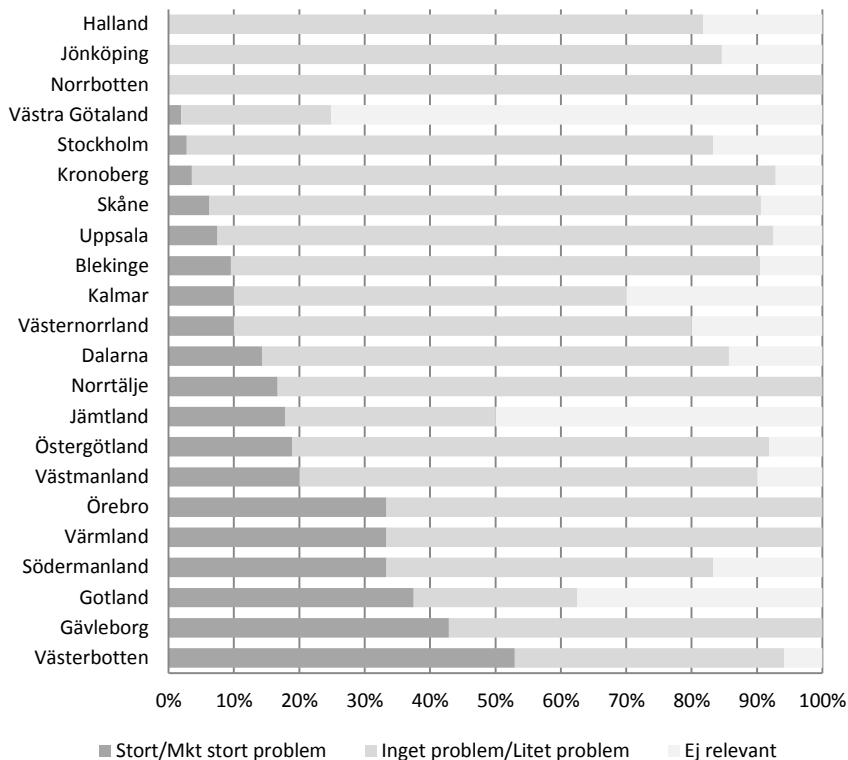
²⁹ Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd för 2014.

³⁰ Läkarförbundet (2013).

En av de faktorer som landstingens egenregiverksamheter tagit upp som en förklaring till underskotten har varit att de måste bedriva verksamheter i områden med ett otillräckligt befolkningsunderlag. Ersättningen i samtliga vårdvalssystem bygger på hur många invånare som är listade på varje vårdcentral. Hur befolkningsunderlaget utvecklas kan vara en av de avgörande faktorerna för förutsättningarna att driva vårdcentraler.

Vi ställde därför en fråga till vårdcentralerna om de hade högre kostnader på grund av bristande befolkningsunderlag (antal invånare inom ett naturligt upptagningsområde) än vad ersättningssystemet ger kompensation för. Figur 7.2.1 visar att detta är ett stort problem för många vårdcentraler i flera landsting, särskilt i norra Sverige. Vi vill dock påpeka att de flesta vårdcentraler, i samtliga landsting, ligger i tätortsområden.

Figur 7.2.1 Västerbotten har störst problem med vikande befolkningsunderlag



Källa: Konkurrensverket.

Vårdcentraler i områden med låg tillgänglighet får problem

Tillväxtanalys befolkningsframskrivning visar att 312 vårdcentraler, eller en fjärdedel av alla vårdcentraler, kommer att uppleva en minskning av befolkningsunderlaget de närmaste åren. I områden med låg eller mycket låg tillgänglighet, dvs. med gles befolkning och långt till större tätorter, kommer så gott som alla vårdcentraler att ha ett minskande befolkningsunderlag.

Utvecklingen innebär att de vårdcentraler som idag ligger i glest bebyggda områden och redan idag har ett sviktande befolkningsunderlag sannolikt kommer att få än större problem i framtiden. Det kan i sin tur medföra att vårdcentraler avvecklas eller att vårdcentraler övergår till att vara filialer med begränsat uppdrag eller distriktssköterskemottagning.

Tabell 7.2.1 Antal vårdcentraler som får minskat befolkningsunderlag år 2020 inom 20 min resa med jämfört med år 2013

Tillgänglighetsindex	Ökad befolkning inom 20 min avstånd år 2020	Minskad befolkning inom 20 min år 2020	Summa vårdcentraler	Andel vårdcentraler med minskad befolkning
Mycket Hög	583	3	586	1%
Hög	267	132	399	33 %
Mellan	24	143	167	86 %
Låg	2	27	29	93 %
Mycket Låg		7	7	100 %
Samtliga	876	312	1188	26 %

Källa: Tillväxtanalys och Konkurrensverket.

Tillväxtanalys har gjort en framskrivning av befolkningsunderlaget inom 20 minuter avstånd med bil från varje vårdcentral, vilket vi bedömer vara en övre gräns för vårdcentralernas naturliga upptagningsområde.³¹

³¹ Tillväxtanalys har gjort en beräkning av befolkningsunderlaget år 2020 som baserats på den nuvarande befolkningens ålder och flyttningsmönstret de senaste åren.

8 Landstingens utformning av vårdvalssystem påverkar i liten grad antalet vårdcentraler och deras resultat

Resultaten av analysen indikerar att i allt väsentligt bestämmer befolkningsmängden närvaron av antalet vårdcentraler i kommunen, vilket är naturliga förutsättningar som landstingen inte kan påverka. Landstinget kan genom sina styrsystem i form av ersättningsystem, kostnadsansvar och uppdragsbredd (förklaringsfaktorer) ha viss möjlighet att påverka både antalet vårdcentraler och vårdcentralernas resultat inom landstinget. Denna del är dock mycket liten i förhållande till de naturliga förutsättningarna. Styrsystemens effekter är starkare för offentliga vårdcentraler än för privata, både avseende närvaro och resultat.

Genom ekonometriska analyser har Copenhagen Economics skattat sambanden mellan bland annat hur landstingens ersättningsmodeller och storleken på uppdraget påverkar antal vårdcentraler och deras ekonomiska resultat. Copenhagen Economics understryker att det datamaterial som varit tillgängligt i analysen, inte är tillräckligt omfattande eller variationsrikt för att de ska kunna slå fast exakt i vilken utsträckning dessa variabler förklarar skillnaden mellan landstingen när det gäller antalet vårdcentraler samt deras resultat.

En brist i undersökningen är att mätningen av det ekonomiska resultatet för vårdcentraler har gjorts endast vid ett tillfälle, år 2012. Hade data varit tillgängligt för fler år hade sambanden varit mer tydliga.

Analysen är utförd på kommunnivå för samtliga landsting, för både offentlig- och privat regi. Analysen visar att antalet vårdcentraler i en kommun nästan helt bestäms av befolkningmängden.

Metod för att skatta samband mellan etablering och ersättnings-system

Då etablering respektive frånträde på marknaden för vårdcentraler inte i sig själva är direkt observerbara i det datamaterial Copenhagen Economics har haft tillgång till, använder de två proxys för att förklara skillnader mellan landstingen.³² De har även skattat ett antal modeller av sambandet mellan etableringsgrad och ersättnings-system.

Copenhagen Economics har antagit att det finns ett positivt samband mellan antalet invånare i en kommun och antalet vårdcentraler. De har därför inkluderat populationsvariablerna i modellerna för både vårdcentralernas resultat och antalet vårdcentraler i kommunen i relation till populationens storlek i kommunen.

Konkurrensverkets tolkning av Copenhagen Economics resultat

Våra slutsatser av deras ekonometriska skattningar visar att landstingens styrsystem förklarar mer av antal vårdcentraler i kommunen än de bestämmer vårdcentralernas ekonomiska resultat. Förklaringsgraden är starkare för offentliga vårdcentraler när det gäller närvaro och ekonomiskt resultat, än för privata vårdcentraler. När det gäller privata vårdcentraler är det svårare att dra några säkra slutsatser. När de tre storstadslänen exkluderas från analysen blir antalet privata vårdcentraler för få för att några säkra samband ska kunna identifieras.

³² För förklaring till proxy se bilaga 1.

Förklaringsfaktorernas påverkan på närvaro och ekonomiskt resultat på samtliga vårdcentraler

I datamaterialet Copenhagen Economics har haft tillgång till är landstingens ersättningsystem redovisat på två nivåer. Den första nivån är en generell nivå, där fördelningen fast respektive rörlig andel är representerade som helhet, alltså exempelvis 80 procent fast ersättning och 20 procent rörlig ersättning. Om den fasta ersättningen utgör mer än 50 procent av ersättningen i landstinget betraktas den i modellen som fast. Motsvarande gäller för rörlig.

På den andra nivån som landstingens ersättningsystem redovisas i datamaterialet är respektive andel, fast rörlig, nedbruten på dess undergrupper. Den fasta ersättningen består i regel av ersättning för antal listade (kapitering), viktat för ålder, ACG (vårdtyngd) eller CNI (Socioekonomiskt behovsindex). En rörlig ersättning kan till exempel vara ersättning för antal besök, ersättning utifrån läge eller målrelaterad ersättning. Om den fasta ersättningen i huvudsak är baserade på ålder eller ACG tenderar detta att påverka antalet vårdcentraler negativt.

I landstingen som har en målbaserad ersättning tenderar den att påverka vårdcentralernas resultat positivt. Men när det gäller närvaron så tenderar de signifikanta förklaringsfaktorerna, ålder eller ACG, i figur 8.1 att ha en negativ påverkan på närvaron av vårdcentraler i kommunen.

Figur 8.1 **Ersättningssystemet inverkan på resultat och antal vårdcentraler³³**

Förklarande variabler: Ersättningssystem			
Variabel	1. Resultat	2. Antal	
<i>Fast ersättning</i>			
Ålder	-	färre VC per kommun*	
ACG	-	färre VC per kommun	
CNI	-	-	
<i>Rörlig ersättning</i>			
Ersättning utifrån läge	-	färre VC per kommun	
Besöksrelaterad ersättning listade	-	-	
Målrelaterad ersättning	högre resultat	färre VC per kommun	

Källa: Copenhagen Economics.

Om vårdcentralerna får bära kostnadsansvaret för hjälpmedel och förbrukningsvaror tenderar detta att påverka vårdcentralens resultat negativt och ge färre vårdcentraler i kommunen.

Om vårdcentralen har kostnadsansvar för besök i annat landsting tenderar det att ge ett högre resultat samt fler vårdcentraler per kommun.

Om vårdcentralen har kostnadsansvar för läkemedel tenderar det att ge fler vårdcentraler per kommun, däremot ingen påverkan på resultat.

³³ De variabler som i tabellen saknar värde och indikerats med -, är icke signifikanta variabler, vilka saknar förklaringsvärde i modellen. De redovisade parametrarna i tabellen är signifikanta på minst en 5 % nivå. * indikerar en statistisk signifikans på en 8 % nivå.

Figur 8.2 Kostnadsansvarets inverkan på resultat och antal vårdcentraler³⁴

Förklarande variabler: Kostnadsansvar				
Variabel	1. Resultat		2. Antal	
Allmänläkare	-		-	
Besök i annat landsting	högre resultat		fler VC per kommun	
Besök hos annan inom vårdvalet	-		-	
Läkemedel	-		fler VC per kommun	
Medicinsk service	-		-	
Hjälpmedel & förbrukningsartiklar	lägre resultat		färre VC per kommun	

Källa: Copenhagen Economics.

Om mödravårdshälsovård och rehab ingår i grunduppdraget tenderar det att ge ett lägre resultat, men tenderar att ge fler vårdcentraler. Om barnhälsovård ingår i grunduppdraget så tenderar det att ge färre vårdcentraler i kommunen.

³⁴ De variabler som i tabellen saknar värde och indikerats med -, är icke signifikanta variabler, vilka saknar förklaringsvärde i modellen. De redovisade parametrarna i tabellen är signifikanta på minst en 5 % nivå.

Figur 8.3 Grunduppdragets inverkan på resultat och antal vårdcentraler³⁵

Förklarande variabler: Grunduppdrag				
Variabel	1. Resultat		2. Antal	
BHV	-		färre VC per kommun	
MHV	lägre resultat*		fler VC per kommun	
Medicinsk fotvård	-		-	
Rehabilitering	lägre resultat		fler VC per kommun	
Hemsjukvård	-		-	

Källa: Copenhagen Economics.

Listningsprinciper och politisk majoritet har ingen påverkan på resultat och närvaro

När det gäller listningsprinciper och politisk majoritet saknar dessa faktorer systematisk betydelse i samtliga modeller. Att listning aldrig är av betydelse kan bero på att en övervägande majoritet av landstingen har närhetsprincipen som listningsmodell. Den politiska majoriteten är svårtolkad till följd av att politiska beslut om till exempel förändringar i ersättningssystem får effekt först på längre sikt.

Avslutande kommentarer

Sammantaget i allt väsentligt bestämmer de naturliga förutsättningarna i form av befolkningens mängd närvaron av vårdcentraler i de olika landstingen. Det ekonomiska resultatet kan landstingen till en viss grad påverka genom utformningen av sina styrsystem. Antalet vårdcentraler per kommun och deras resultat skiljer sig systematiskt mellan olika landsting.

³⁵ De variabler som i tabellen saknar värde och indikerats med -, är icke signifikanta variabler, vilka saknar förklaringsvärde i modellen. De redovisade parametrarna i tabellen är signifikanta på minst en 5 % nivå.

Referenser

Jordahl, H (red) *Välståndstjänster i privat regi – framväxt och drivkrafter*, SNS Förlag (2013).

Konkurrensverket (2012), *Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen*. Konkurrensverket rapport 2012:2.

Konkurrensverket (2012), *Att skapa likvärdiga villkor. Landstingens ekonomiska redovisning av sina vårdcentraler i vårdvalssystemen*. Underlagsrapport.

Socialstyrelsen (2014), *Nationella planeringsstödet 2014 – Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård*.

Statskontoret (2013), *Gles bebyggelsestruktur i kostnadsutjämnningen – alternativ till Tillväxtverkets fördelningsmetod*, Rapport 2013:11.

Statskontoret (2013), *En omreglerad apoteksmarknad slutrapport*, 2013:7.

Sveriges Kommuner och Landsting (2009), *PM Prisindex för vård och omsorg*.

Sveriges Kommuner och Landsting (2012), *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*.

Sveriges Kommuner och Landsting (2012), *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2012*.

Sveriges Kommuner och Landsting (2013), *Vårdval i specialistoården – utveckling och utmaningar*.

Sveriges Läkarförbund (2013), *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialtläkare 2012*. Rapport mars 2013.

Tillväxtanalys (2013), *Tillgänglighet till kommersiell och offentlig service 2012*, Tillväxtverket rapport 2013:04.

Vårdanalys (2013), *Vad vill patienten veta för att välja?* Rapport 2013:4.

Vårdanalys (2013) *Ur led är tiden*. Rapport 2013:9.

Bilaga 1 Metoder och centrala begrepp

Kartläggning av vårdcentraler och tillgänglighet

Den kartläggning av samtliga vårdcentraler i Sverige som ligger till grund för de flesta analyser i rapporten har gjorts av företaget Sanocore AB. Kartläggningen bygger på information ur olika offentliga register som de ställt samman och kompletterat med bland annat uppgifter om antal listade invånare som de hämtat från landstingen. Sanocore har även tagit fram uppgifter om geografiska koordinater för varje vårdcentral. Två kartläggningar har gjorts. Den huvudsakliga i januari 2014 och en kompletterande i oktober 2014. I den första ingår filialer till vårdcentraler. I den andra har filialer exkluderats, då det har varit svårt att entydigt mäta vilka filialer som ingår i landstingens vårdvalssystem.

Tillväxtanalys har bistått oss med analyser av tillgänglighet och med en framskrivning av befolkningsutvecklingen i olika delar av Sverige år 2020. De har även bistått oss med analyser av hur många invånare som finns inom en radie från respektive vårdcentral. Analyserna har använts i arbetet med att ta fram en relevant geografisk marknadsindelning för vårdval primärvård.

Enkätundersökningar till invånare och vårdgivare

Markör Marknad och kommunikation AB har på vårt uppdrag genomfört två enkätundersökningar. Dels en rikstäckande webb-enkät till invånare om deras val av vårdcentral, dels en enkät riktad till vårdgivare.

Datainsamlingen för invånarenkäten har Markör utfört genom en webbpanelundersökning under vecka 41–43 2013. Självselektion är

ett begrepp inom statistiken, som innebär att individer väljer in sig själva i en grupp, vilket är fallet i så kallade webbpanelundersökningar. Detta kan orsaka brister i undersökningens reliabilitet. Den aktuella webbpanelen består av 130 000 personer. För undersökningen har ett s.k. kvoturval använts, vilket inneburit att 150 intervjuer genomförts i respektive landsting. Med landsting avses även regionerna Gotland, Halland, Skåne och Västra Götaland samt Tiohundra-nämnden i Norrtälje kommun. Totalt har 3 308 personer deltagit i undersökningen.

Totalresultatet, det vill säga resultatet på riksnivå, är viktat för att motsvara befolkningen. Viktningen är gjord utifrån län och befolkning över 18 år.

Även i förra vårdvalsrapporten gjordes en invånarenkät, dock av ett annat företag och med andra respondenter.

Vårdgivarenkäten var riktad till vårdgivare (dvs. företag och landstingens egenregiverksamheter) som driver de vårdcentraler som identifierats i Sanocores undersökning.

Undersökningen har genomförts som en webbundersökning. Respondenterna har bjudits in till undersökningen via e-post och besvarat enkäten genom att gå in på den länk till undersökningen som bifogats i e-posten. På en del frågor i enkäten var det möjligt att ge öppna svar.

Totalt skickades 235 inbjudningar utifrån en kontaktlista som tillhandahållits av Konkurrensverket. Kontaktlistan bestod av 213 privata vårdgivare samt 22 offentliga vårdgivare.

Insamlingen pågick under perioden 24 oktober till 25 november 2013. Påminnelser till de som inte besvarat enkäten skedde i form av e-post- samt telefonpåminnelser.

Totalt besvarades enkäten av 128 personer, varav 113 privata vårdgivare och 15 offentliga. Det motsvarar en total svarsfrekvens på 54 procent. Samtliga har besvarat enkäten anonymt.

Det var problem med att få fram e-postadresser till vårdcentralerna/vårdgivarna. Enkäten skickades till landstingen centralt, vilket medför att svaren för offentlig regi är på en mer generell nivå. Av de privata vårdgivare som svarat på enkäten var det 77 procent som enbart drev en vårdcentral, svaren gällande privat regi kan därmed sägas vara utifrån ett småföretagarperspektiv.

Undersökningen kompletterades också av telefonintervjuer med 12 av dessa vårdgivare. Personer i ledande ställning och med ansvar för vårdvalsfrågor och/eller primärvården har funnits med i det urval som Markör tillhandahölls av Konkurrensverket. Sju djupintervjuer var med privata företrädare och fem intervjuer med offentliga företrädare. Telefonintervjuerna genomfördes med verksamhetschefer.

Under hösten 2014 har vi genomfört 9 telefonintervjuer med verksamhetschefer på vårdcentraler inom såväl offentlig och privat regi, geografiskt spritt över landet samt i områden med hög tillgänglighet och låg tillgänglighet.

Vi har ställt frågor om marknadsföring och hur man i praktiken konkurrerar med andra vårdcentraler.

Undersökning av ekonomiska förutsättningar med lagstöd

För att få en bild av de ekonomiska förutsättningarna att driva vårdcentraler i hela landet har vi samlat in uppgifter om omsättning och resultat för samtliga vårdcentraler, såväl privata som offentliga. Uppgifterna har begärts in med stöd av lagen (2010:1350) om uppgiftsskyldighet i fråga om marknads- och konkurrensförhållanden. Svarsfrekvensen var cirka 90 procent.

Hearing

För att fånga in eventuella andra frågor och problem bjöd vi in företag och intresseorganisationer till en hearing där vi gav dem som ville möjlighet att ta upp problem som vi missat eller inte gett tillräcklig uppmärksamhet. Vi har även haft en referensgrupp knuten till projektet.

Fallstudie av konkurser

Vi har också genomfört en fallstudie med anledning av att fem vårdcentraler stängdes med kort varsel till följd av konkurs under sommaren 2013. Vi har intervjuat både beställare och utförare inom de tre berörda landstingen samt moderbolaget till de företag som försattes i konkurs.

Analys av kreditvärdighet

Vi har gjort en analys av riskerna för konkurser bland de privata vårdcentraler som drivs som aktieföretag. I vår analys har vi utgått från de kreditbetyg som finns registrerad för verksamheterna hos Bisnode Kredit AB (Soliditet).

Analys av vårdcentralers närvaro och resultat

Copenhagen Economics har analyserat förklaringsfaktorer som förklarar närvaro och resultat i olika landstings vårdvalssystem inom primärvård. Copenhagen Economics har definierat den relevanta geografiska marknaden för vårdcentraler och sedan via ekonometriska analys försökt påvisa multivariabla samband mellan olika förklaringsfaktorer i ersättningssystemen. I de jämförelser som har gjorts mellan landstingen så har Stockholm används som jämförelselandsting.

Etablering och frånträde på marknaden för vårdcentraler framgår inte tydligt av det insamlade datamaterialet. I skattningarna har därför istället använts vårdcentralernas resultat samt antalet vårdcentraler i kommunen, justerat för invånarantal. Hypotesen är att systematiskt negativt resultat medför ett troligt utträde och färre vårdcentraler per capita på sikt. För att isolera effekterna av regelverket på resultat och antalet måste effekten av antalet invånare räknas bort. Det görs ekonometriskt. Antalet invånare ingår i modellerna i tre variabler, totala antalet, antalet i ålderskategorierna 0-6 respektive 80+ år. För att testa modellernas robusthet och kontrollera modellernas känslighet till förändringar i samplet, har Copenhagen Economics valt att inkludera ett steg i analysen där de exkluderar de landsting med vårdcentraler som har högst tillgänglighet från analysen. Dessa landsting är Stockholm, Västra Götaland och Skåne län. Sammantaget uppgår antalet vårdcentraler tillhörande dessa landsting till 634 enheter, vilket motsvarar 48 % av det totala antalet i materialet.

Sedan har varje enhets ekonomiska resultat satts i relation till de olika komponenterna i ersättningssystemen tillsammans med kostnadsansvar, uppdragets bredd, listningsprinciper samt politisk majoritet. Detta har gjorts för varje enskilt landsting då ersättnings-

systemen och uppdragets bredd skiljer sig mellan landstingen. Resultaten av analysen är en ögonblicksbild av hur vårdcentralernas resultat³⁶ och landstingens ersättningsystem såg ut år 2012.

Vad är en proxy?

Den första proxyn är enskilda enheternas resultat vilket svarar för att undersöka om det finns systematiska skillnader i vårdenheterernas resultat mellan de olika landstingen, där ett systematiskt negativt resultat antas medföra ett troligt utträde. Den andra proxyn antalet vårdcentraler i kommunen, vilket svarar för att undersöka om det finns systematiska skillnader i närvaron på marknaden i relation till brukarantalet.

Svagheter i sambanden

Copenhagen Economics understryker att det datamaterial som ligger till grund för analysen, inte är tillräckligt omfattande eller variationsrikt för att de ska kunna slå fast att dessa förklaringsvariabler beskriver hela sanningen, eller hur mycket av skillnaden mellan landstingen som de förklarar. Det finns en rad landstings-specifika faktorer, vilka de inte kan observera, som sannolikt också kan tänkas påverka antalet enheter och enheternas resultat i stor utsträckning. Det ekonomiska resultatet för en vårdcentral påverkas även av till exempel investeringar och tillgångar.

³⁶ I analysen där resultatet används som en beroende variabel, skall resultatets komplicerade relation till exempelvis investeringar och tillgångar, tas i beaktande. Analysen ger endast en kortsiktig ögonblicksbild av den ekonomiska prestationen av en vårdcentral. Copenhagen Economics.

Valfrihetssystem inom den specialiserade öppenvården

Konkurrensverket tog över upphandlingsstödet den 1 mars 2014 från Kammarkollegiet och därmed också ansvaret för valfrihetswebben, där alla annonser om valfrihetssystem läggs in. I en sökning som gjordes den 23 september 2014 fann vi totalt 106 valfrihetssystem inom öppenvården.

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 även husläkarmottagningar, familjeläkarmottagningar, hälsocentraler och liknande. Läkarmottagningar som inte är valbara i ett vårdvalssystem, till exempel taxeläkare, 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 kan ha ett begränsat utbud av tjänster. I vissa fall har filialer listade patienter, i andra inte.

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

Invånare och patienter: I samtliga vårdvalssystem baseras ersättningen till vårdcentralerna i hög utsträckning på antalet listade invånare. I de flesta landsting är alla invånare listade på en vårdcentral, oavsett om de har någon kontakt med vårdcentralen i något vårdärende. Invånare och patienter används därför som synonyma begrepp.

Tillgänglighet: Tillväxtanalys har i sina analyser använt en modell för att beskriva områden med liknande förutsättningar vad gäller tillgänglighet. Deras modell bygger på hur stor tätort som kan nå inom en dagpendlingstid på 45 min (definierat som avstånd med bil på farbara vägar). Områden där det går att nå en tätort med minst 60 000 invånare klassas som områden med mycket hög tillgänglighet. Här ingår bland annat storstäderna och deras förorter. Områden där det går att nå en tätort med minst 30 000 invånare inom 45 minuter klassas som hög tillgänglighet och så vidare, där klasserna mycket låg, låg respektive mellan tillgänglighet avser tillgänglighet till tätorter med minst 200, 1 000 respektive 3 000 invånare.

Bilaga 2 Landstingens valfrihetssystem

Stort antal valfrihetssystem i en del landsting

I enlighet med bestämmelsen om obligatoriskt vårdval för primärvården finns det i varje landsting åtminstone ett valfrihetssystem som innefattar allmänläkarverksamhet vid vårdcentraler eller liknande. I en del landsting, som Stockholm och Uppsala, är primärvården uppdelad i flera vårdval med olika vårdgivare, medan den bedrivs av vårdcentraler med ett integrerat uppdrag i till exempel Dalarna.³⁷

Tabellen nedan är gjord utifrån en sökning på valfrihetswebben den 23 september 2014. Antalet vårdval inom den specialiserade öppenvården har ökat kraftigt. Idag finns det mer än 80 vårdvalssystem förutom det obligatoriska med primärvård. Stockholm har flest, därefter Uppsala och Skåne.

³⁷ Annell (2013) sid 25.

Landsting	Obligatoriskt	Ytterligare vårdval
Blekinge	1	
Dalarna	1	
Gotland	1	
Gävleborg	1	
Halland	1	2
Jämtland	1	1
Jönköping	1	1
Kalmar	1	4
Kronoberg	1	1
Norrbottn	1	
Skåne	1	10
Stockholm	1	35
Södermanland	1	
Uppsala	1	15
Värmland	1	1
Västerbotten	1	
Västernorrland	1	
Västmanland	1	1
Västra		
Götaland	1	1
Örebro	1	1
Östergötland	1	4
Tiohundra	1	7
Summa	22	84

Källa: Konkurrensverket.

Bilaga 3 Landstingens interna principer för redovisning

Egenregins placering i landstingens organisation

Landsting	Organisation, primärvården i egenregi
Blekinge	Primärvårdsförvaltningen
Dalarna	Ingår i Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen
Gotland	Ingår i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen som är en förvaltning inom Region Gotland
Gävleborg	En egen division inom landstinget med eget resultatansvar
Halland	Närsjukvården
Jämtland	Primärvården är ett eget centrum, med ett hälsovalskontor som beställare. I centrumet ingår några enheter som inte är vårdcentraler.
Jönköping	Egen förvaltning som enbart innehåller primärvård enligt vårdvalsuppdrag
Kalmar	Förvaltning
Kronoberg	Primärvårds- och rehabcentrum
Norrbottnen	Division Primärvård
Norrträle	All verksamhet utförs inom vårdval Husläkarverksamhet med läkarinsatser inom basal hemsjukvård
Skåne	Primärvården i egen regi är sedan 2013-05-02 organiserad som en del av en division i 3 olika förvaltningar
Stockholm	Stockholms läns sjukvårdsområde
Sörmland	Division inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Uppsala	Förvaltning
Värmland	Ingår i Division allmänmedicin
Västerbottens läns landsting	Eget verksamhetsdelområde
Västernorrland	Egen förvaltning
Västmanland	Eget resultatområde inom förvaltning Primärvård psykiatri och handikappverksamhet
Västra Götaland	En förvaltning, ekonomi och verksamhet uppdelat på två ben vårdvalsverksamhet respektive beställd primärvård, med två styrelse, en för respektive ben.
Örebro	Ingår i Landstingets Primärvårdsförvaltning, som förutom vårdcentralerna jobbar med en del landstingsövergripande uppdrag från ledningskansliet
Östergötland	Ingår i närsjukvårdsområden (4 st)

Rapportering av ekonomiskt utfall för verksamhet inom vårdval samt på vårdcentralsnivå

Landsting	Vårdval	På vård- centrals- nivå	Vårdval på vård- centrals- nivå	Rapporterar till ansvarig nämnd/styrelse
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Landstingsstyrelsen
Gotland	Ja	Ja	Ja	Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Gotland
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Landstingsstyrelsen
Kalmar	Ja	Ja	Ja	Ansvarig förvaltningschef/Landstingsstyrelse
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Rapportering sker till produktionsstyrelse
Västmanland	Ja	Ja	Ja	Landstingsstyrelsen
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Landstingsstyrelsen
Jämtland	Ja	Ja	Nej	Landstingsfullmäktige i samband med delår och årsbokslut
Värmland	Ja	Ja	Nej	Styrelse
Norrhälje	Ja	Nej	Ja	Sjukvårds- och omsorgsnämnden i Norrtälje
Blekinge	Ja	Nej	Nej	Hälso- och sjukvårdsnämnd
Halland	Ja	Nej	Nej	Hälso- och sjukvårdsstyrelsen
Norrbottn	Ja	Nej	Nej	Ja
Skåne	Ja	Nej	Nej	Vårdproduktionsberedningen/utskottet, Regionstyrelsen
Sörmland	Ja	Nej	Nej	Primärvårdsnämnden
Västernorrland	Ja	Nej	Nej	Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden
Västra Götaland	Ja	Nej	Nej	För vårdval till Primärvårdsstyrelsen och för beställd primärvård till Styrelsen för beställd primärvård. Totalt och på enhetsnivå
Örebro	Ja	Nej	Nej	Nämnden för Primärvård och Folk tandvård
Stockholm	Nej	Ja	Ja	Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde
Gävleborg	Nej	Nej	Nej	Landstingsstyrelsen
Kronoberg	Nej	Nej	Nej	Landstingsstyrelsen
Västerbotten	Nej	Nej	Nej	Ja

Konkurrensverket har fått i uppdrag att följa upp landstingens arbete med vårdvalssystem i primärvården ur konkurrenssynpunkt. I uppdraget ingår att analysera utvecklingen av antal vårdcentraler och vårdgivare samt analysera förutsättningarna för kvalitetskonkurrens mellan dessa. Vi har analyserat de ekonomiska förutsättningarna för vårdcentraler i olika landsting.

I denna rapport konstaterar vi att det finns förutsättningar för kvalitetskonkurrens i stora delar av landet. I områden med låg tillgänglighet är möjligheterna för att välja vårdcentral sämre. Vi konstaterar också att ersättningssystemens utformning och uppdragens bredd har betydelse för vårdcentralers närvaro och resultat inom landstingens olika vårdvalssystem för primärvård.

Konkurrensverkets rapportserie 2014:2



KONKURRENSVERKET

Swedish Competition Authority

Adress 103 85 Stockholm

Telefon 08-700 16 00

Fax 08-24 55 43

konkurrensverket@kkv.se

www.konkurrensverket.se