

Vårdval i Sverige

Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt

Stockholm 2008



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2008:37

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Tryckt av Edita Sverige AB

Stockholm 2008

ISBN 978-91-38-22952-1
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Göran Hägglund

Regeringen beslutade den 20 juni 2007 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas (dir. 2007:90). Utredaren ska göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning. Utredaren ska särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet. Vidare ska utredaren analysera tillämpningen av den nationella vårdgaranti som infördes den 1 november 2005, samt lämna förslag till lagreglering av densamma. Utredaren ska också lämna förslag till nödvändiga kompletteringar av det lagförslag om patientlagstiftning som lämnades i Ansvarskommitténs betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10). I uppdraget ingår vidare att lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. För att stärka rätten till valfrihet ska utredaren föreslå hur en fri etableringsrätt kan införas i primärvården. Konkurrens ska ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård. Utredaren ska föreslå åtgärder som befrämjar detta.

Experten Toivo Heinsoo anställdes den 1 september 2007 som särskild utredare. Den 10 oktober 2007 förordnades som sakkunniga i utredningen rättssakkunniga Petra Bergman, Socialdepartementet, ämnesrådet Kjell Ellström, Finansdepartementet, departementssekreteraren Helena Linde, Finansdepartementet samt departementssekreteraren Martin Talvik, Socialdepartementet. Den 18 december 2007 förordnades departementssekreteraren Åsa Edman, Finansdepartementet, som sakkunnig i utredningen. Som experter i utredningen förordnades den 10 oktober 2007 förbundsordföranden Anne Carlsson, Reumatikerförbundet, förbundsord-

föranden Anna-Karin Eklund, Vårdförbundet, direktören Birgitta Eriksson, Socialstyrelsen, analytikern Jörgen Lindell, Nutek, bitr. avdelningschefen Roger Molin, Sveriges Kommuner och Landsting, ordföranden Anne-Sophie Sjöberg, Vårdföretagarna, andre vice ordföranden Benny Ståhlberg, Sveriges läkarförbund samt konkurrensakkunnige Kristian Viidas som experter.

Konkurrensakkunnige Kristian Viidas entledigades från uppdraget den 22 november 2007. Samma dag förordnades konkurrensrådet Per-Arne Sundbom, Konkurrensverket, som expert i utredningen.

Till huvudsekreterare i utredningen anställdes på halvtid fr.o.m. den 1 september 2007 och på heltid fr.o.m. den 1 januari 2008 ämnessakkunniga Lena Barrbrink. Fr.o.m. den 1 oktober 2007 anställdes landstingsjuristen Robert Larsson som sekreterare i utredningen och fil. kand. Matilde Millares på halvtid som bitr. sekreterare i utredningen.

Utredningen, som har antagit namnet Utredningen om patientens rätt, överlämnar härmed sitt delbetänkande Vårdval i Sverige (SOU 2008:37).

Stockholm i april 2008

Toivo Heinsoo

/Lena Barrbrink
Robert Larsson
Matilde Millares

Innehåll

Sammanfattning	11
Författningsförslag	15
1 Inledning	19
1.1 Direktiven.....	19
1.2 Utredningsarbetet.....	20
1.3 Delbetänkandet.....	20
1.4 Patienters synpunkter på tillgänglighet, valfrihet och kontinuitet.....	21
1.4.1 Tillgänglighet.....	22
1.4.2 Valfrihet och kontinuitet.....	26
2 1994 års husläkarlag	29
2.1 Husläkarreformen.....	29
2.2 Huvudpunkterna i husläkarlagen.....	30
2.3 Valet av husläkare.....	30
2.4 Husläkarens kvalifikationer.....	31
2.5 Grundåtagande enligt lag.....	32
2.6 Vidgat husläkaråtagande enligt landstingets beslut.....	32
2.7 Ytterligare åtaganden enligt avtal.....	33
2.8 Etableringsfriheten.....	34
2.9 Producent- och konkurrensneutralitet.....	34

2.10	Principer för ersättningssystemet	35
2.11	Frågan om att upphäva husläkarlagen	36
2.12	Utvärderingar av husläkarreformen	36
3	Valmöjligheter och ersättningssystem i primärvården	41
3.1	Vårdval Halland	42
3.1.1	Åtagande	42
3.1.2	Patientens anslutning till systemet samt patientinformation	43
3.1.3	Vårdgivarens anslutning till systemet	44
3.1.4	Konkurrensneutralitet	45
3.1.5	Ersättningssystemet	45
3.1.6	Vårdinformation och systemval	46
3.2	Vårdval Stockholm	47
3.2.1	Åtagande	47
3.2.2	Patientens anslutning till systemet samt patientinformation	50
3.2.3	Vårdgivarens anslutning till systemet	51
3.2.4	Konkurrensneutralitet	52
3.2.5	Ersättningssystemet	52
3.2.6	Vårdinformation och systemval	53
3.3	Västmanlands närsjukvårdsprogram	53
3.3.1	Åtagande	53
3.3.2	Patientens anslutning till systemet samt patientinformation	56
3.3.3	Vårdgivarens anslutning till systemet	57
3.3.4	Konkurrensneutralitet	57
3.3.5	Ersättningssystem	57
3.3.6	Vårdinformation och systemval	58
4	Husläkarsystemet i Norge	59
4.1	Husläkarsystemets rättsliga reglering	59
4.1.1	Kommunhälsovårdslagen	60
4.1.2	Husläkarförordningen	60
4.1.3	Avtal	61
4.2	Husläkarsystemet från medborgarens perspektiv	62

4.3	Invånarnas klagorätt	63
4.4	Statens etableringskontroll.....	63
4.5	Kommunernas roll	64
4.6	Närmare om etableringsreglerna.....	65
4.7	Husläkarens roll.....	68
4.8	Ersättningen	68
4.9	Husläkarreformens effekter	69
5	Fristående skolor och kommunala bidrag	71
5.1	Friskolor	71
5.2	Friskolornas rättsliga reglering	72
5.3	Friskolereformen	72
5.4	Etableringsvillkoren för fristående skolor.....	73
5.4.1	Fristående grundskolor	73
5.4.2	Fristående gymnasieskolor.....	75
5.5	Upphandlingslagstiftningen i relationen kommun – friskola	77
5.6	Konkurrensproblem	78
6	Förslag på vårdmodeller	81
6.1	Sveriges läkarförbund	81
6.1.1	Identifierade problem.....	82
6.1.2	Närsjukvårdsmodellens styrning och finansiering	83
6.1.3	Oberoende revision samt öppen verksamhetsredovisning	85
6.1.4	Framtidens forskning inom hälso- och sjukvård.....	86
6.1.5	Utbildning.....	86
6.2	Vårdförbundets idé om Närvård.....	87
6.2.1	De bärande principerna i Närvården	87
6.2.2	Vårdförbundets beskrivning av Närvården.....	90

7	Fri etablering i primärvården	93
7.1	Inledning.....	93
7.2	Utredningens överväganden om alternativa system för fri etablering i primärvården	93
7.2.1	Fri etablering genom en husläkarlag.....	94
7.2.2	Fri etablering genom en nationell vårdvalmodell.....	97
7.2.3	Fri etablering genom en regional vårdvalmodell.....	100
7.2.4	Fri etablering genom en modifierad regional vårdvalmodell	102
7.3	Utredningens förslag.....	103
8	Närmare om vårdvalmodellen	105
8.1	Primärvårdens uppdrag	105
8.2	Privata vårdgivares rätt att etablera sig.....	107
8.3	Patienternas valmöjligheter	108
8.4	Ersättningssystemens utformning	110
9	Konkurrensfrågor	113
9.1	Inledning.....	113
9.2	Utredningens överväganden och bedömning.....	113
9.2.1	Uppföljning och tillsyn kring frågor om konkurrensneutralitet	115
9.2.2	Särskilda uppgifter för landstingen	116
9.2.3	Formerna för etablering.....	116
9.2.4	Villkor och ersättningar.....	117
9.2.5	Mervärdesskattefrågan.....	118
9.2.6	Informationsfrågor	120
9.2.7	Forskning och utveckling.....	120
10	Ekonomiska och andra konsekvenser av utredningens förslag	123
10.1	Inledning.....	123
10.2	Ekonomiska konsekvenser	124

10.3	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen	125
10.4	Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service	125
10.5	Konsekvenser för små företag.....	126
10.6	Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.....	127
11	Genomförandenaspekter och ikraftträdande	129
12	Författningskommentar	131
	Referenser	135
 Bilagor		
<i>Bilaga 1</i>	Kommittédirektiv.....	139
<i>Bilaga 2</i>	Att införa ett primärvårdssystem med ”fri etableringsrätt”. Erfarenheter av den norska Fastlegeordningen	145
<i>Bilaga 3</i>	Om marknader och marknadsprocesser	229

Sammanfattning

I detta delbetänkande föreslår Utredningen om patientens rätt i enlighet med direktiven hur fri etablering kan införas i primärvården, dvs. hur det ska bli möjligt för vårdgivare att fritt etablera sig med rätt till offentlig ersättning (dir. 2007:90). Utgångspunkten för utredningens förslag är att stärka patientens rätt till valfrihet.

Utredningen överväger i betänkandet olika system för hur fri etablering i primärvården skulle kunna införas. Det som skiljer sig mellan systemen är bl.a. omfattningen av den nationella regleringen. Utredningen har stannat för att föreslå att fri etablering ska införas genom att landstingen blir skyldiga att införa ett vårdvals-system som ger patienten rätt att välja mellan olika vårdgivare.

Förslaget innebär att ett grunduppdrag för primärvården fastställs nationellt av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer. Landstingen kan komplettera grunduppdraget utifrån lokala förutsättningar och på så sätt forma sitt vårdvals-system. Alla vårdgivare som uppfyller ställda krav har rätt att etablera sig. Landstinget ska tillämpa den av Frittvalutredningen föreslagna lagen (2008:xx) om valfrihetssystem för att ansluta privata vårdgivare. Grunderna i ersättningssystemet ska vara att pengarna följer patientens val och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje landsting att besluta om ersättnings-närmare utformning.

Förslaget fokuserar på patientens ställning. Genom rätten till vårdval där ersättningen följer patienternas val förtydligas och förstärkts patienternas valmöjligheter. Makten att välja utförare överlämnas från landstinget till patienten. Ett vårdvals-system med fri etablering ökar dessutom möjligheten för fler vårdgivare att etablera sig. Genom att vårdgivaren finansieras genom patientens val är det av avgörande betydelse för vårdgivarna hur patienterna väljer, vilket kan utveckla vårdens kvalitet. Det nationellt fastställda

grunduppdraget kan vidare bidra till att göra det offentliga åtagandet tydligare och möjliggöra en enhetligare uppföljning av primärvården. Samtidigt blir ingreppet i landstingens självstyrelse begränsat. Förslaget lämnar handlingsutrymme till varje enskilt landsting att utforma systemet efter sina egna förutsättningar och motverkar inte den pågående utvecklingen i landstingen. Ytterligare en fördel är att förslaget kan genomföras på relativt kort tid, eftersom det inte innebär några huvudmannaskapsförändringar mellan stat och landsting. Förslaget innebär också att systemen kan utvecklas genom att olika vårdvalsystem kan existera parallellt och prövas mot varandra.

Efter det att de regionala vårdvalsystemen varit i kraft en tid och också utvärderats kan det finnas anledning att återkomma till frågan om en mer enhetlig nationell reglering bör införas. Det är enligt utredningens bedömning mycket som talar för en sådan utveckling. Ett nationellt system innebär bl.a. en mer likartad primärvård över landet och ett tydligare offentligt åtagande. Nationellt fastlagda kompetens-, kvalitets- och säkerhetskrav gynnar också kvalitetsutvecklingen. Patientens rätt kan dessutom tydliggöras nationellt samtidigt som vårdgivarna ges lika regler att verka inom. Utredningens förslag kan mot den bakgrunden ses som ett led i en handlingslinje där regionala system alltmer övergår till ett nationellt enhetligt hälso- och sjukvårdssystem.

I betänkandet föreslås också att bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen om att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin tas bort. Regels syfte har varit att garantera tillgång till en viktig kompetens inom primärvården och att säkerställa kontinuiteten för den enskilde patienten genom en fast läkarkontakt. I praktiken har regeln inte tillämpats på det sätt som avsetts och de faktiska möjligheterna att under överskådlig tid erbjuda alla invånare en fast läkarkontakt genom en specialist inom allmänmedicin är inte realistiska. Därmed riskerar den nuvarande formuleringen enbart att skada primärvårdens trovärdighet. Den nuvarande regleringen kan också komma att begränsa utvecklingen av vårdvalsystem. Förslaget innebär inte att betydelsen av att ha specialister i allmänmedicin i primärvården minskar eller omvärderas. Allmänläkarspecialisten kommer även framöver att vara en central resurs och en nödvändig kompetens i primärvården.

För att olika valsystem verkligen ska ge patienterna utökade valmöjligheter är det viktigt att patienterna förses med verkningfulla redskap så att de kan tillvarata sina valmöjligheter. Bland annat är

information av stor betydelse för att man ska kunna göra välgrundade val. Utredningens uppdrag är emellertid att i ett första led föreslå hur fri etablering kan införas i primärvården så att patienternas möjlighet att välja bland olika vårdgivare kan öka. I utredningens fortsatta uppdrag ingår bl.a. att lämna förslag om hur det fria vårdvalet och vårdgarantin ska lagregleras. Utredningen kommer också att i övrigt diskutera hur patienten kan ges ett ökat stöd och inflytande.

Alla förslag som ändrar reglerna för hur etablering inom primärvården kan ske, utan att förändra landstingens ansvar för planering och finansiering, kommer att innebära att landstingen dels kommer att ha rollen som finansär och beställare av vårdtjänster, dels rollen som producent eller utförare av tjänsterna i konkurrens med externa aktörer. Det finns risk för att landstingen gynnar sina egna utförarenheter, exempelvis genom att subventionera dessa på olika sätt utöver den förutbestämda ersättningen för utförda prestationer. Utredningen anser mot den bakgrunden att det är angeläget att den föreslagna vårdvalreformen följs upp och utvärderas från konkurrens- och konsumentsynpunkt och föreslår att Konkurrensverket får ett sådant uppdrag.

Ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2009. Vid utgången av år 2009 ska vårdvalsystem i primärvården ha införts i samtliga landsting.

Utredningen presenterar sina överväganden genom att i kapitel 1 redovisa direktiven, utredningsarbetets former och några av de undersökningar som gjorts kring patienters synpunkter på tillgänglighet, valfrihet och kontinuitet. De därpå följande kapitlen syftar till att redogöra för diskussionen om patienters valmöjligheter och ökad tillgänglighet för att ge bakgrund till olika möjligheter att söka en förbättring. I kapitel 2 beskrivs 1994 års husläkarlag och de överväganden som gjordes i samband med den. Kapitel 3 beskriver de tre olika vårdvalmodeller som alldeles nyligen introducerats av landstingen i Halland, Stockholm och Västmanland. Genom kapitel 4 och mer utförligt i bilaga 2 (Ebba Sjögren: Att införa ett primärvårdssystem med "fri etableringsrätt") redogörs för de förändringar som genomförts i Norge under 2000-talet med syfte att stärka primärvården och ge medborgare möjlighet till en fast läkarkontakt. Kapitel 5 beskriver hur verksamheten med fristående skolor med kommunala bidrag fungerar. Syftet med kapitlet är att ge underlag för en diskussion som söker liknande lösningar inom hälso- och sjukvården. I kapitel 6 redo-

visas två av de förslag som presenterats med ambitioner att förändra dagens hälso- och sjukvårdssystem i riktning mot mer patientinflytande. Flera liknande förslag har förevisats genom åren, men utredningen väljer att redogöra för de förslag som kommit från Vårdförbundet och Sveriges läkarförbund.

Därefter följer utredningens överväganden och förslag. I kapitel 7 diskuterar utredningen de alternativ som kan tillgodose direktivens krav. Kapitel 8 redogör närmare för hur en vårdvalmodell kan stärka patientens ställning och skapa möjligheter för olika vårdgivare att ansluta sig till den offentliga finansieringen. Konkurrensfrågorna diskuteras i kapitel 9 och genom bilaga 3 (Helgesson & Kjellberg: Om marknader och marknadsprocesser) fördjupar utredningen diskussionen kring hur marknader etableras och den reglering och löpande tillsyn som krävs för att dessa ska fungera. I kapitel 10 lämnas en redovisning av de olika konsekvenser som kan följa av utredningens förslag, bland annat vad avser effekterna visavi den kommunala självstyrelsen. Genomförandenaspekter och när ikraftträdande kan ske hanteras i kapitel 11. Författningskommentarer, till den lagreglering som utredningen föreslår, återfinns slutligen i kapitel 12.

Författningsförslag

Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 3 och 5 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska ha följande lydelse

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse:

3 §

Varje landsting *skall* erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt *skall* landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.

Varje landsting *ska* erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt *ska* landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och *skall* därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget *skall* bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och *ska* därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. *För avtal om primärvård finns närmare bestämmelser i 5 §.* En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget *ska* bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

5 §

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning *skall* det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns slutenvård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppenvård. Primärvården *skall* som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget *skall* organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. *En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin.* Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning *ska* det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns slutenvård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppenvård. Primärvården *ska* som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer ska meddela föreskrifter om grunduppdrag för primärvården. Landstinget *ska* organisera primärvård genom vårdsystem, så att alla som är bosatta inom landstinget *kan* välja utförare och får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. *Ersättning ska följa den enskildes val av utförare och utgå enligt de grunder landstinget bestämmer.* Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska tillämpa lagen (2008:XX) om valfritetssystem för sådana tjänster som omfattas av vårdval enligt andra stycket.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.
 2. Landstingets skyldighet enligt 5 § andra och tredje stycket att organisera primärvård genom vårdvals-system inträder inte fullt ut förrän vid utgången av år 2009.
 3. Bestämmelsen i 5 § sista stycket gäller inte beträffande de avtal om tjänster som landstinget träffat med vårdgivare före lagens ikraftträdande, så länge avtalen gäller. Sådana avtal får efter den 1 januari 2009 inte förlängas till att gälla efter utgången av år 2009.

1 Inledning

1.1 Direktiven

Regeringen beslutade den 20 juni 2007 (dir. 2007:90) att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas.

Enligt direktiven ska utredningen göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning.

Utredningen ska särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet. Vidare ska utredningen analysera tillämpningen av den nationella vårdgaranti som infördes den 1 november 2005, samt lämna förslag till lagreglering av densamma. I uppdraget ligger också att lämna förslag till nödvändiga kompletteringar av det lagförslag om patientlagstiftning som lämnades i Ansvarskommitténs betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10).

I uppdraget ingår vidare att lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten ska vårda och vid behov fungera som vårdlots, framför allt för äldre och multisjuka patienter med stora sammansatta vårdbehov.

För att stärka rätten till valfrihet ska utredningen föreslå hur en fri etableringsrätt kan införas i primärvården. Konkurrens ska ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård. Utredningen ska föreslå åtgärder som befrämjar detta.

Utredningen ska lämna ett delbetänkande rörande etableringsfrihet senast den 15 april 2008. Utredningens arbete ska slutredovisas senast den 15 december 2008.

Utredningen har beträffande uppdraget om fri etablering i primärvården tolkat direktiven så att det är landstingens primärvård som avses.

1.2 Utredningsarbetet

Utredningen påbörjade arbetet den 1 oktober 2007. En expertgrupp med företrädare för Regeringskansliet, myndigheter och organisationer knöts till utredningen. Utredningen hade det första mötet med expertgruppen den 12 november 2007 och har därefter haft ytterligare tre sammanträden.

I arbetet med detta delbetänkande har utredningen i stor utsträckning utgått från redan publicerat material, bl.a. statliga utredningar, regeringens propositioner, rapporter från Konkurrensverket, Socialstyrelsen och Nutek samt dokument från landstingen. Utredningen har också tagit del av relevant underlag från Norge och andra internationella källor.

Utredningen har bedrivit arbetet utåtriktat. Inledningsvis genomförde utredningen en hearing med deltagare från för utredningen centrala intressenter. Ett stort antal möten har hållits, bl.a. med företrädare för landstingen, vårdföretag, andra offentliga utredningar, intresseorganisationer samt med enskilda forskare och övriga experter inom hälso- och sjukvården. Utredningen har deltagit vid ett studiebesök i Halland som arrangerades av Socialdepartementet. Utredningen har också deltagit i olika konferenser med anknytning till utredningens uppdrag.

I enlighet med direktiven har utredningen följt propositionsarbetet kring en samlad patientdatalagstiftning med anledning av förslagen i betänkandet Patientdatalag (SOU 2006:82) samt samråd med Frittvalutredningen (S 2007:04).

1.3 Delbetänkandet

Efter de inledande bakgrundskapitlen redovisas i kapitel 7 och 8 utredningens förslag om fri etablering i primärvården. Kapitel 9 behandlar vissa konkurrensfrågor med anknytning till förslaget. I kapitel 10 beskrivs konsekvenserna av utredningens förslag. Genomförandenaspekter och ikraftträdande behandlas i kapitel 11. Kapitel 12 innehåller författningskommentarer. Till delbetänkandet finns tre bilagor.

Det bör även påpekas att i rapporten används beteckningen landsting på ett sådant sätt att det omfattar såväl Region Skåne och Västra Götalandsregionen samt Gotlands kommun. Regioner, landsting och Gotlands kommun benämns också oftast med enbart

den geografiska delen av egennamnet dvs. att orden region, landsting respektive kommun utelämnas.

1.4 Patienters synpunkter på tillgänglighet, valfrihet och kontinuitet

I utredningens direktiv pekas bl.a. på behovet av att öka hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, valfrihet och kontinuitet. För att få en överblick av de svenska förhållandena inom dessa områden har utredningen tagit del av aktuella undersökningar från analys- och informationsföretaget Health Consumer Powerhouse, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Europeiska Kommissionens Eurobarometer (opinionsundersökningar om EU-medborgarnas åsikter) samt landstingens Vårdbarometer (en rullande opinionsundersökning om svenskarnas erfarenheter av och attityder till hälso- och sjukvården). Nedan redovisas resultat från dessa i korthet samt erfarenheter från landets patientnämnder.

I sammanhanget ska det framhållas att metoderna som använts i de undersökningar som redovisas inte alltid rapporteras öppet. Man kan emellertid på goda grunder anta att en del av variationen i slutsatser mellan undersökningarna beror av olika metodval och olika fokus, vilket då innebär att även motstridiga resultat mellan undersökningarna i sig kan vara korrekta. Undersökningar som redovisas här sker inte i syfte att spegla eller värdera för- och nackdelar mellan olika hälso- och sjukvårdssystem. Redovisningen har inte heller till syfte att värdera på vilket sätt enskilda landsting sammantaget når hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) mål om ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (HSL 2 §).¹

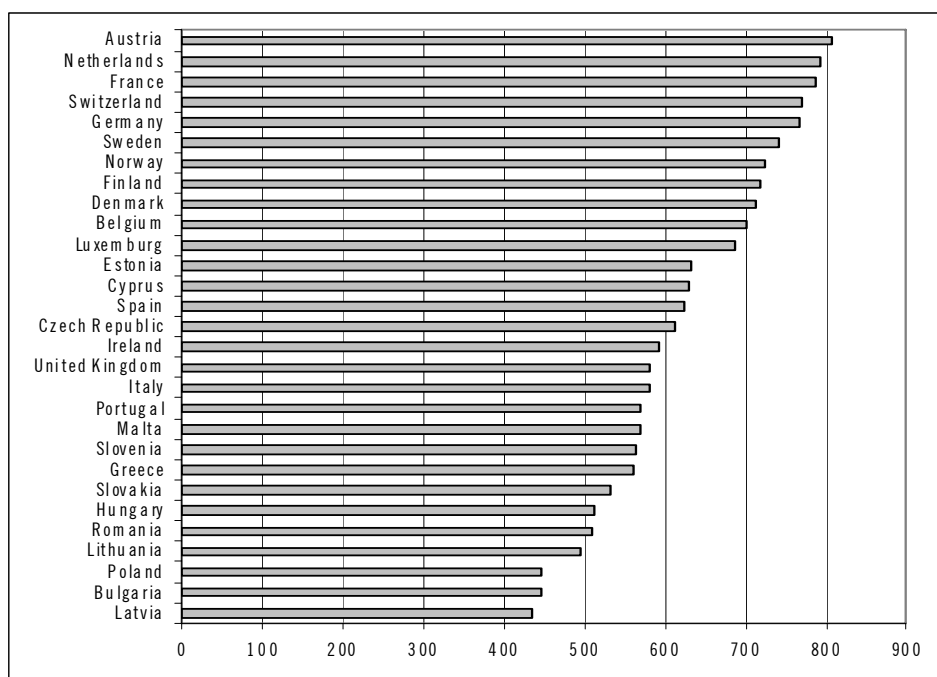
Genom att redovisa undersökningarna speglas en del av den diskussion om hälso- och sjukvården som sker från patientperspektivet.

¹ HSL 2 §: Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

1.4.1 Tillgänglighet

I Health Consumer Powerhouse undersökning från år 2007, som omfattar samtliga EU-länder jämte Norge och Schweiz, hamnade Sverige på en sjätteplats i fråga om ranking av medicinska resultat och tillgänglighet samt service (Health Consumer Powerhouse 2007). Denna ranking beror på de goda medicinska resultaten i Sverige. Om Sverige skulle nå samma höga resultat i tillgänglighet och service som exempelvis Österrike, Tyskland eller Belgien skulle Sverige hamna som nummer ett i rankingen med en marginal på hela sjuttiofem poäng.

Figur 1.1 Euro Health Consumer Index (EHCI) 2007, total scores



Källa: Health Consumer Powerhouse.

Även Eurobarometern från år 2007 visar att svenskarna är jämförelsevis mer missnöjda med vårdens tillgänglighet än genomsnittet för övriga EU-länder. I fråga om primärvården anser exempelvis 63 procent av den svenska befolkningen att det är lätt att komma till primärvården, jämfört med EU-snittet på 88 procent.

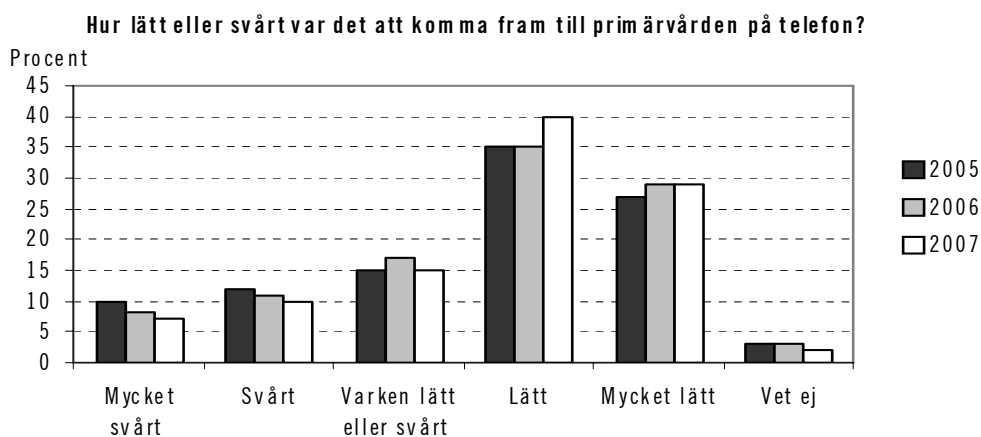
För specialistvården är skillnaden ännu större, endast 38 procent av svenskarna anser att det är lätt att få tag på specialisläkare jämfört med EU-snittet på 62 procent.

Också Norge, Danmark och Finland har problem med väntetider. Sverige är dock det land som har störst skillnad, även bland de nordiska länderna, mellan goda medicinska resultat och väntetider (Socialstyrelsen 2008).

Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter genomförde våren 2005 en rikstäckande undersökning av telefonframkomligheten till landets vårdcentraler. Undersökningen visade att åtta procent av alla samtal inte resulterade i kontakt med vårdcentralen. Till fyra procent av vårdcentralerna kom man inte fram överhuvudtaget någon gång under de dagar undersökningen genomfördes (Socialstyrelsen 2005).

Siffror från år 2007 visar att andelen patienter som svarade att det var lätt eller mycket lätt att komma fram till vårdcentralen per telefon var 69 procent (Socialstyrelsen och SKL 2007).

Figur 1.2 Medborgarnas upplevda tillgänglighet till primärvården via telefon



Källa: Vårdbarometern.

Variationerna mellan landstingen var dock stora. År 2007 varierade andelen som tyckte att det var lätt eller mycket lätt att komma fram mellan 52 procent (Jämtland) och 82 procent (Halland).

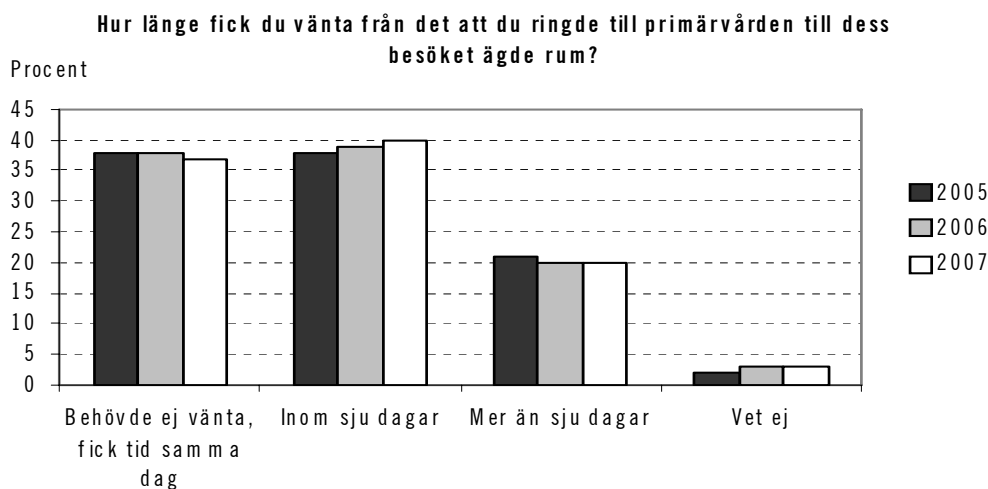
Patientnämnderna rapporterar om ett ökat antal klagomål som rör tillgänglighet inom primärvården; möjlighet att boka tid, att få läkartid samt få kontakt per telefon (Socialstyrelsen 2005). Exempelvis visade årsrapporten från patientnämnden i Stockholm att antalet ärenden som gällde telefontillgänglighet ökade med 47 procent från år 2002 till år 2003. Bristande tillgänglighet på vårdcentraler ledde ibland till att patienter sökte hjälp på annat håll, på fel vårdnivå.

I Socialstyrelsens slutrapport om den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården² konstaterades att väntetiderna till läkarbesök varit oförändrade under åren 2001–2004, då handlingsplanen varit verksam (Socialstyrelsen 2005). Detta trots nya initiativ såsom en utbyggd sjukvårdsrådgivning, fler läkare och sjuksköterskeledda specialistmottagningar. Vårdbarometern från år 2006 visade att var fjärde intervjuperson ansåg att väntetiderna till den specialiserade vården var orimliga och var femte person hade samma uppfattning om väntetiderna i primärvården.

Enligt en befolkningsenkät genomförd av Socialstyrelsen år 2005 ansåg 81 procent att väntetiden från det att man beställde tid till att man fick besöka läkaren var helt eller ganska acceptabel. Landstingsförbundets väntetidsmätning visade att år 2004 hänvisades fyra procent av patienterna vidare till annan instans på grund av långa väntetider (Socialstyrelsen 2005).

² I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) angavs inriktningen för primärvård, vård och omsorg om äldre, psykisk ohälsa samt tillgänglighet och mångfald. För att stimulera utvecklingen omfattade handlingsplanen fyra delar: utvecklingsavtal, resurstillskott, uppföljning samt stöd till forsknings- och utvecklingsarbete. Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att på nationell nivå följa upp och utvärdera den nationella handlingsplanen under åren 2002–2005.

Figur 1.3 Andelen av medborgarna som på vårdcentralen fick tid omgående, inom sju dagar eller efter mer än sju dagar

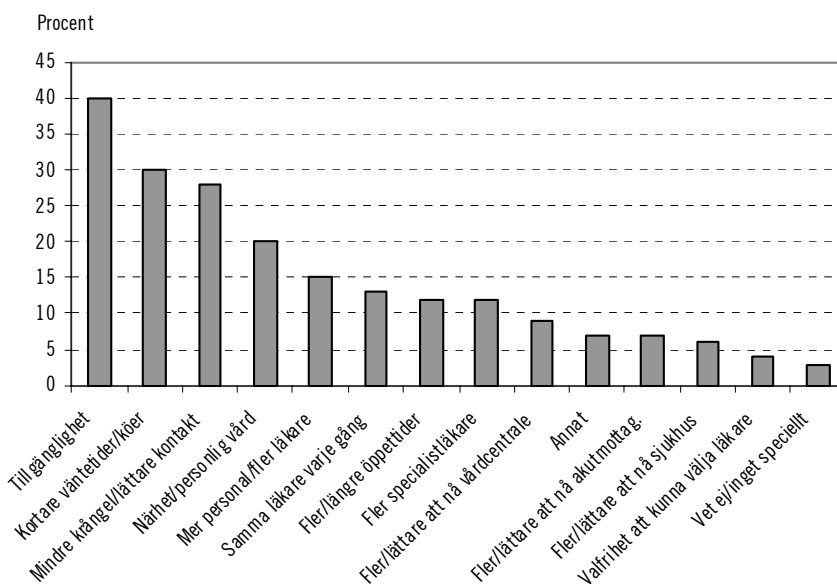


Källa: Vårdbarometern.

I 2007 års rapport Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet kan utläsas att av dem som besökt en vårdcentral och i Vårdbarometern fått frågan om man anser att den väntetid man hade till sitt besök var rimlig, svarade 78 procent jakande. Patienter i Värmland var näst mest nöjda med väntetiden, trots att den faktiska tillgängligheten var lägre än rikets i mars 2006. Den motsatta situationen noterades i Östergötland där relativt få patienter ansåg att väntetiden var rimlig, trots att tillgängligheten till vårdcentralerna var medelgod. Dessa skillnader antyder enligt rapporten att också annat än den faktiska tillgängligheten påverkar patienternas fördragsamhet med väntetiden till besök (Socialstyrelsen och SKL 2007).

Nedanstående figur från Vårdbarometern år 2006 bekräftar att patienter upplever bristande tillgänglighet samt långa väntetider som mest otillfredsställande i sjukvården.

Figur 1.4 Vad är det som saknas?



Källa: Vårdbarometern.

1.4.2 Valfrihet och kontinuitet

Landstingen är sedan år 1994 skyldiga att organisera primärvården så att alla invånare som så önskar kan välja en fast läkarkontakt. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) preciserades år 1999 så att den enskildes val inte får begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget. Syftet med fast läkarkontakt är att öka tillgängligheten och kontinuiteten i primärvården.

När det gäller rätten till fast läkarkontakt i primärvården konstaterade Socialstyrelsen i slutrapporten om den nationella handlingsplanen att ingen förändring hade skett på nationell nivå vad gäller den andel av befolkningen som hade en sådan mellan åren 2002 och 2005 (Socialstyrelsen 2005). Drygt fyrtio procent av befolkningen hade då en fast läkarkontakt. Hälften av befolkningen hade inte heller fått någon information om möjligheten till fast

läkarkontakt vid besök på vårdcentral, ytterligare drygt tio procent kunde inte minnas hurvida de fått någon sådan information eller inte. Utifrån detta drog Socialstyrelsen slutsatsen att mycket tydde på att en majoritet av landstingen i praktiken fortfarande tillämpade områdesansvar.

I en nyligen publicerad uppföljning av överenskommelserna om en fortsatt satsning på primärvård, äldrevård och psykiatri³ konstaterar Socialstyrelsen att landstingen inte har gjort några generella framsteg för att underlätta en fast läkarkontakt i primärvården (Socialstyrelsen 2008). Få landsting uppger att man aktivt arbetar med denna fråga. Enligt befolkningsundersökningen Vårdbarometern har andelen som uppger att man har en fast läkarkontakt legat på drygt 50 procent åren 2005–2007.

Av den befolkningsenkät Socialstyrelsen genomförde år 2005, framgick att endast sex procent av befolkningen samma år försökt byta sin fasta läkare utan samband med byte av bostadsadress. Av dessa sex procent lyckades enbart hälften. Patientnämndernas rapporter visade på att svårigheterna för patienter att själva kunna välja sin vårdcentral och läkarkontakt ökade. Patientnämnden i Västmanland beskrev exempelvis att det förekommit att patienter blivit nekade att byta läkare, trots att de hade så lågt förtroende för sin läkare att de valt att vänta med att söka vård tills tillståndet blivit akut och de måste söka sig till en akutmottagning (Socialstyrelsen 2005).

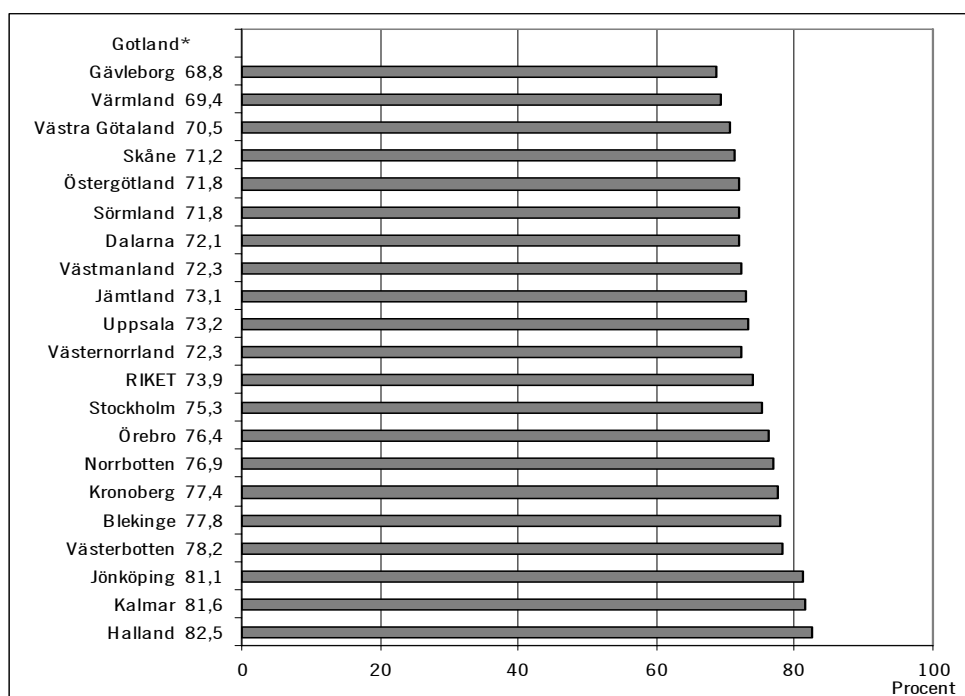
I Socialstyrelsens befolkningsenkät belystes även frågan om kontinuitet. Enkäten visade att gruppen som hade svarat att de sällan eller aldrig fick träffa sin fasta läkare ökade med två procent under åren 2002–2005. För yngre personer i åldrarna 20–44 år försämrades kontinuiteten påtagligt, från 66 procent till 58 procent bland dem som hade en fast läkarkontakt. Med avseende på hela befolkningen hade däremot andelen personer ökat som varit på vårdcentralen två eller fler gånger under de senaste tolv månaderna och träffat samma läkare, från 46 procent till 50 procent (Socialstyrelsen 2005).

Brist på kontinuerlig läkarkontakt uppmärksammas också i patientnämndernas rapporter. Där menar man att läkarbrist i primärvården och stafettläkarsystemet i många fall har lett till klagomål.

³ Två avtal tecknades mellan Staten, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet i samband med att det utvecklingsavtal som legat till grund för den nationella handlingsplanen löpte ut vid årsskiftet 2004/2005. Avtalen gällde det fortsatta arbetet för åren 2005–2007 inom primärvård och äldrevård samt psykiatri.

mål hos patientnämnderna (Socialstyrelsen 2005). I rapporten Öppna jämförelser från 2007 redovisades att andelen som helt eller delvis instämde i påståendet att ”Jag har tillgång till den vård jag behöver” var 74 procent för hela riket (Socialstyrelsen och SKL 2007). Av denna andel var det dock i högre grad äldre som instämde än personer mellan 40–49 år, som var den grupp som hade lägst andel instämmande svar. Mellan olika landsting sträckte sig variationen från cirka 82 procent för Halland, Kalmar och Jönköping till cirka 69 procent för Gävleborg (Socialstyrelsen och SKL 2007).

Figur 1.5 ”Jag har tillgång till den vård jag behöver”. Andel som instämmer helt eller delvis, 2006. Procent



Källa: Vårdbarometern.

* Gotland deltar ej i Vårdbarometern.

2 1994 års husläkarlag

Utredningen ska bland annat studera olika svenska modeller för organiseringen av primärvården. En husläkarmodell prövades i Sverige åren 1994–1995. Modellen beskrivs närmare i detta kapitel.

2.1 Husläkarreformen

En arbetsgrupp inom Socialdepartementet gavs år 1991 i uppdrag att se över förutsättningarna för ett nationellt husläkarsystem. Inslaget av nationell styrning var betydligt större i arbetsgruppens förslag i departementspromemorian Husläkare – för trygghet och kontinuitet i vården (Ds 1992:41), än vad regeringen sedermera föreslog riksdagen besluta om i propositionen Om husläkare m.m. (prop. 1992/93:160). Promemorian beskrev fördelar med att exempelvis både miniminivån på den ersättning som betalades till privatpraktiserande husläkare och patientavgifterna bestämdes nationellt.

Att lagen (1993:588) om husläkare öppnade för ett större mått av lokal anpassning och styrning än den bakomliggande departementsutredningen föreslagit, hade ett antal orsaker. Flera sjukvårdshuvudmän bedrev redan eller planerade olika husläkarsystem. Vid årsskiftet 1992/93 hade mer än hälften av dessa infört eller skulle införa husläkarmodeller enligt riktlinjer som de själva dragit upp. Dessutom fanns kostnadsvariationer och skilda förutsättningar i övrigt för verksamheten i olika delar av landet. Lagregleringen inriktades mot den bakgrunden på att husläkarens grundåtagande, kompetenskraven och de yttre ramarna för etableringen skulle vara lika över hela landet. Sjukvårdshuvudmännen fick själva besluta om listningsförfarandet, utvidgat grundåtagande, patientavgifter och ersättningen till husläkaren.

Husläkarlagen trädde i kraft den 1 januari 1994 och skulle genomföras i landstingen före utgången av år 1995. Lagen skulle

tillämpas också av de kommuner som inte ingick i något landsting och andra kommuner som vid denna tid hade ansvaret för primärvården inom sitt område. I det följande används genomgående beteckningen landsting för dessa huvudmän.

2.2 Huvudpunkterna i husläkarlagen

Förenklat kan lagens huvudpunkter fördelades på fyra intressentperspektiv:

Invånare

- Fritt val av husläkare bland dem som var verksamma som sådana i landstingsområdet.
- Rätt att byta husläkare.
- Möjlighet att stå utanför husläkarsystemet.

Husläkare

- Skulle ha specialistkompetens i allmänmedicin.
- Kunde vara offentligt anställda eller privatpraktiserande.
- Fri etablering och fritt val av driftsform.

Landsting

- Planeringsansvar och skyldighet att se till att invånarna får välja husläkare.
- Möjligheter att påverka husläkaråtagandets omfattning efter lokala behov och förutsättningar.
- Fastställa och betala ersättning till husläkarna oavsett driftsform.

Staten

- Öka tillgängligheten och kontinuiteten i den öppna vården.
- Stimulera konkurrensneutralitet och mångfald i utförandet.
- Bättre balans mellan primärvård och läns- och regionsjukvård.

2.3 Valet av husläkare

Invånarna fick möjlighet att själva och på förhand välja en viss allmänläkare – husläkare – som sin fasta primärvårdskontakt. De kunde byta husläkare och även välja att helt stå utanför systemet.

Valmöjligheten gällde både offentligt anställda och privatpraktiserande husläkare och fick inte begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Hur landstingen skulle ordna valet och listningen pekades inte närmare ut i husläkarlagen. I husläkarpropositionen betonades dock att det var önskvärt att hela befolkningen inom ett sjukvårdsområde fick möjlighet att välja vid ett och samma tillfälle och att de mest utsatta grupperna inte eftersattes. Valet fick därför inte göras beroende av att den enskilde måste namnge en viss läkare. En kombination kunde tänkas där den enskilde dels själv namngav en viss läkare, dels fick möjlighet att ta ställning till förslag från landstinget. I frånvaro av aktivt val fick så kallad passiv listning tillämpas. Med detta förstås att de som inte framställt önskan om en viss läkare "automatiskt" tilldelades en husläkare, ofta utifrån områdesanknytningen. Den passiva listningen hade två syften; dels att garantera att svaga grupper ingick i systemet, dels att ge läkarna en ekonomisk säkerhet. Regeringens uppfattning var att det fanns många fördelar med husläkare som i huvudsak hade områdesanknytning, främst samspelet med andra yrkesgrupper i primärvården och "vårdgrannar" på primärvårdsnivån.

Invånarnas valmöjligheter kunde begränsas av den faktiska tillgången på husläkare och andelen läkare med ledig plats på sina listor. Antalet listade patienter skulle enligt husläkarlagen vara minst 1 000 och maximalt 3 000 per husläkare, om inte läkaren kom överens med landstinget om annat. Om husläkaren hade ledig plats på sin lista, dvs. färre personer på listan än det tak som föränmälts till landstinget, fick han eller hon inte utan särskilda skäl vägra att en person fördes upp på förteckningen eller föra av en person från förteckningen. Landstingen kunde erbjuda de som listat sig hos en viss husläkare en annan sådan läkare, om vederbörande hade färre än 1 000 patienter efter 12 månaders verksamhet.

2.4 Husläkarens kvalifikationer

Specialistkompetens i allmänmedicin krävdes normalt för att bli husläkare. Kravet på specialistkompetens motiverade regeringen med att alla människor, oavsett ålder, skulle kunna få hjälp för flertalet av sina hälsoproblem hos en och samma läkare. Detta ansågs var själva kärnan i husläkarbegreppet och talade för att all-

mänläkaren skulle vara specialistkompetent (prop. 1992/93:160 s. 40).

Bristen på läkare med specialistkompetens innebar dock att samtliga läkarspecialiteter kunde få dispens av Socialstyrelsen om de inom sina områden hade direkt patientkontakt. Närmare bestämmelser fanns i förordningen om behörighet som husläkare (1993:594). Vissa med allmänläkare närliggande specialiteter kunde få dispens utan tidsbegränsning och krav på kompletterande utbildning. I första hand gällde det dem som vid tiden före reformen var distriktsläkare. Andra grupper som fick dispens skulle åläggas ett utbildningskrav inom viss tid. Socialstyrelsens beslut kunde överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

2.5 Grundåtagande enligt lag

I husläkarlagen ställdes vissa minimikrav upp på husläkaren. De personer som var förtecknade hos honom eller henne skulle få:

1. behövlig hälso- och sjukvård,
2. läkarkontakt vid behov genom mottagnings- eller jourverksamhet och i skälig omfattning hembesök,
3. upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar eller skador samt
4. behovet av kontakter med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet tillgodosedda i möjligaste mån.

Enligt husläkarpropositionen vilade systemets effektivitet bland annat på att läkaren skulle vara en lots till andra vårdinstanser och vårdnivåer. Husläkaren skulle ta ett större och mer personligt ansvar än som dittills varit vanligt för dem som listat sig hos honom eller henne. Vidare skulle han eller hon medverka till att lokala hälsoproblem och risker i miljön uppmärksammades och att den egna verksamheten kunde följas upp och utvärderas.

2.6 Vidgat husläkaråtagande enligt landstingets beslut

Landstingen fick som berörts relativt stora möjligheter att styra det närmare innehållet i husläkarens åtagande. De kunde bestämma att varje husläkare skulle utföra också läkaruppgifter inom primärvår-

den i övrigt samt svara för att de som förtecknats hos honom eller henne hade tillgång till insatser av distriktssköterska. Vidare kunde stipuleras att husläkarna skulle rapportera till landstingen om sin verksamhet och samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet. Samarbete med övrig hälso- och sjukvård och andra service- och vårdgivare framhöll regeringen i husläkarpropositionen vara en hörnsten för att reformen skulle få avsedd effekt och samtidigt ta till vara den utveckling som dithills hade uppnåtts i primärvården.

Den närmare omfattningen av åtagandet, bland annat tillgänglighet, skulle fastställas på förhand och dokumenteras av landstinget. Kraven kunde variera beroende på invånarnas behov och hur landstingets primärvård såg ut inom ett visst område. Landstinget kunde till exempel bestämma en typ av vidgat åtagande inom de mer glest befolkade delarna av landstingets område och ett annat för mer tätbefolkade delar. Tanken var att den som önskade bli privatpraktiserande husläkare på ett enkelt sätt skulle kunna ta del av de villkor som gällde för etableringen.

Landstinget hade mandat att ensidigt bestämma, men regeringen förordade att överenskommelse nåddes med den berörda husläkaren om den närmare utformningen av ett utvidgat åtagande. Hur landstingen beslutade om åtagandet varierade, i några landsting gavs lokala nämnder rätt att besluta om vidgat åtagande. Den vanligaste tjänsten i ett vidgat husläkaråtagande var skyldighet att tillhandahålla distriktssköterska.

2.7 Ytterligare åtaganden enligt avtal

Inget hindrade en privatpraktiserande husläkare att komma överens – träffa avtal – med landstinget om att han eller hon skulle ansvara för mer omfattande uppgifter än grundåtagandet och den möjlighet landstingen hade att därutöver bestämma kompletterande krav. Detta kunde vara aktuellt särskilt om landstinget inte beslutat om ett vidgat åtagande eller om relativt få uppgifter utöver grundåtagandet beslutats inom det geografiska område där läkarpraktiken lokaliserats. Exempelvis kunde dessa avtal gälla barn- och mödrhälsovård, vård vid kriminalvårdsanstalter, epidemiologisk övervakning m.m.

2.8 Etableringsfriheten

Den som ville etablera sig som privatpraktiserande husläkare skulle anmäla detta till landstinget sex månader innan verksamheten startade. Uppgiften skulle vara läkarens huvudsakliga syssla. En anmälan var inte bindande, dvs. om läkaren ”hoppade av” kunde etableringen inte tvingas fram av landstinget. Samma krav på förhandsanmälan gällde också vid omlokalisering av verksamheten till annat landsting. Efter anmälan skulle ett samråd ske mellan husläkaren och landstinget, bland annat för att bestämma listans storlek och eventuella tillägg utöver de obligatoriska uppgifter lagen pekade ut.

Landstingen hade ett indirekt inflytande över antalet privata etableringar bland annat genom hur befolkningserbjudandet och husläkaråtagandet utformades. Landstingets krav kunde som beskrivits variera beroende på invånarnas behov och hur landstingets primärvård såg ut inom ett visst område.

Stora variationer fanns i andelen privata husläkare mellan landstingen. De privata husläkarna hade ofta varit privatpraktiserande också före reformen, men även landstingsanställda distriktsläkare övergick till att vara privata husläkare.

2.9 Producent- och konkurrensneutralitet

Producent- och konkurrensneutralitet var en viktig fråga i samband med husläkarreformen och ansågs vara av stor betydelse för att den skulle kunna få avsedd effekt. Husläkarsystemet skulle vara producentneutralt, dvs. ingen driftsform fick gynnas eller missgynnas. Åtagandet för utförarna skulle därför i princip vara detsamma oberoende av om husläkaren var offentligt anställd eller egen företagare. Skillnader på kostnadssidan, till exempel på grund av skattelagstiftning, pensionsregler m.m. behövde beaktas för att ersättningsnivåerna skulle bli lika oberoende vem som utförde tjänsten.

2.10 Principer för ersättningsystemet

Huvuddelen av ersättningen för husläkarverksamheten skulle utgöras av en fast ersättning per individ (individ ersättning, s.k. kapi tation) medan en mindre del skulle vara prestationsrelaterad (besöksersättning). Individ ersättningen bestod av ett bestämt belopp för varje person som var förtecknad hos husläkaren och betalades av landstinget. Besöksersättningen betalades av patienten i form av en patientavgift eller av landstinget, men också en kombi nation av patientavgifter och landstingsersättning kunde före komma.

Husläkarlagen gav ramarna, men det var respektive landstings sak att fastställa hur individ ersättning och besöksersättning skulle beräknas, huvudsaken var att grunderna var desamma för alla hus läkare i sjukvårdsområdet eller del av detta. Tanken var att individ ersättningen skulle vara ganska hög, 70–80 procent, för att läkarna skulle vara angelägna att etablera sig, ha många patienter listade och bemöda sig om att behålla dem. Besöksersättningen skulle mot svara 20–30 procent av de totala kostnaderna för en husläkarpraktik för att bland annat stimulera till en bättre tillgänglighet.

Patientavgifter kunde användas som ett styrinstrument för att påverka vårdökandet. Som ett sätt att hålla de totala sjukvårds kostnaderna nere framhölls att avgiften för att besöka en husläkare borde vara lägre än besök hos en annan specialist. Landstingets beslut om patientavgifter hindrade inte en husläkare från att i kon kurrenssyfte ta ut en lägre patientavgift än den som landstinget fastställt. Någon kompensation för den lägre patientavgiften från offentliga medel lämnades då inte.

Särskild ersättning (åtgärdsersättning) kunde betalas för insatser som krävde medicinsk kompetens eller utrustning utöver vad en husläkare vanligen hade. Den som ville åta sig mer omfattande uppgifter än som kunde rymmas i ett husläkaråtagande och som gav rätt till ytterligare ersättning, fick teckna särskilda avtal om detta med landstinget.

Landstingen kunde besluta att husläkaren skulle vara med och betala en del av de kostnader som hans eller hennes åtgärder gav upphov till inom den övriga hälso- och sjukvården, för att mot verka risken att vissa tjänster – till exempel laboratorieanalyser, röntgen och specialistläkarremisser – utnyttjades mer än som var medicinskt motiverat.

2.11 Frågan om att upphäva husläkarlagen

Redan våren 1994 gav riksdagen regeringen till känna att lagen om husläkare borde upphävas och att regeringen snarast borde återkomma till riksdagen med förslag om hur en avveckling skulle genomföras (bet. 1993/94:SoU20, rskr. 1993/94:248). Som motiv för riksdagens ställningstagande angavs bl.a. att husläkarsystemet slog sönder primärvården, det minskade den enskildes valfrihet och att varje landsting skulle ges rätt att organisera primärvården efter lokala förutsättningar utan centrala påbud.

Till en början inskränktes den fria etableringsrätten genom att ett krav på samverkansavtal med landstinget infördes i husläkarlagen från den 1 januari 1995. Regeringen framhöll i propositionen Vissa privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters etablering m.m. (prop. 1994/95:109) att landstingen från samma tidpunkt inte skulle behöva tillämpa ”passiv listning”, dvs. utse husläkare åt de invånare som inte själva hade valt sådan.

Husläkarlagen avskaffades från den 1 januari 1996 (prop. 1994/95:195, bet. 1994/95:SoU24, rskr. 1994/95:383). Rätten att välja en fast läkarkontakt i primärvården bibehölls dock genom en reglering i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Det fanns enligt regeringen i övrigt inga skäl att behålla lagreglerade bestämmelser om hur ersättningssystem till läkare inom primärvården skulle utformas eller hur och om ett listningsförfarande skulle ske i en situation där den enskilde väljer en fast läkarkontakt. Detta var enligt regeringen främst en fråga för berörda parter samt överväganden som varje landsting hade att göra för att integrera primärvården i den övergripande strukturen för hälso- och sjukvården i landstinget.

2.12 Utvärderingar av husläkarreformen

En parlamentarisk kommitté, Husläkardelegationen, tillsattes år 1993 för att följa utvecklingen och effekterna av husläkarreformen. I kommitténs betänkande Husläkarreformens första halvår (SOU 1994:126) gavs sammanfattningsvis en i stora drag positiv bild av reformen det första halvåret efter lagens ikraftträdande. Exempelvis framhölls att många av de mål som förväntats redan hade uppnåtts. Tonvikten i betänkandet låg vid hur landstingen planerat och genomfört reformen. Befolkningens uppfattning om

reformen och en del andra frågor hade delegationen ännu inte klarlagt.

Delegationen konstaterade bland annat att 21 av de då 32¹ landstingen hade tillämpat aktivt val (dvs. man fick själv uppge namnet på önskad läkare), medan 8 valt att erbjuda en namngiven läkare utifrån befintlig kontakt eller baserat på områdesansvar. Av befolkningen hade 75 procent valt husläkare. Bara tre landsting hade fattat beslut om att avvakta med genomförandet av reformen. Tillgången på allmänläkare hade ökat och spridningen var jämn i landet. Delegationen hade därför under våren 1994 skrivit till regeringen och begärt att dispensreglerna enligt förordningen om behörighet som husläkare skulle skärpas.

Reformens påverkan på tillgängligheten och kontinuiteten ansåg delegationen att det var för tidigt att dra några slutsatser om. Man hade heller inte kunnat bilda sig någon heltäckande uppfattning om reformens betydelse för balansen mellan primärvård och slutenvård. Ett problemområde var att utförar- och konkurrensneutraliteten i vissa fall kunde ifrågasättas. Det hade till exempel hänt att privatpraktiserande husläkare bara marknadsfördes i dagspressen medan befolkningserbjudandet från landstinget helt inriktats på de offentligt anställda husläkarna. I de fall vårdenheterna själva getts ansvaret för att sköta erbjudandet, framhöll delegationen att de landstingsdrivna enheterna sannolikt hade haft en konkurrensfördel genom tillgång till större ekonomiska resurser.

Husläkardelegationen lämnade i uppdrag åt Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund att under hösten 1994 analysera husläkarreformens effekter när det gällde producent- och konkurrensneutralitet. IHE:s rapport (IHE 1994) baserades bland annat på tre genomförda enkätstudier: en landsomfattande studie av Landstingsförbundet utifrån en enkät i december/januari 1993–1994; en landsomfattande snabbenkät av Husläkardelegationen i augusti 1994 om hur långt genomförandet kommit samt en landsomfattande enkätstudie som IHE genomförde bland landstingen september/oktober 1994, den sistnämnda med tonvikt på konkurrensneutraliteten. Härutöver gjorde IHE fallstudier.

IHE konstaterade i rapporten att stora variationer i husläkar-systemen förekom mellan landstingen. Knappt hälften av landstingen hade utvidgat det lagstiftade grundåtagandet vilket hade inneburit att det blivit svårare att etablera sig. Ersättningsystemen

¹ De kommuner som vid tidpunkten bedrev försöksverksamhet enligt lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård ingår i siffran och benämns här landsting.

skilde sig åt vad gällde de poster som ingick i kapitationen (individu-ersättningen), hur stor andel av den totala ersättningen som utgjordes av kapitation etc. De vanligaste posterna som inte inkluderades i kapitationen var laboratorie- och röntgenkostnad samt hyreskostnad. I storleksordningen 60–70 procent av huvudmännen hade inkluderat kostnader för försäkringar, pensioner och kapital samt ersatte privata husläkare för moms-kostnader.

Den offentliga primärvården styrdes enligt IHE i huvudsak som antingen traditionella anslagsstyrda enheter eller resultatenheter. Bara ett fåtal tillämpade så kallade intraprenadlösningar. En intraprenadenhet är i grunden en resultatenhet inom den förvaltningsbedrivna verksamheten med utökade befogenheter samt utökat ansvar för verksamhet, ekonomi och personal. Någon direkt koppling mellan den offentliga husläkarens lista och lönen fanns inte, utan samtliga landsting betalade fast månadslön enligt kollektivavtal till läkarna. Bara 2 av 32 landsting kommenterade enkätsvaren med att lönesättningen var individuell och att hänsyn då togs till bland annat antalet listade patienter. Flertalet offentliga primärvårdsenheter hade möjlighet att anställa personal utöver läkare, men studierna pekade på att befogenheterna var något över-skattade. Primärvårdsenheter fick vanligen besluta om investeringar inom en given budgetram, medan större investeringar beslutades centralt.

Det fanns inga klara regler i landstingen om primärvårds-enhetens hantering av över- eller underskott. Såväl enkätsvar som fallstudier visade skillnader i ekonomiskt ansvar och finansiell risk mellan privata och offentliga husläkare. De offentliga husläkarna behandlades i princip som en stor grupp medan de privata aktörerna behandlades var för sig; olika spelregler gällde.

När det gällde tilläggsåtagandena – de arbetsuppgifter för husläkare som ingick om landstinget och läkaren kommit överens om det – framkom att de vanligen inte utgjorde mer än 10 procent av den totala budgeten. Anbudsupphandling tillämpades bara av ett par landsting. Det var vanligen de läkare som redan tidigare utfört denna typ av tjänster som hade fått tilläggsåtaganden. Fyra av fem offentliga husläkare hade sådana, medan motsvarande andel bland de privata husläkarna bara var en dryg tredjedel. Detta förstärkte enligt IHE intrycket av att husläkarmarknaden bestod av olika spelplaner.

Problemen vid införande av husläkarsystemen tycktes inledningsvis till största delen hänga ihop med listningsförfarandet,

ibland med anmälningar till Konkurrensverket som följd. Det fanns ingen på förhand fastställd strategi för att hantera frågor om konkurrens- och producentneutralitet. Den kritik som framfördes beträffande kapitationen rörde oftast inte enskilda kostnadsposter, utan snarare nivån på den totala kapitationsersättningen. I övrigt framkom mest kritik från privata aktörer, som kände sig förfördelade gentemot det offentliga systemet.

I IHE-rapporten redovisades sammanfattningsvis ett antal faktorer som bidrog till att skapa skevheter vad gäller konkurrens- och producentneutraliteten.

- Traditionen inom landstinget

Den fria etableringen och ansvaret för den listade individens hälsa stod i kontrast till primärvårdens traditionella geografiska områdesansvar. Privatpraktiserande husläkare riktade in sig på de uppgifter och villkor husläkarsystemet innebar, medan de offentliga husläkarna erbjöd de tjänster som primärvården traditionellt hade inkluderat. Tjänster som låg utanför husläkarsystemet behövde enligt IHE identifieras och antingen kvarstå som tilläggsåtaganden eller tas bort från husläkarnas åtaganden.

- Ersättningsprinciperna

Lagstiftarens intention var att lika ersättning skulle betalas för samma åtaganden oavsett driftsform. Eftersom vissa kostnader var aktuella för privatpraktiserande men inte offentliga husläkare, kunde skevheter uppstå om landstingen inte byggde upp kalkyler där alla relevanta poster ingick. IHE:s studier visade att landstingen i första hand hade utgått från tidigare års primärvårdsbudget, snarare än en kalkyl av uppbyggnadskaraktär. Utgångspunkten blev då den totala ersättningsnivån och inte en kalkylerad ersättning för respektive kostnadslag. Diskussionen hade således handlat om huruvida särskild ersättning skulle betalas till privata husläkare för till exempel moms och försäkringar, snarare än hur enskilda kostnadsposter faktiskt beräknats.

- Kontraktsmässiga skillnader

Skillnader i organisatoriska förutsättningar mellan offentlig och privat husläkarverksamhet hade lett till kontraktsmässiga skillnader som kunde vara svåra att hantera från neutralitetssynpunkt. Inte minst gällde detta ekonomiskt ansvar och befogenheter att fatta beslut. Den offentligt bedrivna mottagningens ekonomiska ansvar

var begränsat jämfört med den privata mottagningens. Detsamma gällde för befogenheter att fatta beslut. IHE:s analys pekade på att den offentliga husläkarmottagningen kunde tydliggöras och göras mer jämställd med privat verksamhet, till exempel genom huvudmannens beslut att mottagningen alltid ska bära verksamhetens över- eller underskott och att listan måste ha en viss minimilängd. Att lägga över verksamheten i ett kommunalt bolag kunde enligt IHE vara ett sätt att tydliggöra ansvarsförhållandena.

- Huvudmannens dubbla roller

Ansvar för husläkarverksamhetens genomförande och finansiering samtidigt som landstinget var den klart största producenten kunde innebära att husläkarsystemet anpassades till den egna producentens villkor. Konkurrensverkets bedömning av inkomna anmälningar visade till exempel att förutsättningarna för listningen inte alltid ansågs likvärdiga mellan offentliga och privata husläkare. Också IHE:s studier pekade på att de privata husläkarna inte sällan ifrågasatte huvudmännens neutralitet. Även om kriterierna enligt huvudmannens kravspecifikation var desamma oavsett driftsform, kunde misstanke om skevheter förekomma så länge finansiären var den största producenten. IHE menade att det krävdes att finansieringen helt separerades från produktionen för att lösa detta.

3 Valmöjligheter och ersättningssystem i primärvården

För att få en övergripande lägesbild bl.a. av ersättningsprinciper i primärvården genomförde Institutet för hälso- och sjukvårds-ekonomi (IHE) under hösten 2006 på uppdrag av Socialstyrelsen en enkätundersökning. Undersökningen, som redovisades i Socialstyrelsens lägesrapport om hälso- och sjukvården, visade att det i de flesta landsting år 2006 fanns en kombination av aktiv och passiv listning i primärvården (Socialstyrelsen 2007). Socialstyrelsen konstaterade att det gemensamma geografiska ansvaret är grunden för de flesta vårdcentraler, men att enskilda patienter vanligen kunde välja en annan vårdcentral eller byta läkare inom samma vårdcentral. Två landsting tillämpade enbart aktiv listning och två enbart passiv listning.

Ersättningsprinciperna för primärvården kunde variera inom ett och samma landsting. Tio landsting uppgav att de använde någon form av kapitering, vilket innebär att vårdgivaren får en fast ersättning per listad individ. I nio av dessa landsting hade kapiteringen kompletterats med en rörlig ersättning per besök (fem landsting), alternativt med en rörlig ersättning per besök kompletterad med ersättning för uppnådda mål (fyra landsting). Även bland de nio landsting som angav att de tillämpade ”andra ersättningsprinciper” var kombinationer av kapitering och rörlig ersättning den vanligaste principen. Socialstyrelsen noterade att andelen rörlig ersättning är förhållandevis låg i Sverige jämfört med andra länder. I jämförbara länder med listning till vårdgivare i primärvården (Danmark, Norge, England och Nederländerna) är upp emot 70 procent av primärvårdens intäkter baserade på en rörlig ersättning. Ersättning baserad på resultat eller måluppfyllelse tillämpades, som framgår ovan, endast i fyra landsting år 2006. Flera landsting uttryckte dock intresse för att utveckla denna typ av ersättning.

För primärvård i privat regi återfanns enligt enkätsvaren samma typ av lösningar och variation i ersättningsprinciperna som för offentliga vårdcentraler. Den viktigaste skillnaden var att den privata verksamheten hade fullt ansvar för det ekonomiska resultatet.

Sedan IHE:s undersökning har Halland, Stockholm och Västmanland introducerat någon form av vårdvalmodell i primärvården. Östergötland har infört en modell för auktorisation av vårdcentraler. Beslut om att införa vårdvalmodeller har fattats i Skåne och på Gotland. Ytterligare några landsting utreder frågan.

I detta kapitlet följer en mer utförlig beskrivning av grundkomponenterna i de vårdvalmodeller som införts i Halland, Stockholm och Västmanland. I redovisningen används de begrepp och beteckningar som landstingen själva använder sig av i sin information. För ytterligare information om dessa hänvisas därför till landstingens egna handlingar.

3.1 Vårdval Halland

3.1.1 Åtagande

Vårdval Halland infördes den 1 januari 2007 (Landstinget Halland 2007). Systemet innebär att alla invånare i landstinget väljer en vårdenhet som ska svara för all vård som inte kräver sjukhusens resurser. Målsättningen är att cirka 80 procent av all öppen hälso- och sjukvård som inte kräver sjukhusens resurser ska ges i primärvården/närsjukvården. Detta grundas på en strävan att patientens vård ska ske i patientens eget närområde så långt det är medicinskt relevant. Mottagningen är också tänkt att fungera som en lots till annan sjukvård. Varje vårdenhet har ansvar för att organisera verksamheten på ett sådant sätt att de kan fullgöra uppdraget.

Vidare ska varje vårdenhet ta emot och ge vård till akut sjuka och skadade, oavsett om dessa individer har valt den specifika vårdenheten eller inte.

Följande punkter ingår i vårdenhetens åtagande gentemot de invånare som valt vårdenheten:

- Råd om egenvård och hälsa.
- Barnhälsovård enligt gällande riktlinjer och utifrån barnets och familjens behov.
- Rehabiliteringsinsatser.

- Hemsjukvård enligt gällande avtal med Hallands kommuner.
- Medicinsk service i enlighet med gällande vårdöverenskommelser.
- Utfärdande av intyg såsom vårdintyg, rättsintyg, dödsbevis, samt i förekommande fall utlåtande till försäkringskassan, och utfärdande av övriga patientrelaterade intyg.
- Delta i jour- och beredskapstjänstgöring.
- Samverka med sjukhus, psykiatri, habilitering och andra för patienten viktiga aktörer inom exempelvis kommun och försäkringskassa.
- Bistå landstinget med avseende på handledning av vårdpersonals kliniska utbildning.
- Delta i landstingets övergripande uppföljnings- och utvecklingsarbete enligt tillämpningsanvisningarna för Vårdval Halland.
- Att snarast och senast inom tre månader ta emot de invånare som väljer vårdenheten.
- Hjälpmedel ska föreskrivas enligt upprättade föreskrifter, men finansieras separat.

För att vårdenheten ska kunna tillgodose patientens behov av hälso- och sjukvård krävs nödvändig kompetens såsom legitimerad hälso- och sjukvårdsutbildad och/eller psykologiskt/psykosocialt utbildad personal. Landstinget och vårdenheten kan även komma överens om särskilda uppdrag utöver åtagandet, t.ex. mödrahälsovård, ungdomsmottagning, stöd och handledning av personal vid särskilda boenden, läkarinsatser vid kommunens korttidsboenden samt ST- och AT-utbildning, handledning m.m.

3.1.2 Patientens anslutning till systemet samt patientinformation

Alla invånare måste välja en vårdenhet. De som inte gör ett aktivt val tilldelas en vårdenhet. Inledningsvis har invånarna erbjudits ett passivt val baserat på historisk konsumtion, där de har placerats om de inte gjort ett aktivt val. Patienten har möjlighet att byta vård-

enhet upp till fyra gånger per år. Ingen vårdenhet får neka att ta emot en patient, däremot får vårdenheten tre månader på sig att bereda plats för patienten. Nyinflyttade invånare erbjuds att välja vårdenhet så snart de folkbokförs i länet. De föreslås då en vård-enhet i det egna närområdet, men har möjlighet att välja bland de vårdenheter som ingår i Vårdval Halland.

I dagsläget kan patienterna, om de inte har någon personlig kännedom om vårdenheten, göra sina val utifrån vårdenheternas lokalisering och öppettider. Planer finns på att framöver kunna redovisa måluppfyllelse inom olika områden som stöd för patienternas val.

För att kunna välja vårdenhet måste man ha fyllt 18 år. För barn och ungdomar under 18 år väljer vårdnadshavaren. Val kan även ske genom ombud (gäller bland annat svårt sjuka). Invånare med skyddad identitet ska kunna välja vårdenhet utan att registreras i befolkningsregistret. Asylsökande kan dock inte välja vårdenhet, men ska tas emot och bedömas och i förekommande fall behandlas.

3.1.3 Vårdgivarens anslutning till systemet

Vårdaktören måste vara ackrediterad, godkänd av landstinget. I ackrediteringen ligger, förutom att vårdaktören ska kunna klara åtagandet, krav på kompetens och kvalitetssystem samt ytterligare grundläggande krav såsom ekonomisk stabilitet och teknisk förmåga samt att vårdenheten ska följa vårdprogram. Varje vårdaktör har möjlighet att ansöka om ackreditering för en eller flera vård-enheter.

Ackrediteringsbeslutet bygger på en granskning av den dokumentation som skickas in tillsammans med ansökan samt på den försäkran som vårdaktören ger om att följa landstingsfullmäktiges krav och förutsättningar.

Ackrediteringen kan återkallas om vårdaktören bryter mot upp-ställda krav och förutsättningar. Ackrediteringen förfaller då en vårdenhet inte utnyttjat sin ackreditering på tre år. Det krävs också en överenskommelse med landstinget om geografisk placering. Vårdval Halland innebär således inte någon fri etablering, hittills har dock ingen som önskat etablera sig nekats.

3.1.4 Konkurrensneutralitet

Åtagandet och ersättningen är lika för privata och offentliga vårdgivare. Privata vårdenheter får momskompensation.

3.1.5 Ersättningssystemet

Huvudpunkterna i ersättningsmodellen bygger på att samtliga invånare har valfrihet och väljer sin vårdenhet. Ersättningen är enhetlig för alla vårdenheter och utgörs av en hälso- och sjukvårdspeng som följer patienten till den vårdenhet han eller hon valt. Pengens storlek varierar med åldern. Ingen viktning sker efter vårdtyngd, även om landstinget uppger att ett utvecklingsarbete ska påbörjas för att se om andra variabler än ålder ska kunna beaktas framöver.

Hälso- och sjukvårdspengen har för år 2008 fastställts till:

0–6 år	5 440 kronor
7–64 år	1 632 kronor
65–79 år	5 440 kronor
80–	8 160 kronor

Förutom hälso- och sjukvårdspengen får vårdenheten tillgodoräkna sig patientavgifterna, avgiftsbefriade besök, ersättning förutomlänspatienter, ersättning för akuta besök som görs av invånare som inte valt vårdenheten samt ersättning för särskilda uppdrag. Då en invånare gjort ett val godkänner denne även att hälso- och sjukvårdspengen utbetalas till den valda vårdenheten och att han eller hon främst ska vända sig till den vårdenheten. Hälso- och sjukvårdspengen styr inte vilken yrkesgrupp inom vårdenheten som ska sköta behandlingen. Det åligger varje vårdenhet att använda olika kompetenser för att på bästa sätt ta hand om patientens behov.

Vårdenheten får ersättning för sitt åtagande inom närsjukvården och ska betala för denna, oavsett vem som utför vården. Kostnaderna täcks av hälso- och sjukvårdspengen. Det innebär att vårdenheten ska betala när den ”egna” invånaren får vård av andra vårdgivare.

Hälso- och sjukvårdspengen ska täcka de kostnader som är förknippade med åtagandet:

- löner, utrustning, lokaler, köpta tjänster,
- medicinsk service (labb och röntgen),
- de besök som vårdcentralens invånare gör hos andra när-sjukvårdsenheter och hos läkare och sjukgymnaster med s.k. nationell taxa,
- primärvårdsbesök som vårdenhetens invånare gör hos landstingets samverkansregioner.

Tolkkostnader ersätts utanför hälso- och sjukvårdspengen. Även vård av asylsökande ersätts i särskild ordning.

Hälso- och sjukvårdspengen kommer på sikt att vara målrelaterad. Mål finns för områdena; tillgänglighet, täckningsgrad, medicinsk kvalitet, läkemedel (följsamhet till läkemedelskommitténs rekommendationer m.m.) och hälsofrämjande arbete. Den vårdcentral som inte uppfyller målen ska få avdrag på sin ersättning. Under år 2007 var ersättningssystemet enbart kopplat till målet om täckningsgrad. Fr.o.m. år 2008 kopplas ersättningen också till målet om medicinsk kvalitet i och med att hälso- och sjukvårdspengen reduceras om vårdenheten inte deltar i det nationella kvalitetsregistret för diabetes.

3.1.6 Vårdinformation och systemval

Landstinget ställer krav på en sammanhållen journal för invånarna. Journalen ska följa patienten i vårdprocessen för att skapa kvalitet i vården och för att ge den enskilde patienten hög säkerhet. Kravet på en sammanhållen journal ställs på alla vårdenheter som levererar vård till landstinget och enheterna ska följa de termer och begrepp som fastställs av landstinget. Landstinget garanterar tillgång till journalsystem i etableringsfasen för en ny vårdenhet, men vårdenheten svarar för den löpande driftskostnaden.

3.2 Vårdval Stockholm

3.2.1 Åtagande

Vårdval Stockholm infördes den 1 januari 2008 för husläkarverksamhet, barnvårdscentraler, fotsjukvård, mödravårdscentraler och logopedier. Nedan beskrivs det fria vårdvalet för husläkarverksamheten. Den ska vara förstahandsvalet av hälso- och sjukvården enligt LEON-principen.¹

Uppdraget omfattar:

- mottagningsverksamhet, rådgivning och hembesök,
- basal hemsjukvård,
- psykosociala insatser med särskild kompetens,
- läkarjour,
- läkare i beredskap.

Uppdraget beskrivs ingående i Regelbok för Husläkarverksamhet 2008 (Stockholms läns landsting 2007). Medicinsk-, omvårdnads- och beteendevetenskaplig kompetens krävs för uppdraget.

Verksamheten bör enligt landstinget vara bemannad med minst tre läkare. Läkarna ska vara specialister i allmänmedicin eller kan i vissa fall vara specialist i geriatrik eller pediatrik. Sjuksköterska som ansvarar för distriktssköterskeuppgifter ska vara specialistutbildad distriktssjuksköterska. Personal som utför psykosociala insatser med särskild kompetens ska vara psykolog, socionom eller ha annan sjukvårdsutbildning med kompetens motsvarande tidigare steg 1.

Patienterna indelas i tre olika målgrupper:

Målgrupp 1

För denna målgrupp gäller samtliga delar av uppdragsbeskrivningen. I målgruppen ingår:

- Personer som är listade hos vårdgivaren.
- Personer som kontaktar vårdgivaren och som ännu inte är listade hos någon vårdgivare.

¹ Principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå.

- Personer som har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom enligt vad som följer av förordning EEG nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom EU. Detta gäller likaså för EU-medborgare som är registrerade som arbetsökande i Stockholms län.

För de två första grupperna gäller att personerna ska vara folkbokförda i Stockholms län eller kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481).

Målgrupp 2 och 3

För dessa två målgrupper ska oplanerade mottagnings- och hembesök genomföras när personer som vistas tillfälligt i Stockholm kontaktar vårdgivaren och bedöms vara i behov av medicinskt motiverade oplanerade hälso- och sjukvårdsinsatser. Planerad vård i form av hemsjukvård kan även erbjudas om patienten eller vårdgivaren har gjort en överenskommelse med hemlandstinget om ekonomisk ersättning.

Vårdtjänstens omfattning

Vårdgivaren ska kunna utföra:

- EKG-undersökning.
- Spirometriundersökning.
- Inhalationsbehandling av akut astma/obstruktiv bronkit/KOL.
- Lilla kirurgin (planerat och oplanerat i alla åldrar).
- Recto- och proctoscopi.
- Gynekologisk undersökning.
- Hjärt-lungräddning med hjärtdefibrillering.
- Utfärda medicinska utlåtanden och intyg enligt gällande lagstiftning.
- Arbeta för förebyggande, tidig upptäckt, stöd och behandling av livsstilsrelaterad ohälsa samt utveckla det förebyggande arbetet mot bl.a. övervikt, rökning, alkohol och psykisk ohälsa.

- Ge kunskap om och stöd till egenvårdare.
- Medverka till tidig upptäckt av barn som far illa.
- Prioritera äldre med stora och sammansatta vårdbehov samt kroniskt sjuka patienter till fasta och kontinuerliga vårdkontakter.
- Erbjuder hälsosamtal till listade patienter som fyller 75 år under kalenderåret. Hälsosamtalen ska utföras av distriktssköterska i samverkan med kommunen enligt metoder som beställaren anvisar.
- Följa de regler och rutiner kring utskrivningsklara patienter som är fastställda av beställaren.
- Vid behov hjälpa patienten vidare till rätt instans i hälso- och sjukvårdssystemet eller rätt huvudman/myndighet och aktivt bidra till samordning av dessa.
- För sina listade patienter konstatera dödsfall i hemmet och kontakta anhöriga/närstående såvida inte annan myndighet gör detta samt utfärda dödsbevis eller tillse att annan gör detta.
- För sina listade patienter skyndsamt initiera/genomföra undersökning och bedömning av eventuellt behov av tvångsvård om inte annan överenskommelse gjorts med psykiatrien. Vårdgivaren har rätt att fatta sådant beslut om omhändertagande som behövs för undersökning för vårdintyg enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård och som inte kan utföras med patientens samtycke.
- Efter behovsbedömning och i förekommande fall vårdplanering, förskriva hjälpmedel, förbrukningsmaterial och näringsprodukter liksom upprätta ansökan om hemsjukvårdsbidrag enligt Stockholms läns landstings anvisningar och regler.
- Tillse att delegeringar genomförs så att patienters samlade vårdbehov tillgodoses på bästa sätt.
- Vårdgivaren ska ta emot patienter på mottagningen minst mellan kl. 08.00–17.00 vardagar. Under denna tid ska vårdgivaren också vara tillgänglig per telefon.

- Vårdgivaren bör delta i det befolkningsinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete som bedrivs lokalt av kommuner och andra aktörer.
- För basal hemsjukvård ska vårdgivaren säkerställa att distriktsköterska eller läkare i verksamheten ansvarar för att bedöma patientens behov av hemsjukvård. Vid utskrivning från slutenvården ska utskrivande läkare ansvara för en sådan bedömning. Vidare ska det framgå för samtliga hemsjukvårdspatienter vem som är ansvarig distriktssjuksköterska och läkare. Distriktsjuksköterskan tar ansvar för att, i samverkan med andra yrkeskategorier, samordna instanser för patientens totala vårdbehov. En vårdplan ska även upprättas där vårdens planering, genomförande och resultat ska beskrivas.
- För psykosociala insatser med särskild kompetens avses ej den hälso- och sjukvård som kräver vuxenpsykiatrins eller barn- och ungdomspsykiatrins (BUP) specialistkompetens. Behovet av psykosociala insatser ska föregås av en bedömning av läkare i husläkarverksamhet och behandlingen bör i genomsnitt omfatta fyra till fem samtal per patient.
- Vårdgivaren ska tillhandahålla kliniska utbildningsplatser för läkarstuderande, vårdstuderande samt, i den mån praktiska möjligheter finns, för AT- och ST-tjänstgöring för allmänläkar-specialister.

3.2.2 Patientens anslutning till systemet samt patientinformation

Alla invånare erbjuds att i första hand välja en enskild allmänläkar-specialist. Patienter som så önskar kan välja att lista sig på en läkare som är specialist i pediatrik eller geriatrik om det hos vårdgivaren finns sådana läkare. Vårdgivaren har dock inte rätt att själv föra listade patienter till namngiven läkare som inte är specialist i allmänmedicin. Listning kan ske på mottagning i stället för på enskild läkare om patienten så önskar eller om det saknas förutsättningar för att lista sig på en enskild läkare. Registrering ska ske samma kalendermånad som patienten listar sig.

Det förekommer ingen passiv listning av dem som önskar stå utanför vårdvals-systemet. Det finns även ett närområdesansvar för

mottagningen för patienter som inte är listade hos någon vårdgivare eller tillfälligt vistas i närområdet. Vårdgivaren har inte rätt att neka någon medborgare i länet att lista sig. Om vårdgivaren saknar möjligheter att ta emot fler listade finns det särskilda regler för hantering av ”fulla listor”. Dessa innebär att patienter inte får nekas, men de kan ställas på väntelista till vårdgivaren. När det finns plats ska patienterna tas in enligt turordning. En enskild läkare har även rätt att neka en person att lista sig om synnerliga skäl finns, exempelvis vid fall av hotbilder gentemot läkaren eller personliga relationer som på annat sätt kan bedömas olämpliga. Landstinget uppger dock att denna rätt kommer att tillämpas mycket restriktivt.²

Patienten kan välja att lista om sig när som helst. Den som var nöjd med sin läkare behövde inte göra något nytt val när systemet infördes om mottagningen blivit auktoriserad. När en läkare slutar är det vårdgivarens ansvar att informera de listade patienterna om att läkaren slutar. Patienten ska då på en blankett ange om denne önskar att välja en ny namngiven läkare på nuvarande mottagning, att bli listad på nuvarande mottagning, att bli olistad eller att själv välja en läkare på en annan mottagning. Om patienten inom en viss tid inte svarar ska vårdgivaren i första hand lista patienten på en ny namngiven läkare på mottagningen som är specialist i allmänmedicin och i andra hand lista patienten på mottagningen. Vårdgivaren har ansvar för att informera patienten om vem han eller hon fått som ny läkare.

Det finns övergripande information om mottagningarnas öppettider, inriktning, etc. på Vårdguiden (www.varldguiden.se). På Vårdguiden finns också möjlighet att jämföra omdömen om olika mottagningar innan man gör sitt val. De jämförelser som redovisas är bl.a. telefontillgänglighet, bemötande och andra bedömningar som patienter gjort om mottagningarna. Uppgifterna baseras på patientundersökningar och telefontillgänglighetsmätningar.

3.2.3 Vårdgivarens anslutning till systemet

Systemet innebär fri etablering och auktorisation av mottagningar inom primärvården. För att vårdgivaren ska auktoriseras ställs krav bl.a. på ekonomisk stabilitet och att vårdgivaren ska följa lands-

² Enligt telefonsamtal i december 2007 med projektledningen för Vårdval Stockholm.

tingets regelbok. Auktorisationen kan återkallas för en mottagning om vårdgivaren inte uppfyller villkoren för att driva mottagningen.

3.2.4 Konkurrensneutralitet

Samma åtagande och ersättning tillämpas för offentliga och privata vårdgivare.

3.2.5 Ersättningssystemet

Vårdgivaren får per listad person under år 2008 ersättning med:

0–5 år	696 kronor
6–64 år	585 kronor
65–74 år	1 515 kronor
75–	2 083 kronor

Med listad person avses person som genom sitt eget val aktivt listat sig hos vårdgivaren och är registrerad som sådan i landstingets listningssystem ListOn.

Kapiteringen, dvs. den del av ersättningen som beror på hur många invånare som finns på listan ska dels ge vårdgivaren ett grundbidrag för att utföra vårdtjänsterna, dels fungera som en komplementär ersättning för sådana tjänster som inte ersätts eller inte helt ersätts med en produktionsrelaterad ersättning. Förutom kapitationsersättningen får vårdgivaren besöksersättning. Besöksersättningen består av en grundersättning – inklusive patientavgift för respektive yrkesgrupp – samt extra ersättning för hembesök, om tolk närvarar, särskilda åtgärder och besök i geografiskt avlägsna områden. Till exempel är grundersättningen för läkarbesök 485 kronor och för sjuksköterskebesök 200 kronor. Om antalet besök per listad överstiger vissa ersättningstak reduceras besöksersättningen. Till ersättningen är kopplat bonusersättningar och viten utifrån kvalitetsmål.

Ersättningssystemets komponenter:

- målrelaterad ersättning 3 procent,
- besöksersättning 55 procent,
- fast ersättning 42 procent.

Vårdgivaren svarar för 20 procent av kostnaden för undersökningar utförda vid laboratorier inom nedan angivna specialiteter:

- radiologi,
- klinisk fysiologi,
- neurofysiologi,
- patologi med cytologi,
- endoscopier,
- genetik,
- transfusionsmedicin.

För övriga medicinska serviceundersökningar är vårdgivaren kostnadsansvarig till 100 procent. Det finns särskilda ersättningsregler för basal hemsjukvård samt för utbildningsplatser och kunskapsutveckling. För olistade patienter får mottagningen en schablonsumma samt patientavgiften.

3.2.6 Vårdinformation och systemval

Inom landstinget pågår utveckling av nya gemensamma IT-tjänster och anpassning av de befintliga informationstjänsterna för en gemensam vårddokumentation. Landstingets ambition är att informationen ska följa patienten och vara tillgänglig för behörig vårdpersonal oavsett var och när den skapats. IT-stödet ska vara lätt för personalen att använda och informationen ska vara lättillgänglig för patienterna. I takt med att gemensamma funktioner blir tillgängliga kommer det att bli obligatoriskt att utnyttja vissa sådana. Vårdgivaren ska då anpassa sina rutiner efter sådana förändrade krav.

3.3 Västmanlands närsjukvårdsprogram

3.3.1 Åtagande

Landstinget Västmanland införde den 1 januari 2008 ett nytt närsjukvårdsprogram, i vilket familjeläkarverksamhet ingår som en del (Landstinget Västmanland 2007). I programmet utgår landstinget från det familjeläkarkoncept som utvecklades på 1990-talet.

Familjeläkarverksamheten ska vara ett förstahandsval när invånarna har behov av hälso- och sjukvård samt rehabilitering.

Detta ska uppnås genom att:

- Familjeläkarverksamheten erbjuder en väl fungerande allmänmedicinsk hälso- och sjukvård vid mottagningar och i hemmet för personer i alla åldrar med akuta och kroniska sjukdomar.
- Familjeläkaren erbjuder läkarinsatser till personer i särskilda boendeformer och andra institutioner på samma villkor som till invånarna i övrigt.
- Familjeläkarverksamheten ansvarar för jourarbetet inom det allmänmedicinska kompetensområdet.
- Familjeläkarverksamheten bedriver ett offensivt folkhälsoarbete för listade invånare
- Familjeläkarverksamheten utgår från befolkningens behov av närhet och tillgänglighet till vård.

Familjeläkarverksamheten ska vara läkarens huvudsakliga syssla. Familjeläkarverksamhetens mottagningar ska vara grupp-mottagningar med minst två läkare varav en allmänläkare samt finnas centralt placerade för invånarna. Enheten ska så långt möjligt bemannas med specialister i allmänmedicin, men utrymme kan finnas även för andra specialister att verka vid mottagningen.

Specificerat åtagande

Familjeläkarverksamhetens åtagande är länsövergripande och oberoende av driftform. Landstinget kräver att familjeläkarverksamheten ska bedrivas i handikappanpassade lokaler, kan utföra basala laboratorieanalyser, att medarbetarna genomgår regelbunden fortbildning samt att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete för att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12).

Åtagandet avser ansvar för den listade dygnet runt alla veckans dagar, med läkarbemannad mottagning dagtid, kl. 08.00–17.00, vardagar. Mottagningen ska vara tillgänglig per telefon dagtid,

kl. 08.00–16.00 vardagar och ha hänvisning övriga tider på dygnet. För akut sjuka ska mottagningen vara tillgänglig samma dag, antingen genom telefonkontakt eller besök på mottagningen alternativt efter bedömning ett hembesök. Under jourtid ska både akuta och planerade behov, efter medicinsk bedömning, kunna tillgodoses.

Läkare vid familjeläkarmottagning ska delta i den av landstinget organiserade jouden. I jouruppdraget ingår såväl mottagningsbesök som besök i hemmen och i särskilda boenden. Beredskapstjänst för närsjukhus ingår. I uppdraget ingår också att behov av akuta distriktssköterskebesök (tillsyn, bedömning, behandling) ska tillgodoses dygnet runt.

Ansvar för hjälpmedelsförskrivning och läkemedelsförskrivning avses ingå i åtagandet. Landstinget kommer senare att fatta beslut om förutsättningar och former för läkemedelsdelen av detta ansvar.

Projektet en patient en journal: Landstinget kommer att fatta beslut angående ansvar och ekonomi vars tillämpningsföreskrifter ska följas.

Hemsjukvård: Landstinget kommer att fatta beslut angående ansvar och ekonomi sedan förhandlingar med primärkommunerna slutförts. Målet för detta är att en ev. överföring av ett hemsjukvårdsuppdrag till primärkommunen ska kunna ske vid årsskiftet 2008/2009. Utarbetade tillämpningsföreskrifter ska följas.

I åtagandet ingår läkarmedverkan i särskilda boenden, i dagverksamhet samt i ordinärt boende i de kommuner som ansvarar för den vården.

Familjeläkarverksamheten deltar i utbildning och handledning av elever/studerande, i utbildningar där primärvårdserfarenhet krävs, genom att tillhandahålla praktikplatser i samarbete med utbildningsinstitutionerna.

I familjeläkarverksamhetens åtagande ingår deltagande i aktiviteter inom katastrof/beredskap/civilförsvaret enligt gällande lagstiftning.

Avtal kan slutas om tilläggsuppdrag. Innehåll och ersättningar regleras i en separat överenskommelse.

Verksamhetens åtaganden specificeras i kvalitetsmål för:

- Barnhälsovård.
- Mödrahälsovård.
- Förebyggande vård.
- Sjukvård.
- Hemsjukvård.
- Rehabilitering.
- Kvalitetssäkring och utveckling.

3.3.2 Patientens anslutning till systemet samt patientinformation

Alla som är bosatta inom landstinget har tillgång till och kan välja en fast vårdenhet. Det är vårdenheten som bestämmer om de också ska erbjuda listning på enskild läkare vid enheten.

Som princip gäller att inga listtak ska finnas. Varje vårdenhet ska inom tre månader ta emot de patienter som vill lista sig på enheten. Landstinget kan dock efter förhandling och överenskommelse medge en vårdenhet ett begränsat listningsutrymme av exempelvis kvalitetsskäl. Patienter som vill lista sig på en enhet med ett begränsat listningsutrymme och som inte har plats för nya patienter förs upp på en central väntelista. I takt med att listutrymme frigörs listas sedan landstinget patienten på önskad vårdenhet. Det finns dock vissa grupper som man inte kan neka att lista sig, t.ex. familjemedlemmar och sammanboende på särskilda boenden om någon part redan är listad vid vårdenheten.

En patient har rätt att byta familjeläkarmottagning när han eller hon så önskar. Passiv listning tillämpas. Personer som inte listar sig aktivt förs i första hand upp på den familjeläkarmottagning som ligger närmast. Barn fördelas passivt till samma mottagning som vårdnadshavare är listad vid. Man har rätt att avstå från att lista sig hos en familjeläkarmottagning genom en skriftlig anmälan till landstinget.

Landstinget informerar invånarna om vårdenhetens kontaktuppgifter: vårdenhetens namn, adress, telefon, e-postuppgifter samt öppettider. Det sker via Landstingskatalogen och landstingets webbplats.

3.3.3 Vårdgivarens anslutning till systemet

För att ingå i landstingets utbud av hälso- och sjukvård ska vårdgivarna uppfylla landstingets auktorisationskrav. Auktorisationen baseras på grundläggande krav för att bedriva verksamheten. Exempel på sådana krav är att vårdenheten har system för kvalitets-säkring, ekonomisk stabilitet, teknisk förmåga, kapacitet etc.

En överenskommelse tecknas med landstinget. Överenskommelsen ska omfatta beslutat familjeläkarprogram, kvalitetsmål och övriga överenskommelser ingående i dokumentet. All familjeläkarverksamhet ska bedrivas enligt en tecknad överenskommelse, oavsett om den drivs privat eller offentligt. För att få fungera som läkare i familjeläkarverksamheten fordras anställning inom eller kontrakterat uppdrag med landstingets familjeläkarverksamhet alternativt ett vårdavtal med landstinget. Det råder således ingen fri etablering.

Landstinget har rätt att en gång årligen med sex månaders varsel göra ändringar i uppdrag och ersättningsnivåer. Om berörd enhet inte accepterar gjorda förändringar arbetar enheten kvar i det gamla regelverket under 12 månader varefter överenskommelsen med landstinget upphör.

3.3.4 Konkurrensneutralitet

Lika regler och ersättning tillämpas för alla familjeläkarmottagningar oavsett driftsform.

3.3.5 Ersättningssystem

En vårdpeng utges per listad individ. I ersättningen ingår kostnader för personal, lokaler, jour och viss laboratorieservice, dvs. service från blodcentralen, kemiskt och mikrobiologiskt laboratorium samt patologiskt laboratorium. Vårdpengen är relaterad till ålder.

Vårdgivaren får per listad patient under år 2008 ersättning med:

0–5 år	4 352 kronor
6–64 år	1 121 kronor
65–74 år	4 100 kronor
75 år–	6 083 kronor

Utöver vårdföretaget kan respektive vårdenhet erhålla ekonomisk ersättning för att kvalitetsmål har uppnåtts.

Familjeläkarmottagningarna får förutom vårdföretaget ersättning för besök av utomlänspatienter, för akuta patientbesök av icke listade patienter, patientavgift och för frikortsbesök samt besök av barn under 19 år. Ersättning betalas dock inte för besök som i dag inte har någon patientavgift, t.ex. inom barn- och mödrhälsovården och på ungdomsmottagningar. Ersättning för sådana besök ingår i vårdföretaget. Familjeläkarmottagningen bär kostnaden om en listad patient besöker annan familjeläkarmottagning i landstinget eller primärvård i annat landsting.

Fördelningen mellan den fasta och rörliga ersättningen är cirka 88 procent fast ersättning och 12 procent rörlig.

3.3.6 Vårdinformation och systemval

Landstinget bedriver ett pilotarbete för att precisera vilka system och vilken information som ska göras tillgänglig via nätuppkoppling. Tanken är att berörda vårdenheter ska anslutas till ett gemensamt system. Formerna för detta kommer att beslutas framöver av landstinget.

4 Husläkarsystemet i Norge

Utredningen ska enligt direktiven beakta hur relevant lagstiftning är utformad i Norge exempelvis vad avser fri etablering.

I Norge är hälso- och sjukvården i huvudsak offentligt finansierad och uppbyggd kring principen lika vård för alla medborgare. Sjukvårdssystemet har på senare år reformerats. I detta kapitel beskrivs 2001 års *fastlegeordning* som berör hela befolkningen, samtliga drygt 400 kommuner och deras organisering av allmänläkare inom primärvården. *Fastlegeordningen* benämns husläkarreformen respektive husläkarsystemet. De läkare som omfattas kallas husläkare.

Inledningsvis beskrivs kortfattat husläkarsystemets rättsliga reglering. Därefter redovisas under särskilda rubriker i tur och ordning de från medborgarperspektivet väsentligaste inslagen i husläkarsystemet, invånarnas klagorätt, statens etableringskontroll, kommunernas roll, den enskilde husläkarens etablering och roll samt hur betalning sker. Genomgången avslutas med ett kort sammandrag av reformens effekter.

4.1 Husläkarsystemets rättsliga reglering

Invånarnas rätt att själva och på förhand välja en husläkare, från ett utbud som kommunerna måste tillhandahålla, uttrycks i *kommune-helsetjenesteloven* och *forskrift om fastlegeordning i kommunene*.¹ Författningarna kallas i det följande kommunhälsovårdslagen och husläkarförordningen. Bestämmelserna är delvis av rättighetskaraktär för den enskilde.

Härutöver bygger husläkarsystemet på avtal; dels centrala avtal i vilka staten, kommunsektorn och den Norska läkarföreningen är

¹ Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene och Forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene.

parter, dels lokala husläkaravtal mellan kommuner och husläkare. Regleringen beskrivs här översiktligt.

4.1.1 Kommunhälsovårdslagen

Rätten till nödvändig hälsovård inom kommunerna följer primärt av kommunhälsovårdslagen. I dess inledande bestämmelse sägs att kommunerna ska svara för nödvändig hälsovård åt de som är bosatta eller tillfälligt uppehåller sig i kommunen. Det är obligatoriskt för kommunerna att tillgodose invånarnas behov av bland annat husläkare, jourläkare, sjukgymnaster, sjukhem och andra boendeformer för vård eller omsorg.

Genom lagen förpliktas kommunerna att se till att alla medborgare

- får rätt att stå på lista hos en husläkare som tecknat avtal med kommunen,
- kan byta husläkare upp till två gånger varje år och
- kan få förnyad medicinsk bedömning av en annan husläkare.

Asylsökande omfattas av rätten till husläkare om de registrerats hos *folketrygden*, dvs. fått norskt ID-nummer.

4.1.2 Husläkarförordningen

Närmare bestämmelser om husläkare ges i husläkarförordningen. Den inleds med en förklaring att kvaliteten i allmänläkartjänsten ska förbättras genom att säkerställa att i Norge bosatta personer får välja en fast allmänläkare. Det framhålls att husläkarsystemets övergripande syfte är att ge befolkningen större trygghet genom bättre tillgänglighet till husläkare med allmänläkarkompetens. Specialistkompetens fordras inte i allmänmedicin. Husläkaren definieras som läkare vilken ingått avtal med kommun om att delta i husläkarsystemet.

I förordningen finns bestämmelser om husläkarnas och kommunernas skyldigheter, rätten att stå på lista hos en husläkare, listans längd, vilka krav kommunen får ställa för att ingå husläkaravtal m.m.

4.1.3 Avtal

Avtal förekommer på tre nivåer.

Statsavtalet

Ekonomiska villkor för allmänläkare med kommunala husläkaravtal styrs av ett statsavtal. Avtalsparter är staten och Kommunernas centralförbund på den ena sidan och den Norska läkarföreningen på den andra sidan.

Ramavtal för landets kommuner

Det finns två ramavtal om drift av allmänpraktik enligt husläkar-systemet; det ena gäller enbart i Oslo kommun medan det andra gäller för samtliga övriga kommuner. Avtalen är i stora drag likformiga och rör närmare åligganden för husläkare och kommuner, exempelvis samarbetsråd med företrädare för kommunen och husläkarna, proceduren vid rekrytering och etablering, husläkarens närmare uppgifter, tillgänglighet, akuta insatser, jourberedskap etc. Nu gällande ramavtal är tvååriga och löper ut den 30 juni 2008. Avtalsparter är Kommunernas centralförbund och den Norska läkarföreningen respektive Oslo kommun och den Norska läkarföreningen.

Dessutom finns säravtal mellan Kommunernas centralförbund (Oslo) och den Norska läkarföreningen.

Individuella husläkaravtal

Individuella och personliga avtal mellan kommunen och den enskilde husläkaren ska träffas med utgångspunkt från en mall; ett standardavtal som parterna enats om och som utgör en bilaga till gällande ramavtal.

4.2 Husläkarsystemet från medborgarens perspektiv

Ett avgörande motiv för husläkarreformen var att stärka banden mellan läkare och patient i primärvården. Huvudpunkterna i husläkarsystemet från medborgarens perspektiv är:

- Alla ska få välja en fast husläkare.
- Husläkaren kan normalt inte neka enskilds val om det finns ledig plats på listan.
- Vill man inte ha husläkare, anmäls det till kommunen. Egenavgifterna vid husläkarbesök höjs då.
- Rätt till byte av husläkare två gånger per år.
- Rätt till förnyad medicinsk bedömning av annan husläkare – *second opinion*.

Önskemål om viss husläkare ska så långt möjligt tillgodoses. Finns ledig kapacitet kan läkaren normalt inte neka invånare rätt att ställa sig på lista hos honom eller henne. Blir listan övertecknad ska den reduceras. De som varit listade längst tid har då företräde hos den aktuella läkaren. Rätten att välja själv gäller från och med 16 års ålder.

Att stå på lista hos en husläkare innebär att man har rätt att bli prioriterad av vederbörande. I praktiken innebär det att det ska vara möjligt att få tid för läkarbesök inom rimlig tid och kunna nå mottagningen för telefonrådgivning m.m. Valmöjligheten är inte begränsad till den kommun man bor i. Vissa vill i stället ha sin husläkare i den kommun där arbetsplatsen är belägen. Kommunerna kan också samarbeta vad gäller utbudet av läkare. En följd kan då bli att invånarna inte garanteras att få välja en husläkare i bostadskommunen.

Rätten att välja och byta husläkare och få *second opinion* är tvingande för kommunen. Det krävs ingen remiss eller godkännande från den husläkare man är listad hos, för att kunna byta till en annan husläkare eller få *second opinion*. Listning och byten kan ske på olika sätt, till exempel via Internet.

4.3 Invånarnas klagorätt

Husläkarreformen kan betraktas som en del i en ambition att stärka medborgarnas rättsliga ställning. Kommunernas åligganden som sjukvårdshuvudmän sanktioneras bland annat genom lagen om patienters rättigheter, även kallad patienträttighetslagen². Invånarna kan med stöd av denna lag få till stånd en prövning hos *Helsetilsynet i fylket* av husläkarens åtgärder; till exempel bristande uppföljning, medicinering och/eller diagnostiska åtgärder. Det kan också handla om problem med att få tid hos husläkaren, bristande telefontillgänglighet och service i allmänhet (Helsetilsynet 2007).

Avgörande vid prövningen av klagomål är kommunhälsovårdslagens krav att patienten ska få ”nödvändig hälsovård i den kommun där han eller hon bor eller tillfälligt uppehåller sig”. Det centrala ordet är ”nödvändig”. Härefter ligger en rätt till rimlig standard, den miniminivå som är medicinskt försvarbar. Utslagsgivande är personens behov i objektiv mening. Helsetilsynet i fylket kan avgöra om behandlingen har varit försvarlig, men har ingen möjlighet att sätta ett annat beslut i stället för läkarens avseende exempelvis medicinering och behandling av enskilda patienter.

Att få sitt behov av nödvändig hälsovård tillgodosatt, är en individuell rättighet som den enskilde kan göra gällande mot kommunen. Tillsynsmyndigheten kan inte rikta krav på fullgörelse mot den enskilde läkaren eller annan vårdpersonal om man finner att patienten inte fått hälsovård till rimlig standard, utan det är kommunen som har uppfyllelseplikt. *Helsetilsynet i fylket* kan initiera ärende hos *Statens helsetilsyn* som har vissa påtryckningsmöjligheter – bland annat böter – enligt lagen om statlig tillsyn över hälsovården.³

4.4 Statens etableringskontroll

Stortinget beslutade år 1998 att införa ett lagreglerat system för kontroll av allmänläkare inom husläkarsystemet och även läkare inom den specialiserade hälso- och sjukvården, inklusive statens egna sjukhus. Huvudsyftet med etableringskontrollen var att begränsa ökningen av läkartjänster inom specialistläkarvården och

² Lov 2. juli 1999 om pasientrettigheter.

³ Lov 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helsetjenesten.

på det sättet borga för att tillräckligt många husläkare kunde anlitas av kommunerna när husläkarsystemet infördes.

För kommunernas del har etableringskontrollen fått uttryck i kommunhälsovårdslagen genom en förklaring att Hälso- och omsorgsdepartementet varje år ska fastställa en ram för antalet nya läkartjänster som kan upprättas i kommunernas hälsovård. Proceduren för att kunna öka antalet husläkare innebär att kommunens ansökan skickas till Social- och hälsodirektoratet; en statlig myndighet med liknande uppgifter som Socialstyrelsen har i Sverige. Ärendena behandlas inom ett särskilt råd hos direktoratet, *Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling*. Beslut meddelas därefter på delegation från departementet.

En ram begränsade departementets beslutsdelegation till rådet beträffande antalet husläkarbefattningar de första åren efter husläkarreformen. Numera har den tagits bort eftersom tillgången på husläkare blivit god och antalet ansökningar är få. Ett slopande av den statliga etableringskontrollen på husläkarområdet har föreslagits av en arbetsgrupp inom Hälso- och omsorgsdepartementet. Kommunerna föreslås i arbetsgruppens rapport själva kunna få inrätta de husläkarbefattningar som de bedömer nödvändiga (Hälso- och omsorgsdepartementet 2005). Rapporten har remissbehandlats hösten 2005, men ännu inte lett till några konkreta åtgärder från regeringens sida.

4.5 Kommunernas roll

Kommunerna ska ta fram en plan för husläkarförsörjningen och ansvarar för att rätten till fritt val av husläkare blir en realitet för invånarna. Med utgångspunkt från statens tilldelning, måste de lysa ut befattningar och träffa avtal med husläkare. Det ska finnas husläkare dagtid och beredskap för akut läkarvård (*legevakt*) jourtid⁴. Kommunerna kan också kräva deltagande i visst allmänmedicinskt läkararbete vid sidan av husläkaruppdraget, till exempel på institutioner och vid utbildning. Samarbete mellan kommuner förekommer, bland annat när det gäller jourläkare.

Information till befolkningen är en viktig del av kommunernas ansvar. Invånarna ska få uppgifter om vilka husläkare man kan välja mellan och hur valet konkret går till. Upplysningar ska också ges

⁴ Forskrift 18. mars 2005 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

om rätten till förnyad medicinsk bedömning, hur byte av husläkare sker m.m.

De villkor kommunen kan ställa upp vid ingående av avtal med husläkarna framgår av en särskild bestämmelse i husläkarförordningen och av gällande ramavtal. Längden på listan är en viktig punkt. Normalt ska inte fler än 2 500 eller färre än 500 individer kunna lista sig hos en husläkare. Individuella avtal om kortare eller längre listor kan ingås under vissa förutsättningar.

Ramavtalet innehåller i övrigt en mängd bestämmelser som styr hur kommunen ska ordna husläkarsystemet. Samarbetsutskott ska inrättas med lika många representanter från kommunen som från husläkarna. Utskottet har bland annat till uppgift att ge råd i frågor om ansökningar till lediga respektive upprättande av nya befattningar som husläkare. Innan utlysning sker av en befattning måste husläkarna informeras. Om husläkarverksamheten bedrivs i en grupp-mottagning, ska kommunen hämta in de andra läkarnas uppfattning och tillmäta den stor vikt. När den frånträdande husläkaren haft gemensam lista med andra husläkare, gäller samma krav på samråd med övriga läkare. Kungörelse ska därefter införas i *Tidskrift for Den norske lægeforening* och/eller i rikstäckande tidning med minst 3 veckors ansökningstid. Alla villkor av betydelse för husläkarbefattningen ska framgå av annonsen, till exempel typ av mottagning (ensam- eller grupp-mottagning), listlängd, vilka avtal som belastar mottagningen m.m.

Det finns i princip inga undantag från kravet på att lediga befattningar ska lysas ut. Kommunerna kan alltså inte låta bli detta med åberopande av att husläkaren frånträtt sin befattning eller en bestämd läkare önskar överta praktiken. När en husläkarbefattning blir ledig kan dock kommunen låta de invånare som stått på den frånträdande läkarens lista fördelas bland andra befintliga husläkare, efter att avtal träffats med dessa. När en husläkarbefattning blivit tillsatt, anmäls detta till *Arbeids- og velferdsdirektoratet* (NAV), som varje månad upprättar en tabell över de invånare som står på listan hos husläkaren.

4.6 Närmare om etableringsreglerna

Enligt husläkarförordningen ska husläkare som huvudregel bedriva verksamhet i privat regi, efter att avtal tecknats med en kommun. Kommunernas tilldelning av avtal ska enligt lag ske på sakliga krite-

rier. Ramavtalen tydliggör att med sakliga kriterier förstås bland annat yrkesmässig kompetens och erfarenhet, samarbetsförmåga, köns- och ålderssammansättning och förmåga att driva en privat mottagning. Sökande har en rad befogenheter enligt norsk förvaltningslag, till exempel insyns- och yttranderätt m.m.

Kommunerna får inte bestämma vilken driftsform privatpraktiserande husläkare väljer och kan alltså inte kräva eller förhindra att verksamheten sker i till exempel ett aktiebolag. Att vara självständig näringsidkare innebär att husläkaren fullt ut är ansvarig för driften av läkarpraktiken. Den norska husläkarmodellen innebär att privatpraktiserande men offentligt finansierade husläkare och övrig hälso- och sjukvårdspersonal som kuratorer och sjuksköterskor ofta befinner sig i olika organisationer. Det är inte ovanligt att kommunerna tillhandahåller sjukvårdspersonal, utrustning m.m. vid husläkarmottagningen. Som utgångspunkt ska läkaren då svara för kommunens kostnader. På grund av rekryteringsproblem i vissa kommuner är dessa tjänster ofta rabatterade, tillfälligt eller varaktigt. Parterna kan träffa avtal om att tvister om ersättning vid sådana arrangemang avgörs av en särskild nämnd.

De som före reformen var anställda som allmänläkare i kommunen gavs enligt husläkarförordningen rätt att stå kvar i ett anställningsförhållande som husläkare. Kommunen kan härutöver i vissa fall välja att ingå anställningsavtal med den som uppfyller kvalifikationskraven på husläkare. Anställningsavtalen måste då kompletteras med skrivningar om listans längd och andra för husläkarsystemet viktiga villkor. I en av Norges forskningsråd ledd utvärdering av husläkarreformen åren 2001–2005 (Norges forskningsråd 2006) konstaterades att andelen kommunalt anställda husläkare är högre ju mindre befolkad kommunen är. Genomsnittligt var drygt hälften av husläkarna anställda i de kommuner som hade färre än 5 000 invånare vid utgången av år 2002. Studien pekade på att kvinnliga husläkare oftare föredrog att vara kommunalt anställda än manliga. Från kommunalt håll hävdades ibland att rekryteringen förenklades om fast anställning erbjöds, men också motsatt uppfattning förekom. Väl anställd finns ingen ensidig rätt för husläkaren att övergå till verksamhet i privat regi.

Kommunens beslut om tilldelning av husläkarbefattning är som berörts nyckeln till offentlig finansiering och något krav att teckna avtal med alla allmänläkare som önskar bli husläkare finns inte. Formellt är kommunen bunden av det antal husläkare som staten beslutat om. Behövs fler befattningar är det kommunens sak att

ansöka om det hos staten, efter samråd med husläkarnas representanter i samarbetsutskottet. Rätt till fri etablering som privatpraktiserande husläkare finns alltså inte. Däremot råder inget etableringsförbud i så måtto att de allmänläkare som vill bedriva privatpraktik i en kommun skulle vara förhindrade till det i avsaknad av husläkaravtal. Intäkterna får då tas från andra källor än det offentliga välfärdssystemet.

Huvudregeln är att kommunen inte ensidigt kan avgöra var i kommunen husläkaren ska vara lokaliserad. Ett undantag från detta gäller vid nyinrättade husläkarbefattningar. Det står normalt läkaren fritt att flytta sin mottagning till annan adress i kommunen. Bara undantagsvis kan kommunen neka detta och då om flytten innebär uppenbart negativa följder för invånarna, till exempel att läkarutbudet i ett område blir alltför svagt. De flesta husläkare bedriver verksamhet i mottagningar med två till fyra husläkare. Det är möjligt för flera husläkare att teckna avtal med kommunen om gemensam lista i grupp-mottagningar. Om husläkare med grupp-mottagning vill försäkra sig om att kollegorna inte flyttar, kan de sinsemellan teckna avtal om det.

Att överlåta sin privatpraktik till en annan läkare, så kallad ersättningsetablering, är i princip tillåtet men kräver att kommunen lyser ut och tillsätter befattningen i den ordning som beskrivits. Husläkaravtalet som sådant kan nämligen inte överlåtas av läkaren. Den husläkare som frånträtt avtalet med kommunen har rätt att kräva att läkarmottagningen övertas av den tillträdande husläkaren. Till mottagningen räknas relevant utrustning och inventarier, hyresavtal och kompensation för upparbetad mottagning. Nationella riktlinjer har utarbetats beträffande överlåtelse av läkarpraktik och den Norska läkarföreningen har tagit fram en mall för överlåtelseavtal. Kommunen är inte part i överlåtelseavtalet mellan läkarna. Ett särskilt tvistlösningsförfarande har skapats för att med bindande verkan avgöra uppkommande tvister.

Antalet husläkare har ökat sedan år 2001. Nyetablering som husläkare uppges dock ha blivit svårare efter husläkarreformens införande, då det tar lång tid att arbeta upp en patientlista från noll. Värdet på en upparbetad husläkarpraktik har stigit väsentligt (Norges forskningsråd 2006).

4.7 Husläkarens roll

Sedan läkaren blivit antagen som husläkare av kommunen, ska han eller hon svara för att allmänläkarbehovet tillgodoses för de personer som valt att lista sig hos honom eller henne. Husläkaren ska prioritera de patienter som står på hans eller hennes lista framför andra patienter, med undantag för akutfall eller andra särskilda förpliktelser. Det är husläkarens sak att ordna bokningen så att detta är möjligt.

Husläkaren har en samordnings- och grindvaktfunktion. Normalt fordras remiss (inte nödvändigtvis från husläkaren) för att patienten ska få specialistläkarvård till vanlig patientavgift och specialisten erhålla offentlig ersättning. Tanken är att läkaren vid behov också ska samarbeta med annan personal och koordinera insatser för husläkarens patienter i och utanför sjukvården.

Behov av ersättare vid kortvarig och ordinarie frånvaro ska normalt täckas av husläkarna själva. Förutsättningen är att det finns ett tillräckligt antal husläkare i kommunen. Brister denna premis är det kommunens ansvar att skaffa ersättare. Också jourtjänstgöringen ska i huvudsak täckas av husläkarna själva.

En heltidsarbetande husläkare kan av kommunen åläggas 7,5 timmar offentligt läkararbete per vecka utöver den tid som går åt till den egna listan. Läkaren har då rätt att reducera listans längd och den annars gällande öppettiden. Varken ramavtalen eller standardavtalet för de individuella husläkaravtalen hindrar läkaren från att åta sig ytterligare uppgifter eller komma överens med kommunen om bättre villkor.

Husläkarna ska lämna kommunen de grunduppgifter som behövs för planering och administration av husläkarsystemet. Uppgifterna ska vara avidentifierade då de lämnas till kommunen om det inte av lag följer att utlämnandet får ske utan hinder av tystnadsplikten.

4.8 Ersättningen

Ersättning till de privatpraktiserande husläkarna beräknas på följande sätt: Ett bastillskott som utgör cirka 30 procent av ersättningen betalar kommunen. Bastillskottet är direkt relaterat till hur många invånare som ställt sig på lista hos husläkaren (så kallad kapitation). Ungefär 40 procent är prestationsbaserad ersättning

och betalas av staten enligt nationellt fastställda taxor. Resten av intäkterna kommer från patientavgifter och eventuella frivilliga ersättningar som kommunerna lämnar till husläkarna. Taxorna omförhandlas årligen.

Husläkare som är anställda av kommunen får sina löner fastställda vid anställningstillfället precis som andra löntagare. Lönen justeras sedan vid förhandlingar med utgångspunkt från centrala uppgörelser. Det är alltså olika ersättningsregler som gäller för privatpraktiserande och av kommunen anställda husläkare. Inkomstskillnaderna mellan anställda och privatpraktiserande läkare tycks ha minskat efter husläkarreformen (Norges forskningsråd 2006).

Den norska riksrevisionen fann vid en undersökning år 2004 att mer än hälften av kommunerna gav olika gottgörelser till husläkarna utöver bastillskott eller fast lön (Riksrevisionen 2005). Särskilt gällde detta små kommuner med hög andel fastavlönade läkare. Den viktigaste orsaken var en önskan att behålla eller rekrytera läkare. Till detta ska läggas att kommuner ofta subventionerar driftskostnaderna för privatpraktiserande husläkare, allt från 10 till 80 procent.

4.9 Husläkarreformens effekter

Husläkarreformen har blivit föremål för systematiska granskningar sedan införandet år 2001, delvis tack vare öronmärkta pengar till Norges forskningsråd. Flertalet av dessa redovisas i rådets utvärdering av husläkarreformen åren 2001–2005 (Norges forskningsråd 2006).

Mycket kortfattat kan sägas att utvärderingarna visar att reformen i stora drag lett till förbättrad kvalitet och patientnöjdhet, liksom att antalet husläkare ökat. Vid utgången av år 2003 medverkade 99,5 procent av befolkningen, dvs. en halv procent av invånarna hade aktivt valt att stå utanför husläkarsystemet, och 98 procent hade valt husläkare. Vid samma tidpunkt var bara få läkartjänster vakanta i större kommuner. Invånarnas tillfredsställelse bekräftas av bland annat en nationell Gallup-undersökning år 2003 i vilken olika kommunala tjänster bedömdes (TNS Gallup 2003). Jämfört med en undersökning år 2000 kunde läkarna visa det största framsteget. Det var särskilt tillfredsställelsen med att ha en fast läkarkontakt som ökade från år 2000 till år 2003.

Enligt läkarna har reformen bidragit till bättre medicinsk kvalitet genom bättre kontinuitet. Andra studier som också redovisas i forskningsrådets utvärdering pekar dock på behov av bättre kommunikation mellan husläkaren och andra vårdnivåer, t.ex. när en patient blivit inlagd på ett sjukhem. Det finns inte belägg för annat än marginella ändringar i antal besök per läkare och år eller i antal vidtagna undersökningar och behandlingar. Reformen har dock kostat mycket pengar, en väntad följd av medvetna politiska val och beslut⁵.

⁵ Se bland annat diskussionsavsnittet i bilaga 2.

5 Fristående skolor och kommunala bidrag

Utredningen ska föreslå hur en fri etableringsrätt inom primärvården kan införas. Ett förslag som Konkurrensverket lämnat i en rapport sommaren 2007 (Konkurrensverket 2007), är att ge en statlig myndighet befogenhet att ställa krav på och godkänna de vårdgivare som önskar verka inom landstingens primärvård och få betalt av det allmänna. Fri etableringsrätt skulle följa och vårdgivarna omfattas av ett offentligt bidragssystem, administrerat på landstingsnivå. Huvudmannaskapet för den primärvård som bedrivs av vårdgivaren ligger inte längre kvar hos landstinget som vid entreprenadbedriven verksamhet.

En modell av det här slaget har väsentliga likheter med den friskolereform som infördes på 1990-talet. I detta kapitel beskrivs därför kortfattat hur systemet med friskolor på grund- och gymnasieskolan fungerar, med utgångspunkt från etablerings- och ersättningsvillkoren. Det finns också fristående förskolor och särskolor, de senare både på grundskole- och gymnasienivå. Dessa berörs inte närmare i kapitlet.

5.1 Friskolor

Utöver det offentliga skolväsendet finns fristående skolor, det vill säga skolor som har en annan huvudman och ägare än de som anordnas av det allmänna. Fristående skolor har funnits sedan lång tid tillbaka i Sverige. Tidigare kallades de ofta privatskolor eller enskilda skolor. På 1980-talet ändrades benämningen till fristående skolor eller kortformen friskolor.

Från att endast ha funnits i begränsad utsträckning är fristående skolor idag ett vanligt inslag. Enligt uppgift från Friskolornas Riksförbund fanns 565 fristående grundskolor och 241 gymnasie-

skolor i landet läsåret 2004/2005. Friskolor fanns i 187 av landets 290 kommuner, de flesta i Stockholms- och Göteborgsområdena (Friskolornas Riksförbund 2005). Läsåret 2006/2007 gick 8 procent av Sveriges grundskoleelever och 15 procent av gymnasieeleverna i en fristående skola. I Stockholm var motsvarande siffror 18,3 respektive 31,7 procent.

5.2 Friskolornas rättsliga reglering

En omfattande legal reglering av skolverksamheten finns i skollagen (1985:1100) med tillhörande författningar som grundskoleförordningen och gymnasieförordningen. De flesta reglerna i skolförfattningarna gäller dock bara för det offentliga skolväsendet, till vilket friskolorna inte hör.

En allmänt hållen bestämmelse i skollagens inledande kapitel anger att det kan finnas friskolor vid sidan av de skolformer som anordnas av det allmänna. Friskolorna berörs närmare i ett särskilt kapitel av skollagen och en av regeringen beslutad friskoleförordning från år 1996.

Övergripande kan sägas att regleringen till stora delar innebär en likartad behandling av offentliga och fristående skolor, men att vissa skillnader finns. Skillnaderna beror bland annat på att utbildning är en kommunal kärnverksamhet, vilket sätter nedre gränser för utbudet i det offentliga skolväsendet och även påverkar nyetableringen av fristående skolor. Bland andra olikheter kan nämnas att friskolor får ha konfessionell inriktning och att offentlighetsprincipen inte gäller i verksamheten hos dessa.

5.3 Friskolereformen

Friskolereformen vilar på fritt val mellan kommunala skolor (offentligt skolväsende) och friskolor (privat skolväsende). Under förutsättningar som skiljer sig något åt mellan grund- och gymnasieskolor kan Skolverket ge friskolorna rätt till bidrag från elevernas hemkommuner – ibland benämnd skolpeng. Normalt ska bidragen bestämmas efter samma grunder som kommunen tillämpar vid fördelningen av resurser till de egna grund- och gymnasieskolorna. De barn och ungdomar som väljer att gå i fristående

skolor får inte missgynnas eller gynnas jämfört med eleverna i kommunala skolor.

Systemet med offentliga bidrag från elevernas hemkommuner genomfördes med början år 1992 för grundskolornas del och ett par år senare för gymnasierna.

5.4 Etableringsvillkoren för fristående skolor

Någon viss associationsform för friskolorna specificeras inte av staten. Ofta är friskolan ett aktiebolag med grundaren som huvudägare. Läsåret 2004–2005 bedrevs drygt hälften av friskolorna i regi av aktiebolag (Friskolornas Riksförbund 2005). Eftersom friskolorna inte ingår i det offentliga skolväsendet sker kvalitetsprövningen av huvudmannen och dess förutsättningar att bedriva skolverksamhet av Skolverket och inte kommunen.

En grundförutsättning för etablering är att utbildningen vid friskolorna håller fullgod kvalitet vad gäller kunskaper och färdigheter. Det innebär bland annat att skolan måste ha en godtagbar läroplan och kompetenta lärare. Friskolorna får avvika från de nationella läroplanerna och kursplanerna och kan även ha egna ämnen och profiler, så länge utbildningen inte strider mot skolagens och läroplanernas allmänna värdegrund. Oftast följs *Läroplan för det obligatoriska skolväsendet (Lpo94)*, eller *Läroplan för de frivilliga skolformerna (Lpf94)* liksom de nationella kursplanerna.

När Skolverket prövar ansökningar om godkännande respektive rätt till bidrag för fristående skolor bedöms en mängd förhållanden, bland annat att skolan är öppen för alla, huvudmannens förutsättningar att leva upp till kravet på långsiktighet och stabilitet m.m. Villkoren för friskolorna att etablera sig i bemärkelsen att komma i åtnjutande av kommunalt bidrag, skiljer sig något åt mellan friskolor på grundskole- och gymnasienivå och beskrivs översiktligt i det följande.

5.4.1 Fristående grundskolor

Godkännande

För att skolplikten ska få fullgöras i en friskola måste den godkännas. En ansökan om godkännande lämnas till Skolverket kalenderåret innan skolan startar. Skolan ska godkännas av verket om

utbildningen ger kunskaper och färdigheter som till art och nivå väsentligen svarar mot de kunskaper och färdigheter som grundskolan ska förmedla och skolan även i övrigt svarar mot grundskolans värdegrund och allmänna mål. Skolan måste i ansökningsförfarandet uppfylla ett antal i författningar preciserade krav.

Kommunen där skolan är belägen (lägeskommunen) ska ges tillfälle att yttra sig över ansökan och bör då bifoga en konsekvensbeskrivning. På så vis kan ekonomiska, organisatoriska och pedagogiska konsekvenser av nyetablering av en skola i lägeskommunen och sökandens förutsättningar att driva skolan i övrigt komma till Skolverkets kännedom.

Bidrag

En godkänd fristående grundskola ges av Skolverket normalt rätt till bidrag från elevernas hemkommuner. Om etableringen av skolan medför påtagliga negativa konsekvenser för lägeskommunen blir skolan dock inte berättigad till bidrag. Med påtagliga negativa följder avses exempelvis om följden blir att en landsorts- eller glesbygdskommun tvingas att lägga ned en redan befintlig skola och detta medför att avståndet till närmaste skola avsevärt ökar för elever i någon del av kommunen. Det är lägeskommunens sak att visa – alltså inte bara påstå – att de negativa följderna har bestående karaktär och är så påtagliga att bidrag inte bör ges, dvs. kommunen har bevisbördan. Skolverket gör sedan en helhetsbedömning av följderna för skolväsendet i kommunen.

Tillerkänns friskolan rätt till bidrag är det kommunens sak att efter överläggningar med friskolan fastställa dess storlek. Ersättningen ska i princip motsvara vad eleven hade kostat i en kommunal skola. För att kommunala och fristående skolor ska behandlas likvärdigt anses de behöva inordnas i samma resursfördelnings-system. Kommunen ska beakta att den fristående skolan har vissa högre kostnader på grund av skillnad i huvudmannaskap, till exempel moms. Ersättning betalas för varje elev som deltar i utbildningen.

Tillsyn

Fristående grundskolor står under tillsyn av Skolverket. Skolorna är skyldiga att delta i Skolverkets uppföljning och utvärdering. Årligen ska enligt en särskild förordning upprättas skriftliga kvalitetsredovisningar. Lägeskommunen har rätt till insyn i verksamheten och skolan är skyldig att delta i uppföljning och utvärdering i den utsträckning kommunen bestämmer. Däremot har kommunen inte rätt att gå in och styra verksamheten eller kräva att undervisningen ändras. Skolverket kan återkalla godkännande.

Överklagande

Skolverkets beslut i ärenden om godkännande respektive återkallande av godkännande får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol (länsrätt). De sökande som får avslag överklagar ofta och det är också vanligt att de kommuner som motsatt sig bidragsrätt till skolorna överklagar Skolverkets beslut. Vissa beslut enligt friskoleförordningen kan överklagas direkt till regeringen.

5.4.2 Fristående gymnasieskolor

Näringsfrihet

Den offentliga gymnasieskolan är frivillig för eleverna. Rätten att starta och driva en fristående skola över grundskolenivå anses därför vara en del av den allmänna näringsfriheten. Som villkor för offentligt stöd uppställs dock i skollagstiftningen vissa krav på fristående gymnasieskolor.

Offentligt stöd

I likhet med vad som gäller för fristående grundskolor måste ansökan lämnas in kalenderåret innan det år utbildningen startar. Det offentliga stödet omfattar antingen enbart statlig tillsyn eller också både statlig tillsyn och bidrag från elevens hemkommun. En skola, som i och för sig uppfyller villkoren för att förklaras berättigad till bidrag, kan ställas under enbart statlig tillsyn. Att en skola ställs

under statlig tillsyn innebär bland annat att eleverna får rätt till studiestöd.

För att kunna få bidrag från en kommun krävs att Skolverket förklarar friskolan berättigad till detta. Frånsett att utbildningen ska ge kunskaper och färdigheter som till art och nivå väsentligen svarar mot de kunskaper och färdigheter som gymnasieskolan ska förmedla, måste friskolan svara mot ett antal preciserade krav. Om verksamheten innebär påtagliga negativa följder av bestående karaktär för skolväsendet i den kommun där skolan är belägen eller i näraliggande kommuner ska Skolverket inte förklara skolan berättigad till bidrag.

Att även näraliggande kommuner ska få möjlighet att komma med synpunkter, motiveras av att gymnasieskolan är en mer komplex skolform än grundskolan. Ett större elevunderlag krävs för att driva en skola med ett brett utbud av program och grenar förenade med en hög kvalitet i utbildningen. Långt ifrån alla kommuner har resurser till det utan samverkansavtal med andra kommuner. Att de negativa följderna är så påtagliga att bidrag inte ska ges är det lägeskommunen och närliggande kommuners ansvar att visa.

Bidraget ska i första hand fastställas genom överläggningar mellan elevernas respektive hemkommuner och den fristående gymnasieskolan. Skolpengen för eleverna ska i princip beräknas efter samma grunder som hemkommunen tillämpar för motsvarande program i de egna gymnasieskolorna. Liksom vad gäller friskolorna på grundskolenivån är det elevens hemkommun som i slutändan bestämmer ersättningens storlek och betalar den privata huvudmannen per elev. Finns inte utbildningen i hemkommunen gäller en så kallad riksprislista. Den tas fram av Skolverket och bygger på medianvärden för de olika programmen. Riksprislistan uppdateras i december varje år inför det kommande bidragsåret.

Tillsyn

För en fristående gymnasieskola som ställts under Skolverkets tillsyn gäller i princip samma regler som för fristående grundskolor. Den kommun där friskolan är belägen har rätt till insyn i skolor som får kommunala bidrag. Fristående skolor är också skyldiga att delta i uppföljning och utvärdering som kommunen genomför av sitt eget skolväsende om kommunen bestämmer det. Skolverket kan återkalla offentligt stöd.

Överklagande

Skolverkets beslut i ärenden om godkännande respektive återkallande av godkännande får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol (länsrätt). Även närliggande kommuner kan överklaga Skolverkets beslut. Vissa beslut enligt friskoleförordningen överklagas direkt till regeringen.

5.5 Upphandlingslagstiftningen i relationen kommun – friskola

Den omständigheten att elevens hemortskommun under vissa förutsättningar betalar bidrag till friskolan innebär inte att skolan är kommunal uppdragstagare, dvs. entreprenör åt kommunen. Som berörts är friskolorna till följd av skollagstiftningen inte en del av det offentliga skolväsendet. Kommunen har inte något bestämmande inflytande över verksamheten, utan det är staten som ställer kraven och utövar tillsynen. Samverkan mellan en kommun och en fristående skola kan enligt skollagen bara ske i begränsad omfattning. Till exempel kan det gälla viss samundervisning. I övrigt sätts gränser för samverkan upp enligt kommunallagens allmänna kompetensregler, exempelvis vad gäller kommunernas möjligheter att låna ut personal till fristående skolor (Sveriges Kommuner och Landsting 2008).

Friskolorna utför i juridisk mening bidragsfinansierad enskild verksamhet; en driftform där det inte är kommunen utan enskilda som är huvudmän för verksamheten. Exempel på sådan verksamhet utöver friskolor kan vara ideella föreningar inom kultur- och fritidsområdet. Företaget får offentligt bidrag i relation till antalet elever som valt den aktuella friskolan. Avtal med ekonomiska villkor mellan den fristående skolan och kommunen saknas. Upphandlingslagstiftningen anses inte vara tillämplig¹.

Att relationen mellan kommun och friskola inte innebär en upphandlingssituation beror på flera faktorer, bland annat:

¹ Se bland annat Upphandlingskommitténs betänkande Mera värde för pengarna (SOU 2001:31), s. 242 f., Gymnasieentreprenadutredningens betänkande Skola & samhälle (SOU 2006:1), s. 65 f., Rapport från Sveriges Kommuner och Landsting, Avknoppning av skolor – juridiska aspekter, bilaga 1, s. 13 f. samt Frittvalutredningens betänkande LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem (SOU 2008:15) s. 87.

- Skolverkets godkännande av friskolan enligt objektiva och enhetliga grunder.
- Det fria skolvalet.
- Skolpengen som betalas av kommunen och följer elevens (föräldrarnas) val av skola.

5.6 Konkurrensproblem

Friskolorna är beroende av kommunernas bedömning av hur stor ersättningen per elev ska bli, utom i sådana speciella fall då Skolverkets riksprislista gäller. Olikheter mellan kommuner vad gäller deras ersättning för momsutgifter, lokalkostnader, administrativa kostnader m.m. påverkar etableringsförutsättningarna och har kommenterats i olika sammanhang.

Fristkommittén studerade i betänkandet Likvärdiga villkor (SOU 1999:98) kommunernas tillämpning av de då sedan ett par år ändrade bidragsreglerna till fristående grundskolor. Vissa problem noterades för friskolornas del. Bland dessa nämndes att momsersättningen varierade i storlek mellan kommunerna, att bidrag till lokalkostnader inte gick att ge efter samma grunder som till de kommunala skolorna och att många kommuner hade så komplicerade resursfördelningssystem att det var svårt för de fristående skolorna att förstå dem.

I slutbetänkandet Fristående gymnasieskolor – hot eller tillgång (SOU 2001:12) uppmärksammade kommittén bland annat att konkurrensen mellan offentliga och fristående gymnasieskolor inte skedde på lika villkor, men ansåg att det i första hand var en skolas möjlighet att optimera sin organisation och göra urval bland de sökande som ledde till avgörande konkurrensfördelar och inte om skolan hade en kommunal eller fristående huvudman. Det bästa för fastställande av bidragens storlek ansåg kommittén vara att behålla den då gällande ordningen med en av regeringen fastställd prislista, som skulle gälla om inte skolan och kommunen kom överens om annat. Modellen med en tvingande prislista om inte överenskommelse nåddes, slopades dock som en följd av ändringar i skollagen år 2003 (prop. 2001/02:35, bet. 2001/02:UbU7).

Konkurrensen på grundskolans område analyserades år 2003 av Konkurrensrådet (Konkurrensrådet 2003)². I rådets rapport kartlades hur olika kommuner försökt lösa frågan om konkurrensneutralitet. Rådet konstaterade att det fanns en relativt stor skillnad mellan kommunerna och de fristående skolorna i synen på konkurrensneutraliteten. Kommunerna ansåg allmänt att villkoren var likvärdiga, medan de allra flesta fristående skolor ansåg att de fick arbeta under sämre villkor än de kommunala. Det var främst den ekonomiska redovisningen som kritiserades, många ansåg att redovisningen dolde indirekta stöd till de kommunala skolorna.

I majoriteten av kommunerna behövde inte den kommunala grundskolan ta med sig underskott till nästkommande budgetår. Om den kommunala grundskolan tilläts överskrida budget och underskottet avskrevs, framhöll rådet att det uppstod en klar risk för att de kommunala grundskolorna de facto fick en högre sammantagen ersättning än de fristående skolorna, vars ersättningar baserades på de kommunala skolornas budgeterade kostnader. Vad gällde lokalkostnaderna noterade rådet olikheter; endast en mindre andel av kommunerna tillämpade marknadsmässiga hyror på de skollokaler man själv ägde och där kommunala grundskolor bedrev verksamhet. Skillnader fanns också på andra områden, till exempel i hanteringen av indirekta kostnader som löneadministration m.m.

Regeringen tillsatte i mars 2007 en utredning (dir. 2007:33) med uppgift att föreslå hur lagstiftningen på några områden, bland annat bidrags- och ansökningsprocessen, ska ändras så att offentliga och fristående skolor ska kunna bedriva verksamhet på lika villkor. I betänkandet Bidrag på lika villkor (SOU 2008:8) föreslår utredningen bland annat att det ska bli möjligt för en förvaltningsdomstol att pröva nivån på kommunens bidrag till verksamheten.

² Rådet för konkurrens på lika villkor mellan offentlig och privat sektor – Konkurrensrådet – inrättades år 1997 (dir. 1997:145) och fungerade till år 2003 bland annat som ett forum för diskussioner mellan företrädare för offentlig och privat sektor.

6 Förslag på vårdmodeller

Flera organisationer har presenterat förslag på modeller om hur primärvården kan organiseras. Nedan presenteras förslag från Sveriges läkarförbund och Vårdförbundet.

6.1 Sveriges läkarförbund

Sveriges läkarförbund har presenterat en närsjukvårdsmodell där basen och kärnan utgörs av ett familjeläkarsystem (Sveriges läkarförbund 2006). Denna modell anser läkarförbundet uppfyller målen om en tillgänglig, säker och kostnadseffektiv vård baserad på hög professionell kompetens. Förbundet betonar att de olika närsjukvårdsmodeller som prövas i många landsting inte kommer att fungera utan en bärande bas av allmänläkarverksamhet.

Läkarförbundet har identifierat ett antal styrningsprinciper vilka man anser bör utgöra grunden för en reform av den svenska sjukvårdens styrning och organisation. Särskilt viktiga punkter bedöms vara principerna om vård på lika villkor – allas lika möjlighet att ta del av den offentligt finansierade sjukvårdens tjänster; separata beställare och utförare – beställning och produktion utförd av skilda organisationer och juridiska personer; kunskapsstyrning – såväl beställares som utförares beslutsfattande ska utgå från aktuell evidens om behandlingsmetoder inom vårdens olika områden; fritt vårdval – patienten ska ges stort inflytande över valet av vårdgivare; öppen verksamhetsredovisning – information om vårdens verksamhet från enhetsnivå till nationell nivå ska redovisas öppet och finnas tillgänglig.

6.1.1 Identifierade problem

Läkarförbundet anser att nödvändig utbyggnad av primärvården i stort sett har uteblivit. Brist på ekonomiska resurser har orsakat svårigheter med rekrytering. Primärvårdens uppdrag har varit otydligt och gränslöst vilket man anser har gjort det svårare att få läkare att bli intresserade av att specialisera sig inom allmänmedicin samt lett till att många yrkesverksamma valt att pensionera sig i förtid.

Även nödvändig utbyggnad av den öppna specialistvården anser förbundet har uteblivit. Man menar att inflödet av nya läkare har varit för litet genom att landstingen sällan sluter nya avtal. De nedkortade vårdtiderna på sjukhus har inneburit att anspråken på kvalificerad vård och omsorg utanför sjukhus blivit betydligt större än beräknat då Ädel-, handikapp-, och psykiatrireformerna planerades. Ansvaret för att vårda allt fler svårt sjuka med stora omvårdnadsbehov fördes då över till kommunernas vård och omsorg samt landstingets primärvård, samtidigt som såväl kommunerna och primärvården ålades stora besparingskrav. Läkarförbundet anser att särskilt äldre och andra patientgrupper med omfattande vårdbehov har drabbats av denna ofullständiga strukturomvandling, i kombination med bristande samverkan mellan olika vårdnivåer och huvudmän. Man menar även att det delade huvudmannskapet mellan landsting och kommuner har inneburit att de reella möjligheterna för läkare att delta och påverka i äldrevården minskat. Enligt läkarförbundet ökar bristerna i såväl kommunikation som kapacitet sannolikheten för att dessa patientgrupper behöver uppsöka specialistvård på sjukhus och akutmottagningar, trots att de inte behöver sjukhusets alla resurser.

6.1.2 Närsjukvårdsmodellens styrning och finansiering

Läkarförbundets modell för styrning och finansiering presenteras på detta vis:

	Specialiserad närsjukvård	Primär närsjukvård	Samverkans- vård
Finansiär	Staten	Staten	Staten/ kommunerna
Beställning/ Kundval	Regional beställning	Kundval	Kundval
Granskning och tillsyn	Riksrevisionen / Socialstyrelsen		
Utförare	Alla driftsformer: Landsting, privata företag, stiftelser och kooperativ		

Familjeläkarna

Familjeläkarna är tänkta att verka inom ett nationellt reglerat kundvalssystem där etablering är möjlig så långt det finns patientunderlag. Läkarförbundet anser att invånarna har goda möjligheter att tillgodogöra sig den information som krävs för att själva välja vårdgivare och ur det perspektivet bör familjeläkarvården ses som en försäkringstjänst på individnivå. Familjeläkarvården inkluderar här även sammanhängande vård av t.ex. sjuksköterska, psykolog, kurator och sjukgymnast. För dessa betalas ersättningen ut av Försäkringskassan. Alla invånare erbjuds en vårdpeng som följer deras val av läkare. Grunduppdrag och ersättningssystem regleras sålunda nationellt. I grunduppdraget ingår rådgivning, undersökning, bedömning och behandling. Därutöver åtar sig familjeläkarvården regionala tilläggsuppdrag, som exempelvis handledning av personal i särskilda boenden. Samtliga läkare med specialistkompetens i allmänmedicin ska ha möjlighet att etablera sig inom systemet. Genom listningsförfarandet ska risken för överetableringar elimineras. Den konkurrenssituation systemet medför är tänkt att stimulera familjeläkarna att finna nya lösningar och anpassa sin verksamhet efter hushållens önskemål och behov, vilket i förlängningen även anses medverka till en jämn spridning av allmänläkare över landet.

Vård i hemmet

Läkarförbundet anser att den vård och omsorg som tillhandahålls i hemmet bör upphandlas av patienter och anhöriga själva. Förbundet bedömer att ingen professionell kompetens är nödvändig för att välja vårdgivare och det finns heller inga tydliga stordriftsfördelar med en centraliserad upphandling. Efter biståndsbedömning bör alltså en vård- och omsorgspeng erbjudas patienten.

Den specialiserade närsjukvården

Förutom dagens öppna specialistvård omfattar den specialiserade närsjukvården även närsjukhus i modellen. Förbundet anser att närsjukvårdens vårdplatser bör konkurrensupphandlas av regionala beställarorganisationer. Utformning och finansiering av närsjukhusen kommer därmed att variera. Anbudsförfrågan, vilken ska riktas till såväl landstingsdrivna som privata sjukhusföretag, kan även komma att omfatta vanligt förekommande medicinska behandlingar. Regionen har således möjlighet att avgöra vilka specialiteter som ska erbjudas på närsjukhusen. I vårdavtalen ska vårdens inriktning, innehåll, olika volymtal och kvalitetskrav anges, liksom omfattningen av ST- utbildning. Beställaren får även till uppgift att precisera kraven på samverkan med den primära närsjukvården och den öppna specialistvården.

Specialistläkarnas ersättningar ska i modellen regleras nationellt, motsvarande dagens nationella taxa. Taxan kan vidareutvecklas i regionala tilläggsuppdrag utifrån lokala förhållanden. Genom den nationellt reglerade ersättningen är det tänkt att kvalitet blir det främsta konkurrensmedlet mellan företag/specialistläkare.

Samverkansavtal

Läkarförbundet anser att ett bättre sätt att utforma samverkan mellan landsting och kommun är att uppnå situationer vilka påminner om förhållandet mellan köpare och säljare, snarare än att genom lagstiftning driva fram samverkansavtal. Slutsatsen är att hela betalningsansvaret för samverkansvårdens patienter bör föras över på kommunerna, detta betalningsansvar ska upphöra först vid inläggning på sjukhus och återgå då patienten skrivs ut. Detta för att motverka den splittring av vård- och finansieringsansvar som

uppstod i och med Ädel- och handikapp-reformerna. Förslaget betonar kommunernas roll för att samordna och upprätthålla en god och kostnadseffektiv vård till patientgrupper med varaktiga vård- och omsorgsbehov. Förbundet räknar med att man i mindre kommuner troligtvis kommer att ha svårt att bygga upp en egen beställarkompetens på detta område och man förutsätter därför samarbete med andra kommuner eller med statliga beställarkanslier på regional nivå. Då betalningsansvaret överförs på kommunerna bedömer läkarförbundet att en modell baserad på statsbidrag är nödvändig genom samverkansvårdens kostsamma karaktär. Det föreslagna statsbidraget ska baseras på schablonkostnader för olika vårdtyngd och utbetalas efter ansökan från en kommun.

6.1.3 Oberoende revision samt öppen verksamhetsredovisning

Läkarförbundet anser att det är problematiskt att den nuvarande landstingskommunala revisionen utförs av förtroendevalda revisorer vilka själva är en del av det system de granskar. Förbundet bedömer, för att revisionen av hälso- och sjukvården ska bli mer tillförlitlig, att det krävs en betydligt större grad av oberoende i förhållande till finansiären. Läkarförbundets förslag är att uppdraget istället åläggs riksdagens revisionsorgan, Riksrevisionen. Dock anser man att genom den föreslagna sjukvårdsmodellen som helhet kommer en sådan förändring av revisionsuppdraget ske automatiskt, genom att riksdagen blir den yttersta beställaren eller finansiären. Därmed kommer riksdagen att ha ett naturligt intresse av att ha insyn i de regionala beställarorganisationernas verksamhet.

Förbundet efterfrågar bättre system för öppen verksamhetsredovisning. Alla verksamheter som bedriver vård bör åläggas att tillhandahålla enhetliga och jämförbara uppgifter som kan utgöra bas för värdering av vårdens kvalitet. Här innefattas information om vilka tjänster och dess omfattning enheten levererar och de resultat man uppnår i form av tillgänglighet och utfall av olika behandlingar. Information om vårdens kvalitet ska publiceras öppet och lättillgängligt på ett sätt som underlättar jämförelser mellan vårdgivare.

6.1.4 Framtidens forskning inom hälso- och sjukvård

Läkarförbundet vill motverka missuppfattningen att klinisk forskning främst är av intresse inom den högspecialiserade vården. De anser att det i deras modell för framtidens närsjukvård genereras nya möjligheter för att skapa kunskap om naturalförlopp, etiologi och primärprevention för olika folksjukdomar, genom den planerade integrationen av familjeläkare, specialister i öppenvården och sjukhusvård. Utrymme ska också skapas för att pröva skilda studier, såväl primärpreventiva som andra interventioner i stora oselektade patientmaterial. Därutöver har man förhoppningen om att skapa möjligheter att studera effekter av skilda organisationsstrukturer för omhändertagande av patienter. Genom populationsbaserade studier ska forskningen även kunna följa utvecklingen över tid vad gäller såväl incidens som förändringar i sjukdomsförlopp. För att forskningen inom närsjukvården ska uppnå hög kvalitet anser läkarförbundet att projekten bör bedrivas som processer och vara kopplade till fakulteten eller lokala FoU-enheter knutna till en fakultet, snarare än av enstaka personer som isolerade projekt. Man betonar som särskilt viktigt att den kliniska behandlingsforskningen stärks med avseende på äldre patienter, där utvärderingar visat att det vetenskapliga underlaget med avseende på behandling är som sämst.

6.1.5 Utbildning

Läkarförbundet framhåller vikten av att den framtida närsjukvårdens struktur och styrning blir effektiv även ur utbildnings-synpunkt. Man eftersträvar att i grundutbildningen, med universitetssjukhusen som utgångspunkt, kunna förbättra möjligheterna att föra ut stor del av undervisningen till närsjukvården. En strävan är att en ST-läkare exempelvis under den senare delen av specialist-tjänstgöringen ska kunna leda en öppen mottagning i nära samarbete med sjukhusvården. En förutsättning för detta är en kvalitetssäkrad handledarfunktion, exempelvis i form av handledarledda parallella mottagningar som ST-läkaren kan konsultera. I modellen ligger ansvaret på de regionala beställarkontoren (övergångsvis landstingen), för att dimensionera och budgetera för ST-utbildningen. Dessa beställarkontor ska kunna skatta det framtida behovet av läkare inom olika specialiteter. På utförarsidan måste

även närsjukhusen och de fullt utrustade sjukhusen budgetera för sina läkarstudenter och ta upp dessa utbildningsposter samt tjänster i prisförhandlingarna med beställarkontoren.

Vidare anser man att specialisterna i den specialiserade närsjukvården bör beredas möjlighet att deltidsläsa inom sjukhusvården, på samma sätt som läkare med anställning på sjukhus bör beredas möjlighet till viss tjänstgöring inom olika delar av närsjukvården. Kommunen ska ha möjlighet att anställa läkare, men det bör även vara möjligt att kombinera en anställning hos de två huvudmännen. Därutöver ska kommunerna kunna sluta avtal direkt med familjeläkarna och specialisterna i den specialiserade närsjukvården om viss produktion på exempelvis äldreboende eller sjukhem.

6.2 Vårdförbundets idé om Närvård

Vårdförbundet har i en skrivelse till utredningen presenterat en idé om Närvård (dnr. 2008/3). Förbundets definition av Närvård är betydligt bredare än vad som i dag utgör primärvården. Det är den vård som ska finnas nära människorna och vara tillgänglig då den utnyttjas av många, behövs ofta och ibland även under lång tid. Med denna definition utgör Närvården cirka 90 procent av den vård som efterfrågas. Förbundet anser att Närvården ska omfatta allt mellan barnafödande, åldrande och död. Närvården ska också ha till uppgift att utbilda och stödja personer med kroniska sjukdomar, missbruksvård, hemsjukvård och ge stöd och service till personer med funktionshinder.

6.2.1 De bärande principerna i Närvården

a. Individens behov

En grundläggande utgångspunkt för Vårdförbundet är att vården utgår från individens specifika behov i varje situation. För att skapa en vård som är effektiv och gör verklig nytta måste den enligt förbundet i första hand planeras och drivas utifrån de behov som uppstår hos en individ utifrån ålder och livssituation. Vården kan då inte organiseras utifrån befintliga byggnader, olika medicinska discipliner eller yrkesgrupper. Förbundet anser att det allt för ofta har varit professionernas snarare än individernas behov som varit styrande i de förändringar som skett genom åren. Individen ska

kunna bemötas utifrån den kompetens som behövs och organisationen ska vara anpassad till detta. Därför menar förbundet att det är viktigt att kompetenser kan nås, kopplas samman och kombineras på ett naturligt sätt – att Närvårdens kompetenser ska kunna nyttjas inom ramen för ett sammanhängande system.

b. Trygghet och tillförlitlighet

Förbundet poängterar att Närvården ska vara tillförlitlig för individen. Att vården ska ges när den behövs och när man vill ha den. Självklart ska alternativa vårdinsatser presenteras på ett sådant sätt att vårdtagarna kan välja så att deras behov och förväntningar tillgodoses. Närvården ska vara tillgänglig dygnet runt. Det ska vara tydligt var och när man kan få den vård som behövs. Tillförlitlighet innebär också att vård ges på det sätt som bäst lämpar sig för individen, exempelvis att vården i många fall kommer till individen istället för tvärtom. Det handlar om att använda de bästa lösningarna och att vara resultatorienterad. God kvalitet ställer krav på mer än det enskilda vårdtillfället. Det ställer också krav på att systemet kan leverera en för individen sammanhängande process av vård och omsorg, information och lärande, uppföljning och utvärdering. I detta ingår också att främja och förebygga hälsa alltså inte enbart återställa hälsa, lindra och bota sjukdom.

c. Mångfald

För att främja kvalitet menar förbundet att det är viktigt att det finns olika alternativ för medborgarna när det gäller valen av vårdgivare och former av vårdtjänster. Förbundet anser att systemet därför bör sträva efter att tillhandahålla en mångfald för att ta hänsyn till de olika behov som finns. Det är, enligt förbundet, sannolikt att detta gynnar effektiviteten i systemet och dessutom att mångfald kan leda till att skapa de bästa lösningarna för medborgarna. Den goda sidan av mångfald menar förbundet vara att den gynnar konkurrens i bemärkelsen tävlan om att få goda resultat för dem man är till för – individen och dennes rätt till vård på lika villkor – och inte bara svara på efterfrågan.

d. Resursutnyttjande

Att vården ska bedrivas så att resurserna nyttjas optimalt, lyfts fram i modellen. Vårdförbundet anser att det mest effektiva sättet att bedriva vård är att utgå från individens behov och organisera kompetenserna utifrån detta. Individens behov och situation ska utgöra grund för hur tjänsterna överförs, exempelvis genom vård i hemmet, vård på mottagningar eller vård via nätet.

e. Ett för individen hälsofrämjande vårdssystem

Vården och vårdens tjänster ska utgå ifrån att främja hälsa för individen i Närvårdsmodellen. Systemet ska tillhandahålla tjänster som kan ge medborgarna, och speciellt dem som är vårdtagare, betydligt mer av upplysning och inslag som leder till ett ökat lärande om hälsa, i synnerhet utifrån den egna situationen, men också med koppling till närmaste omgivning och samhälle. Man anser att det är viktigt att kompetenser och tjänster finns som stödjer vårdtagarens egen involvering och engagemang i sin situation, vilket i de flesta fall är önskvärt för individen själv. Vårdformer som engagerar vårdtagarens egna insatser är enligt förbundet önskvärda och anser även att egenvården bör stärkas.

f. Ett vårdssystem som är demokratiskt styrt

Förbundet anser att vården ska vara demokratiskt styrd och utgå från medborgarnas behov vilket innebär att alla medborgare ska ha tillgång till god vård. För att uppnå detta anser man att vården ska vara offentlig finansierad. Vården ska vara solidariskt finansierad men vilka aktörer som utför tjänsterna är inte avgörande. Det viktiga är i stället att de aktörer som får förtroendet att leverera de tjänster som behövs motsvarar de krav som ställs utifrån ett medborgarperspektiv.

Dessa sex principer leder till ett antal viktiga grunder för Närvårdsmodellen.

- För att vårdsystemet ska fungera på ett effektivt sätt är det viktigt att det finns en tydlig skillnad i ansvar mellan att vara medborgarnas ombud – *vårdvägledare* och att organisera och

förmedla medicinsk vård, omvårdnad och social omsorg – *fast vårdkontakt*.

- Ett sammanhängande system som tar hänsyn till många olika behov måste organiseras och drivas så att det främjar samverkan mellan varierande kompetenser. Det kräver gemensamma standards, delade infrastrukturer och en mångfald av fristående lösningar som är småskaliga.
- Att bedriva vård är i vid bemärkelse mångfacetterat och behöver renodlas för att uppnå en bättre precision i individorienteringen, effektivare hushållning med resurser, ökad kvalitet främst när det gäller tillgänglighet och tillförlitlighet. Gränssnitten mellan olika kompetenser ska tydliggöras och bidra till en ökad kontinuitet dvs. en bättre samverkan över ansvars- och kompetensgränser.
- Det sätt som vård ges på behöver utvecklas för att skapa kvalitet och effektivitet för såväl vårdtagare som de som arbetar i vården.
- Informations- och kommunikationsteknik ska användas för att skapa bättre samverkan mellan vårdtagare och vårdgivare, samt mellan olika vårdgivare. "Min Vårdbok" – en samlad dokumentation som är tillgänglig för och följer individen och dessutom är gemensam för alla som förmedlar varierande insatser av vård.

6.2.2 Vårdförbundets beskrivning av Närvården

Vårdförbundets Närvårdsmodell handlar om att flytta fokus från organisation till individ och därmed bygga ett system som är anpassat till individen. Förbundet framhåller att det i dagens system inte är helt ovanligt att en vårdtagare med komplexa behov själv tvingas vända sig till både kommun, landsting och olika professioner för att få den hjälp som behövs. I Vårdförbundets modell ska vårdtagaren få hjälpen i ett och samma system.

Vårdportalen – Vårdtagarens första kontakt när vård behövs. Vårdportalen ska ha en helhetssyn på det vårdbehov som finns i olika regioner och ansvara för att vården organiseras med utgångspunkt i de regionala vårdbehoven. Vårdportalen ska svara för information om Närvårdens utbud, tillgänglighet, kvalitetskrav etc.

Den ska också svara för att ge information, allmänna råd och upplysning som främjar egenvård och att all information är lättillgänglig via Internet, telefon och informationsblad. Den kan även jämföras med en kvalificerad kundtjänst.

Vårdcenter – Det är Vårdportalen som tecknar kontrakt med ett eller flera Vårdcentra vilket eller vilka organiserar och distribuerar vården utifrån det regionala behovet. Varje Vårdcentra kan liknas vid en entreprenör som svarar för att skapa ett nätverk av ett antal kompetenser som krävs för att tillgodose de vårdbehov som finns i området och att den vård som erbjuds håller en hög kvalitet.

Vårdmötesplats – Utifrån de individuella behoven skapas en vårdkedja som innefattar allt från den medicinska behandlingen, rehabilitering och vård i hemmet till mobila vårdteam, telemedicin och boendetjänster. Syftet med detta är att skapa förutsättningar för ett system som leder till ökad säkerhet i varje enskilt beslut. Vårdmötesplatsen anpassas efter de individuella behov som ska tillgodoses och kan således vara allt ifrån hemmet till den mer högspecialiserade vården.

Vårdvägledare – Vårdmötesplatsen ska erbjuda en Vårdvägledare. Vårdvägledaren kan vara den *fasta vårdkontakten* som individen valt och som fungerar som ombud för individen. Vårdvägledaren är den som upprättar en plan för insatser från relevanta kompetenser i systemet, oavsett vem som är huvudman för den vård som behövs.

Min Vårdbok – En viktig grund i god och säker vård är att det finns en samlad dokumentation som är tillgänglig för alla relevanta kompetenser utifrån individens behov, men också att individen har tillgång till den egna dokumentationen. Dokumentationen följer alltså individen och inte som idag den specialitet som förmedlar vården.

Vårdförbundet menar att det mesta av den vård som bedrivs och konsumeras av medborgarna måste kunna struktureras på ett för individen mer lättillgängligt och tillförlitligt sätt. Utgångspunkten är att vården ska komma till individen och inte tvärtom. Vårdförbundet anser att deras idé om Närvård beskriver ett system med ett antal kompetenser som ska samverka för att på bästa sätt utveckla och bedriva vård. En viktig förutsättning är att det finns ett enhetligt och samlat regelverk för vård, stöd och service.

7 Fri etablering i primärvården

7.1 Inledning

Enligt direktiven ska utredningen för att stärka rätten till valfrihet för patienten föreslå hur fri etableringsrätt kan införas i primärvården. Fri etablering utan offentlig ersättning är redan i dag möjlig för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. När utredningen fortsättningsvis diskuterar denna fråga är det fri etablering med offentlig ersättning som avses, även om begreppet fri etablering används för enkelhetens skull.

Av utredningens direktiv framgår vidare att utgångspunkten för utredningens arbete ska vara sjukvårdshuvudmännens rätt att i huvudsak lokalt besluta om organisations- och finansieringsmodeller för sjukvården och därigenom möjliggöra en utveckling av hälso- och sjukvården genom att olika modeller prövas mot varandra. Utredningen bör därför enligt direktiven noga följa den utveckling av hälso- och sjukvårdens organisation som sker hos sjukvårdshuvudmännen och eftersträva att förslagen på ett ändamålsenligt sätt understödjer det lokala utvecklingsarbetet.

7.2 Utredningens överväganden om alternativa system för fri etablering i primärvården

En viktig fråga utredningen har att ta ställning till när fri etablering i primärvården övervägs är hur omfattande den nationella regleringen ska vara. En nationell reglering kan komma i konflikt med den kommunala självstyrelseprincipen av flera skäl. Ett sådant förhållande är kommuners och landstings behov av att kunna kontrollera sina kostnader. Ett annat är den lokala demokratis förutsättningar att möta särskilda behov hos och krav från medborgarna. Mot detta ska ytterst ställas vad som avses med god vård på lika

villkor, dvs. hur stora skillnader som kan tolereras över landet sett i sammanhanget av att Sverige förutses ha ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.

Även om utredningens uppdrag i denna första del är avgränsat sammanhänger etableringsfrågan med frågan om hur primärvården kan organiseras i ett system med fri etablering. En viktig fråga för utredningen blir därför att också överväga vilket system som kan väljas för att införa en fri etablering i primärvården. Hur systemet utformas påverkar bl.a. patienternas valmöjligheter och möjligheten att upprätthålla kostnadskontroll i primärvården. I detta avsnitt övervägs olika modeller för att införa fri etablering dels i en husläkarlag, dels i någon form av vårdvalmodell inom primärvården. I en vårdvalmodell kan den statliga styrningen gå olika långt.

7.2.1 Fri etablering genom en husläkarlag

Fri etablering infördes i primärvården den 1 januari 1994, då lagen (1993:58) om husläkare trädde i kraft (se kapitel 2). Ett husläkar-system skulle successivt införas i hela landet och vara fullt utbyggt vid utgången av år 1995. Systemet avskaffades emellertid fr.o.m. den 1 januari 1995 innan det fullt ut hade hunnit genomföras i landstingen.

I lagen fanns bl.a. bestämmelser om hur den enskilde kunde välja och byta husläkare, husläkarens uppgifter, behörighetskrav, verksamhetens omfattning, ersättningssystemets konstruktion och etablering som husläkare. Etableringsbestämmelserna innebar att de som uppfyllde kompetenskraven för en husläkare fritt kunde etablera sig. En husläkares verksamhet skulle omfatta minst 1 000 och högst 3 000 invånare, om man inte kom överens med landstinget om annat. Husläkare i privat verksamhet skulle anmäla till landstinget det högsta antalet personer som han eller hon avsåg att vara husläkare för.

Som framgår av kapitel 4 om den norska fastlegeordningen motsvarar denna till viss del vår husläkarlag, även om det finns skillnader. I Norge är t.ex. etableringen inte fri utan det krävs ett godkännande från staten och en överenskommelse med kommunen vid en etablering. I Norge har en majoritet av patienterna upplevt en ökad tillgänglighet och nöjdhet sedan systemet med fastlege infördes. Som framgår av bilaga 2 är det samtidigt viktigt att vara medveten om historiska och kulturella skillnader som finns mellan

länder när det gäller primärvårdens organisation. Fastlegeordningen i Norge följde t.ex. på en serie tidigare reformer.

Efter det att husläkarlagen avskaffades i Sverige tog regeringen i propositionen Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) återigen initiativ för att stärka primärvården och införa ett familjeläkarsystem. I stället för att styra utvecklingen genom lagstiftning kom regeringen i ett utvecklingsavtal överens med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om insatser i linje med den önskade inriktningen (Avtal om utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen för åren 2002–2004). Till avtalet kopplades ett resurstillskott till hälso- och sjukvården i landsting och kommuner samt till nationellt stöd om sammanlagt nio miljarder kronor under åren 2001–2004.

Regeringen eftersträvade inte en likformig detaljerad primärvårdsmodell över hela landet utan primärvårdens uppdrag borde i varje landsting preciseras utifrån regionala förutsättningar (prop. 1999/2000:149, s. 26). Enligt handlingsplanen borde dock alla invånare som så önskade få tillgång till och kunna välja en egen läkare, en familjeläkare. Familjeläkaren och distriktssköterskan skulle tillsammans med andra yrkeskategorier i primärvården genom en långsiktig relation svara för invånarnas grundläggande vård- och rehabiliteringsbehov och fungera som patientens rådgivare och samordnare av olika vårdinsatser.

Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera handlingsplanen. Socialstyrelsen konstaterade i sin slutrapport att en majoritet av landstingen uttryckte att de hade fasat in handlingsplanen i ett redan pågående utvecklingsarbete (Socialstyrelsen 2005). Detta kunde enligt Socialstyrelsen ha bidragit till att landstingen valt att arbeta med vissa frågor i handlingsplanen, men inte med andra. Socialstyrelsen konstaterade också att familjeläkar-konceptet var en betydelsefull komponent i handlingsplanen. Viktiga ingredienser i ett familjeläkar-koncept var enligt Socialstyrelsen fast läkarkontakt, valfrihet och mångfald. Just dessa frågor hade tonats ner i många landsting. Det tycktes också, menade Socialstyrelsen, ha skett en förskjutning från betydelsen av fast läkarkontakt i primärvården till en ökad kontakt med andra personal-kategorier. Socialstyrelsen redovisade inte heller någon förskjutning i nettokostnadsandel för hälso- och sjukvården till primärvårdens fördel, trots det relativt stora resurstillskott som kopplades till handlingsplanen. Resurstillskottet var dock inte *formellt* öron-

märkt till primärvården, utan ingick som en del i det generella statsbidraget till landsting och kommuner.

Erfarenheter från Norge visar att antalet husläkare ökat och att patienterna upplever en ökad tillgänglighet och nöjdhet sedan det norska fastlegesystemet infördes. Det finns emellertid flera skäl som talar mot att i Sverige återinföra ett husläkarsystem. Förslaget skulle inte gå i linje med den pågående utvecklingen i många landsting. Efter det att husläkarlagen avskaffades kunde landstingen fortsätta arbeta enligt modellen. Med undantag för Västmanland skedde inte detta i särskilt stor utsträckning. Inte heller den satsning som gjordes i samband med den Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården ledde, som framgår ovan, till en mer familjeläkarinriktad primärvård.

En förklaring kan naturligtvis vara bristen på specialister i allmänmedicin. En annan förklaring kan finnas i primärvårdens utveckling under 1990-talet. Utvecklingen har präglats av en förändrad arbetsfördelning där rader av sjukdomstillstånd som tidigare krävt sluten vård numera sköts i öppen vård. Det gäller olika operationer liksom eftervård och rehabilitering. Dessutom har primärvården i större utsträckning numera ansvar för patienter som behöver långvarig uppföljning och stöd för kroniska sjukdomar som astma, diabetes, psykoser, högt blodtryck, hjärtsvikt och reumatiska sjukdomar.

Husläkarsystemet har mot denna bakgrund kritiserats för att vara alltför läkarcentrerat och inte tillräckligt beaktat behovet av andra kompetenser. Landstingen eftersträvar i stället att skapa effektivare vårdkedjor och utveckla teamarbetet där olika professionella yrkesgrupper tillsammans förebygger, behandlar och rehabiliterar utifrån den enskildes behov. Teamarbetet har traditionellt sett haft en stor betydelse i den svenska primärvården och de organisationsstrukturer som i dag finns på plats i primärvården bygger på andra premisser än i Norge. En annan tendens i landstingen är en utveckling mot närsjukvård. Närsjukvården ser olika ut i olika landsting, men gemensamt för de olika modellerna är att den har ett bredare uppdrag än den traditionella primärvården. Även internationellt ser man en utveckling där vården mer inriktas mot att integrera olika yrkesgruppers arbete och hålla ihop vårdens olika delar (bilaga 2).

Detta är emellertid inte en fråga enbart om landstingens syn på primärvårdens innehåll och organisation. Även patienterna har förväntningar som innebär att primärvården ska kunna möta samman-

satta vårdbehov. För patienter kan också andra behov vara viktigare än utfästelser om en långvarig relation.

Ytterligare ett skäl mot att återinföra en husläkarmodell är den förändring som skett i arbetslivet sedan den ”gamla distriktsläkartiden”. I dag har vi en större rörlighet i arbetslivet. Personer är borta från arbetet på grund av forskning, utbildning, vård av barn, fackliga och politiska uppdrag osv. På motsvarande sätt är patienterna/medborgarna mer rörliga och har behov som förändras över tid. Det gör det svårare att organisera en kontinuitet i en patient – läkarrelation. Den kvalitet som en sådan relation kan leda till måste organiseras genom andra metoder och åtgärder.

Enligt utredningens samlade bedömning är det inte lämpligt att låsa systemet strukturellt på så sätt att det byggs upp kring en specifik yrkesgrupp. Emellertid kommer specialister i allmänmedicin fortfarande att vara en central resurs i primärvården.

7.2.2 Fri etablering genom en nationell vårdvalmodell

Ett alternativ är att införa fri etablering i primärvården genom en nationell vårdvalmodell. I en sådan flyttas ansvaret från landstingen till vårdgivarna när det handlar om att utveckla olika tjänster. Modellen kan på så sätt stimulera kreativitet och kvalitetskonkurrens mellan olika vårdgivare. Detta torde också innebära en fördel för patienterna när det gäller att få tjänster anpassade efter sina behov och få dessa presenterade på ett sådant sätt som möjliggör aktiva val.

Konkurrensverket föreslår i rapporten Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg (Konkurrensverket 2007), att en valfrihetsmodell införs i primärvården genom lagstiftning. Lagen skulle innebära att huvudmannaskapet för privat driven verksamhet inom detta område flyttas till de enskilda utförarna, såsom för närvarande gäller inom skolområdet (se kapitel 5). Utförarna ska enligt förslaget godkännas (auktoriseras) av en statlig tillsynsmyndighet enligt nationellt utformade krav. Det innebär att de godkända utförarna erhåller rätt att etablera sig i alla landsting. De utförare som blivit godkända ges rätt till ersättning från landstingen för sin verksamhet. Patienterna listar sig hos den vårdgivare som de väljer.

Ett system med fri etablering i primärvården skulle kunna införas, i linje med Konkurrensverkets förslag, genom en vårdvalmodell med en lag om etablering i primärvården. Lagstiftningens

grundstenar innebär att primärvårdens uppdrag definieras på nationell nivå liksom kompetenskrav på personalen och kvalitets- och säkerhetskrav på verksamheten. Staten har redan i dag möjlighet att ställa kvalitets- och säkerhetskrav på verksamheten, oavsett hur hälso- och sjukvården organiseras. De som bedöms kunna åta sig uppdraget och uppfyller kompetenskraven godkänns av staten och får rätt att fritt etablera sig var som helst i landet. Patienten ska få möjlighet att välja vårdgivare. Ersättningen ska följa patienternas val.

En nationellt reglerad vårdvalmodell har flera fördelar. Den kan ge bättre förutsättningar för en mer enhetlig primärvård med större likhet över landet och också beskriva det offentliga åtagandet tydligare. Detta skulle bättre än i dag bidra till att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens målparagraf om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Primärvården har hittills präglats av olikhet över landet. Få landsting har, enligt Socialstyrelsens uppföljning av den nationella handlingsplanen, arbetat med att definiera primärvårdens uppdrag, även om professionen har utarbetat en definition på internationell nivå av allmänpraktik/familjemedicin.¹

Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) har beskrivit allmänmedicinens särskilda karaktär, genom ett förslag till målbeskrivning för specialistkrav inom allmänmedicinen till Socialstyrelsen, på följande sätt (SFAM 2008):

Allmänmedicin är en medicinsk specialitet som har sin tyngdpunkt i mötet med patienten. Specialiteten innefattar kompetensen att möta människor i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem samt att självständigt bedöma och behandla dessa, också de upplevelser och besvär som inte orsakas av definierbar sjukdom.

I det allmänmedicinska specialistarbetet ska man också under lång tid kunna följa en individs olika hälsoproblem och i bedömningen av dessa kunna väga in personens hela livssituation.

Primärvården har också kännetecknats av byten mellan olika modeller, exempelvis vid majoritetsskiftet i landstingen, vilket inneburit bristande kontinuitet och ibland skapat osäkerhet hos patienter och personal om vilka villkor som gäller. Även om primärvårdens uppdrag formuleras nationellt kan landstingen, vanligtvis efter upphandling, komma överens med vårdgivarna om tilläggsuppdrag anpassade till det enskilda landstingets behov.

¹ WONCA – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physician (Världsgeneralläkare/Världsfamiljeläkare där bl.a. Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) ingår bland medlemmarna).

En nationellt reglerad vårdvalmodell underlättar också när utredningen enligt utredningsdirektiven ska gå vidare med förslag om lagreglering av det fria vårdvalet och vårdgarantin. I dag förekommer otydligheter i flera landsting kring patienternas valmöjligheter. Områdesansvaret betonas fortfarande starkt i många landsting, även i de landsting som tillämpar olika listningssystem.

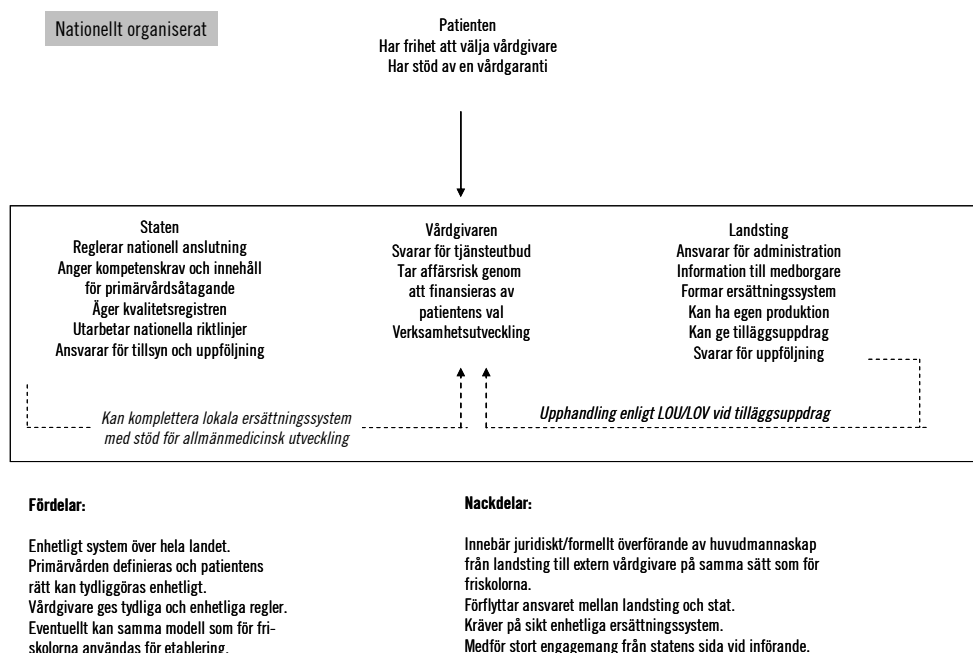
En nationell reglering med angivna kompetens-, kvalitets- och säkerhetskrav gynnar också kvalitetsutvecklingen i primärvården genom att kvalitetskriterier bestäms på en gemensam nivå som alla som vill ge vård måste garantera.

Ytterligare fördelar är att patientens rätt kan tydliggöras enhetligt i ett nationellt vårdvalsystem samtidigt som vårdgivarna ges enhetliga regler att verka inom. En nationell modell underlättar också för privata vårdgivare att etablera sig i landsting som av tradition har få privata vårdgivare.

En risk är emellertid att en nationell modell kan vara trögare att förändra och således vara mindre utvecklingsinriktad än olika regionala system.

Förslaget kan också ses som en begränsning i landstingens självbestämmande, vilket utredningen har att beakta. Modellen flyttar otvivelaktigt ansvarsgränsen mellan staten och landstingen. Privata vårdgivare som etablerar sig med stöd av en lagstiftning av det här slaget kommer att utföra bidragsfinansierad enskild verksamhet, en driftsform där det inte är landstinget utan enskilda näringsidkare som blir huvudmän för verksamheten.

Modellen illustreras i nedanstående figur.



7.2.3 Fri etablering genom en regional vårdvalmodell

Ett alternativ som i högre grad beaktar landstingens självbestämmande är att överlämna till landstinget att utforma en vårdvalmodell inom primärvården efter de förutsättningar som finns i landstinget. Som framgår av kapitel 3 pågår en utveckling i flera landsting mot någon form av vårdvalsmodell i primärvården. Vårdvalsmodellerna bygger till viss del på olika komponenter, men en gemensam grundtanke är att det ska bli lättare för privata vårdgivare att etablera sig samtidigt som patienternas valfrihet ska öka genom att ersättningen följer patientens val. I landstingens vårdvalsmodell godkänns vårdgivarna av landstinget.

Lagregleringen skulle i detta alternativ kunna inskränkas till att en bestämmelse införs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som gör det obligatoriskt för landstinget att införa vårdval inom primärvården. Lagregleringen skulle innebära att de vårdgivare som uppfyller det av landstinget bestämda uppdraget och landstingets kompetenskrav ska godkännas av landstinget och ha rätt att eta-

blera sig i landstinget på samma villkor som de offentliga vårdgivarna. Liksom i det tidigare alternativet ska patienten få möjlighet att välja vårdgivare och ersättningen ska följa patienternas val.

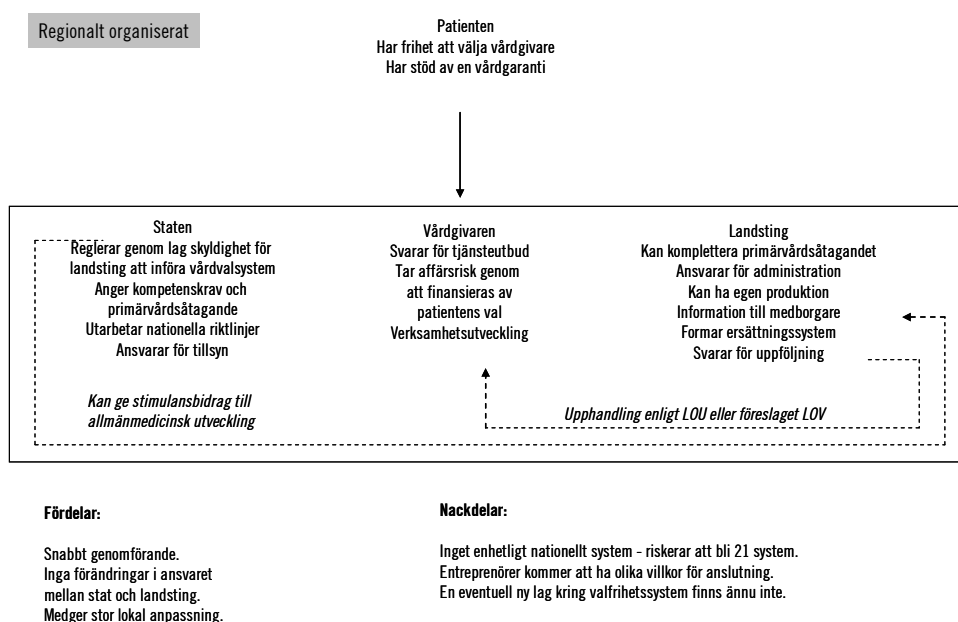
Modellen medger en stor lokal anpassning av primärvården. De landsting som har eller är på gång att införa vårdvals-system i primärvården kan fortsätta att utveckla systemen. Hittills är emellertid systemen oprövade och de reella effekterna på patientinflytandet okänt. Till systemen kopplas dock uppföljningar och utvärderingar, bl.a. av Lunds universitet och Karolinska institutet. Genom löpande vunna erfarenheter och redovisade utvärderingar har landstingen möjligheter att justera systemen utifrån icke-önskvärda effekter. Landsting som i dag inte har vårdvals-system kan ta del av erfarenheter från de landsting som har infört vårdvals-system när de ska konstruera sitt system. Att vårdvals-systemen kan se olika ut över landet kan också stimulera utvecklingen, genom att olika system, utan någon nationell detaljreglering, får prövas mot varandra.

Modellen innebär emellertid att de olikheter som i dag finns över landet kring primärvårdens innehåll och resultat kan komma att bestå. Det finns – i alla fall i teorin – risk för att 21 olika vårdvals-system kommer att byggas upp i landet. Avsaknaden av ett nationellt vårdvals-system innebär att de vårdgivare som önskar etablera sig skulle få olika villkor för att kunna ansluta sig beroende på i vilket landsting verksamheten ska bedrivas. Det finns också risk för att landstingen genom olika villkor kan komma att försvåra för privata vårdgivare som önskar etablera sig.

För patienterna kommer också olikheter i vården att gälla beroende på bostadsort, liksom olika regelverk. Å andra sidan kan det hävdas att olika delar av landet har så skilda förutsättningar, t.ex. när det gäller möjligheten att rekrytera personal, att det behövs en lokal variation. Det vill säga för att kunna erbjuda en god vård på lika villkor behöver vården organiseras på olika sätt i landet.

Frittvalutredningen föreslår i betänkandet LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem (SOU 2008:15) en lag om valfrihetssystem som ska kunna vara ett medel för kommuner och landsting som på frivillig väg inför olika valfrihetssystem inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En sådan lag skulle vara tänkbar att tillämpa också i en obligatorisk vårdvalmodell, som är en form av valfrihetssystem inom primärvården. Utredningens betänkande remissbehandlas för närvarande.

Modellen illustreras i nedanstående figur.



7.2.4 Fri etablering genom en modifierad regional vårdvalmodell

Ytterligare ett alternativ för att införa fri etablering i primärvården skulle kunna vara att i en regional vårdvalmodell ändå ge staten ett större inflytande över primärvårdens innehåll. Ett grunduppdrag för primärvården skulle i modellen fastställas av staten och inte av det enskilda landstinget. Landstinget skulle dock ha möjlighet att komplettera uppdraget utifrån lokala förutsättningar. För övrigt skiljer sig inte modellen från den regionala vårdvalmodellen.

Lagregleringen skulle innebära att de vårdgivare som uppfyller det av staten och landstinget bestämda uppdraget och kraven ska godkännas av landstinget och ha rätt att etablera sig i landstinget på samma villkor som de offentliga vårdgivarna. Liksom i det tidigare alternativet ska patienten få möjlighet att välja vårdgivare och ersättningen ska följa patienternas val.

Fördelarna och nackdelarna med ett sådant system har stora likheter med de för- och nackdelar som beskrivs för modellen med det regionala vårdvalet. Utöver dessa kan detta alternativ bidra till

att göra det offentliga åtagandet tydligare och möjliggöra en enhetligare uppföljning av primärvården.

7.3 Utredningens förslag

Utredningens förslag: Ett system med fri etablering i primärvården ska införas genom en skyldighet för landstingen att införa en regional vårdvalmodell, där staten fastställer det grundläggande uppdraget för primärvården.

Olika intressen ställs således mot varandra när utredningen har att ta ställning till hur fri etablering ska kunna införas i primärvården. En tydlig skiljelinje går mellan statens ambition att stärka patienternas ställning och verka för en likformig vård för hela befolkningen och landstingens intresse att organisera vården utifrån lokala behov och förutsättningar. Utredningens direktiv ger ingen omedelbar vägledning i detta sammanhang. I direktiven understryks dels att fri etablering syftar till att stärka rätten till valfrihet för patienten, dels att utredningen ska eftersträva att förslagen på ett ändamålsenligt sätt understödjer det lokala utvecklingsarbetet.

Det är följaktligen problematiskt att utforma ett förslag om fri etablering med ökade valmöjligheter som ska komma alla patienter till del utan att landstingens möjligheter till självbestämmande påverkas. En förstärkt lagstiftning om en nationell fri etablering innebär i sig att utrymmet för den kommunala självbestämmanderätten minskar.

Vid en samlad bedömning har utredningen stannat för att föreslå att fri etablering i primärvården införs genom en regional vårdvalmodell som i huvudsak utformas av landstinget, men där staten fastställer primärvårdens grunduppdrag.

Förslaget har flera fördelar. Det innebär att det blir möjligt för fler privata vårdgivare att etablera sig så att patienterna får fler vårdgivare att välja mellan. Genom rätten till vårdval där ersättningen följer patienternas val förtydligas och förstärks patienternas valmöjligheter ytterligare. Samtidigt blir ingreppet i landstingens självstyrelse begränsat. Förslaget lämnar handlingsutrymme till varje enskilt landsting att utforma systemet efter sina egna förut-

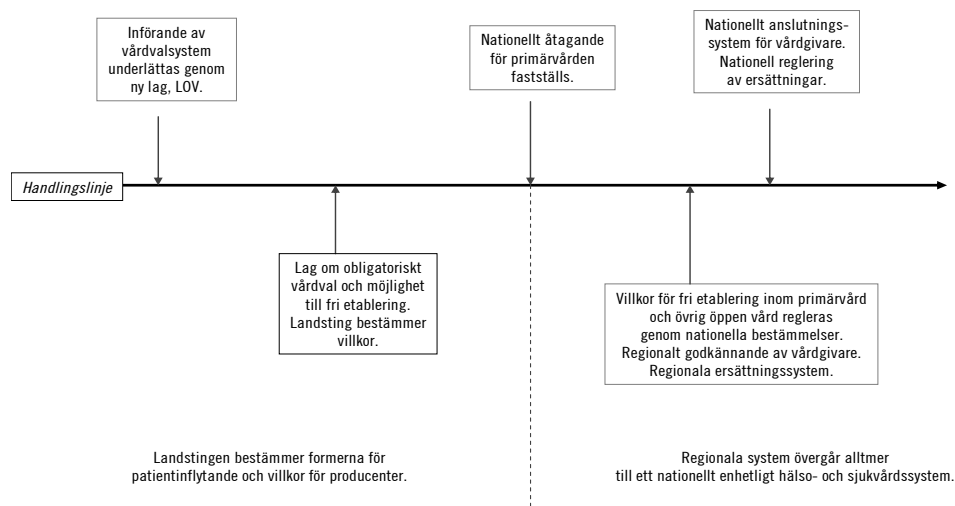
sättningar och motverkar inte den pågående utvecklingen i landstingen.

Ytterligare en fördel är att förslaget kan genomföras på relativt kort tid, eftersom det inte medför några systemförändringar i ansvaret mellan stat och landsting. Förslaget innebär också att systemen kan utvecklas genom att olika vårdvalmodeller kan existera parallellt och prövas mot varandra.

Efter det att de regionala vårdvalsystemen varit i kraft en tid och också utvärderats kan det finnas anledning att återkomma till frågan om en mer enhetlig nationell reglering bör införas. Det är enligt utredningens bedömning mycket som talar för en sådan utveckling. Som tidigare redovisats innebär ett nationellt system bl.a. en mer enhetlig primärvård över landet och ett tydligare offentligt åtagande. Nationellt fastlagda kompetens-, kvalitets- och säkerhetskrav gynnar också kvalitetsutvecklingen. Patientens rätt kan dessutom tydliggöras enhetligt samtidigt som vårdgivarna ges enhetliga regler att verka inom.

Utredningens förslag kan mot den bakgrunden ses som ett led i en handlingslinje där regionala och lokala system alltmer övergår till ett nationellt enhetligt hälso- och sjukvårdssystem.

Handlingslinjen illustreras i nedanstående figur.



Utredningens förslag innebär att man nu går halvvägs på den skisserade handlingslinjen.

8 Närmare om vårdvalmodellen

I kapitel 7 har utredningen föreslagit att ett system med fri etablering i primärvården ska införas genom en skyldighet för landstingen att införa en regional vårdvalmodell. Modellen ger landstingen stor frihet att själva utforma ett vårdvalsystem utifrån lokala förutsättningar.

I detta kapitel behandlas närmare vissa frågor i modellen.

8.1 Primärvårdens uppdrag

Utredningens förslag: Ett grunduppdrag för primärvården ska fastställas nationellt. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer ska meddela föreskrifter om grunduppdraget.

Primärvårdens uppdrag definieras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som att primärvården som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Primärvårdens uppdrag är således övergripande uttryckt i lagen. Som tidigare konstaterats har inte heller landstingen i särskilt stor utsträckning arbetat med att precisera primärvårdens uppdrag.

Området skiljer sig på så sätt mot vad som t.ex. gäller för den kommunala vården och omsorgen där insatser ges efter en individuell biståndsbedömning. Biståndsbedömningen är en myndighetsuppgift som inte kan läggas ut på privata vårdgivare. Först efter det att en person bedömts ha rätt till viss hjälp kan man låta olika

offentliga och privata vårdgivare utföra hjälpen, t.ex. inom ramen för ett valfrihetssystem. Även på skolans område (se kapitel 5) är en friskolas åtagande mer explicit uttryckt än vad som gäller för primärvården.

I en vårdvalmodell i primärvården som ger vårdgivare rätt att fritt etablera sig behövs det på motsvarande sätt fastställas ett enhetligt grunduppdrag som vårdgivaren ska uppfylla, oavsett om verksamheten bedrivs i offentlig eller privat regi.

Relativt självklara inslag i ett grunduppdrag är att det omfattar mottagningsverksamhet, jour, hembesök, individprevention, samverkan med andra vårdgivare och serviceorgan samt kvalitets-säkring. Detta innebär att det i primärvårdens grunduppdrag ingår att ansvara för att:

- utreda, behandla och kontrollera sjukdomar samt behandla skador som inte kräver sjukhusvård. Om patientens tillstånd så kräver ska uppgifterna utföras i patientens hem,
- den enskilde vid behov kan nå vården dygnet runt,
- hjälpa den enskilde att få sådan vård och behandling som primärvården inte själv kan erbjuda,
- utfärda intyg såsom vårdintyg och dödsbevis,
- bedriva sådant individuellt förebyggande arbete som naturligt ingår i patientkontakterna,
- samordna åtgärder som patienten är i behov av,
- samverka med andra service- och vårdgivare liksom med arbetsplatser, försäkringskassa och andra myndigheter etc. när det är av betydelse för den enskilde patienten eller ur folkhälso-synpunkt,
- medverka till att den egna verksamheten följs upp såväl kvalitativt som kvantitativt.

Det grundläggande primärvårdsuppdraget liksom de olika kompetenser som behövs för att fullgöra uppdraget behöver emellertid definieras ytterligare. Den medicinska och medicintekniska utvecklingen går snabbt. Ansvarsgränsen mellan sluten vård, öppen specialistvård och primärvård förflyttas kontinuerligt. Det är mot den bakgrunden inte lämpligt att i lagstiftning definiera primär-

vårdens grunduppdrag utan lämpligare att denna uppgift åläggs regeringen eller efter regeringens bemyndigande ett statligt organ. Med dagens myndighetsstruktur ligger det närmast till hands att Socialstyrelsen, som expertmyndighet på hälso- och sjukvårdens område, ges ett sådant uppdrag. I detta arbete är det av största vikt att beakta att primärvårdsuppdraget inte knyts till en viss yrkesgrupp utan att det utgår från vilka insatser primärvården ska kunna fullgöra och vilka kompetenskrav som krävs för uppgiften.

Med det nationellt beslutade grunduppdraget som utgångspunkt kan landstinget formulera tilläggsuppdrag utifrån lokala förutsättningar när man bestämmer hur vårdvalsystemet ska utformas i det enskilda landstinget. Andra krav som landstinget kan ställa gäller exempelvis följsamhet till läkemedelsrekommendationer, fortbildning av läkare m.fl. samt deltagande i vårdinformationssystem. Krav kan också ställas på ekonomisk stabilitet etc.

Landstinget ska emellertid inte kunna ställa sådana krav som systematiskt utesluter andra aktörer än landstingets egna verksamheter. Alla de krav som ställs ska i så stor utsträckning som möjligt garantera konkurrensneutralitet mellan olika aktörer.

8.2 Privata vårdgivares rätt att etablera sig

Utredningens förslag: Privata vårdgivare ska ha rätt att etablera sig i landstinget om de uppfyller kraven i det av landstinget beslutade vårdvalsystemet. Landstinget ska tillämpa lagen (2008:xx) om valfrihetssystem för sådana tjänster som omfattas av vårdval.

Enligt utredningens förslag har landstingen – som framgår ovan – stora möjligheter att utforma ett vårdvalsystem efter lokala förutsättningar. Landstingens vårdvalsystem måste emellertid minst omfatta det statligt fastställda grunduppdraget.

Det av landstinget fastställda uppdraget ska utgöra underlag för privata vårdgivares ansökan om att delta i vårdvalsystem på primärvårdens område. Privata vårdgivare som bedöms klara uppdraget ska antas av landstinget och få rätt att etablera sig i landstinget, s.k. fri etablering. Med fri etablering avses i detta sammanhang, som

framgår av kapitel 7, att en vårdgivare har rätt att etablera sig med rätt till offentlig ersättning.

Frittvalutredningen har den 29 februari 2008 överlämnat betänkandet LOV att välja, Lag Om Valfrihetssystem (SOU 2008:15) till regeringen. Den nya lag om valfrihetssystem (LOV) som där föreslås ska kunna vara ett medel för kommuner och landsting att på frivillig väg införa ett valfrihetssystem inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. I förslaget till lagtext finns bestämmelser om bl.a. annonsering och tidsfrister, tekniska specifikationer, ansökan, kommunikation och information, utslutning av sökande, tilldelning av kontrakt samt överprövning m.m. Frittvalutredningen bedömer att dess förslag till en ny lag om valfrihetssystem kan användas även inom hälso- och sjukvården. Utredningens betänkande remissbehandlas f.n.

Det har mot denna bakgrund inte varit aktuellt att i Utredningen om patientens rätt överväga frågor kring upphandling i den regionala vårdvalmodell som utredningen föreslår. Utredningen har i sina förslag utgått från att den lag om valfrihetssystem (LOV) som Frittvalutredningen föreslår kan användas i det föreslagna vårdvals-systemet inom primärvården. Genom LOV uppfylls de EG-rättsliga principer som gäller i detta sammanhang, dvs. icke-diskriminering, öppenhet, förutsägbarhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet.

8.3 Patienternas valmöjligheter

Utredningens förslag: Kravet i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin tas bort.

Utredningens bedömning: Utredningen återkommer i slutbetänkandet till frågan om fast vårdkontakt och andra åtgärder för att stärka patienternas valmöjligheter.

Det grundläggande syftet med att införa ett vårdvals-system i primärvården är att stärka patienternas valmöjligheter. Makten att välja utförare överlämnas från landstinget till patienten. Ett vårdvals-system med fri etablering ökar dessutom möjligheten för fler

vårdgivare att etablera sig. Genom att vårdgivaren finansieras genom patientens val är det av avgörande betydelse för vårdgivarna hur patienterna väljer. I ett vårdvalsystem tar enskilda vårdgivare således en ekonomisk risk om de inte väljs av ett tillräckligt antal patienter.

Rätten att välja en fast läkarkontakt i primärvården finns redan i dag i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Socialstyrelsen konstaterar dock att landstingen inte har gjort några generella framsteg för att underlätta en fast läkarkontakt i primärvården (Socialstyrelsen 2008). Få landsting uppgav till Socialstyrelsen att man aktivt arbetar med frågan. Andelen av befolkningen som uppger att de har en fast läkarkontakt har legat på drygt 50 procent åren 2005–2007, enligt den nationella befolkningsundersökningen Vårdbarometern. Variationen mellan landstingen är stor, år 2007 mellan 34 procent (Kronoberg) och 73 procent (Västmanland). En orsak kan vara att antalet specialister i allmänmedicin är för få, eftersom det enbart är dessa specialister som enligt dagens lagstiftning kan utgöra den fasta läkarkontakten. Vårdvalsystem innehåller emellertid ytterligare komponenter som stärker patientens valmöjligheter genom att ersättningssystemet utformas så att det understödjer patientens val och en fri etablering medverkar till en ökad mångfald av vårdgivare att välja emellan. I utredningens fortsatta uppdrag ingår också att lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten ska vårda och vid behov fungera som en vårdlots, framför allt för äldre och multisjuka patienter med stora och sammansatta vårdbehov.

Redan nu föreslås emellertid att bestämmelsen från år 1994 i hälso- och sjukvårdslagen om att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin tas bort. Regelns syfte har varit att garantera tillgång till en viktig kompetens inom primärvården och att säkerställa kontinuiteten för den enskilde patienten genom en fast läkarkontakt. I praktiken har regeln inte tillämpats på det sätt som avsetts och de faktiska möjligheterna att under överskådlig tid erbjuda alla invånare en fast läkarkontakt genom en specialist inom allmänmedicin är inte realistiska. Därmed riskerar den nuvarande formuleringen enbart att skada primärvårdens trovärdighet. Den nuvarande regleringen kan också komma att begränsa utvecklingen av vårdvalsystem. Ambitionen att rekrytera fler läkare till en allmänmedicinsk specialisering och att forma samhällets stöd till allmänmedicinens utveckling måste ges andra uttryck. Det är enligt utredningen orimligt att ha kvar en över tio

är gammal lagstiftning som på flertalet håll i landet inte fungerar eller tillämpas. Förslaget innebär inte att betydelsen av att ha specialister i allmänmedicin i primärvården minskar eller omvärderas. Allmänläkarspecialisten kommer även framöver att vara en central resurs och en nödvändig kompetens i primärvården. Men vägar att stimulera en fortsatt betoning av allmänläkarens särställning inom primärvården kan ske genom ersättningsars utformning och genom särskilt stöd till vidareutbildning.

För att olika valsystem verkligen ska ge patienterna utökade valmöjligheter är det viktigt att patienterna förses med verkningsfulla redskap så att de kan tillvarata sina valmöjligheter. Bland annat är information av stor betydelse för att man ska kunna göra välgrundade val. Utredningens uppdrag är emellertid att i ett första led föreslå hur fri etablering kan införas i primärvården så att patienternas möjlighet att välja bland olika vårdgivare kan öka. I utredningens fortsatta uppdrag ingår bl.a. att lämna förslag om hur det fria vårdvalet och vårdgarantin ska lagregleras. Utredningen kommer också att i övrigt diskutera hur patienten kan ges ett ökat stöd och ökat inflytande.

8.4 Ersättningssystemens utformning

Utredningens förslag: Varje landsting beslutar om ersättningen till primärvården. Grunderna i ersättningssystemet ska vara att pengarna följer patientens val. Privata och offentliga vårdgivare ska behandlas lika.

Ersättningssystemen är en viktig del i styrningen av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Ersättningssystemen kan stödja en utveckling i önskad riktning och ge incitament till förbättrad effektivitet och produktivitet.

Grundförutsättningen i ett vårdvalsystem är att den offentliga ersättningen ges till den vårdgivare som patienten väljer. Ersättningen kan utformas på olika sätt. Som framgår av kapitel 3 har de landsting som infört vårdvalsystem också konstruerat ersättningen på olika vis. Halland har valt en stor del med fast ersättning som utbetalas till de vårdenheter som patienten väljer. Stockholm har

däremot valt en hög besöksersättning och en lägre andel fast ersättning.

Den fasta ersättningen kan också viktas på olika sätt. I Stockholm och Halland bestäms den fasta ersättningen utifrån den listade personens ålder. Ett alternativ kan vara att också ta hänsyn till socioekonomiska faktorer. Det förekommer även målrelaterade ersättningar som komplement till fast ersättning och besöksersättning.

Lokala förhållanden och olika ekonomiska teorier ligger bakom skillnader i ersättningssystemens konstruktion mellan landstingen. Regeringen beslutade under år 2007 att ge Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen i uppdrag att bedriva ett projekt med syfte att stimulera och underlätta landstingens arbete med system för ersättningar inom hälso- och sjukvården. Projektet ska skapa en plattform för ett internationellt och nationellt kunskapsutbyte när det gäller hur ersättningssystem kan stödja en positiv utveckling av hälso- och sjukvården sett ur såväl ett organisations- som befolkningssynpunkt. Inom projektet utarbetas även en kunskapssammanställning med erfarenheter och utvecklingslinjer, från såväl den internationella arenan som från landstingens arbeten.

I en regional vårdvalmodell är det enligt utredningens bedömning naturligt att landstingen också i fortsättningen beslutar om ersättningssystemets utformning. En aktivare nationell granskning och uppföljning är dock angelägen ur flera perspektiv. Några av dem diskuteras i bilaga 3.

En viktig grundprincip är att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika ur ersättningssynpunkt och att man eftersträvar konkurrensneutralitet. Det behöver inte innebära ett enhetligt ersättningssystem i hela landstingsområdet. Det kan t.ex. finnas skäl att betala högre ersättning i glest bebyggda delar av landstinget för att stimulera till etableringar just i dessa områden. Det är dock av central betydelse att samma ersättning gäller inom området, oavsett driftsform.

9 Konkurrensfrågor

9.1 Inledning

I direktiven till utredningen anges att en fri etableringsrätt ska föreslås med beaktande av att konkurrens ska ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård. Utredningen ska föreslå åtgärder som befrämjar detta.

9.2 Utredningens överväganden och bedömning

Utredningens bedömning: Konkurrensverket bör bli den myndighet som svarar för att följa och granska hur konkurrensneutralitet upprätthålls i det av utredningen föreslagna systemet för fri etablering i primärvården.

Produktionsformerna inom dagens primärvård domineras av landstingens egenregiverksamhet, även om vissa landsting som Stockholms läns landsting har en majoritet av privata utförare inom primärvården. Det betyder samtidigt att många landsting saknar erfarenhet av att organisera de institutionella förhållandena på ett sådant sätt och i sådana former där konkurrensneutralitet är en prioriterad diskussion. I flera aktiviteter från konkurrensvårdande myndigheter har detta påtalats som en brist. Exempel på åtgärder som påpekats vara icke tillräckliga eller svåra att tillämpa har gällt kravet på korrekta fördelningsnycklar vid beräkning av indirekta kostnader, samt kravet på uppfyllande av ekonomiska mål (t.ex. full kostnadstäckning) i offentlig konkurrensutsatt verksamhet.

En del av förklaringen till bristerna ligger i den ringa erfarenheten av att arbeta med tillgång till olika aktörer och leverantörer,

vilket inneburit att man inte haft tillräckliga möjligheter att bygga upp kunskap och erfarenhet kring hur man etablerar konkurrensneutrala förhållanden. Den begränsade erfarenheten förklarar också att många dialoger och relationer som annars hade varit normala att bygga på en marknad aldrig kommit att mogna eller fördjupas. För en utförligare diskussion kring hur marknader uppstår och formas hänvisas till det resonemang som förs av Hans Kjellberg och C-F Helgesson i bilaga 3 till utredningen.

Alla förslag som ändrar reglerna för hur etablering inom primärvården kan ske, utan att förändra landstingens ansvar för planering och finansiering, kommer att innebära att landstingen dels kommer att ha rollen som finansiär och beställare av vårdtjänster, dels rollen som producent eller utförare av tjänsterna i konkurrens med externa aktörer. Konkurrensverket har vid flera tillfällen påpekat riskerna för att landstingen gynnar sina egna utförarenheter, exempelvis genom att subventionera dessa på olika sätt utöver den förutbestämda ersättningen för utförda prestationer. Av detta kan följa en snedviden konkurrens mellan aktörerna. Den kan minska förutsättningarna för en effektiv resursanvändning och kvalitetsutveckling till nackdel för vårdtagare och konsumenter, liksom för det allmänna. Erfarenheterna visar att det är svårt att komma till rätta med den här formen av konkurrensnedvridning med stöd av gällande konkurrenslagstiftning. För utförligare diskussion kring rollkonflikter för landstingen och negativ påverkan på konkurrensen hänvisas till betänkandena Konkurrens i balans (SOU 1995:105) och Konkurrens på lika villkor mellan offentlig och privat sektor (SOU 2000:117 samt Ds 2001:17).

Utredningen anser därför att olika former av stödåtgärder behöver utvecklas för att underlätta landstingens övergång till en situation där man ska etablera och upprätthålla konkurrensneutrala förhållanden mellan landstingens egen verksamhet och andra aktörer som ansluter sig till den offentliga finansieringen. Förutsättningar för ett sådant arbete har skisserats av Nutek och Almega i ett gemensamt projekt som redovisas i rapporten Framtidens Näringsliv: Vård och omsorg – en framtidsbransch (Nutek 2007).

9.2.1 Uppföljning och tillsyn kring frågor om konkurrensneutralitet

Utredningen vill framhålla att det är angeläget att den föreslagna vårdvalreformen följs upp och utvärderas även från konkurrens- och konsumentsynpunkt. En sådan uppföljning underlättar en snabbare observans av eventuella oönskade effekter och möjliggör korrigering genom nya eller ändrade regler. Husläkarreformen på 1990-talet medförde att Konkurrensverket fick hantera ett stort antal klagomålsärenden som gällde konkurrensproblem mellan aktörerna. Det kan därför förutsättas att utredningens föreslagna vårdvalmodell, som medför ökad konkurrens inom primärvården, får till följd att aktörerna initierar klagomål som gäller dels ifrågasatta konkurrensbegränsade ågeranden, dels att tillämpade regler på området fått oförutsebara effekter och konkurrenssnedvridningar.

Konkurrensverket har meddelat utredningen att myndigheten är villig att ta på sig en tillsyns- eller uppföljningsroll inom ramen för den föreslagna reformen. Konkurrensverket kan i olika avseenden granska hur landstingen inför reformen med avseende på bl.a. förutsättningarna för konkurrensneutralitet mellan berörda aktörer. Här är det angeläget att landsting t.ex. inte gynnar egna vårdenheter så att konkurrensen snedvrids till nackdel för vårdtagare eller konsumenter. En annan viktig fråga kan bli att bestämma vilka ytterligare åtgärder som krävs för att stimulera nyetablering och mångfald inom primärvården för att skapa goda förutsättningar för en väl fungerande konkurrens och därmed en effektiv resursanvändning till nytta för det allmänna och brukarna av tjänsterna. Konkurrensverket har framfört till utredningen att verket måste tillföras särskilda resurser för att klara de uppgifter som verket kan få på grund av den föreslagna reformen inom primärvården.

Utredningen delar bedömningen att föreslagen reform kräver särskilda insatser från Konkurrensverket för att tillse att aktörerna ges lika förutsättningar att konkurrera om att få utföra berörda vårdtjänster och för att området ska komma att utmärkas av en mångfald av aktörer och en effektiv konkurrens. Utredningen anser att det eventuella resurstillskott som Konkurrensverket behöver, får beredas i anslutning till att regeringen uppdrar till verket att följa reformen och därvid närmare preciserar tillsynens och uppföljningens omfattning och inriktning. I det sammanhanget tillkommer en prövning om kompletterande reglering krävs för att Konkurrensverket ska kunna fullgöra avsedda uppgifter.

9.2.2 Särskilda uppgifter för landstingen

I hälso- och sjukvårdslagen (1983:763) anges specifika uppgifter för landstingen, som i dag kan vara inbäddade i den verksamhet som bedrivs av landstingets enheter inom primärvården. En genomgång av landstingens ansvar som huvudman för hälso- och sjukvården görs av Frittvalutredningen (SOU 2008:15, kapitel 15.3). För landstingen kan ytterligare vissa myndighetsuppgifter eller motsvarande skyldigheter enligt särskild reglering tillkomma, som inte kan vidaredelegeras till andra vårdgivare. För dessa uppgifter utgår i dag oftast ingen särskild ersättning, utan de förutsätts ingå i det generella bidrag som landstinget tilldelar sina enheter. Det är lämpligt att landstingen beräknar dessa kostnader särskilt och redovisar dem på ett sådant sätt att de kan granskas av utomstående.

Utredningen bedömer att detta i huvudsak kan ske utan större svårigheter för landstingen, även om det kan behövas ett visst utrednings- och förberedelsearbete. Ett tydliggörande av sådana kostnader är inte till nackdel för landstingen, utan kan snarare motivera varför viss landstingsverksamhet behöver omgärdas av särskilda villkor och ersättningar.

9.2.3 Formerna för etablering

Utredningen föreslår att landstingen utifrån ett nationellt beskrivet åtagande för primärvården preciserar och anger de regionala villkor som ska gälla för vårdgivare som vill verka inom landstingsområdet. Landsting kan inte hindra den vårdgivare som uppfyller villkoren att etablera verksamhet på de villkor som angivits av landstinget. Ersättning till vårdgivare ska utgå på det sätt som landstinget beslutat. Ersättningen ska vara lika oavsett i vilken form och regi som verksamheten bedrivs.

Utredningen anser att en sådan konkurrensneutral form för anslutning till den offentliga finansieringen gagnar mångfalden och möjligheterna till utveckling och högre kvalitet i verksamheterna. Sammantaget med de initiativ som regeringen vidtagit (bl.a. genom uppdrag till Nutek) för att anställda inom en offentligt driven verksamhet får ta över och driva den vidare på egen hand, skapas förutsättningar för patienter att välja mellan olika vårdgivare.

Regeringen har uppdragit åt Statskontoret att se över rättsläget kring avknoppningar av offentlig verksamhet till personal. Statskontoret ska till den 30 april 2008 analysera dels i vilken omfattning svensk rätt och EU:s regler om statstöd fordrar att kommuner och landsting tillämpar vissa principer för prissättning när kommunala fastigheter och verksamheter överläts till personal, dels diskutera om faktorer som exempelvis goodwill ska anses ingå i prissättningen. Avsikten från regeringen är att skapa regler för avknoppning så att det sker enligt likvärdiga regler i hela landet. Med hänvisning till dessa aktiviteter finner utredningen inga skäl till att för sin egen del fördjupa resonemanget kring hur etablering genom avknoppning kan ske i primärvården.

9.2.4 Villkor och ersättningar

Förslaget till etablering genom en regional modell innebär att villkor och ersättningar huvudsakligen bestäms av landstingen. För aktörer som vill etablera sig gäller att det finns olika villkor i olika landsting. En omständighet som gör att verksamheten måste anpassas till de lokala förhållanden som anges, vilket ur mångfaldsperspektiv inte behöver vara en nackdel då det förmodligen gynnar lokala aktörer och mindre företag.

Utredningen kan konstatera att olika villkor i olika landsting innebär att patienter har svårare att överblicka de skilda villkor som kan gälla inom primärvården i olika delar av landet. Också för möjligheterna att fritt välja vårdgivare oberoende av geografisk begränsning kan det ha betydelse. För flertalet människor som väljer vårdgivare eller vårdenhet inom primärvården saknar det betydelse då man förmodligen oftast väljer med utgångspunkt från närhetsprincipen. I en framtid då vårdresultat och övrig kvalitet presenteras mer öppet kan andra urvalskriterier bli mer gällande. Utredningen kommer att återkomma till denna diskussion i samband med kommande betänkande som mer utförligt kommer att diskutera medborgarens och patientens möjligheter till val av vårdgivare.

Genom etableringsvillkor kan landstingen komma att sträva efter att nå den specifika kompetens och profil som är efterfrågad. För att undvika att regler kommer att vara konkurrenshämmande är det nödvändigt att vårdgivare som vill etablera sig har möjlighet att pröva villkoren i rättslig instans. Efter en leverantörs begäran

om rättelse kan villkoren komma att överprövas av allmän förvaltningsdomstol enligt Frittvalutredningens förslag till lag om valfrihetssystem (SOU 2008:15).

Regionalt utformade ersättningssystem innehåller såväl möjligheter som svårigheter. Utvecklingen av ersättningssystemen måste omgärdas med en aktiv uppföljning, också från ett perspektiv av att upprätthålla konkurrensneutralitet. Ersättningssystemens utformning har även stor betydelse för vilka vårdgivare som kan tänkas ha intresse för etablering inom primärvården. En utformning som utsätter aktörer för stora ekonomiska osäkerheter utesluter med stor sannolikhet mindre aktörer, med små möjligheter att ta ekonomiska risker över tid.

9.2.5 Mervärdesskattefrågan

I samband med skattereformen år 1991 infördes en generell avdragsrätt för ingående skatt för kommuner och landsting i det ordinarie mervärdesskattesystemet. Den generella avdragsrätten för kommuner och landsting togs bort den 1 januari 1995 till följd av Sveriges inträde i EU. I stället infördes en särskild kompensationsordning som sedan år 2006 regleras i lagen (2005:807) om ersättning för viss mervärdesskatt för kommuner och landsting. Kommuner och landsting har efter ansökan till Skatteverket rätt till ersättning för ingående skatt som inte får dras av enligt mervärdesskattelagen (1994:200), eller för vilken de inte har rätt till återbetalning enligt mervärdesskattelagen.

Privata aktörer som är verksamma inom de ej mervärdesskattepliktiga områdena vård, omsorg och skola (utbildning) påförs kostnader för mervärdesskatt som gäller deras inköp av varor och tjänster. Ett privat företag som erbjuder vård- och omsorgstjänster och vars kostnader för mervärdesskattebelagda inköp uppgår till 20–30 procent av företagets totala kostnader medan kostnader för löner utgör resterande del, vilket kan anses vara ett rimligt antagande, har vid en skattesats på 25 procent i genomsnitt 4–6 procent högre kostnadsnivå än när dessa tjänster utförs av kommuner och landsting. För att åstadkomma konkurrensneutralitet vid valet mellan att bedriva verksamhet i egen regi eller genom en extern utförare har kommuner och landsting sedan år 1991 rätt till ersättning för de ökade kostnader som till följd av bestämmelserna om mervärdesskatt uppkommer vid upphandling av verksamhet inom

sjukvård, tandvård, social omsorg och utbildning m.m., vilket sedan år 2006 också regleras i lagen (2005:807) om ersättning för viss mervärdesskatt för kommuner och landsting. Rätt till ersättning har kommunen och landstinget även när de lämnar bidrag till näringsidkare för dennes verksamhet inom nämnda områden. Storleken av ersättningar beräknas enligt schablon. Regeringen har i förordningen (2005:811) om ersättning för viss mervärdesskatt för kommuner och landsting fastställt ersättningen till 6 procent av kostnaden vid upphandling och bidragsgivning eller, om det framgår att viss del avser lokalkostnad, med 18 procent för denna del och 5 procent för resterande del.

I betänkandet Kommunkontosystemet och rättvisan – momsens, kommunerna och konkurrensen (SOU 1999:133) redovisades bland annat en utvärdering av konkurrensneutraliteten. Utredaren konstaterade vissa tillämpningsproblem, men pekade samtidigt på att EG-rätten utgör ett hinder för ändringar av de svenska mervärdesskattebestämmelserna. I betänkandet LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem (SOU 2008:15) gör utredaren bedömningen att begreppet upphandling och bidragsgivning i lagen (2005:807) om ersättning för viss mervärdesskatt för kommuner och landsting, samt i förordningen (2005:811) om ersättning för viss mervärdesskatt för kommuner och landsting, även omfattar anskaffning enligt förslaget till lag om valfrihetssystem, varför någon författningsändring inte behöver föreslås. Det finns enligt utredaren dock tolkningsproblem förknippade med hanteringen av schablonersättningen som har att göra med att det föreligger oklarheter, både inom den kommunala sektorn men också hos externa leverantörer om hur syftet, att tillskapa konkurrensneutralitet, bäst tillgodoses. Synpunkter finns även när det gäller ersättningens nivå.

Med hänsyn härtill är det angeläget, utifrån vikten av att det råder konkurrensneutralitet mellan landstingets vårdenheter och privata utförare inom ramen för utredningens föreslagna vårdvalmodell, att landstingen beaktar de skilda momsreglerna för aktörerna vid beräkning av ersättningen till sistnämnda utförare för utförd vård. Det kan framhållas att detta redan görs av vissa landsting vid tillämpning av vårdvalsystem inom primärvården.

9.2.6 Informationsfrågor

För att det ska uppstå en reell konkurrens som patienterna har nytta av och som leder till att primärvården utvecklas krävs, att det finns ett antal olika aktörer med profilerade tjänsteutbud och dessutom att patienter är informerade exempelvis kring den kvalitet som vårdgivarna erbjuder. Statskontoret har i rapporten *Vård, skola och omsorg; Vilken information behöver brukaren för att välja?* (Statskontoret 2007) på regeringens uppdrag analyserat den information som brukaren har behov av.

Mot bakgrund av Statskontorets rapport finns det för utredningen ingen anledning att göra en självständig analys av informationsfrågorna, även om det finns anledning att påpeka att information om tjänsterna också är en viktig del av konkurrensförutsättningarna. Utredningens förslag innebär att landstingen har ett stort ansvar för att ta fram och presentera den information som medborgaren behöver för att kunna göra aktiva val.

Med en situation i framtiden som innebär att fler aktörer än i dag har andra ägare än landstinget, så måste också en diskussion följa kring hur de relationer mellan staten och landstingen, som idag upprätthålls av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting), ska organiseras. För arbeten med öppna redovisningar, kvalitetsregister och vissa andra uppföljningsfrågor gäller det att skapa förhållanden som av privata vårdgivare inte uppfattas som uteslutande eller misstänkta ha former som missgynnar dem. Samtidigt gäller det för samhället att finna former som inkluderar och ökar intresset hos privata vårdgivare att delta i nationella och lokala utvecklingsarbeten.

Vad avser vårdgivarnas skyldigheter att lämna uppgifter kring verksamheten anser utredningen att det ska råda lika villkor för alla som vill arbeta med offentlig finansiering. Associationsformen ska därvid sakna betydelse.

9.2.7 Forskning och utveckling

Alla vårdgivare som verkar med offentlig finansiering förutsätts ha lika villkor. Det gäller även i de fall som landstinget engagerar primärvårdsenheter i forsknings- och utvecklingsuppgifter eller exempelvis i grund- och vidareutbildningar för vårdpersonal. Sådana uppgifter förutsätts tillkomma genom dialog och samsyn

och ersättas på lika villkor oavsett om vårdgivaren är privat eller ingår i landstingets organisation.

Utredningen finner inga skäl till att ur konkurrenssynpunkt föreslå särskilda reglerande åtgärder för privata vårdgivares deltagande i FoU eller utbildningsaktiviteter eller liknande aktiviteter, utan förutsätter att det föreligger ett omfattande gemensamt intresse från olika parter att ta ansvar för detta.

10 Ekonomiska och andra konsekvenser av utredningens förslag

10.1 Inledning

Om förslag i ett betänkande påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda ska enligt § 14 kommittéförordningen (1998:1474) en beräkning av dessa konsekvenser redovisas. Vid eventuella kostnadsökningar och kostnadsminskningar för staten, kommuner och landsting ska utredningen lämna förslag om hur dessa kan finansieras.

Om förslaget får konsekvenser enligt § 15 kommittéförordningen ska också dessa anges. Det gäller om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags villkor i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

I detta delbetänkande föreslår utredningen att det ska bli en skyldighet för landstingen att införa en regional vårdvalmodell, dvs. varje landsting blir skyldigt att införa en vårdvalmodell inom sitt landstingsområde. Dessutom föreslår utredningen att kravet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) på att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin ska tas bort. Enligt utredningens bedömning är det framför allt ekonomiska konsekvenser och konsekvenser för den kommunala självstyrelsen, sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, små företags villkor samt för jämställdheten mellan kvinnor och män som aktualiseras med förslaget.

10.2 Ekonomiska konsekvenser

I en vårdvalmodell enligt utredningens förslag ska landstingen konstruera ersättningssystemet så att ersättningen följer patientens val, oavsett om vården utförs i offentlig eller privat regi. Grunden i ett sådant ersättningssystem är en kapitationsersättning, dvs. en fast ersättning utbetalas per invånare till den vårdgivare som invånaren väljer. Kapitationsersättningen kan kompletteras med andra ersättningar, t.ex. för prestation eller för uppnådda kvalitetsmål. Utredningens förslag innebär att ersättningens sammansättning bestäms av det enskilda landstinget. Som framgår av kapitel 3 har flera landsting redan i dag konstruerat ersättningssystem på detta sätt. Det är landstinget som beslutar om primärvårdens budget, liksom den totala budgeten för hälso- och sjukvården. I en vårdvalmodell fastställs en kapitationsersättning och eventuella andra ersättningar till vårdgivaren utifrån de resurser som avsatts i budgeten. Invånarnas vårdtyngd kan viktas på olika sätt, vanligtvis utifrån ålder. En vårdvalmodell i primärvården innebär således inte i sig att landstingets kostnader för primärvården behöver öka. Vilket resursutrymme som avsätts till primärvården blir – liksom i dag – ett politiskt ställningstagande i varje enskilt landsting.

En vårdvalmodell innebär inte heller att landstingens finansieringsansvar utvidgas. Modellen kan dock innebära ökade administrations- och informationskostnader för landstingen, särskilt initialt. Utredningen har dock inte kunnat bedöma storleken på eventuella kostnadsökningar.

Utredningen har inte övervägt frågor kring upphandling i den regionala vårdvalmodell som utredningen föreslår, eftersom Frittvalutredningen nyligen lämnat betänkandet LOV att välja, Lag om Valfrihetssystem (SOU 2008:15) till regeringen. Frittvalutredningen gör bedömningen att det förslag till en ny lag om valfrihetssystem som utredningen föreslår i betänkandet kan användas även inom hälso- och sjukvården. Frittvalutredningen redovisar i betänkandet ekonomiska konsekvenser av ett valfrihetssystem för domstolsväsendet (SOU 2008:15, s. 272). Lagen om valfrihetssystem innehåller nämligen ett kapitel som reglerar möjligheten för sökande att hos allmän förvaltningsdomstol begära rättelse eller överprövning. Frittvalutredningen gör sammantaget bedömningen att antalet överprövningar enligt lagen om valfrihetssystem torde bli ganska få i förhållande till dem som skett enligt bestämmelserna i lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU), vilket inne-

bär en besparing för domstolsväsendet. En ny lag (2007:1091) om offentlig upphandling trädde i kraft den 1 januari 2008.

10.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

I kapitel 7 redovisar utredningen sina överväganden om förslagets påverkan på den kommunala självstyrelsen. Av kapitlet framgår att utredningens förslag innebär en viss begränsning i landstingens självstyrelse genom att det blir en skyldighet för landstingen att organisera primärvården i ett regionalt vårdvalsystem. Samtidigt har utredningen valt att föreslå att fri etablering ska införas i primärvården genom en modell som tar stor hänsyn till landstingens självstyrelse. I utredningens förslag ges landstingen frihet att utforma vården utifrån lokala förutsättningar. Landstinget kan, vid sidan av det statligt fastställda grunduppdraget för primärvården, besluta om vilka tjänster som ska ingå i vårdvalet, hur tjänsterna ska utföras, utformningen av ersättningssystemet, hur medborgarna ska anslutas till och informeras om systemet, hur verksamhetsuppföljning ska ske etc.

Samtidigt ökar landstingens möjlighet att styra verksamheten genom utredningens förslag om att kravet på att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin tas bort i lagstiftningen. Landstingen får genom detta större möjlighet att använda tillgängliga resurser på ett effektivare sätt.

10.4 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service

Tillgången till vårdpersonal är olika i skilda delar av landet. I vissa landsting eller delar av landsting är det svårt att rekrytera framför allt läkare. Det är inte ovanligt att landstingen måste använda sig av s.k. stafettläkare i dessa områden. Sett i ett historiskt perspektiv är detta ingen ny utveckling utan problemet har funnits länge. Det är enligt utredningens bedömning inte troligt att utredningens förslag kommer att förmå att vända denna utveckling. Det är många faktorer som avgör var i landet personer väljer att vara yrkesverksamma. Det handlar om en eventuell partners möjlighet att få sysselsättning, om barnomsorg, skola etc. Det har också visat sig

att många personer stannar kvar på studieorten, eftersom de ”rotat sig där” under studietiden.

Förslaget om att den fasta läkarkontakten inte måste vara specialist i allmänmedicin kan förbättra för andra läkarspecialiteter att etablera sig som fast läkarkontakt i primärvården. Vidare innehåller modellen en begränsning mot överetablering i befolkningstäta områden, eftersom en vårdgivare behöver ett visst antal patienter för att ekonomiskt kunna driva verksamheten. Eftersom utredningen inte föreslår en centralt reglerad ersättningsmodell har landstingen också möjlighet att betala högre ersättning i områden som det är svårare att få vårdpersonal till.

Ur ett befolkningsperspektiv är det ofrånkomligt att det offentliga serviceutbudet inte kan erbjuda lika stora valmöjligheter i mer glest bebyggda områden i landet som i tätorter. Valet att bosätta sig i sådana områden styrs förmodligen av andra kvaliteter än ett brett serviceutbud.

10.5 Konsekvenser för små företag

I kapitel 9 redogör utredningen för bedömningar rörande konkurrensfrågor. Generellt kan konstateras att en fri etablering i primärvården medför förbättrade möjligheter för företag att verka och utvecklas genom att kunna konkurrera med landstingets egenregiverksamhet. Utredningens förslag till regional vårdvalmodell innebär också att villkor och ersättningar huvudsakligen bestäms av landstingen. För aktörer som vill etablera sig kommer olika villkor att gälla i olika landsting. En omständighet som gör att verksamheten måste anpassas till lokala förhållanden, vilket ur ett mångfaldsperspektiv förmodligen gynnar lokala aktörer.

Förslaget ligger i linje med regeringens initiativ att ge Verket för näringslivsutveckling (Nutek) 30 miljoner kronor för att myndigheten ska stimulera till mångfald inom hälso- och sjukvård samt omsorg (dnr. S2007/11030/HS). Detta ska enligt regeringen ske genom att bjuda in organisationer, såsom näringslivsorganisationer och fackliga organisationer, privata utförare och andra aktörer som arbetar med utbildning och rådgivning till personer eller grupper som är intresserade av att driva verksamhet i privat regi inom hälso- och sjukvård samt omsorg. Aktiviteterna ska genomföras under åren 2008 och 2009.

Frittvalutredningen redovisar i sitt betänkande också konsekvenser av ett valfrihetssystem för små företag och andra utförare (SOU 2008:15, s. 274). De kontakter som Frittvalutredaren har haft med företrädare för olika intressenter har inte visat att utredningens förslag till lag om valfrihetssystem skulle medföra några negativa konsekvenser för externa utförare. Tvärtom har företrädarnas bedömningar varit att förslagen medför en regelförenkling för företagen, vilket ses som en mycket positiv effekt.

10.6 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

I utvärderingar av det norska husläkarsystemet har det uppmärksamats att kvinnliga läkare i mindre omfattning än manliga läkare väljer att arbeta som husläkare (se bilaga 2). Till skillnad från Sverige där mer än 40 procent av allmänläkarkåren är kvinnor uppgår andelen kvinnliga husläkare i Norge till runt 30 procent. Så har det sett ut sedan reformens genomförande. Två anledningar till detta som lyfts fram i utvärderingarna är det större antalet äldre manliga husläkare som fanns redan vid reformens inledning och befarade farhågor kring att arbetsvillkoren för husläkare passar sämre för kvinnor än män. Till skillnad mot den regionala vårdvalmodell som utredningen föreslår innebär dock det norska husläkarsystemet att det är enskilda läkare som är den centrala resursen i systemet. I utredningens förslag knyts inte den fria etableringen till en enskild individ, utan till ett bredare primärvårdsuppdrag.

Utredningen avser att mer samlat återkomma med en konsekvensanalys för jämställdheten mellan män och kvinnor i samband med förslagen i det kommande slutbetänkandet. Utredningen har i denna del att lägga flera förslag till hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas.

11 Genomförandeaspekter och ikraftträdande

Utredningens förslag: Ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:783) föreslås träda i kraft den 1 januari 2009. Vid utgången av år 2009 ska vårdvals-system i primärvården ha införts i samtliga landsting. Entreprenadavtal om primärvård som har ingåtts innan ikraftträdandet, ska fortsätta att gälla för den tid som överenskommit i avtalet.

De föreslagna ändringarna i 3 och 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:783), varigenom vårdvals-system görs obligatoriska för landstingen, bör träda i kraft så snart som möjligt. Samtidigt krävs ett förberedelsearbete hos landstingen i egenskap av sjukvårdshuvudmän, vårdgivare i övrigt, regeringen och Socialstyrelsen, förutsatt att regeringen ger Socialstyrelsen uppdraget att fastställa primärvårdens grunduppdrag.

Eftersom ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen innebär krav att tillämpa den lag om valfrihetssystem (LOV) som Frittvalutredningen nyligen föreslagit (SOU 2008:15), är det tidigaste möjliga ikraftträdandet den tidpunkt LOV föreslås träda i kraft, dvs. den 1 januari 2009. Trots att ett antal landsting redan genomfört eller är på väg att införa vårdvals-system i primärvården, bedöms det inte vara realistiskt att kräva att samtliga landsting vid denna tidpunkt ska ha fungerande vårdvals-system enligt utredningens förslag. Liksom vid husläkarreformens införande år 1994 bör vårdvals-system successivt få växa fram under en övergångstid. Utredningen bedömer det vara rimligt att genomförande ska ha skett ett år efter bestämmelsernas ikraftträdande. Vårdvals-system skulle därmed vara fullt utbyggda i landet vid utgången av år 2009.

Entreprenadavtal om primärvård som ingåtts innan ikraftträdandet, ska fortsätta att gälla för den tid som överenskommit i avtalet. Avtal om förlängning av sådana avtal får inte träffas efter utgången av år 2009.

12 Författningskommentar

Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen kan behöva revideras beroende på hur beredningen av Frittvalutredningens betänkande LOV att välja, Lag Om Valfrihetssystem (SOU 2008:15), utfaller.

3 §

En ny andra mening förs in i paragrafens tredje stycke. Genom tillägget markeras att det i 5 § finns särskilda bestämmelser vad gäller primärvård och hur den ska organiseras genom vårdvalsystem.

Paragrafen justeras genom att ”skall” i samtliga stycken ersätts med ”ska”.

5 §

Ändringarna i paragrafens andra stycke innebär bland annat att det nuvarande kravet på specialistkompetens i allmänmedicin för den fasta läkarkontakten inom primärvården tas bort. Skälen redovisas i avsnitt 8.3.

Kravet på landstinget att inrätta vårdvalsystem inom primärvården och statens mandat att fastställa grunduppdrag för sådan vård uttrycks genom dels tillägg i paragrafens andra stycke, dels ett nytt tredje stycke. Vad som förstås med vårdvalsystem, grunduppdrag och skälen till förslagen i dessa delar framgår av kapitel 7 och 8. De nya bestämmelserna innebär ett åliggande för landstinget att inrätta vårdvalsystem med vårdenheter både inom landstingets förvaltningsorganisation och hos privata vårdgivare, vilka i andra stycket gemensamt benämns utförare. En central aspekt i vårdvalsystem är landstingets ansvar att se till att den enskildes möjlig-

heter att själv bestämma utförare inte begränsas. Landstinget ska även tillgodose att ickevalsalternativ finns för dem som inte kan eller vill välja.

Det av landstinget fastställda uppdraget ska utgöra underlag för privata vårdgivares ansökan om att delta i vårdvals-system på primärvårdens område, enligt den lag om valfrihetssystem (LOV) som Frittvalutredningen nyligen föreslagit i betänkandet LOV att välja, Lag Om Valfrihetssystem (SOU 2008:15). Vårdvals-systemet ska åtminstone omfatta det grunduppdrag som regeringen, eller den av regeringen utsedda myndigheten, fastställt. Landstinget kan i förfrågningsunderlag ställa upp krav utöver grunduppdraget, så länge förutsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), LOV och andra författningar uppfylls. Den närmare utformningen av vårdvals-system inom primärvården har landstinget att bestämma om i egenskap av sjukvårdshuvudman. Det finns en rad krav som landstinget kan ställa upp, så länge dessa är förenliga med de grundläggande gemenskapsrättsliga principerna om bland annat proportionalitet, insyn, icke-diskriminering och likabehandling. Sådana kan exempelvis avse utbildning och fortbildning av läkare samt annan vårdpersonal, deltagande i forsknings- och utvecklingsprojekt, medverkan i kvalitetsregisterarbete, följsamhet till läkemedelskommittés rekommendationer, deltagande vid medicinsk revision, samverkan genom IT-vårdinformationssystem etc.

Etableringsfriheten garanteras genom att landstinget vad gäller vårdvals-system måste tillämpa bestämmelserna i LOV och att grunderna för ersättningen är att pengarna följer den enskildes val av utförare. Till följd av de nya reglerna i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) kan landstinget inte välja att inrätta vårdvals-system genom att – i stället för att sluta avtal efter ett förfarande enligt LOV – tillämpa ”traditionell” entreprenadupphandling, t.ex. genom att teckna ramavtal med ett antal leverantörer enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU. Egenregiverksamheten konkurrensutsätts genom LOV:s krav på löpande annonsering och avtal med samtliga vårdgivare som efter ansökan blir godkända av landstinget. Eftersom landstinget måste godkänna samtliga vårdgivare som uppfyller kraven i annonsen eller förfrågningsunderlaget finns ingen konkurrenssituation mellan dessa om att få teckna kontrakt (8 kap. 1 § förslaget till LOV).

Landstingsägda företag som har för avsikt att tillhandahålla primärvård inom ramen för vårdvals-system ska på samma villkor som privata vårdgivare ansöka om att delta i sådant. Undantag från

denna skyldighet får endast göras om det i enlighet med EG-domstolens praxis föreligger ett s.k. in house-förhållande mellan parterna (se exempelvis C-107/98 Teckal, C-26/03 Stadt Halle, C-231/03 Coname, C-458/03 Parking Brixen).

Landstinget ansvarar för att befolkningen informeras om vårdvals-systemet. Invånarna ska få så fullgod information som möjligt om de alternativ som står till buds och på vilket sätt val kan göras. Informationen till invånarna om vårdvalet ska självfallet omfatta samtliga aktuella utförare, både de som finns inom landstingets förvaltningsorganisation och de i privaträttsliga former organiserade vårdgivare som anlitas efter förfarande enligt LOV. Informationen ska vara saklig, lätt tillgänglig och begriplig utifrån de skiftande förutsättningar att ta den till sig som finns hos befolkningen. Någon särskild bestämmelse om information i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) bedöms inte nödvändig.

Bemyndigandet i 5 § andra styckets inledande mening har avgränsats till primärvårdens område. Befogenheten att delegera normgivningsmakt vad gäller grunduppdrag bedöms vara förenlig med 8 kapitlet 5, 7 och 11 §§ regeringsformen (1974:152).

Paragrafen justeras slutligen genom att ”ska” ersätter ”skall”.

Ikraftträdande med mera

Lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2009, se kapitel 11. Landstingets skyldighet enligt 5 § andra och tredje stycket att organisera primärvård genom vårdvals-system inträder dock inte fullt ut förrän vid utgången av år 2009. Entreprenadavtal om primärvård som ingåtts före ikraftträdandet ska fortsätta att gälla för den tid som överenskommits i avtalet. Sådana avtal får efter den 1 januari 2009 inte förlängas till att gälla efter utgången av år 2009.

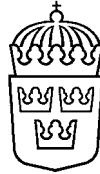
Referenser

- Friskolornas Riksförbund. *Fakta om friskolor*. Friskolornas Riksförbund, Stockholm 2005.
- Health Consumer Powerhouse. *Euro Health Consumer Index, EHCI 2007 report*. Health Consumer Powerhouse AB, Stockholm 2007.
- Helse- og omsorgsdepartementet. *Evalueringsrapport – Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling*. Oslo 2005.
- Helsetilsynet. *Veileder i behandling av pasientrettighetsklager. Styrende dokument*. Statens helsetilsyn, Oslo 2007.
- Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE). *Husläkare i offentlig och privat regi – en studie om producent- och konkurrensneutralitet*. Anell, Anders. Svarvar, Patrick. Svensson, Marianne. Rapport 1994:7. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi AB, Lund 1994.
- Konkurrensverket. *Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg – förslag för konkurrens och ökat företagande*, Konkurrensverkets rapportserie 2007:3. Konkurrensverket, Stockholm 2007.
- Landstinget Halland. *Vårdval Halland – Vårdval Halland sätter hallänningen i centrum – Modellbeskrivning*, 2007.
- Landstinget Halland. *Vårdval Halland – Vårdval Halland sätter hallänningen i centrum – Modellbeskrivning*, 2008.
- Landstinget Västmanland. *Vårdval Västmanland. Närsjukvårdsprogram. Vårdval Västmanland, Ekonomi* 2007.
- Norges forskningsråd. *Evaluering av fastlegereformen 2001–2005*. Red. Sandvik, Hogne. Norges forskningsråd, Oslo 2006.
- Nutek. *Framtidens näringsliv: Vård- och omsorg – en framtidsbransch*. Nutek, Stockholm 2007.
- Riksrevisionen. *Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1/2005*, Oslo 2005.

- Rådet för konkurrens på lika villkor mellan offentlig och privat sektor. *Lika villkor mellan kommunala grundskolor och fristående skolor?* Rapport (dnr 26/03). Konkurrensrådet, Stockholm 2003.
- Socialstyrelsen. *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården*. Slutrapport. Socialstyrelsen, Stockholm 2005.
- Socialstyrelsen. *Lägesrapport 2006, Hälso- och sjukvård – primärvård*. Socialstyrelsen, Stockholm 2007.
- Socialstyrelsen. *Uppföljning av överenskommelsen om en fortsatt satsning för utveckling av primärvård, äldreomsorg och psykiatri*. Slutrapport – februari 2008. Socialstyrelsen, Stockholm 2008.
- Statskontoret. *Vård, skola och omsorg – vilken information behöver brukaren för att välja?* Rapport 2007:19. Statskontoret, Stockholm 2007.
- Stockholms läns landsting. *Regelbok för Husläkarverksamhet 2008*. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, 2008.
- Svensk förening för allmänmedicin (SFAM). *Allmänmedicin. Förslag inlämnat till Socialstyrelsen 2008-01-27*. Stockholm 2008.
- Sveriges Kommuner och Landsting. *Avknoppning av skolor – juridiska aspekter*. Bilaga 1: *Kommunala åtgärder för att främja uppkomsten av ett enskilt huvudmannaskap inom skolan – skolrättslig bedömning*. Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm 2008.
- Sveriges Kommuner och Landsting. *Eurobarometern 2007. Sjukvård och äldreomsorg*. Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm 2007.
- Sveriges Kommuner och Landsting. *Vårdbarometern, befolkningens syn på vården, Rapport 1, 2007 m.fl.* I Socialstyrelsen. *Uppföljning av överenskommelsen om en fortsatt satsning för utveckling av primärvård, äldreomsorg och psykiatri*. Slutrapport – februari 2008. Socialstyrelsen, Stockholm 2008.
- Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting 2006*. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen, Stockholm 2006.
- Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting 2007*. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen, Stockholm 2007.
- Sveriges läkarförbund. *Framtidens närsjukvård. Vård nära patienten som inte kräver den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser*. Avdelningen för politik och profession, Stockholm 2006.

TNS Gallup Norge, *TNS Gallups kommuneundersøkelse 2003*. I Norges forskningsråd. *Evaluering av fastlegereformen 2001–2005*. Red. Sandvik, Hogne. Norges forskningsråd, Oslo 2006.

Kommittédirektiv



Patientens rätt i vården

Dir.
2007:90

Beslut vid regeringssammanträde den 20 juni 2007.

Sammanfattning av uppdraget

Utredaren skall lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. I uppdraget ingår att göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning.

Utredaren skall särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet. Vidare skall utredaren analysera tillämpningen av den nationella vårdgaranti som infördes den 1 november 2005, samt lämna förslag till lagreglering av densamma. I uppdraget ligger också att lämna förslag till nödvändiga kompletteringar av det lagförslag om patientlagstiftning som lämnats i Ansvarskommitténs betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10).

I uppdraget ingår vidare att lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten skall vårda och vid behov fungera som en vårdlots, framförallt för äldre och multisjuka patienter med stora och sammansatta vårdbehov.

För att stärka rätten till valfrihet skall utredaren föreslå hur en fri etableringsrätt kan införas i primärvården. Konkurrens skall ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård. Utredaren skall föreslå åtgärder som befrämjar detta.

Bakgrund

Alla medborgare skall känna sig trygga i att vården finns lätt tillgänglig när den behövs. Det är därför viktigt att fortsätta och intensifiera det arbete som pågår med att förbättra tillgängligheten

och stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. En förutsättning för detta är en god tillgång och närhet till hälso- och sjukvård.

Patienternas valfrihet skall öka och personalens engagemang skall tas till vara. De som inte kan föra sin egen talan skall särskilt värnas.

Trygghet, tillgänglighet och en helhetssyn på patientens behov skall prioriteras i hela vårdkedjan. Vården skall utgå från individens rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Patienten skall ha rätt att välja såväl läkare och vårdenhet som tidpunkt för behandling.

Många insatser har gjorts under senare år för att förtydliga och förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Till exempel genom ny lagstiftning, såsom införande i hälso- och sjukvårdslagen av regler om patientens rätt till en så kallad "second opinion" och rätten till fast läkarkontakt, men också genom nationella överenskommelser och rekommendationer om fritt vårdval och en nationell vårdgaranti.

Utvärderingar visar dock på bristande tillgänglighet och att patienterna trots dessa insatser i vissa delar fortfarande saknar tillräckligt inflytande och möjligheter att påverka sin situation.

Tillgången till läkare är samtidigt en viktig förutsättning för en stark primärvård och möjligheten att erbjuda patienterna en fast vårdkontakt. I dag råder brist på läkare inom vissa specialiteter, t.ex. läkare med allmänmedicinsk kompetens. Ett sätt att förbättra situationen är att införa fri etableringsrätt inom primärvården.

Patientens möjligheter att få vård i tid och att själv välja vårdgivare och vårdtillfälle behöver stärkas ytterligare. En viktig del i ett sådant arbete är en vidareutveckling och lagreglering av den nationella vårdgarantin och av det fria vårdvalet. Genom en sådan reglering blir vårdens åtagande mot patienten tydligare både för patienten och för vårdgivaren.

Samtidigt är en förutsättning för ett väl fungerande fritt vårdval och en väl fungerande vårdgaranti det pågående utvecklingsarbete som bedrivs av sjukvårdshuvudmännen för att korta köer och organisera vården på ett effektivt sätt. En annan förutsättning är det utvecklings- och uppföljningsarbete som bedrivs av de centrala myndigheterna, t.ex. när det gäller evidensbaserad vård och nationella riktlinjer för behandling och prioritering i vården.

För att säkerställa att vårdgarantin tillämpas på samma sätt i hela landet är det också viktigt att arbetet med att ta fram medicinska indikatorer för olika behandlingar fortsätter. Sådana tydliga medi-

cinska indikatorer i kombination med öppna redovisningar av väntetider och kvalitet i vården utgör grunden för likabehandling och ger patienterna den information som de behöver för att fatta rationella beslut om var i landet de vill söka vård.

Den lagstiftning som rör patienten regleras i dag genom flera olika lagar. Detta bidrar till att lagstiftningen blir svåröverskådlig både för patienter och vårdgivare. För att tydliggöra vilka regler som gäller har Ansvarskommittén i sitt betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10), avsnitt 4.2 Medborgaren och den framtida hälso- och sjukvården, lämnat förslag om att bestämmelser som har betydelse för patientens ställning skall samlas i en egen lag, patientlagen. Lagen skall syfta till att stärka patientens ställning samt öka överskådligheten och tillgängligheten för medborgarna. Lagen skall också syfta till att ge en mer patientfokuserad hälso- och sjukvård. Den föreslagna lagen, som är under beredning i Regeringskansliet, kommer att behöva kompletteras med bestämmelser på ett antal områden.

I hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om patientansvarig läkare (PAL). Syftet med patientansvarig läkare är att främja kontinuiteten och säkerheten för patienterna genom att en särskilt utsedd läkare har ansvar för patienten genom hela vårdprocessen. En utvärdering från Socialstyrelsen (S2000/2567/HS) tyder på att bestämmelserna i lagstiftningen och tillämpningen av densamma i vissa fall brister. I samband med utvärdering av PAL-bestämmelsen föreslog Socialstyrelsen att 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, skulle kompletteras med bestämmelser om att god vård skall innebära att den tillgodoser patientens behov av kontinuitet och säkerhet samt att olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt. I samband med propositionen Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (2005/06:115) föreslog regeringen att dessa bestämmelser skulle införas i HSL. Bestämmelserna trädde i kraft den 1 januari 2007. Det finns dock behov av att överväga ytterligare ändringar i lagstiftningen om patientansvarig läkare.

Uppdraget

Utredaren skall lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. I uppdraget ingår att göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har

gentemot patienten och hur de regleras i nuvarande lagstiftning. I denna del bör utredaren även beakta hur relevant lagstiftning är utformad i Norge t.ex. avseende sådant som rätt till fri etablering. Utredaren skall även studera och analysera utformningen av olika svenska modeller för organisering av primärvården.

Utredaren skall särskilt granska hur de ändringar som gjorts i hälso- och sjukvårdslagen under senare år för att stärka patientens ställning, såsom rätten till fast läkarkontakt, ”second opinion” m.m., efterföljs av sjukvårdshuvudmännen.

Utredaren skall även lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten skall vårda och vid behov fungera som en vårdlots, framförallt för äldre och multisjuka patienter med stora och sammansatta vårdbehov.

För att stärka rätten till valfrihet skall utredaren föreslå hur en fri etableringsrätt kan införas i primärvården. Konkurrens skall ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård. Utredaren skall föreslå åtgärder som befrämjar detta.

Dessutom skall utredaren överväga vilka krav som kan ställas på läkare med annan specialisering än allmänmedicin som skall kunna etablera sig fritt inom primärvården och verka som fast vårdkontakt samt huruvida andra yrkesgrupper inom sjukvården, till exempel sjuksköterskor, kan ges motsvarande möjligheter.

Utredaren skall särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet.

Vidare skall utredaren analysera tillämpningen av den nationella vårdgarantin som regleras i en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (tidigare Landstingsförbundet), samt lämna förslag till lagreglering av densamma. Förslagen till lagreglering skall ta sin utgångspunkt i överenskommelserna om fritt vårdval och nationell vårdgaranti. Regleringen skall också omfatta vårdgivarens skyldighet att informera patienten om valmöjligheter och kösituation samt om behandlingsalternativ som är av betydelse för patientens möjlighet att fritt välja vård och utnyttja vårdgarantin.

Utredaren skall därutöver analysera vilka kompletteringar som behöver göras av den patientlagstiftning som föreslagits av Ansvarskommittén i betänkandet Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10), samt lämna förslag till sådana nödvändiga kompletteringar i syfte att ytterligare stärka patientens ställning.

I utredarens uppdrag ingår vidare att överväga behovet av ytterligare ändringar i lagstiftningen om patientansvarig läkare (PAL) samt om utredaren finner det befogat föreslå sådana ändringar.

Utredningens genomförande

Utgångspunkt för utredningens arbete skall vara sjukvårdshuvudmännens rätt att i huvudsak lokalt besluta om organisations- och finansieringsmodeller för sjukvården och därigenom möjliggöra utveckling av hälso- och sjukvården genom att olika modeller prövas mot varandra. Utredaren bör därför noga följa den utveckling av hälso- och vårdens organisation som sker hos sjukvårdshuvudmännen och eftersträva att förslagen på ett ändamålsenligt sätt understödjer det lokala utvecklingsarbetet.

Utredaren skall i arbetet samråda med myndigheter, intresseorganisationer och huvudmän inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Utredaren skall beakta det pågående arbetet med att bereda de förslag om en samlad patientlagstiftning som lämnats i Ansvarskommitténs betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10).

Vidare skall utredaren beakta det pågående arbetet med en ny patientdatalag i enlighet med förslagen i betänkandet Patientdatalag (SOU 2006:82), samt beakta det arbete som bedrivs av utredningen om Fritt val inom äldre- och handikappomsorgen (dir. 2007:38).

Särskild vikt skall läggas vid att redovisa förslag till finansiering i de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det allmänna liksom i vilken utsträckning förslagen påverkar den kommunala verksamheten och självstyrelsen.

Utredningen skall lämna delbetänkande rörande etableringsfrihet under våren 2008, dock senast den 15 april 2008. Utredningens arbete skall slutredovisas senast den 15 december 2008.

(Socialdepartementet)

Att införa ett primärvårdssystem med ”fri etableringsrätt”

Erfarenheter av den norska
Fastlegeordningen

Ebba Sjögren
Handelshögskolan i Stockholm &
Score, Stockholm centrum för forskning om offentlig sektor
ebba.sjogren@hhs.se

Innehållsförteckning

Bakgrund, syfte och begrepp	148
Införandet av s.k. fri etableringsrätt... ..	151
...i ett svenskt historiskt sammanhang (kort om husläkarreformen 1994).....	152
...i det norska sammanhanget (om Fastlegeordningen 2001)	154
Erfarenheter av Fastlegeordningen	161
Etablering är inte ”fri”, utan bestäms på lokal nivå.....	161
Ersättningsystemet är detaljstyrt på central nivå.....	163
Fri etableringsrätt leder till ökad etablering och förbättrad rekrytering.....	166
Fri etableringsrätt leder inte med automatik till en geografiskt jämt fördelad etablering	170
Fri etableringsrätt leder inte med automatik till en mångfald av driftsformer	171
Bra tillgänglighet – men inte för alla	175
Nöjda patienter – men inte alltid	178
Fri etableringsrätt kan försvåra samordning.....	181
Fri etableringsrätt kan medföra särskilda utmaningar för husläkarnas arbetssituation.....	186
Fri etableringsrätt kan vara kostnadsdrivande.....	188
Ansvar för tillsyn och uppföljning finns på central och lokal nivå.....	192
Utmaningar i Norge efter Fastlegeordningen	193
Jourtjänsten	193
Husläkarkårens könssammansättning.....	196
Utvecklingen av patientavgifter och risken för ojämlikhet i hälso- och sjukvården	197
Diskussion.....	198
Erfarenheterna från Norge framstår överlag som positiva.....	200
Genomförandet av en primärvårdsreform i Sverige	201
Sammanfattning.....	215
Referenser.....	217

Bilaga 2:1	225
Kostnad för allmänläkartjänster 2000–2008	225
Bilaga 2:2	227
Min Fastlege: ett verktyg för val av husläkare i Norge.....	227

Bakgrund, syfte och begrepp

Kommittédirektivet (dir. 2007:90) ger uttryck för idén att en förändring av primärvårdens organisering och ett ökat inslag av patientval har förutsättningarna att förbättra verksamhetens utfall, t.ex. i form av ökad tillgänglighet, kvalitet, innovation och effektivitet. Att dylika reformer förväntas ge sådana konsekvenser följer av en grundläggande (nationalekonomisk) idé om marknadens funktionssätt: att högre aggregerad nytta kan uppnås genom enskilda kunders nyttomaximerande val bland konkurrerande utförare. I detta dokument ligger fokus inte på att utreda principiella förtjänster och brister med olika organisationsmodeller för primärvården. Ambitionen är i stället att diskutera vilka praktiska organisatoriska konsekvenser som införandet av ett offentligt finansierat husläkarsystem (och tillhörande organisatoriska strukturer) medfört. Dokumentet tar avstamp i två breda frågor: Hur har husläkarsystem tidigare iscensatts? Med vilka organisatoriska konsekvenser?

Diskussionen tar sin utgångspunkt i empiriska studier av sjukvårdssystem som organisatoriskt liknar det som eftersträvas enligt kommittédirektivet. Särskild uppmärksamhet riktas mot den omfattande nationella reform av primärvården som sjösattes i Norge den 1 juli 2001. Då kommittédirektivet pekar ut att utredaren "skall ... föreslå hur en fri etableringsrätt kan införas i primärvården" riktas särskilt intresse mot de förändringar som gjorts i reglerna rörande etablering och ersättning. Att utan närmare precisering beskriva att det råder "fri etableringsrätt" inom den norska primärvården är emellertid problematiskt.

Vad menas med "fri etableringsrätt"?

Det finns i dag inga organiserade sjukvårdssystem som helt saknar etableringshinder, t.ex. i form av krav på legitimerade utövare samt avtal om åtaganden och ersättning eller, i förekommande fall, krav på följsamhet till det som är "marknadens villkor". Det går heller inte att entydigt definiera vari den s.k. friheten ligger med utgångspunkt från tidigare försök att införa något som benämnts "fri etableringsrätt". (I kommittédirektivet antyds att friheten ska ligga i att vårdproducenter har möjlighet att etablera sig i valfritt landsting utifrån enhetliga etableringskrav.)

Att den norska primärvården ändå kommer betecknas som ett system med fri etableringsrätt i detta dokument ska förstås mot bakgrund av att de svenska landstingen kontrollerar all offentligt finansierad (ny)etablering inom sitt geografiska område och allmänläkares ersättning, antingen genom avtal eller genom lönesättning. En legitimerad läkare som i dag vill verka i Sverige som allmänläkare¹ måste vara anställd av landstinget eller en privatägd vårdproducent, vinna ett anbud för att mot vårdavtal driva en vårdcentral/husläkarmottagning (tillsammans med andra vårdprofessionella) och/eller sluta samverkansavtal med ett landsting. I jämförelse har den norska primärvården regler för etablering och ersättning som ger sjukvårdshuvudmännen (de norska kommunerna) mindre inflytande över vilken nyetablering som sker, och vilken ersättning som utgår för vårdinsatser. Samtidigt innebär reformen en omfattande central reglering av bl.a. ersättningsnivåer. Beteckningen "fri etableringsrätt" kommer användas för att beskriva den norska primärvårdsreformen, men det ska alltså förstås som att reformen medförde en uppluckring snarare än ett avskaffande av de befintliga etableringsreglerna.

Vilka slutsatser går det att dra utifrån andras erfarenheter av organisationsreformer?

En diskussion som tar sin utgångspunkt i de norska erfarenheterna av fri etableringsrätt måste också förstås mot bakgrund av att denna strukturförändring sällan kan genomföras som ett fristående reforminitiativ. Såväl i Sverige som utomlands är idén om fri etableringsrätt oftast nära sammankopplad med idén om ett husläkarsystem, och ingår som en del av ett mer omfattande reformpaket. Det är därför svårt att avgränsa en diskussion av fri etableringsrätt från närliggande frågeställningar, exempelvis införandet av en generell kundvalsmodell. Att det är svårt att lyfta ut en del av ett reformpaket ur sitt sammanhang har konsekvenser för vilka slutsatser som kan dras av en genomgång som denna. Hälso- och sjukvården är ett komplext system vars funktion i sin helhet inte enkelt och entydigt kan förstås med utgångspunkt från en sammantagen bedömning av avgränsade delars funktion, t.ex.

¹ I texten kommer beteckningen "allmänläkare" att användas för de läkare som är verksamma i den svenska primärvården. Ordet "husläkare" kommer framför allt användas för att beskriva läkare verksamma i den norska, brittiska eller danska primärvården.

enskilda organisationer, specifika aktörsgrupper, kritiska processer eller ens stora reformförsök. Det är därför viktigt att betona att denna genomgång inte kan ge entydiga svar om vilka konsekvenser införandet av ändrade regler för etablering och ersättning inom ramen för ett husläkarsystem haft i Norge – eller skulle ha i ett svenskt sammanhang.

Det är samtidigt relevant att påminna om att en reforms principer oftast framstår som betydligt mer enkla, rimliga och lyckade än den betydligt mer problematiska, komplexa och ”misslyckade” verklighet som utgör föremål för reformen (se Brunsson och Olsen 1998). Glappet som finns mellan tanke och verklighet har visat sig vara ett sätt genom vilket man upprätthåller hoppet till ständigt nya reformer, trots bristande bevis för att de verkligen realiserat de goda ting som eftersträvats. Att en reform har misslyckats kan (bort)förklaras med de särskilda förutsättningar som förelegat då reformen implementerats. På samma sätt kan tidigare svårigheter att implementera en reformidé tonas ner med hänvisning till att dessa erfarenheter inte är av relevans givet de särskilda förutsättningar som kommer att råda då den implementeras på nytt (Brunsson 2006).

Det är erkänt svårt att förändra hälso- och sjukvården. En tänkbar förklaring till det är att hälso- och sjukvården är en sektor med omfattande institutionalisering. Med detta menas att verksamheten ”lever med” många institutionaliserade föreställningar – förgivet-tagna idéer om hur saker bör göras vilka är starkt sammanvävda med organisatoriska, ekonomiska, juridiska och materiella resurser. Detta påverkar intresset och förmågan att genomdriva förändringar – särskilt sådana förändringar som bygger på idéer som väsentligen skiljer sig från existerande tankestrukturer.

Ovanstående ska inte tolkas som att det inte går att lära sig av egna eller andras tidigare erfarenheter, eller att det inte går att förändra en verksamhet. Däremot understryker det sagda svårigheten att entydigt dra slutsatser om lämpligheten i att genomföra någon av de i kommittédirektivet föreslagna förändringarna av den svenska primärvården. Det denna kartläggning framför allt syftar till är att belysa ett antal aspekter som torde vara relevanta att beakta vid en reform som har ambitionen att i praktiken öka patientmakten generellt, och inom primärvården mer specifikt.

Införandet av s.k. fri etableringsrätt...

Som tidigare nämnts är idén om fri etableringsrätt oftast nära sammankopplad med idén om ett husläkarsystem. Den aktuella genomgången tar avstamp i erfarenheter från utländska sjukvårdssystem, och då särskilt försök till omorganisering av primärvården. Dessa reformförsök pekar på möjligheter och svårigheter med att förändra reglerna för bl.a. etablering och ersättning. Införandet av Fastlegeordningen i Norge är den enskilda reform som står i fokus.

Fastlegeordningen genomfördes som nationell reform den 1 juni 2001. Den innebär i korthet att alla norska invånare får välja att lista sig hos en allmänpraktiserande läkare (s.k. fastlege). En mer detaljerad beskrivning av denna reform görs nedan. Hur primärvården är organiserad i Storbritannien och Danmark kommer också att beröras i genomgången (framför allt då regler för etablering och ersättning diskuteras). Emellertid är båda dessa sjukvårdssystem historiskt organiserade utifrån en s.k. husläkarmodell, med egenpraktiserande primärvårdsläkare hos vilka patienter får välja att lista sig. I både Danmark och Storbritannien infördes ett listningssystem för patienter redan i slutet på 1940-talet. I och med att primärvården i Danmark och Storbritannien har historiskt väsentligen annorlunda strukturella, finansiella och organisatoriska förutsättningar än de som föreligger i ett svenskt sammanhang, är det mer relevant att i detalj studera den norska reformen som syftar till att införa en sådan modell.

Utöver dessa exempel från utländsk primärvård kommer även omregleringen av det norska apoteksväsendet att diskuteras, i första hand i relation till driftsformer och etableringsmönster. Anledningen till detta är att samtliga av de tre ovannämnda länderna har en primärvård som på väsentliga punkter skiljer sig från de förutsättningar som i dag finns i den svenska primärvården. En sådan skillnad är den höga graden av privatisering. Det är viktigt att beakta att den norska reformen från 2001, som bl.a. syftar till att öka egenföretagandet, genomfördes i ett läge då knappt en femtedel av läkarna var löneanställda. Omregleringen av apoteksväsendet i Norge, som tidigare var ett statligt kontrollerat monopol, avspeglar inte heller situationen i den svenska primärvården men är relevant mot bakgrund av den högre grad av offentlig organisering som råder i dagsläget. Den norska apoteksomregleringen kan betecknas som en mer radikal reform än Fastlegeordningen, i sitt

sammanhang. På samma sätt kan införande av ett husläkarsystem vara relativt sett radikalt i dagens svenska sammanhang.²

Vid en genomgång går det att lyfta fram ett antal faktorer som torde vara av relevans vid en vidare diskussion om förändringar av den svenska primärvården. Men innan denna genomgång kommer husläkarmodellen, och särskilt idén om fri etableringsrätt, positioneras i ett svenskt historiskt sammanhang, genom en kortare redogörelse av husläkarreformen 1994.

...i ett svenskt historiskt sammanhang (kort om husläkarreformen 1994).

Den organisationsmodell som är starkt institutionaliserad i den svenska primärsjukvården är lagbaserad vård med områdesansvar. Idén om fri etableringsrätt är framför allt sammankopplad med husläkarmodellen, som i högre utsträckning betonar relationen mellan den enskilda patienten och dennes läkare. Denna organisatoriska struktur som centralt bestämd och gemensam lösning på hur den svenska landstingsfinansierade primärvården ska organiseras har tidigare lyfts fram från borgerligt politiskt håll i slutet på 1970-talet och i början av 1990-talet. I det första fallet röstades ett förslag från den folkpartistiska minoritetsregeringen (prop. 1978/79:178) ner i riksdagen (se beskrivning i Johnson 2003, kapitel 9). I det andra fallet gjordes ett antal försök inom olika landsting att öka betoningen av den enskilda patient – läkarrelationen. Efter att en ny lag stiftats (lagen (1993:588) om husläkare), genomfördes den s.k. husläkarreformen i januari 1994.

Husläkarreformen hade framför allt den brittiska husläkarmodellen som förlaga (tillsammans med de danska och nederländska systemen). Den husläkarroll som instiftades genom 1993 års lag omfattade ett övergripande ansvar för att ta emot patienter på den egna mottagningen, men också att ha jour, göra hembesök,

² Det är i detta sammanhang relevant att påpeka att primärvårdsreformen som genomfördes 1970 och innebar en övergång till öppenvårdsmodellen, uppbyggd kring landstingsägda vårdcentraler med anställda läkare och övrig personal, har karakteriserats som en radikal förändring av då rådande förhållande. Av propositionen (Kungl. Majt:s proposition 1969:125) framgår att s.k. provinsial- och stadsdistriktsläkare år 1966 svarade för en fjärdedel av alla öppenvårdsbesök, och privatpraktiker för lika stor andel. Ytterligare 40 % av öppenvårdsbesöken togs om hand av överläkare och underläkare vid sjukhusen – ofta genom biinkomster. Intentionen som uttrycktes i propositionen var att denna struktur på kort tid skulle ställas om, så att landstingens primärvård skulle svara för merparten av all öppenvård. Ersättningsystemet förändrades så att patienter betalade en fast (låg) avgift vid varje besök, i stället för att i efterhand ersättas för utlägg via försäkringskassan.

vara rådgivande, samt samverka med andra vårdgivare. Lagen reglerade ett minimi- och maximiantal för listade patienter (1 000 respektive 3 000 personer). Detta centralt reglerade minimi-åtagande kan tolkas som en etableringskontroll, i och med att landstingen hade rätt att avstå från att sluta samverkansavtal med husläkare som inte uppföljde detta kriterium.

Ersättningen till husläkare skulle, enligt lagen, till övervägande del bestå av ett bestämt belopp för varje person som var förtecknad hos husläkaren, en s.k. individersättning. Därtill skulle ett belopp betalas för varje besök eller motsvarande åtgärd, en s.k. besöksersättning. Det var även möjligt för landstingen att avtala om en s.k. åtgärdsersättning för åtgärder som krävde medicinsk kompetens eller utrustning utöver vad en husläkare vanligen förväntades ha. Enligt lagen hade varje landsting rätt att bestämma hur nivån på de olika ersättningstyperna skulle beräknas.

Denna struktur med ett decentraliserat beslutsfattande rörande ersättningsnivåerna i husläkarreformen tillkom efter att flera remissinstanser riktat kritik mot det ursprungliga förslaget. Enligt detta förslag skulle bl.a. individersättningen bestämmas centralt, något som remissinstanserna uppfattade som en oönskad inskränkning av landstingens självbestämmanderätt (se beskrivning Johnson 2003 s. 197–198). I det slutliga förslaget (prop. 1992/93:160) minskade graden av centralstyrning och en större variation mellan landsting tilläts, i linje med den svenska traditionen av omfattande självbestämmande för sjukvårdshuvudmännen.

Samtidigt beskriver Johnson (2003) hur det var de förändrade etableringsreglerna som var den del av det ursprungliga lagförslaget och den slutliga lagen som väckte mest debatt, och den största politiska oenigheten. Att förslaget trots detta gick igenom berodde på att regeringen fick stöd från ny demokrati. Emellertid drogs detta stöd tillbaka något år senare och i april 1994 röstade riksdagen med en rösts övervikt att ge i uppdrag åt regeringen att avskaffa husläkarlagen. Lagen upphävdes 1996.³

Detta förlopp pekar på en generell risk med att genomdriva reformer utan stabil politisk uppslutning. Det finns också mer specifika betraktelser som kan göras. En sådan betraktelse är behovet av uppföljning för att säkra en önskad implementering. Redan innan lagens tillkomst hade ett antal landsting infört eller prövat liknande idéer.⁴ Andra landsting var mer avvaktande till reform-

³ Via lagen (1995:836) om upphävande av lagen (1993:588) om husläkare.

⁴ Bland dessa var Stockholm, Dalarna, Bohuslän och dåvarande Västmanland.

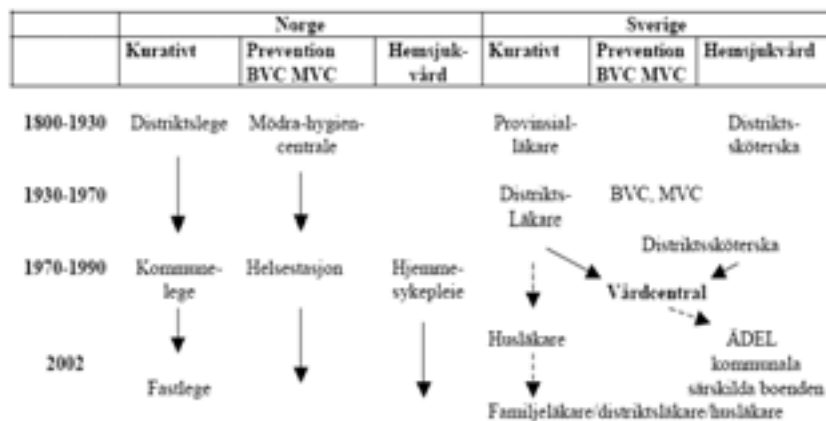
idén, och en nationell Husläkardelegation kom att tillsättas till följd av upplevda svårigheter att få samtliga landsting att implementera lagen i linje med lagstiftarens intentioner. Exempelvis uppmärksammades vissa oönskade tolkningar av hur ersättningsystemen skulle utformas. En sådan oönskad tolkning var vissa landstings förslag om att prestationsersättningen skulle tillfalla vårdcentralen. Detta förväntades skapa incitamentsproblem för offentligtanställda i dessa landsting, eftersom de inte skulle få lön utifrån individuell prestation.

En annan betraktelse är att delar av husläkarreformens ”tanke-gods” har levt kvar. Den lagstadgade rättigheten att välja en fast vårdkontakt i primärvården bibehölls även efter husläkarreformens avskaffande. Sedan 1995 åläggs landstingen av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att se till att varje invånare som så önskar får en fast läkarkontakt. Sedan en tid tillbaka pågår också ett antal initiativ – t.ex. i Halland och Stockholm – att införa ett system med listning av patienter hos enskilda husläkare.

...i det norska sammanhanget (om Fastlegeordningen 2001)

En bakgrund till reformen

Sverige och Norges primärvård har haft en delvis annorlunda historisk utveckling, där olikheterna i organiseringen har ökat med tiden (se figuren nedan, återgiven från Hallgren, Engström och Borgquist 2003 s. 8).



I korthet kan utvecklingen sammanfattas med att den svenska provinsialläkaren har sin norska motsvarighet i de s.k. distriktslegere som efter införandet av distriktslegeordningen år 1836 ansvarade för sjukvårdande behandling inom ett av de (inledningsvis mycket stora och successivt mindre) distrikt som landet indelades i. Liksom i Sverige ändrades emellertid denna läkarroll under 1960-talet, i samband med att huvudmannskapet övergick från staten till de norska kommunerna (och i Sverige, landstingen). En skillnad var dock att man i Sverige kom att lyfta fram den flerprofessionella vårdcentralen som organisationsstruktur. Så skedde inte i Norge, utan här organiserades olika verksamheter separat. En annan skillnad var att de norska kommunerna anställde husläkare, men även slöt avtal med vissa husläkare som ersattes efter presentation. Presentationsersättning utgick även för all jourverksamhet; detta gällde oavsett om man var anställd eller presentationsavlönad "till vardags".

Mot slutet av 1980-talet upplevdes det emellertid föreligga stora problem med framför allt de kommunalt anställda läkarnas tillgänglighet, jämfört med de egenpraktiserande, prestationsersatta läkarna. En satsning gjordes därför för att göra de norska "kommunläkarna" privata. Förmånliga villkor erbjöds för övertagande av lokaler och kommunerna blev ålagda att ge ett årligt driftstillskott på mellan två och tre hundratusen norska kronor till varje heltidsarbetande läkare, för att täcka mottagningskostnader som t.ex. utrustning och administration. Ersättning för besök betalades enligt en nationell taxa. Efter denna reform gick ett stort antal läkare över till att bli privatpraktiserande (Husom 2000).

I samband med ovannämnda översyn av allmänläkarnas tjänstgöring hade olika organisationsmodeller för allmänläkartjänsten diskuterats. Men då förslaget som slutligen beslutades om ålade kommunen att organisera det "offentliga hälsoarbetet" (prevention osv.) utifrån en områdesmodell, bedömdes ett listsystem för den kurativa primärsjukvården riskera att stå i konflikt med detta. Tanken om listning togs därför upp på nytt först i slutet på 1980-talet, då behovet av att ändra etableringsreglerna och värdet av att införa ett listningssystem återigen började diskuteras.

En bidragande orsak till den fortsatta debatten om primärvårdens organisering var de ihållande problemen med nyrekrytering till husläkarkåren. Ytterligare ett upplevt problem var att många kommuner hade svårigheter att besätta sina avlönade läkartjänster, även då det fanns läkare som ville jobba inom primärvården. Kom-

munernas svårigheter med att besätta sina läkartjänster förklarades delvis med det var relativt sett bättre villkor för privatpraktiserande läkare. Emellertid var det många kommuner som inte beviljade ytterligare driftstillskott till etablering av nya privata läkarpraktiker p.g.a. ekonomiska begränsningar. I ett försök att komma till rätta med den upplevda asymmetrin mellan antalet läkare som ville verka som privatpraktiserande husläkare med avtal och antalet sådana läkartjänster, utarbetades en ny modell för ersättning (samt etablering och listning) där driftstillskottet togs bort och ersattes av en kapitationsersättning. I den försöksverksamhet som genomfördes mellan 1993 och 1996 i fyra kommuner (Trondheim, Tromsø, Lillehammer och Åsnes) testades denna modell, som sedan låg till grund för den nationella Fastlegeordningen.

Totalt deltog 250 000 invånare och 151 läkare i det s.k. Fastlegeförsöket (Sandvik 2006 s. 27). Uppstartsfasen var emellertid problematisk på många sätt, och anslutningsgraden varierade mellan de fyra kommunerna (från 72 % i Tromsø till 97 % i Åsnes). Utvärdering av försöken pekade dock i huvudsak på såväl ökad tillgänglighet till vård som ökad nöjdhet hos patienter (Heen, Mo och Johnsen 1996). Väntetiderna för att få tid sjönk något, och andelen patienter som kände trygghet i att de skulle få hjälp när det behövdes ökade något (från 77 till 82 %). I en jämförande ”kontrollkommun” skedde ingen motsvarande förändring under samma tidsperiod (Hasvold och Johnsen 1996). De upplevda fördelarna var mest påtagliga i den kommun (Tromsø) som innan försöket hade haft sämst läkartäckning (Sandvik 2006 s. 28).

Med försöksverksamheten som utgångspunkt påbörjades så ett arbete år 1997 för att förbereda en generell övergång till ”fastlegemodellen”. Kommunförbundet, Oslo stad och det norska läkarförbundet fick i uppdrag av Stortinget att planera ett genomförande och förhandla om utformningen av centrala komponenter i reformen, bl.a. utformningen av den prestationsbaserade ersättningen. Målsättningen var ursprungligen att genomföra reformen redan 1999, men då de inledande förhandlingarna havererade försenades processen något och reformen lanseras den 1 juni 2001. Sammantaget var införandet av ett listningssystem inom den norska primärvården ett resultat av en långvarig process som löpte över cirka 20 år (se t.ex. beskrivning i NOU 2005:11 s. 44–45).

Fastlegeordningens struktur

Fastlegeordningen är en nationell reform av de norska primärvårdsläkarnas organisering och finansiering. Reformen innebär i korthet att alla invånare som väljer att delta i systemet har rätt att välja att lista sig hos en allmänpraktiserande läkare (en fastlege, nedan kallad "husläkare"). Varje invånare har rätt att få den läkare hon väljer om det finns plats på dennes lista. Individen kan välja vilken läkare hon vill, utan geografisk begränsning. Hon kan även byta läkare, dock högst 2 gånger per år. ("Tvångsbyten" kan också ske till följd av att enskilda läkare avslutar sin praktik eller minskar sin liststorlek).

I Fastlegeordningen är en klar majoritet (drygt 90 %) av alla husläkare privatpraktiserande, som slutit avtal med en kommun. Ersättningen till husläkarna består av en kapitationsdel och en prestationsdel. Fördelningen dem emellan är tänkt att vara 30/70. Båda ersättningsnivåerna är centralt bestämda. Kapitationen betalas av kommunerna, medan prestationsersättningen betalas av staten via folketrygden (motsvarande försäkringskassan). Patienter betalar även en avgift i samband med nyttjandet av husläkarens tjänster. Betalningsströmmarna beskrivs i detalj, nedan.

Enligt reglerna för Fastlegeordningen ska varje husläkare ta ansvar för de patienter som finns på sin lista. Denna lista får som mest innehålla 2 500 patienter. Kommunerna kan dock kräva att den heltidsarbetande läkaren har minst 1 500 listade patienter (vid deltid, minst 500). Husläkaren har också krav på sig att delta i offentligt allmänläkararbete (t.ex. vid BVC och sjukhem) om kommunen vill att så sker. Det kan även ingå krav på att husläkaren ska delta i jourtjänstgöring inom den kommunalt organiserade jourtjänsten (den s.k. legevakten), som har ansvaret för sjukvårdskontakter utanför kontorstid.

Ovanstående åtaganden regleras i de lokala avtal som tecknas mellan kommun och husläkare. Utöver offentligt allmänmedicinskt arbete, deltagande i vikarieordning och jour regleras här även öppningstider, telefontillgänglighet, lokaler, redovisningsrutiner och ekonomiska ersättningar, samt handledning av AT-läkare.

Betalningsströmmar

Som nämnts ovan innefattar Fastlegeordningen en tudelad ersättningsmodell, där kapitationsersättningen finansieras av kommunerna och prestationsersättningen bekostas av den norska staten.

Administrationen av båda penningflödena sköts till stor del av *Arbeids- og velferdsetaten* (nedan ”NAV”).⁵

Kapitationsersättningen

Nivån på kapitationsersättningen (det s.k. basistilskuddet) bestäms vid centrala förhandlingar i juni varje år. Den nya nivån börjar gälla från och med den 1 juli. Sedan den 1 juli 2007 kostar varje invånare som är med i Fastlegeordningen 332 norska kronor per år, motsvarande 27,66 norska kronor per månad. Kapitationssumman har stigit med 0,3–4,5 % per år sedan 2002. Taxan är enhetlig; det tas ingen hänsyn till ålder, kön eller dylikt.⁶

NAV administrerar Fastlegeordningen åt kommunerna genom att månatligen beräkna kapitationsersättningen som varje kommun ska betala till respektive husläkare. Ersättningsnivån beräknas utifrån läkarnas listsammansättning. Varje månad görs en avstämning i fastlegeregistret på central nivå. Här framgår de ändringar i listornas sammansättning som registrerats under den gångna månaden. Resultatet av denna centrala körning tas ut på de regionala NAV-kontoren som skickar underlaget till varje kommun. Kommunen betalar sedan ut kapitationsersättningen till de husläkare med avtal, i enlighet med den rapporterade listsammansättningen.

Utöver denna månatliga beräkning sker en årlig avstämning för att hantera de invånare som valt husläkare utanför sin folkbokförda kommun, s.k. gjesteinbygger. Under året betalar varje kommun för samtliga invånare som är listade hos läkare i kommunen – oavsett var dessa individer är folkbokförda. Den årliga avstämningen syftar till att justera förehavanden mellan kommuner så att varje kommun endast betalar kapitationsersättning för de egna invånarna.

⁵ Den 1 juli 2006 genomfördes en stor förvaltningsreform genom skapandet av Arbeids- og velferdsetaten (NAV), en sammanslagning av kommunala socialtjänsten och Försäkringskassan (”trygdeetaten”). Fram till 2010 ska tidigare arbets- och trygdekantor göras om till NAV-kontor.

⁶ Differentierad bastaxa för olika patientgrupper har föreslagits av vissa sedan Fastlegeordningens genomförande (Maartmann-Moe 2003), men detta har inte fått gehör. I dagsläget är det genom ersättning för extra tid i samband med konsultation som läkare ersätts för vård av patienter med sammansatta och komplexa vård- och behandlingsbehov.

Prestationsersättningen

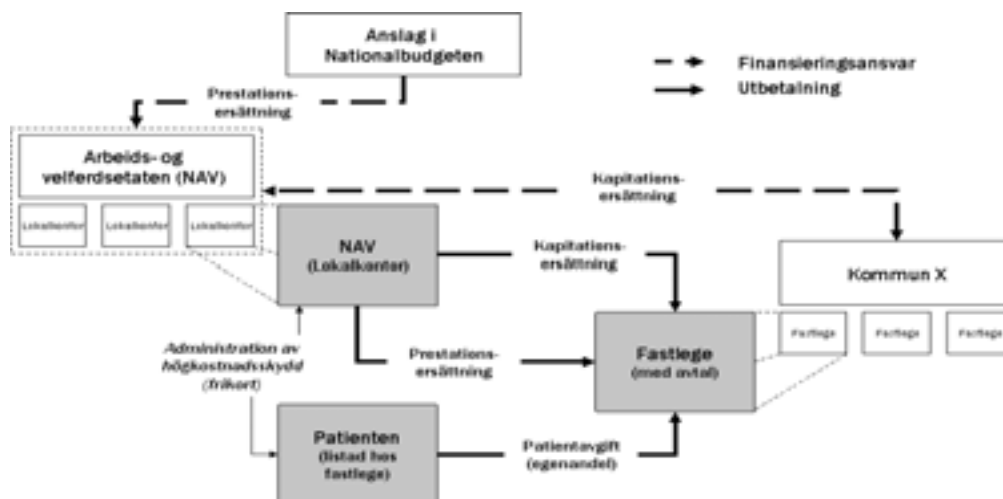
Den prestationsbaserade ersättningen administreras av NAV via sina regionala kontor (se not 5). Dit skickar varje husläkarpraktik sina ersättningsanspråk en gång i månaden. Där sker sedan en granskning av den begärda ersättningen. Exempelvis dras ersättning för otillåtna aktivitetskombinationer bort från det begärda beloppet. Utbetalningen till läkaren sker sedan inom 10 dagar.

Utöver den månatliga granskningen görs en årlig översyn av den totala ersättningen till varje husläkare, för att se till att nivån är riktig. Staten skjuter till extra medel om ersättningssumman överstiger den budgeterade nivån (detta har skett flera gånger sedan reformens införande).

Egenavgifter

Utöver dessa centralt administrerade och offentligt finansierade system betalar norska patienter patientavgifter i samband med att de utnyttjar olika tjänster inom hälso- och sjukvården. Utvecklingen av patientavgifter (den s.k. egenandelen) före och efter Fastlegeordningen diskuteras mer ingående, nedan.

Betalningsströmmarna sammanfattas i figuren nedan.



Utvärdering av Fastlegeordningen

En större utvärdering administrerad av Norges forskningsråd på uppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet genomfördes mellan 2001 och 2005. Fyra områden skulle särskilt studeras: läkartäckning, tillgänglighet, kontinuitet och effektivitet. Som styrgruppen för det norska utvärderingsarbetet dock påpekar i förordet till den sammanfattande rapporten är en svårighet med utvärderingen att

nasjonale reformer utelukker kontrollerte design, fordi alle er omfattet av reformen. Det blir derfor desto mer krevende for forskerna gjennom sine prosjekter å vise om Fastlegereformen har medført endringer og sannsynliggjøre at endringene faktisk kan tilskrives reformen og ikke andre samtidige hendelser (Sandvik 2006).

Ett särskilt problem som påtalas i ett antal av de enskilda studier som genomfördes inom ramen för utvärderingen, är att de norska sjukhusen förstatligades samtidigt som Fastlegeordningen infördes. Därför är det inte entydigt att observerade ändringar i vårdflöden kan tillskrivas Fastlegeordningen.

Vidare konstateras i styrgruppens förord att den norska reformen måste förstås i sitt historiska, organisatoriska och finansiella sammanhang, trots att den haft andra sjukvårdssystem som förlagor: ”Fastlegereformen i Norge er bygget på de samme prinsipper som de tilsvarende ordninger i England, Nederland og Danmark. Likevel er det vesentlige forskjeller i organisering og finansiering. Alle reformer skal forståes i sin historiske kontekst”. Det betonas att det är svårt att summera kunskaper som härrör från olika sammanhang, som bygger på olika forskningsmetoder och frågeställningar – även inom ramen för ett gemensamt utvärderingsprojekt.

En redogörelse för samtliga projekt inom detta utvärderingsuppdrag återfinns dock i Sandvik (2006). Den följande tematiska redogörelsen bygger i stor utsträckning på de studier som genomförts inom ramen för ovannämnda utvärderingsprogram. Hänvisningar görs också till de två av Familjemedicinska Institutet (Fammi) beställda rapporter som studerat situationen i Norge med hänsyn till vad som hänt efter införandet av Fastlegeordningen (Hallgren, Engström och Borgquist 2003; Borgquist, Hallgren och Engström 2006). Därutöver tillkommer enskilda vetenskapliga

studier, samt myndighetsskrifter från såväl Norge, Storbritannien (främst England) och Danmark.

Erfarenheter av Fastlegeordningen

Etablering är inte "fri", utan bestäms på lokal nivå

Som tidigare nämnts, råder det inte "fri etableringsrätt" inom den norska primärvården. Beslut rörande etablering sköts av de enskilda sjukvårdshuvudmännen (kommunerna), som utlyser husläkartjänster. För att verka som husläkare krävs alltså ett avtal med en kommun. Den enskilda kommunens beslut att utlysa en läkartjänst sker efter ansökan till den regionala fylkesmannen (svensk motsvarighet till länsstyrelsen), som bl.a. har i uppgift att följa med i dimensioneringen av allmänläkartjänsten och listkapaciteten hos de lokala husläkarna. I och med att kommunerna endast har ekonomiskt ansvar för kapitationsersättningen finns det emellertid inga negativa *ekonomiska* konsekvenser av att tillåta nyetablering.⁷

Även Danmark har sedan länge tillämpat ett system varvid nyetablering inte tillåts utan en behovsbedömning. Innan 1 januari 2007, då en omfattande strukturreform trädde i kraft, fastställdes antalet husläkare i varje amt (landsting) utifrån folkbokföringen och efter förhandlingar med allmänläkarnas organisationer. Detta syftade till att undvika lokal över- eller underetablering (SOU 2002:31 s. 47–8). Ökade befolkningsunderlaget fastslog t.ex. amtet efter samråd med läkarorganisationerna, att nya tjänster som allmänläkare var lediga. Intresserade läkare anmälde sig och amtet valde sedan ut "vinnarna". Minskade befolkningsunderlaget fanns även en metod för att köpa ut övertaliga läkares mottagningar. I början på 2007 avskaffades amterna och fem regioner bildades, med ansvar för bl.a. primärvård. I denna nya modell ingår fortfarande att s.k. praksisplanlægning ska genomföras för att säkra en rimlig läkartäckning genom löpande bedömningar av rekryteringsbehov och sådana förändringar i omständigheter som påverkar behovet av läkare. Enligt den rådande överenskommelsen mellan Regionernes Lønnings- og Takstnævn (tidigare Sygesikringens Forhandlings-

⁷ Som beskrivits ovan medförde etableringen av dessa tjänster tidigare en direkt kostnad för sjukvårdshuvudmännen (kommunerna), i form av ett driftstillskott. Sedan Fastlegeordningens införande består kommunens kostnad för primärvården av en invånarbaserad kapitation. Det gör alltså ingen skillnad ur kommunens (ekonomiska) perspektiv hur många husläkare som är verksamma i kommunen.

udvalg) och Praktiserende Lægers Organisation (PLO) ska denna planering skötas av den regionala "samarbejdsudvalgen", en grupp bestående av 8–12 representanter från regionen, kommunerna och läkarprofessionen.

Historiskt har husläkaren i det brittiska sjukvårdssystemet haft en fristående roll som "independent contractor" vis-à-vis offentliga eller/och privata finansiärer. Emellertid har en serie reformer under 1990- och 2000-talet syftat till att öka integrationen mellan husläkaren och andra hälso- och sjukvårdstjänster inom det offentligt finansierade National Health Service (NHS). En komponent av det "nya NHS" (Secretary of State for Health 1997) som Labour-regeringen fr.o.m. 1997 arbetat för att genomdriva har varit skapandet av s.k. Primary Care Trusts (PCT). Varje PCT har ansvar för cirka 200 000 individer inom ett geografiskt område och en samlad budget för såväl primär- som sjukhusbaserad vård (se Statutory Instrument 2002 No. 2375). PCT kan verka som utförare av s.k. community services (t.ex. distriktssköterska och fysioterapi) och beställare av tjänster från NHS Trusts och husläkare. Med andra ord, för att verka som husläkare inom ramen för den offentligt finansierade NHS förutsätts i dag avtal med en PCT (alternativt kan husläkaren sluta avtal med privata försäkringsbolag). Sedan 1 april 2004 finns två huvudsakliga typer av avtal som förekommer mellan PCT och husläkare.

Den ena typen är ett centralt avtal, kallad General medical services (GMS), som förhandlats fram mellan British Medical Association (BMA) General Practitioners Committee, NHS Confederation och de fyra hälsoinstitutionerna i Storbritannien. Alternativet till GMS är avtal om Personal medical services (PMS). Skillnaden mellan PMS och GMS är att det förra är ett lokalt förhandlat avtal mellan den enskilda *Primary Care Organisation* (i första hand de ovannämnda PCT) och den enskilde husläkaren. PMS har tillåtits sedan 1997 (efter införandet av the Primary Care Act) men andelen husläkare med sådana avtal har stigit markant under senare år; enligt BMA (2006) har ungefär hälften av alla husläkare i dag ett PMS avtal. Dock har det uppmärksammats att det finns ett tryck från en del PCT att praktiker ska flytta från PMS till GMS avtal, med hot om icke-förnyade kontrakt och argument att GMS är mer kostnadsineffektivt (BMA 2007).

Både GMS- och PMS-avtalet är *praktik* – snarare än individbaserat (BMA 2006; BMA 2004 s. 8). Avtalen sluts alltså mellan en praktik (bestående av flera läkare) och en lokal PCO, men

villkoren om ersättning och tjänsteutbud bygger på centralt bestämda villkor. En intressant utveckling är att patienter registrerar sig på praktiken, där de sen har rätt att begära att träffa en enskild läkare (något som kan ta lite längre tid, enligt BMA 2006).

Ersättningsystemet är detaljstyrt på central nivå

Ersättningsystemets övergripande och även mer detaljerade utformning är föremål för en omfattande central reglering i Norge. Även i Danmark och Storbritannien bestäms en stor del av tarifferna via centrala förhandlingar.

I Norge är det bestämt från centralt håll att ersättningen för husläkare ska bestå av cirka 70 % prestationsbaserad ersättning och 30 % kapitation per listad patient. Nivån på båda ersättningarna bestäms centralt. Vad gäller den prestationsbaserade ersättningen reglerar den centrala överenskommelsen *på detaljnivå* vilken ersättning som utgår för vilken åtgärd, t.ex. vad styckpriset är för ett telefonsamtal med en patient, en provtagning, en konsultation med en patient (med extra ersättning för den tid som konsultationen överstiger ett på förhand definierat standardbesök). Tariffnivåerna – inklusive generella kostnadsökningar och vissa riktade satsningar – sätts vid årliga förhandlingar mellan Den norske legeförening och staten via Arbeids- og administrasjonsdepartementet och kommunförbundet (Kommunenes Sentralforbund). I den statliga förhandlingsdelegationen ingår även deltagare från Helse- og omsorgsdepartementet samt Finansdepartementet och NAV (Arbeids- og velferdsetaten). Överenskommelsen publiceras sedan (se Den norske legeförening 2007).

Innan den danska kommunreformen som genomfördes 1 januari 2007 fanns på liknande sätt ett centraliserat, tredelat ersättningsystem där ersättning utgick för 1) antalet listade patienter, 2) antalet besök och 3) vissa förtecknade åtgärder/behandlingar (där det specificeras vilka åtgärder som kan/får kombineras). Ersättningsnivån fastställdes i centrala förhandlingar mellan amten och läkarnas organisationer, med möjlighet för lokala anpassningar (t.ex. extra arvode för utredning av särskilda sjukdomstillstånd om det upplevs finnas ett särskilt behov av detta på lokal nivå). Denna övergripande modell kvarstår delvis efter 2007 års kommunreform och bildandet av de fem regioner som nu ansvarar för bl.a. primärvården. Ersättningen till regionerna består av en kapitationsersätt-

ning (basishonorar), samt ett s.k. praxisomkostningshonoraret som ska bekosta praktikens omkostnader (jfr det norska driftstillskottet, beskrivet ovan). Därtill utgår en besöksersättning, och vissa riktade aktivitetsersättningar (t.ex. för uppsökande hembesök hos äldre patienter). Nivån på dessa ersättningar sätts i centrala förhandlingar mellan Regionernes Lønnings- og Takstnævn och Praktiserende Lægers Organisation. Kommunerna, som efter reformen är med och direkt finansierar regionernas arbete⁸, bidrar med vissa aktivitetsersättningar med utgångspunkt från en centralt förhandlad aktivitetsnivå – men med utrymme för vissa lokala verksamhetsprioriteringar (se KL 2007 3).

I Storbritannien bygger ersättningen inom ramen för det centralt förhandlade GMS-avtalet på ett nationellt system för garanterade ersättningar (Statement of Financial Entitlements, SFE) som förhandlats fram av British Medical Association (BMA) General Practitioners Committee, NHS Confederation och de fyra hälsoinstitutionerna i Storbritannien. GMS-ersättningen tar sin utgångspunkt i standardiserade bedömningar av arbetsbördan förknippad med en viss praktiks patientpopulation. Kliniskt arbete placeras i en av tre tjänstekategorier: grundläggande (essential), ytterligare (additional) och förhöjd (enhanced). Grundläggande tjänster ska tillhandahållas av alla praktiker, och ytterligare tjänster av merparten av praktiker. Förhöjda tjänster kan emellertid endast erbjudas av de praktiker som är särskilt kontrakterade för detta ändamål. Den huvudsakliga finansieringen inom ramen för GMS består av en summa för grundläggande tjänster som beräknas utifrån en ”patient-sensitive allocation formula” (BMA 2004 s. 3). (Under en övergångsperiod från andra avtal kan denna ersättningsnivå justeras utifrån ett överenskommet Minimum Practice Income Guarantee (MPIG), för att kompensera vid minskade intäkter).

En del av ersättningen inom GMS sker med utgångspunkt från det s.k. quality and outcomes framework (QOF). QOF ger ersättning för att praktiker uppnår vissa fördefinierade kvalitetsnivåer eller aktiviteter som mäts med detaljerade ”evidensbaserade”

⁸ En skillnad i den nya danska strukturen är att de fem regionerna, till skillnad från amten som hade en egen beskattningsrätt, får fyra typer av ekonomiska bidrag för finansiering av sjukvårdstjänster, inklusive primärvård. Den enskilt största finansieringskällan (cirka 75 %) består av ett statligt s.k. bloktilskud som bestäms på basis av förväntade utgiftsbehov (beroende av befolkningsammansättning osv.). Utöver detta tillkommer en mindre, statlig aktivitetsersättning (cirka 5 %). En nyhet är att kommunerna tar ett vidgat ekonomiskt ansvar för sjukvård, genom att de står för den resterande finansieringen i form av ett grundbidrag (10 %) och en aktivitetsbaserad ersättning som bygger på användningen av sjukvårdstjänster (10 %; Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005 s. 35–37).

indikatorer. QOF är uppdelad i fem domäner – kliniskt arbete, patienterfarenhet, organisation, behandlingsbredd och tilläggstjänster. Ett poängsystem översätter ”presentationer” inom dessa områden till betalning efter justeringar för liststorlek och, i vissa fall, förekomsten av en viss sjukdom. Den enkla ekvationen är: ju fler poäng, ju mer betalt. Till exempel: ”Astma” är ett av 80 områden som mäts inom domänen ”Kliniskt arbete”. Det finns fyra kvalitetsindikatorer för astmabehandling. En indikator är att praktiken har registrerat antalet patienter med astma. En annan indikator är andelen patienter med astma mellan 14 och 19 år som har rökt inom den senaste 15 månadersperioden (se vidare Department of Health 2007). Måluppfyllelse för olika indikatorer medför att praktiken tilldelas vissa poäng – och därmed också ersättning. Praktikers utfall med avseende på QOF-indikatorerna är också offentligt tillgängliga och möjliggör en jämförelse mellan praktiker (se vidare *www.qof.ic.nhs.uk*).

Till skillnad från GMS ska PMS-avtal förhandlas lokalt mellan enskilda PCT och husläkarpraktiker. Överenskommelserna måste dock överensstämma med *The National Health Service (Personal Medical Services Agreements) Regulations 2003*. Trots detta är merparten av ersättningen inom ramen för PMS inte reglerad på central nivå. Samtidigt har innehållet i PMS-avtalen, där det alltså inte finns krav på följsamhet till de nationella överenskommelserna i de centralt förhandlade GMS-avtalen som infördes under 2004, ändå påverkats av GMS. Bland annat ställs krav på att PMS-avtalade husläkare följer de QOF som beskrivits i GMS-avtalet. Emellertid verkar det föreligga en del översättningsproblem mellan avtalstyperna (se BMA 2004 s. 2–3).

Den höga grad av central reglering som återfinns i ovannämnda sjukvårdssystem är viktig att relatera till den i Sverige lagstadgade självbestämmanderätten för kommuner och landsting. Borgquist, Hallgren och Engström (2006) reflekterar att delarna av det norska husläkarsystemet som kan vara tilltalande för Sverige är just den nationella styrningen med enhetliga taxor över landet, samt införandet av patientlistning som tydliggör ansvar och även begränsar åtagandet. Men ett införande av enhetliga taxor kan sägas gå något på tvärs med självbestämmandeprincipen. I samband med Fastlegeordningens införande i Norge diskuterades frågan om centralisering, eftersom den norska sjukvården historiskt varit i hög grad decentraliserad. Att det sluts lokala avtal om öppettider osv. öppnar för en lokal variation i tjänsteutbudet. Samtidigt torde

just ersättningsystemet – som alltså är helt centralt bestämt – vara en mycket kraftfull styrmekanism (se vidare Tranvik och Fimreite 2006).

Fri etableringsrett leder till ökad etablering och förbättrad rekrytering

Etablering

Fastlegeordningen var ett bland flera initiativ som genomfördes under 1990 och 2000-talet för att öka etableringen av husläkare i Norge. Mellan 1990 och 1998 upprättades cirka 35 nya läkartjänster per år inom den kommunala hälsotjänsten. Från och med 1999 var primärvårdstjänster prioriterade och samma år upprättades 333 nya tjänster (Innst.S.nr.249). Flertalet av dessa nya tjänster besattes emellertid av läkare som tidigare bedrivit verksamhet utan avtal, dvs. utan rätt till driftstillskott för att täcka mottagningskostnader. Denna satsning, tillsammans med Fastlegeordningen, skapade emellertid en nettotillväxt av cirka 300 läkartjänster mellan 1999 och 2005 (Sandvik 2006 s. 67).

Enligt Statistisk sentralbyrå var emellertid inte etableringsutvecklingen geografiskt jämn (se tabell nedan, återgiven från Sandvik 2006 s. 57):

Tabell 1 Årsverk av leger i kommunehelsetjenesten 2000–2003 (ekskl. institusjoner for eldre og hjemmetjenestene)

	2000	2001	2002	2003	Vekst i legeårsverk 2000-2003
I alt	3 579	3 861	3 894	3 871	8%
Minst sentrale kommuner (nivå 0)	667	697	709	701	5%
Mindre sentrale kommuner (nivå 1)	285	300	306	310	9%
Sentrale kommuner (nivå 2)	867	925	924	926	7%
Saerlig sentrale kommuner (nivå 3)	1 760	1 939	1 954	1 934	10%

Källa: Kommunale helse- og omsorgstjenester, Statistisk sentralbyrå.

Note: Sentralitetsinndelinga bygger på Statistisk sentralbyrås (1994) standard for kommune-klassifisering.

Enligt den senaste statistiken från NAV fanns det 3 486 läkare då det första fastlegeregistret upprättades i mitten på januari 2001 (NAV 2008 s. 3). Redan vid reformens genomförande hade antalet ökat med 2,8 % till 3 585. Vid utgången av år 2007 fanns det 3 868 husläkare, vilket innebär en nettoökning på 11 % sett över hela tidsperioden.⁹ En särskild analys av nettoetableringen (antalet nya praktiker minus antalet avslutade praktiker) visar att den med några få undantag varit positiv varje kvartal sedan reformens genomförande (NAV 2008 s. 9).¹⁰

Utvecklingen sedan Fastlegeordningens införande med avseende på obesatta listor har också varit positiv, på aggregerad nivå. Data från NAV visar på att antalet listor utan läkare har minskat väsentligt sedan Fastlegeordningen genomfördes. Vid den första sammanställningen i januari 2001 fanns det 349 obesatta listor. Vid reformens införande knappt sex månader senare fanns det 277 sådana listor. Redan vid utgången av 2001 hade detta minskat till 164 listor och vid senaste helårsmätning (år 2007) hade antalet minskat till 84 listor. Antalet platser på dessa obesatta listor uppgår till drygt 54 000 invånare. Sammantaget betyder dessa förändringar att andelen listor som saknar läkare har sjunkit från 7,1 % (slutet av juni 2001), till en nivå runt 2–3 % de senaste fyra åren (2,1 % vid utgången av år 2007; NAV 2008 s. 2).

Utvecklingen är inte lika entydigt positiv med avseende på listors öppenhet, dvs. vilken andel listor som har platser kvar som invånare kan välja. Det sammanlagda antalet öppna listor uppgick vid slutet av år 2007 till 1 899 (47,6 %), att jämföra med 2 576 (61,6 %) då reformen genomfördes i juli 2001. Det är också en mindre andel platser av den totala volymen som är öppen (14 % vid reformens genomförande jämfört med 8,7 % i dag). Antalet lediga platser på öppna listor har sjunkit från drygt 620 000 till strax över 400 000. Därtill noteras det i NAVs rapport att det angivna antalet lediga platser inte nödvändigtvis är helt rättvisande eftersom läkare som anser sitt listtak vara för högt, men samtidigt har viss ledig kapacitet, eventuellt dröjer med att sänka listtaket (NAV 2008 s. 2).

⁹ Denna siffra är alltså antalet läkare, inte antalet listor eftersom det finns både listor med och utan läkare. Antalet listor har inte ökat i samma takt. Vid reformens genomförande i juni 2001 fanns det 3 896 listor, att jämföra med 3 993 i slutet på fjärde kvartalet 2007. Det innebär en ökning på cirka 2,5 % (NAV 2008 s. 5). Som en jämförelse ökade antalet apotek i Norge med 40% efter omregleringen. På Island ökade antalet med 32% (Anell 2005a).

¹⁰ Dock innehåller siffrorna en mindre "inflation" eftersom en läkare som avslutar en praktik och påbörjar en praktik i en annan kommun räknas dubbelt.

Sammantaget har antalet öppna listor och det totala antalet tillgängliga platser på de öppna listorna minskat något sedan Fastlegeordningens införande. Antalet kommuner där färre än två läkare har öppna listor har också sjunkit något sedan reformen trädde i kraft. Då var det 146 kommuner med färre än två läkare med öppna listor. Vid utgången av år 2007 hade detta minskat till 112. Men det innebär ändå att drygt en fjärdedel av Norges 431 kommuner har färre än två läkare med öppna listor. Det kan de facto begränsa den formella valfrihet som dessa kommuninvånare har att välja husläkare.

I detta sammanhang är det viktigt att påtala det principiella behovet av överetablering i ett system med patientval; utan detta finns ingen dynamik i systemet eftersom bytet till en viss läkare endast kan ske om någon annan väljer bort samma läkare (se även resonemang i Konkurrensverket 2007 s. 84). En negativ erfarenhet av otillräcklig läkartäckning var situationen i försökskommunen Trondheim där samtliga läkares listor var fulltecknade redan innan Fastlegeordningens generella genomförande (Paulsen 2000). Behovet av extra kapacitet för att möjliggöra val påtalades också i tillsynsmyndigheten Statens helsetilsyns utvärderingsrapport från år 2003 (Statens helsetilsyn 2003 s. 25).

Trots minskningen i antalet öppna listor och listplatser i Norge överstiger dock antalet lediga platser på öppna listor fortfarande med råge antalet invånare som saknar listning eller har plats på en lista utan läkare. Att det skett en ökning i antalet verksamma läkare (sett till antalet motsvarande heltidstjänster) beskrivs alltså som en förutsättning för Fastlegeordningens genomförande. En anledning till att ökningen har varit möjlig är att kostnaden för nyetablering inte på samma sätt är avhängig kommunernas ekonomi. Här finns dock ett undantag: i de mindre glesbygdskommunerna har det sedan reformen fortfarande förekommit en relativt hög andel anställda med fast lön (Kjelvik 2004).

Förekomsten av obesatta samt öppna listor är inte heller geografiskt jämt fördelad (NAV 2008 s. 13–15). Andelen av listorna som är obesatta har hela tiden varit högst i glesbygden. Vid start var andelen listor som saknade läkare 9 % i Finnmark, 8 % i Nordland och 5 % i Nord-Trøndelag. Samma fylken hade motsvarande högst andel av deltagare i Fastlegeordningen som hade plats på en lista utan läkare. Högst var Finnmark och Nordland med 6 % kvar, följt av Nord-Trøndelag med 5 %. Som tidigare antytts innebär samtidigt detta likväl en förbättring, jämfört med situationen innan

Fastlegeordningen. År 1997 var 28 % av läkartjänsterna (kommunal anställning) i Nord-Norge obesatta, och andelen var ännu högre (37 %) i de minsta kommunerna med färre än 4 000 invånare (Andersen, Herder och Forsdahl 1999). En annan sammanställning (Sundar 1998) pekar på att totalt 6 % av samtliga kommunala läkartjänster var vakanta vid slutet på 1998. Områdena med störst vakansgrad var Sogn och Fjordane (14,4 %), Nord-Trøndelag (14 %), Troms (12,3 %), Nordland (11,5 %) och Finnmark (9,4 %).

Rekrytering

Fastlegeordningen har inneburit en succé i rekryteringen av läkare till allmänpraktik. Innan reformen genomfördes upplevdes svårigheter att rekrytera specialister i allmänmedicin. I Fastlegeordningen adresserades detta genom att läkare med annan specialitet, och AT-läkare (som alltså genomgått sin första praktikperiod men inte utbildat sig i en viss specialitet) kan etablera sig som husläkare. Ersättningssystemet har samtidigt utformats för att uppmuntra till allmänmedicinsk specialisering. Konkret så erhåller specialister i allmänmedicin en högre ersättning för varje konsultation (Den norske lægeforeningen 2007 s. 20–22). Enligt NAVs statistik har andelen som är specialiserade i allmänmedicin ökat något. Vid införandet av Fastlegeordningen var det 56,2 % av alla registrerade fastlege som var allmänmedicinska specialister; vid den senaste mätningen i slutet på 2004 var det 59 % (NAV 2008 s. 1).

Nyrekryteringen till husläkarkåren verkar dock vara något skev. Till skillnad från Sverige, där mer än 40 % av allmänläkarna är kvinnor¹¹ uppgår andelen kvinnliga husläkare i Norge till runt 30 %. Så har det sett ut sen reformens genomförande, då andelen kvinnliga läkare i Fastlegeordningen var 28,8 %. Vid slutet på år 2007 utgjorde kvinnor 32,2 % av alla husläkare inom Fastlegeordningen. Detta ska ställas mot att kvinnor utgör en växande andel av nyexaminerade läkare i Norge. Detta återspeglas visserligen i att nästan hälften av alla husläkare i den yngsta (om än näst minsta, efter dem + 67 år) ålderskategorin är kvinnor (NAV 2008 s. 6). Det har dock noterats att andelen kvinnor ökar i mer långsam takt bland husläkare än på andra områden. Två anledningar till

¹¹ 38 % av alla svenska allmänmedicinska specialister är kvinnor och kvinnor utgjorde 48 % av dem som fick utfärdade specialistbevis 2005 (Socialstyrelsen 2005c s. 15, 20).

detta som lyfts fram är det större antalet äldre, etablerade husläkarna och möjligheten att arbetsvillkoren för husläkare passar sämre för kvinnor än män (Feiring 2005; Sandvik 2006, s. 84, 294).

Åldersfördelningen av husläkarkåren är också föremål för diskussion. Det upplevs som ett problem att genomsnittsåldern successivt ökat sedan reformens införande och ligger nu på 48,2 år jämfört med 46 år vid reformens genomförande (NAV 2008 s. 1). (Den åldrande läkarkåren tros vara ett skäl till upplevda problem med tillsättning av jourtjänsten, vilket diskuteras senare i detta dokument). En närmare betraktelse av åldersfördelningen visar på att andelen yngre läkare (under 39) har förblivit oförändrad (runt 22 % av alla husläkare), samtidigt som andelen äldre läkare (över 55) ökat markant, från 16 till 28 % (NAV 2008 s. 6). Denna ökning verkar motsvaras av att andelen läkare i spannet 40–54 år har sjunkit i motsvarande grad (från 60 till 47 %). En förklaring till den åldrande husläkarkåren är den relativt låga personalomsättningen.

Fri etableringsrätt leder inte med automatik till en geografiskt jämt fördelad etablering

Det finns mer eller mindre starka tendenser till s.k. urban clustering vid etablering av husläkare, dvs. att befolkningscentra med ett relativt sett stort existerande utbud får ytterligare nyetableringar och förbättrad tillgänglighet, medan nyetableringen i mindre befolkningstäta områden är avsevärt mindre. Norge är liksom Sverige ett geografiskt stort land med en liten befolkning, ett fåtal befolkningscentra och en stor glesbygd. Som beskrivits ovan fanns det innan Fastlegeordningens införande många vakanser i läkartjänster. Problemet var särskilt påtagligt i glesbygden. En enkätundersökning som genomfördes på 1990-talet visade t.ex. på störst vikariebruk i mindre kommuner (Andersen, Herder och Forsdahl 1999). Att problem med kontinuitet i läkartäckning minskat i dessa områden sedan Fastlegeordningen kan delvis utläsas av att vikarienivån har gått ner sedan reformen genomfördes. Samtidigt kvarstår det relativa problemet även efter reformen (Abelsen, Karlsen Bæck, Kramvig och Moilanen 2005).

En diskussion om geografiska etableringsmönster i relation till det danska husläkarsystemet är i detta sammanhang mindre relevant, givet landets mindre storlek och jämförelsevis mycket högre populationsdensitet. I Storbritannien – framför allt Skottland och

norra delar av England – finns emellertid en liknande glesbygdsproblematik som den som beskrivs i Norge (Scottish Executive Health Department 2005).

En utveckling snarlik den inom primärvården, med fortsatt relativt låg etableringsfrekvens i glesbygden, kan även skönjas efter omregleringen av apoteksväsendet i Norge. Där saknar fortfarande varannan kommun ett apotek, samtidigt som etableringstätheten ökat i storstadsområdena (Vogler, Arts och Habl 2006).

Att det förekommer ”clustering” är inte ett okänt fenomen i Sverige. Det har t.ex. observerats *inom* storstadsregionen Stockholm där det finns en mer omfattande etablering av privatpraktiserande specialister i innerstaden jämfört med förorten (se t.ex. SLL 2003 s. 21).

Fri etableringsrätt leder inte med automatik till en mångfald av driftsformer

Målsättningen med en reform av den svenska primärvårdens organisering verkar inte enbart vara att öka tillgängligheten, utan även att öka mångfalden av vårdproducenter. Det finns begränsat stöd för tesen att en mer fri etableringsrätt bidrar till att öka eller åtminstone säkra en mångfald av driftsformer inom primärvården. Sjukvårdssystemen i Norge, Danmark och Storbritannien domineras av en driftsform. Historiskt är det i det närmaste 100 % av husläkarna i Danmark och Storbritannien som är privatpraktiserande. Några år efter Fastlegeordningens införande i Norge är situationen mycket snarlik. Enligt de senaste kvartalssiffrorna från NAV är 7,3 % av alla husläkare löneanställda (NAV 2008 s. 1).

Det är svårt att entydigt översätta den norska utvecklingen till ett svenskt sammanhang, givet att den svenska primärvården på många punkter skiljer sig ifrån de omständigheter som sedan 1980-talet utvecklats i Norge (och de omständigheter som sedan 1940-talet rått i Danmark och Storbritannien). Av särskild betydelse är det faktum att merparten av husläkarna redan var privatpraktiserande innan Fastlegeordningen genomfördes. Enligt statistik från Statistisk sentralbyrå (2007a) var knappt 20 % av läkarna inom kommunehelsetjenesten avlönade anställda år 2000.¹² Är emellertid ambitionen att öka andelen privata svenska primärvårdsprodu-

¹² Resterande var läkare med driftsavtal (cirka 67 %), AT-läkare (7 %) och läkare utan driftsavtal (7 %).

center genom införande av en mer fri etableringsrätt (och därtill kopplade organisationsförändringar med listning av patienter osv.) finner denna målsättning starkt stöd i andra länders erfarenheter. I Norge, Storbritannien och Danmark är som sagt en mycket hög andel husläkare privatpraktiserande.

Det måste dock poängteras att utvecklingen i Norge har innefattat omfattande ekonomiska incitament till enskilda läkare att övergå från lönearbete till avtalsbaserad ersättning i privat praktik. Vid införandet av Fastlegeordningen har det erbjudits förmånliga villkor för de läkare som "blivit egna". Detsamma skedde vid den föregående privatiseringsreformen under 1990-talet. De som arbetade som avlönade allmänläkare uppskattas ha fått en inkomstökning på cirka 25 % i och med införandet av Fastlegeordningen. Detta anses av bedömare vara en starkt bidragande faktor till att det skedde en snabb övergång från lönearbete till egenföretagande, och en påtagligt förbättrad rekrytering till husläkarkåren (se Sandvik 2006).

Även med starka ekonomiska incitament är det emellertid inte självklart att införandet av en friare etableringsrätt i Sverige skulle medföra en utveckling mot ett större antal vårdproducenter. I en kartläggning av apoteksväsendet i Europa¹³ görs en fördjupad kartläggning och jämförelse av tre avreglerade apoteksmarknader: Irland, Nederländerna och Norge. Av dessa fall är omregleringen av apoteksväsendet i Norge som inleddes i mars 2001 det ur svenskt perspektiv mest närliggande och relevanta exemplet (enligt ovan).

I rapporten uppmärksammas den omfattande vertikala integrationen som följt i spåren av den norska omregleringen. Denna konsolidering lyfts även fram i en jämförelse av utvecklingen i Island och Norge efter omregleringar av respektive lands apoteksväsende. Anell (2005a) pekar på att drygt 97 % av samtliga norska apotek tillhör en av tre kedjor, som var och en ägs av en europeisk läkemedelsgrossist.¹⁴ Det är således endast en mindre andel av apotek

¹³ Kartläggningen genomförde av Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)/Austrian Health Institute på uppdrag av den europeiska branschorganisationen Pharmaceutical Group of the European Union. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) är en FoU-enhet som skapades i augusti 2006 genom en sammanslagning av ÖBIG and Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). GÖG ägs till 100 % av den österrikiska staten genom hälsoministeriet.

¹⁴ Anell (2005a) beskriver att en liknande utveckling följt i spåren av den omreglering av apoteksväsendet på Island som genomfördes år 1996. Efter denna reform ökade nyetableringen kraftigt; mindre än två år efter reformens genomförande hade antalet apotek ökat med 40 %. Denna ökningstakt har nu avtagit, även om nyetableringar fortfarande sker i

som ägs och drivs som fristående bolag av farmaceuter. En mångfald av producenter har således *inte* uppstått på den norska apoteksmarknaden; den har snarare utvecklats från ett statligt kontrollerat monopol till ett kommersiellt oligopol (Vogler, Arts och Habl 2006).

I Sverige har inslaget av en större andel av privata vårdgivare som inleddes under 1990-talet än så länge visat på en koncentration till ett fåtal stora vårdföretag – trots tal om mångfald (SOU 2007:37 s. 142). Upphandlingsförfarandet, så som det tolkats av många landsting, har beskrivits som ett skäl till denna utveckling: “tillspetsat kan sägas att tolkningen och tillämpningen av reglerna för upphandling tycks hämma framväxten av nya vårdgivare och därmed bromsa en politiskt önskvärd utveckling” (ibid). Det finns också empiriskt stöd för att småföretag upplever hinder att delta i upphandlingar t.ex. i form av kostnader förknippade med att ta fram anbud och den ökade risk som kan uppstå då företagen blir bundna av de anbud som lagts och tvingas binda upp resurser under lång tid utan att vara säkra på intäkternas storlek. Man har även lyft fram praktiska problem med att hantera de många krav som ställs och den korta tid som företagen får på sig att ta fram anbud (Nutek 2005).

Konkurrensverkets diskussion av de två i Sverige vanliga upphandlingsmodellerna – entreprenad- respektive kundvalsmodellen¹⁵ – ger ytterligare vägledning i principiella orsaker till och riskerna för en utveckling mot begränsad mångfald sett till antalet vårdproducenter (Konkurrensverket 2007). Inom ramen för upphandling enligt en kundvalsmodell beskrivs två olika sätt att ge tillträde

huvudstaden – men då på bekostnad av apotek i närliggande, men mindre befolkade områden. Omregleringen har också medfört ett mycket starkt konsolideringstryck och närmare 85 % av samtliga apotek drivs direkt av två kedjor, eller ingår i ett inköpsarbete med dessa.

¹⁵ Den traditionella entreprenadmodellen innebär att en given verksamhet upphandlas utifrån i förväg preciserade objekt, där utföraren vanligen garanteras en viss produktionsvolym. Företag konkurrerar sedan om att få ingå ett kontrakt med beställaren i samband med en anbudstävlan. Det företag som vinner kontraktet har sedan rätt att under kontraktperioden bedriva den specificerade verksamheten mot den ersättning som fastställts i anbudet. En avgörande skillnad vid en valfrihetsmodell är att utförare inte på förhand garanteras någon produktionsvolym. Till skillnad från entreprenadmodellen, där företagen kan sägas konkurrera *om marknaden*, skulle alltså upphandling enligt valfrihetsmodell vara konkurrens *på marknaden* (Konkurrensverket 2007 s. 69). Syftet med detta är att skapa incitament för utförarna att anpassa tjänsterna efter uttryckta önskemål från kunderna. Liksom i entreprenadmodellen är ersättningen/priset för tjänsterna bestämda genom upphandlingen. Därmed kan utförarna påverka innehållet i tjänsterna som erbjuds, samt den egna kostnadsstrukturen. Den principiella tanken är således att kundvalsmodellen ska skapa kvalitetskonkurrens – inom ramen för den givna prissättningen.

till marknaden: genom auktorisation eller via upphandling. Det förra utmärks av bristen på volymgaranti, något som antyds leda till att inträdet på marknaden förenklas samtidigt som etableringen på marknaden fördröjs för nya aktörer. När inträde på marknaden sker genom ett upphandlingsförfarande begränsas inträdesmöjligheten till ett specifikt upphandlingstillfälle. Här verkar det finnas ett tolkningsutrymme rörande volym. Den upphandlande organisationen kan antingen låta de företag som godkännts vid upphandlingen få en initial kundstock tilldelad eller låta dem etablera verksamheten från grunden såsom vid ett auktorisationsförfarande. Dock påpekas att när man i upphandlingen inte garanteras någon initial produktionsvolym kan det *i praktiken* ändå betyda att de redan etablerade företagen behåller den kundstock som upparbetats under tidigare år (Konkurrensverket 2007 s. 79). Detta kan medföra att företag som kommer in som nya på en marknad de facto får en längre startsträcka än verksamheter som funnits på plats före införandet av det nya systemet, men kanske i en annan ägandeform. Att detta kan vara en möjlig utveckling i Sverige antyds av en studie av listlängd och inkomstutveckling för norska husläkare under perioden 1993–2003 (med en särskild analys av utvecklingen mellan åren 2001 och 2003). I denna studie finns det tecken på en tröghet i etableringen för de läkare som inte verkade som husläkare vid införandet av reformen i de fyra försökskommunerna (Godager, Iversen och Lurås 2005).

Att det tidigare skett en vertikal integration och konsolidering av verksamheter på andra områden inom hälso- och sjukvården i Sverige och utomlands antyder att det kan finnas såväl operativa som finansiella fördelar med samordning. Det finns få uppenbara ”systemiska motmedel” till ett sådant konsolideringstryck. De fördelar som kan komma att föreligga med att vara en större aktör utgör därmed ett hot mot önskan att uppnå en ökad mångfald i antalet aktörer på en tänkt marknad för primärvårdstjänster i Sverige. En fråga är dock om det är en *mångfald av utövare* eller en *mångfald i utbudet av tjänster* som i första hand eftersträvas. Vad gäller det senare kan det finnas fog för tanken att just större aktörer har bättre möjligheter att tillhandahålla ett bredare utbud av tjänster.

Bra tillgänglighet – men inte för alla

Ett övergripande syfte med Fastlegeordningen var att ge patienter ökad tillgänglighet genom en listning hos en av individen känd och aktivt vald husläkare. Att vara listad hos en läkare var dock ingen radikal nyhet i det norska sammanhanget. I en undersökning (genomförd inom ramen för en av Statistisk sentralbyråns årliga befolkningsundersökningar) uppgav 67 % att de hade en fast allmänläkare före införandet av Fastlegeordningen och 5 % angav att de hade en fast specialistläkarkontakt. Resterande 28 % angav att de saknade en fast läkarkontakt. Av dem som deltog i undersökningen uppgav 10 % att man heller inte önskade någon fast vårdkontakt (Finnvold, Svanlund och Paulsen 2005).

Efter reformens genomförande har nästan alla en fast allmänläkare och mycket få personer står utanför systemet. NAVs senaste uppföljning (NAV 2008) visar att andelen av befolkningen som står utanför Fastlegeordningen har sedan reformens genomförande varit cirka 0,5 % varje kvartal (som mest 0,6 % och som minst 0,4 %). Av dem som deltar i Fastlegeordningen har cirka 98 % plats på en läkares lista. Denna siffra är stabil sedan slutet på 2002, och något högre än vid Fastlegeordningens införande. Då var andelen invånare på besatta läkarlistor 94,6 %. Ökningen kan förklaras med att färre individer står på obesatta listor (4,5 % vid starten, jämfört med 1,1 % vid den senaste mätningen). Färre deltagare saknar även plats på någon lista (1,0 % i slutet på juni 2001, jämfört med 0,4 % vid slutet av år 2007).

Att nästan alla invånare har en fast läkarkontakt ger emellertid ingen indikation om andra tillgänglighetsaspekter, t.ex. väntetider och upplevd tillgänglighet. I Norges forskningsråds utvärderingsprogram har flera ”tillgänglighetsdimensioner” studerats mer ingående.

Givet syftet att öka husläkares tillgänglighet visar en enkätstudie av Lian och Wilsgaard (2004) på såväl förbättrade som försämrade upplevelser. Mellan år 2000 och 2003 sjönk andelen patienter som uppgav att de försökt kontakta läkare per telefon en eller flera gånger under året utan att lyckas från 33 % till 22 %. Andelen som angav ett stort förtroende för att få läkarhjälp vid behov steg från 46 % till 55 %. Andelen respondenter som under sista året vid ett läkarbesök haft en eller fler oinfriade förväntningar sjönk också något, från 38 % till 34 %. Emellertid fanns vissa tendenser till minskad nöjdhet med läkares tillgänglighet för hembesök och via

telefon, i och med att andelen *mycket nöjda* respondenter sjunkit mellan 2000 och 2003 från 30 % (telefonkontakt) och 19 % (hembesök) till 24 % respektive 14 %. Överlag beskriver dock författarna att andelen mycket nöjda ökat för ”en rekke aspekter” rörande relationen läkare – patient. Dock noteras, med hänvisning till en annan text av en medförfattare (Lian 2003) att denna utveckling med ökad nöjdhet inte uppvisats på samma sätt i mindre kommuner.

Att tillgängligheten upplevs vara både bättre och sämre visar även resultaten av den tidigare nämnda undersökningen av Finnvoll, Svalund och Paulsen (2005). Här visar en jämförelse av data från 2000 och 2003 på att grupper upplevt såväl en positiv (18 %) som negativ (14 %) utveckling i upplevd väntetid att få träffa läkare (se figuren nedan, återgiven från Sandvik 2006 s. 110).

Tabell 2 Endringer i opplevelse av tiden det tar å få time hos legen fra 2000 til 2003

	Prosent	N
Var misfornøyd og har blitt fornøyd	18	276
Fornøyd hele perioden	55	831
Var fornøyd og har blitt misfornøyd	14	207
Misfornøyd i hele perioden	13	192
<i>Totalt (N)</i>	<i>100</i>	<i>1 506</i>

Samtidigt antyder denna studie att en majoritet (68 %) av patienterna inte upplevt någon förändring av sin väntetid, och att en något större andel blivit mer nöjda än de som blivit mindre nöjda.

Ett viktigt syfte med Fastlegeordningen var att öka läkares tillgänglighet. Men reformen innebär också *de facto* att tillgängligheten till husläkaren har blivit viktigare, eftersom remissreglerna till specialister stramades upp samtidigt som Fastlegeordningen infördes. I och med att det nu formellt föreligger remisskrav till specialist i Norge innebär Fastlegeordningen att tillgänglighet till hälso- och sjukvård mycket mer är avhängigt tillgänglighet till den egna husläkaren (Sandvik 2006 s. 124). Därtill har Fastlegeordningens struktur och ersättningsystem till syfte att varje husläkare

i första hand ska prioritera sina listade patienter. Patienter som står på andra listor blir därför mer ofta avvisade. Det finns alltså färre vägar in i hälso- och sjukvården än den egna husläkaren.

En konsekvens av att husläkarkontakten upplevs viktigare efter Fastlegeordningens införande lyfts fram i en studie som visar på att läkare verkar uppleva en ökad press på sig att vara tillgängliga för att möta patienters krav, givet den konkurrens som nu uppstått om patienter, särskilt i storstäder (Norheim och Carlsen 2003; Carlsen och Norheim 2003). Det verkar även som om patienters krav på läkares tillgänglighet ökat efter reformen, vilket kan få som konsekvens att de är mer missnöjda med tillgängligheten trots "objektiva" förbättringar. Det är en intressant betraktelse att förväntningar kan ändras över tiden, också till följd av ökad uppmärksamhet och höjda ambitioner på ett område. Det är något paradoxalt att en reform som har till syfte att öka tillgänglighet faktiskt inte måste leda till ökad nöjdhet, trots förbättringar i just tillgänglighet.

Att upplevelsen av väntetid kan skilja sig från den "faktiska" väntetiden visar även studier från Sverige, t.ex. en studie av patienters erfarenheter av väntetid till tre ortopedkirurgiska ingrepp (Landstingsförbundet 2003). En liknande tolkning kan göras av Socialstyrelsens rikstäckande studier om tillgänglighet via telefon och Internet till vårdcentraler i Sverige som genomfördes år 2002 och 2005 (Socialstyrelsen 2005b). Mätningen år 2005 påvisade ingen förändring i telefontillgängligheten jämfört med år 2002. Inte heller väntetiderna i telefon hade förändrats under den studerade tidsperioden. En skillnad var dock att vårdcentralerna enligt undersökningarna använde s.k. telefonpassningssystem i ökad utsträckning; under tre år hade antalet fördubblats från 15 % till 36 %.¹⁶ Emellertid visade befolkningsenkäter att befolkningen tyckte att det har blivit lättare att komma fram på telefon till vårdcentralen. I början av år 2005 tyckte 69 % av befolkningen att det var ganska eller mycket lätt, motsvarande andel år 2002 var 59 %. Slutsatsen som dras i en annan rapport är att dessa resultat kan tolkas som att telefonpassningssystem har bidragit till att befolkningen *upplever* att tillgängligheten har förbättrats (Socialstyrelsen 2005a s. 184–185).

¹⁶ Telefonpassningssystem innebär att patientens telefonsamtal till vårdcentralen tas emot av en telefonsvarare som uppmanar patienten att knappa in sitt telefonnummer. När detta är gjort anger telefonsvararen vilken tid patienten kommer att bli uppringd av någon från vårdcentralen. Den genomsnittliga väntetiden till dess att vårdcentralen ringde upp var 1 timme och 22 minuter.

Nöjda patienter – men inte alltid

En tydlig ambition med Fastlegeordningen var att patientnöjdheten skulle förbättras. Förväntningen vid genomförandet var tydlig att så också skulle ske. Till grund för detta låg bland annat uppföljningar av det s.k. Fastlegeförsöket som genomfördes i fyra kommuner under 1990-talet. Dessa utvärderingar visade på ökad patientupplevd nöjdhet (Heen, Mo och Johnsen 1996). Samtidigt är det viktigt att framhålla att utgångsläget inte var katastrofalt. Resultatet av en enkätstudie som gjordes 2000 – alltså innan Fastlegeordningen genomfördes – var att en stor andel (85,5 %) av patienterna var nöjda eller mycket nöjda med läkare i primärvården (Lian 2003).

En landsomfattande Gallup-undersökning som genomfördes 2003 inom ramen för Norges Forskningsråds utvärdering visade även på en (fortsatt) hög och ökad nöjdhet med primärvården efter reformen. Detta gällde dock inte för jourtjänsten (legevakten) som fick betydligt sämre betyg (TNS Gallup 2003).¹⁷

Ytterligare en enkätstudie av patienterfarenheter före och efter Fastlegeordningen undersökte mer i detalj patienters tillfredsställelse med olika aspekter av kvalitet och tillgänglighet (Lian och Wilsgaard 2004). Ett utskick av vardera 1 000 enkäter till en slumpvis vald del av befolkning i Nord-Norge respektive Østlandet gjordes vid två tidpunkter – 2000 respektive 2003.¹⁸

Som svar på de fem frågor som rörde upplevelsen av ”tjänstetillbudet” (stabilitet i läkartäckning, läkarens kunskaper, väntetiden, och lätthet med att få telefonkontakt eller läkartid samma dag) före och efter Fastlegeordningen svarade mer än 50 % av respondenterna att de upplevde situationen som *oförändrad* (mellan 55 och 78 % beroende på fråga). Mellan 19 och 29 % uppgav att de upplevde situationen som bättre; samtidigt som 2–21 % svarade att de upplevde en försämring efter införandet av Fastlegeordningen. Som anges nedan (se Tabell 3 återgiven från Lian och Wilsgaard 2004, s. 656) är det en något större procentandel som beskriver en förbättring av tillgänglighet (väntetider och läkarkontakt via telefon och besök) än som anger en upplevd försämring.

¹⁷ En nyligen genomförd studie (TNS Gallup 2006) pekar dock på tydliga förbättringar i den dagliga jourens tillgänglighet (såväl svarsfrekvens som svarstid) jämfört med 2002.

¹⁸ Studien var ej gjord som en uppföljningsstudie på samma population, men båda utskick gjordes med utgångspunkt från liknande urvalsprinciper och erhöll en mycket snarlik profil avseende såväl svarsfrekvens som sammansättning av respondenter (t.ex. vad avser kön, ålder, utbildning).

Tabell 3 Folks upplevelser i 2003 av primaerlegetjenesten för og etter innføringen av fastlegeordningen. Prosent av respondenter (N=1 141)

	Bedre (%)	Uendret (%)	Dårligere (%)
Stabiliteten i legedekningen	27	66	7
Primaerlegens faglige kunnskaper og ferdigheter	19	78	2
Ventetiden på legetime	29	55	15
Hvor lett det er å få snakke med legen per telefon	22	60	19
Hvor lett det er å komme til legen samme dag	24	55	21

Dock är det relevant att notera, givet att ett syfte med reformen var att ge patienter en fast läkarkontakt, att 9 % av respondenterna i studien angav att de vid införandet av Fastlegeordningen mist en stabil läkarkontakt som de önskat behålla.

Detta ska ställas mot att en större andel patienter angav att de vid flera läkarbesök under det gångna året varit hos samma läkare, från 58 % (2000) till 69 % (2003). Antalet respondenter som uppgav att den läkare som de senast varit på besök hos som sin fasta läkarkontakt, steg till 81 % i 2003 års enkät från 62 % av respondenterna i 2000 års enkät.

Givet att ett vidare syfte med reformen var att öka patientinflytandet genom möjligheten att välja husläkare, är det intressant att 18 % av respondenterna 2003 angett att de bytt läkare sedan Fastlegeordningens införande. Av dessa hade merparten (63 %) bytt på grund av flytt och 31 % bytt till följd av missnöje. Ytterligare en intressant observation är att 17 % av respondenterna år 2003 angav att de *inte* bytt läkare, trots en önskan om att göra det. Som skäl till det uteblivna bytet angav mer än hälften att de hade så få kontakter med sjukvården att de inte bemödat sig att byta.

Den senaste datan från NAV pekar på att förändringsbenägenheten hos deltagarna i Fastlegeordningen är relativt stabil, om man ser till antalet läkarbyten som genomförts p.g.a. individers egna önskemål. Under månaderna som ledde fram till införandet av Fastlegeordningen gjordes flest byten (drygt 276 000) av vilka en tydlig majoritet (85 %) gjordes på individens eget initiativ (NAV 2008 s. 10–12). Sedan dess har antalet byten (och andelen egen-

initierade byten) minskat. Fjärde kvartalet år 2007 genomfördes knappt 150 000 byten, av vilka drygt 80 000 initierades av individen. Av det totala antalet invånare med plats så har kvartalsstatistiken för dem som byter (med undantag för maj-juni 2001) legat på en relativt stabil nivå – mellan 1,5 och 1,8 % per kvartal.¹⁹ Bytesbenägenheten per kvartal har också samvarierat på ett liknande sätt över åren: tendensen är att flest byten sker i första och tredje kvartalet.

Patienter har också tvingats till läkarbyte till följd av avslutande eller reducerade praktiker. Dessa bytens andelar av det totala antalet personer med plats på en lista har varierat något sedan reformens början men aldrig överstigit 1,5 % per helår. Detaljerad statistisk (sedan fjärde kvartalet 2005) visar att andelen som byter läkare efter att det tilldelats en ny husläkare i samband med att den tidigare praktiken avslutats (denna grupp uppgör cirka 90 % av de påtvingade bytena) ligger relativt lågt. Utan att ta hänsyn till eventuella fördröjningseffekter mellan kvartal så uppgår antalet egenvalda byten av husläkare till mellan 5 och 11 % av de totala antalet tvångsbyten som följt av en avslutad praktik (NAV 2008 s. 11).

I diskussionen av Lian och Wilsgaard (2004) samlade enkätdata lyfter författarna fram att en jämförelse av svar mellan år 2000 och 2003 visar på en ökad patientnöjdhet, och minskning av upplevda problemområden hos respondenterna. Emellertid är bilden inte fullt så positiv vid beaktande av de frågor som ställdes i 2003 års enkät, då respondenterna själva uppmanades bedöma primärvården före och efter Fastlegeordningen. Dock poängteras redan inledningsvis att graden av tillfredsställelse var hög redan innan Fastlegeordningens genomförande, samt att två av tre invånare redan innan Fastlegeordningen angav att de hade en fast läkarkontakt i primärvården, vilket ”innebär at förbättringspotensialet var begränsat” (Lian och Wilsgaard 2004, s. 655). Författarna kommenterar även att tolkningen av studiens resultat inte är entydig. Det kan vara så att husläkare har blivit mer tillgängliga och bättre på att bemöta och behandla patienter. Men det är inte uteslutet att en del av den ökade nöjdheten och tryggheten härrör från en ökad tilltro till systemet. Lian och Wilsgaard (2004 s. 657) noterar att Fastlegeordningen har fått mycket positiv uppmärksamhet och

¹⁹ Eventuellt är bytesbenägenheten något överskattad sedan övergången till nya registreringsrutiner för den Internetbaserade tjänsten MinFastlege under fjärde kvartalet 2005 (NAV 2008 s. 10).

marknadsförts med utgångspunkt från patientorientering och kvalitetsförbättring och då ”grad av tillfredshet er ulösligt knyttet til forventninger. I den grad festlegeordningen har bidratt til å endre folks forventninga, kan den altså ha endret deres tilfredshet”.

Fri etableringsrett kan försvåra samordning

I Sverige har man sedan flera decennier tillbaka tillämpat en modell där olika professionella grupper samarbetat under ett tak på vårdcentraler. I Norge har den breda multikompetenta primärvården (i form av samlokaliserade vårdcentraler) bara funnits som försöksverksamhet på vissa orter. Förutom provtagning utför läkaren i stort sett allt arbete själv medan många uppgifter i Sverige sköts av distriktssköterskor, specialistsjuksköterskor och annan personal. Som exempel kan nämnas regelbunden uppföljning av patienter med diagnoser som diabetes, hypertoni och astma.

En annan skillnad mellan Sverige och Norge är att det i Norge finns en organisatorisk åtskillnad mellan den kurativa primärvården och det ”offentliga läkararbetet”, i form av vård vid sjukhem, på BVC och i skolan. Det senare är fortfarande kommunens operativa och ekonomiska ansvar (Sandvik 2006 s. 102).

Den rådande organiseringen av hälso- och sjukvårdsaktiviteter i Norge påverkar hur utvärderingarna av Fastlegeordningen har strukturerats. Ett fokusområde har varit hur samordningen med andra hälso- och sjukvårdsverksamheter utvecklats. Detta har studerats direkt, och via undersökningar av samarbete rörande patienter med sammansatta och komplexa vårdbehov.

Samordning mellan hälso- och sjukvårdsverksamheter

Det är ett återkommande påstående att det offentliga läkararbetet i Norge är eftersatt sedan tidigare, delvis på grund av de förhållandevis mindre förmånliga villkor som finns vid lönearbete jämfört med avtalsbaserat arbete som husläkare (se t.ex. Paulsen, Harsvik, Halvorsen och Nygård 2003). Vissa studier antyder att Fastlegeordningen inte märkbart har förbättrat eller försämrat denna situation.²⁰ Utvecklingen verkar samtidigt skilja sig åt något

²⁰ I en landsomfattande studie av kommuner som genomfördes av norska Riksrevisjonen svarande cirka 75 % att de lära lika mycket tid som innan Fastlegeordningen på sjukhem, skolhälsovård och mödravård. Samtidigt angav 70 % att det inte var någon ändring i svårigheten

mellan olika verksamhetsområden. Exempelvis visar data från Statistisk centralbyrå på en 19-procentig minskning i andelen läkare (motsvarande heltid per år och procent av totalt antal läkare inom primärvården) vid s.k. helsestasjoner och skolor mellan 2000 och 2006 (Statistisk centralbyrå 2007b). Samma statistik pekar dock på en 11 % relativ ökning av andelen läkare verksamma inom institutioner för äldreomsorg och vård av funktionshindrade.

Ser man till hur samarbetet mellan husläkare och kommunala verksamheter utvecklats sedan Fastlegeordningen antyder Riksrevisionens enkätundersökning hos landets alla kommuner att Fastlegeordningen på en övergripande nivå överlag medfört inga, eller vissa positiva förändringar. I enkäten uppgav 28 % av respondenterna att de upplevde en förbättrad möjlighet att samarbeta angående patienter, 62 % uppgav att situationen var oförändrad och 10 % att den hade försämrats (Riksrevisionen 2005).

Studier av sjukhemspersonalens upplevelse av Fastlegeordningen nyanserar dessa resultat något. Här beskrivs hur reformen har medfört att husläkare prioriterar direktkontakt med sina listade patienter. Det är positivt, så till vida att listningen inneburit att det på ett tydligare sätt än tidigare framgår vilken husläkare som har ansvaret för patienten vid utskrivning från sjukhus, eller i kontakter från hemsjukvården. Men husläkarsystemet ställer ökade krav på sjukhemspersonalen, som måste kontakta de olika husläkare som de boende har.

Ett annat samordningshinder är att husläkaren endast får ersättning för konsultation med personal vid serviceboende eller dylikt om det angår en specifik patient. Detta medför att tvärprofessionellt samarbete försvåras (Sandvik 2006 s. 240). Vanligt förekommande samordningsproblem, t.ex. rörande medicinering, förekommer också i Norge. Dessa samordningsproblem är dock inget som Fastlegeordningen som reform är särskilt inriktad mot att avhjälpa (Jensen, Øien, Jacobsen och Johnsen 2003).

Andra studier visar samtidigt att det kan föreligga olika förväntningar om husläkarens roll i samarbetet med den kommunala omsorgen. Exempelvis gav en studie av läkare och kommunanställdas upplevelse av samarbete kring barn med psykisk sjukdom väldigt olika resultat. Medan läkarna ansåg att samarbetet fungerade

att rekrytera läkare till offentlig läkartjänst efter Fastlegeordningen, 20 % angav att det blivit svårare och 10 % att rekryteringen underlättats (Riksrevisionen 2005).

bra, delades inte denna uppfattning av de kommunanställda (Heian 2004).

Dock verkar det finnas större samordningsproblem mellan husläkare och sjukhus än mellan husläkare och sjukhem t.ex. gällande informationsöverföring (Kværner, Tjerbo, Botten och Aasland 2005). Här har dock förändringar gjorts i de formella reglerna för informationsöverföring, i syfte att underlätta samarbetet mellan husläkare, sjukhus och jourverksamheten (legevakten). En sådan förändring genomfördes i november 2003 då sjukhus och jourverksamheten fick tillgång till det elektroniska fastlegeregistret så att de kan identifiera patienters husläkare.

Remittering

Det finns i dagsläget ingen tydligt utvecklad "grindvaktssystem" inom den svenska primärvården. I samband med Fastlegeordningens införande i Norge skärptes remisskraven till specialist. Detta var föremål för mycket diskussion innan reformen trädde i kraft (se t.ex. Sundar 2001). Det fanns också en sjunkande tilltro till denna förändring bland läkarna själva en kort tid efter reformens genomförande (Sandvik 2003).

Sett till utvecklingen av remitteringsfrekvens har remitteringsgraden ökat sedan reformen genomfördes, från cirka 10 % i slutet på 1990-talet till 15 % av konsultationerna några år efter Fastlegeordningens införande (Grimso, Hagman, Faiko, Matthiessen och Njalsson 2001; Finnvold, Svanlund och Paulsen 2005). Det är dock svårt att entydigt tolka ovanstående resultat, i och med att förstatligandet av sjukhusen som genomfördes samtidigt som Fastlegeordningens införande har bidragit till en ökad tillgänglighet av specialisttjänster (Sandvik 2006 s. 206). Mindre kvalitativa studier har dock antytt att husläkarna inte känner sig starka i sin roll som portvakt, på grund av den konkurrenssituation som råder om patienter, framför allt i storstäderna (Carlsen och Norheim 2003).

Huruvida det i praktiken är nödvändigt med en grindvaktssystem inom ramen för ett husläkarsystem är en öppen fråga. Enligt senare erfarenheter i USA har frågor väckts om grindvaktssystem – där alltså primärvårdsläkare agerar som grindvakt till specialister genom remitteringstvång – minskar specialistutnyttjandet och behandlingstkostnaderna. Eventuellt är det endast genom ett övergripande lägre utbud av specialisttjänster som lägre sjuk-

vårdskostnader uppstår (Forrest 2003). Problemet är dock att det svenska systemet, till skillnad från t.ex. NHS i Storbritannien, av tradition har en tung specialistkår och starka sjukhusmiljöer. Därmed är det svårt att sja om konsekvenserna av att införa ett husläkarsystem med ändrade remissregler i Sverige.

Samverkan kring vård av patienter med omfattande vårdbehov

Samverkan betonas särskilt vid bemötandet av patienter med sammansatta och komplexa vård- och behandlingsbehov, och vid organisering av hälso- och sjukvården i glesbygdsområden. Med utgångspunkt från erfarenheterna av Fastlegeordningen i Norge är det inte entydigt att friare etableringsrätt (och en vidare omorganisation av primärvården i linje med ett system med utökat patientval) *i sig* kan realisera sådan samverkan – även om det verkar finnas positiva utvecklingsmöjligheter.

I en enkätundersökning bland husläkare uppgav 43 % att listningssystemet hade medfört en ökad insikt i vårdbehoven hos kroniskt sjuka. Detta gällde emellertid framför allt för de läkare som inte hade haft många fasta patienter innan Fastlegeordningen. För de patienter som redan innan Fastlegeordningen hade en fungerande läkarkontakt som de sedan valt som husläkare torde reformen inte inneburet någon större förändring. Den största vinsten med Fastlegeordningen är för de med större vårdbehov som innan reformen *inte* hade en vårdkontakt (Grytten, Skau, Sørensen och Aasland 2003, 2004). Samtidigt visar uppföljningar att det också är patientgrupper med mer omfattande vårdbehov som även efter reformen har många olika kontakter med hälso- och sjukvården, och träffar många andra läkare än sin husläkare (Dahle och Skilbrei 2003).

En mindre studie bland fyra grupper av kroniskt sjuka visar dock att en klar majoritet upplevt en förbättrad tillgänglighet; andelen missnöjda hade också minskat, även om den fortfarande var relativt hög jämfört med befolkningen i allmänhet (Finnvold och Svalund 2005).

I en annan av NFR utvärderingsstudier undersöktes huruvida det finns tendenser till sämre tillgänglighet för patienter med mer omfattande vårdbehov som har en husläkare med längre lista. Studien fann inget belägg för detta; brukarmönstret för denna grupp – som bestod av många olika kontakter med sjukvården – var

oberoende av läkarens listlängd (Grytten, Sørensen och Skau 2005). Samtidigt antyder en mindre kvalitativ studie att det finns en stor variation i hur enskilda husläkare tillmötesgår behoven hos patienter med allvarliga psykiska problem och att missnöje med sin husläkare leder till fler kontakter med jourtjänsten (Ådnes, Hatling och Grut 2005).

Sammantaget pekar ovanstående studier på att införandet av Fastlegeordningen har haft vissa generella positiva konsekvenser för gruppen ”patienter med sammansatta och komplexa vårdbehov”. Samtidigt pekar studierna på att denna positiva effekt inte enbart beror på hur primärvården är organiserad; inte oväntat spelar enskilda läkares bemötande fortfarande stor roll. Vad som är relevant att notera är samtidigt att det trots den (i alla fall teoretiska) möjlighet att hantera sitt missnöje genom att byta husläkare verkar finnas andra strategier, t.ex. att ha många andra vårdkontakter.

En annan observation som också måste beaktas i diskussionen om bemötande av patienter med sammansatta och komplexa vårdbehov vid införandet av ett husläkarsystem är att utvärderingar av Fastlegeordningen pekar på större läkarkontinuitet överlag, men vissa tendenser till minskningar i t.ex. antalet hembesök. Denna utveckling har skett trots att ersättningssystemet är utformat för att uppmuntra dylika aktiviteter. Det är svårt att fastställa kausaliteten bakom ett minskande antal hembesök, men man kan spekulera i att ersättningen trots allt inte täcker de upplevda kostnaderna och *alternativkostnaderna* för denna aktivitet.²¹

Historiska skillnader i organisering av olika hälso- och sjukvårdsaktiviteter i Norge jämfört med Sverige gör det svårt att direkt översätta konsekvenserna av Fastlegeordningen med avseende på samordning mellan olika hälso- och sjukvårdstjänster. Samtidigt medför den mer ”sammansatta” organiseringen i Sverige att införandet av ett husläkarsystem kan bli en betydligt mer radikal reform i ett svenskt sammanhang. Därmed kan de oväntade konsekvenserna av att ”des-aggregera” primärvårdsaktiviteter också bli fler, och mer omfattande (se vidare *Diskussion*, nedan).

²¹ En möjlig förklaring till minskningen i antalet hembesök skulle kunna vara att patienter inte är begränsade till att välja en husläkare inom ett visst geografiskt område. Har en husläkare en lista med stor geografisk distribution torde hembesök vara svårare och mer omständliga att genomföra.

Fri etableringsrätt kan medföra särskilda utmaningar för husläkarnas arbetssituation

En ändrad organisering och finansiering av primärvården i Sverige genom införandet av (en variant av) ett husläkarsystem torde ha som delsyfte att påverka "tjänsteinnehållet", genom förbättrad tillgänglighet osv. Samtidigt är det mycket sannolikt att en sådan reform även får konsekvenser för "arbetsinnehållet". Utvärderingar som gjorts av den norska Fastlegeordningen pekar på ett antal områden där husläkarens arbetssituation verkar ha påverkats till följd av förtydligandet av patientansvar och/eller övergången från anställning till egenföretagande. En förändring är den ökade arbetsmängden som många läkare upplever. En annan förändring är ansvarsförskjutningen gällande "flexibilitet och frånvaro", framför allt i relation till tillsättning av vikariat.

Arbetsmängd

Redan i utvärderingen av Fastlegeförsöket påvisades en ökning av läkarnas arbetsmängd under de första åren efter reformens genomförande (Steinert 2000). Senare studier visar också på en generell ökning i läkares upplevda arbetsbelastning, men också en större spridning bland husläkare. Ett sätt som detta yttrar sig är i studier av läkares attityder till patientantal.

En jämförande studie av husläkares attityder till patientantal som genomfördes före och efter Fastlegeordningens genomförande (1998 och 2002) visar på en minskning av antalet som var tillfreds med patientantalet (från 68 till 60 %). Samtidigt skedde en minskning av antalet som önskade sig färre patienter (från 28 till 19 %) och en kraftig ökning av antalet läkare som angav att de önskade fler patienter (från 4 till 21 %) (Grytten, Skau, Sørensen och Aasland 2004). De läkare som önskade sig fler patienter hade igenomsnitt 1 120 personer på listan. Läkare som ville ha färre patienter hade 1 441. Det verkar således som om Fastlegeordningen medfört en ökad differentiering av husläkarkåren: vissa anser sig ha för mycket att göra men ett allt större antal vill ha mer arbete.

Listlängdens utveckling och läkares attityder till det egna patientantalet är inte bara av relevans i relation till frågan om husläkarens arbetssituation. Att listlängden även påverkar innehållet i vården är en hypotes som finner ett visst stöd i studier. Vid en

analys av olika taxors användning i relation till läkares listlängd fanns en viss tendens till flera "enklare" kontakter med patienter hos läkare med fulla(re) listor (Godager, Iversen, Lurås 2005). Detta tros avspegla att läkare med kortare listor är mer tillgängliga för sina listade patienter (Sandvik 2006 s. 207).

Frånvaro för utbildning eller sjukdom

I Fastlegeordningen är det den enskilda husläkarens ansvar att säkra en vikarie under de sammanlagt åtta veckors frånvaro (fyra veckors semester, fyra veckors utbildning) som hon har rätt till enligt det centrala avtalet.

Enligt NAVs senaste statistik har antalet praktiker som haft registrerade vikarieuttag, efter stora fluktuationer i kvartalen efter reformens genomförande, sedan ett antal år stabiliserats runt 200 praktiker (NAV 2008 s. 7). Emellertid betonas att dessa siffror inte är rättvisande, eftersom endast vissa typer av vikariat meddelas på ett sätt som registreras. Den frånvaro som registreras är sådan som sker under en känd tid för utbildning, eller under längre tid till följd av sjukfrånvaro. Det har antytts i samtal med verksamma i Norge att det finns vissa svårigheter att *i praktiken* ordna vikariat även för denna planerade frånvaro (Borgquist, Hallgren och Engström 2006).

Det kan vidare förmodas att vissa husläkare även ställs inför egenföretagares generella svårighet med t.ex. familjebildning och risker vid längre tids frånvaro. Detta är inte ett problem enbart för den enskilde husläkaren utan självklart för den möjlighet som patienter har att faktiskt få tillgänglighet och kontinuitet hos läkaren de själva har valt att lista sig hos (se vidare *Diskussion*, nedan). Dock finns det sätt att hantera den relativt utsatta situation som egenföretagandet innebär. Som tidigare nämnts är det i Norge relativt sett få husläkare som har solopraktik (cirka 15 %); många arbetar tillsammans med andra i en gruppraktik. På vissa gruppraktiker har läkarna även gått samman om en s.k. felleliste, en "gemensam lista". På en gemensam lista har läkarna ett gemensamt ansvar för de listade patienterna, som tilldelas en läkare bland de deltagande läkarna. Antalet praktiker som är del av gemensamma listor har dock minskat något, från 354 vid reformens genomförande till 338 vid slutet på år 2007 (NAV 2008 s. 7).

Fri etableringsrätt kan vara kostnadsdrivande

Att organisationer som fenomen alls förekommer och att alla former av samordnad handling inte sker genom avtalsbaserade marknadsutbyten kan förklaras med att det finns samordningsvinster med att ”samla saker under ett tak”. En principiell diskussion om källan till samordningsvinster förs av Coase (1937) som lyfter fram de s.k. transaktionskostnader som är förknippade med marknadsutbyten. Enligt detta resonemang ger varje transaktion upphov till kostnader som till största delen kan tillskrivas informationsinsamling. För att genomföra en transaktion krävs t.ex. kännedom om egenskaperna hos den vara eller tjänst som ska utbytas och vetskap om vem som transaktionen ska ske med, och villkoren för utbytet. Att öka graden av ”marknadisering” genom införandet av en mer fri etableringsrätt inom primärvården kan därför förväntas öka vissa transaktionskostnader, då det sannolikt kommer innebära fler upphandlingar, mer avtalsskivande, ökad ersättningsadministration, och en utbyggd kvalitetstillsyn. Ett listningssystem förutsätter också sätt att administrera och möjliggöra val (och byte) av husläkare.²² Dessa aktiviteter kan även komma att behöva genomföras med fler motparter, om det tillkommer fler och nya aktörer inom den svenska primärvården.

Att ett husläkarsystem kan vara kostsamt att implementera och upprätthålla antyds av samtida erfarenheter från Storbritannien, där det pågår ett arbete med att införa *Payment by Results* (PbR). Enligt PbR ska ersättningen för sjukvårdstjänster ske utifrån en centralt bestämd, genomsnittlig ersättning för olika typer av aktiviteter. Emellertid har detta nya ersättningssystem ännu inte implementerats inom primärvården, bl.a. till följd av svårigheter med att ”des-aggregera” vårdförlopp i de olika moment som kan prissättas (se vidare Boyle 2007 s. 14–15).²³ Kostnaden för genomförandet av PbR har även överstigit förväntningarna, något som bl.a. tillskrivs högre kostnader för förhandling, datainsamling, övervakning och tillsyn (Audit Commission 2005 s. 16).

²² Ett listningssystem kräver att invånare i Sverige ”rustas” med verktyg för att göra val. Dessa verktyg kan vara mer eller mindre sofistikerade. Se Bilaga 2:2 för ett exempel på den nätbaserade tjänst som erbjuds norska medborgare.

²³ Andra svårigheter som uppstått är problem med att sammanställa relevant data om kostnader, frågetecken kring hur ersättningsmodellen ska översättas till icke-kommersiella vårdproducenter samt utmaningen att dra gränser för vilka regionala kostnadsskillnader som tillskrivs externa faktorer och som därför tillåts påverka kostnadsnivån (Boyle 2007, s. 14-15).

Utöver detta resonemang om sannolikheten för ökade kostnader förknippade med driften av ett mer marknadsliknande system (som även stöds av resonemang som förs av både Konkurrensverket (2007) och Nutek (2007) rörande tillämpningen av upphandlingslagstiftningen inom vård och omsorg), finns även möjligheten att kostnaden för verksamhetens innehåll ökar. Konkurrensverket (2007 s. 83) påpekar att kundvalsmodeller kan bli kostnadsdrivande utöver den ökade administrationskostnaden om konsumenten själv, eller konsumenten tillsammans med en utförare beslutar om omsorgsbehovet. Utförarna kan dessutom antas kräva högre riskkompensation än vid en entreprenadupphandling, eftersom kundvalssystemet inte innebär någon garanterad produktionsvolym för enskilda utförare.

Erfarenheterna av Fastlegeordningen i Norge antyder att kostnaderna för själva verksamheten kan öka.²⁴ Det är dock svårt att entydigt utläsa hur kostnadsutvecklingen sett ut för den norska primärvården efter Fastlegeordningen genomförande. Att kostnaderna för hälso- och sjukvården som helhet har ökat generellt under den aktuella tidsperioden verkar oomstritt. I den norska regeringens budgetproposition för 2007–2008 (St.prp.nr. 1 2007–2008 s. 13) beskrivs t.ex. att ”helseutgiftene er nesten doblet på under 10 år”. Det finns emellertid olika uppgifter om kostnaderna för just primärvården. Eftersom dessa uppgifter är beräknade på lite olika sätt, är det svårt att ställa dem i direkt relation till varandra.

En förenklad jämförelse av aggregerad data från den norska statsbudgeten (se *Bilaga 2:1*) visar dock att statens kostnader för posten *Refusjon allmennlegehjelp* steg kraftigt under de första två åren efter reformens genomförande (se *Tabell 4*). Därefter har ökningstakten varit mer måttlig. Att kostnaden minskade kraftigt mellan 2003 och 2004 förklaras i en förskjutning av kostnader till medborgare, i form av höjda patientavgifter (St.prp. nr. 1 2005–2006 s 258).

²⁴ En kostnadsökning har även uppmärksamats i Storbritannien efter införandet av det nya GMS-avtalet i april 2004. Fram till april 2006 ökade utgifterna inom primärvården från £6.1 till £8 miljarder per år, motsvarande en drygt 30-procentig ökning (BMA 2006).

Tabell 4 Den norska statens utgifter för Refusjon allmennlegehjelp (Post 70)

Post 70 Refusjon allmennlegehjelp	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008*
Summa (1)	1690,8	2091,8	2482,6	2672,1	2205,7	2259,9	2369,3	2461	2551
Legevakt (2)	303,5	304,9	305,7	380,4	324,6	303,7	332	**344,8	**357,4
Summa exkl. legevakt (3)	1387,3	1786,9	2176,9	2291,7	1881,1	1956,2	2037,3	2116,2	2193,6
Procentuell förändring (3)	-	28,80%	21,80%	5,30%	-17,90%	4,00%	4,10%	3,90%	3,70%

* Enligt uppgift i budget 2008.

** Exakt uppgift saknas, beräknad enligt procentuell årlig ökning av totalsumman (3,9% respektive 3,7%).

Uppgifterna i tabellen ovan pekar på att statens kostnad för allmänläkartjänster (exklusive kostnaden för jourtjänsten) har ökat med mer än 50 % mellan 2000 och 2008. Denna kostnadsutveckling verkar dock inte varit ett politiskt problem. En kraftig kostnadsökning var väntad i samband med att Fastlegeordningen genomfördes och förklarades delvis som en konsekvens av ett ökat utbud av tjänster, i ett system med förmodad underkapacitet.²⁵

Det är även relevant att poängtera att Fastlegeordningen genomfördes med en gemensam prislista för primärvårdstjänster, *men utan ett utgiftstak*. Detta kan tolkas som att det inte varit ett problem att kortsiktigt öka utgifterna för allmänläkartjänster; den norska staten har exempelvis skjutit till extra medel under vissa år för att kompensera för ökade kostnader utöver de budgeterade medlen. Samtidigt är det svårt att bedöma huruvida kostnadsökningen för allmänläkartjänster följts av minskade utgifter på andra områden. Under den aktuella perioden har både läkemedelsförsäljningen och remitteringen till andra specialister ökat. Det är samtidigt oklart om denna utveckling beror på Fastlegeordningen, eller på andra reformer som exempelvis förstatligandet av sjukhusen. Det kan dock noteras att kostnader för både läkemedel och medicinsk service inte ligger inom husläkarens kostnadsansvar. Saker som t.ex. provtagningar och andra åtgärder ger extra inkomster, vilket kan innebära en viss risk för medikalisering. Detta

²⁵ Det saknas tillförlitlig statistik om antalet läkarbesök och -kontakter innan och efter Fastlegeordningens införande. Sedan 2005 finns detaljerad statistik om läkarbesök utanför sjukhus (se NAV 2008 s. 10).

anknyter till en principiell risk med prestationsersättning: att det sker en förskjutning till de mest lönsamma aktiviteterna. För att i viss mån motverka detta gavs i Norge en relativt hög ersättning i taxan vid insatser som anhörigkontakter, hembesök hos kroniskt sjuka och samråd med hemsjuksköterskor. Även om t.ex. hembesöken trots detta har minskat (se ovan), har utvärderingar av Fastlegeordningen inte gett stöd för idén att det skett en generell ökning av ”onödig” vårdkonsumtion (se Iversen 2005).

Det är ett problem att uppskatta de sammantagna konsekvenserna av Fastlegeordningen över olika kostnadsposter. Denna typ av samhällsekonomisk analys av Fastlegeordningen saknas. Den torde också vara mycket svår att göra, givet svårigheterna att entydigt avgränsa såväl omfattningen som utfallet av reformen. Dock måste det framhåvas att pengar verkar ha varit ett smörjmedel vid reformens genomförande. Studier har pekat på att de ekonomiska förhållandena har blivit mer tydliga i och med Fastlegeordningen (Lurås 2004) – men denna tydlighet har alltså inte med automatik medfört att kostnaderna blivit lägre, eller ens mer kontrollerade.

De som arbetade som allmänpraktiker fick vid införandet av Fastlegeordningen en betydande inkomstökning. Detta anses av bedömare varit bidragande till att allmänläkaryrket som sådant blivit mer statusfyllt och attraktivt (Sandvik 2006). Med andra ord: finns det inte ekonomiskt utrymme för att ge incitament till egenföretagande måste det ses som osäkert att såväl befintliga som presumtiva husläkare har intresse för att ta mer ansvar och arbeta mer. (Detta resonemang återkommer i det avslutande diskussionsavsnittet, nedan).

Att kostnaderna för Fastlegeordningen och för ett eventuellt framtida svenskt nationellt familjeläkarsystem ökar är emellertid kanske inte så orimligt. Om det är ett eftersatt område med kvalitetsproblem (t.ex. gällande tillgänglighet) krävs det kanske en utbyggnad och en ökning av de ekonomiska incitamenten för att verksamheten ska fungera och fylla sin uppgift.

Ansvar för tillsyn och uppföljning finns på central och lokal nivå

Tillsyn av Fastlegeordningen är tänkt att ske på två sätt: dels genom en mer centraliserad statlig övervakning av relevanta lagar och föreskrifters efterlevnad, dels genom uppföljning av de lokala avtal som ingås mellan kommuner och läkare inom ramen för lagar, föreskrifter och de ovan beskrivna centrala avtal rörande t.ex. ersättningsnivåer.

Innan Fastlegeordningen genomfördes var den uttryckta intentionen att de enskilda s.k. fastlegeavtalen skulle tjäna som de lokala parternas starka styrredskap: kommunens, för att ange och säkra att vissa förpliktelser genomförs och läkarens, till att definiera och avgränsa det egna ansvaret gentemot kommunen och de listade patienterna (Ot.prp. nr. 99). Det individuella driftsavtalen är privaträttsliga avtal som i huvudsak *inte* ska reglera ersättning. Det poängteras att avtalen därför inte täcks av medlingsregler. Varje avtal måste innehålla regler för hur uppkomna tvister ska hanteras (ibid., Kapitel 4.4.6 Avtaleverk).

Som tidigare nämnts har fylkesmannen (ungefärlig motsvarighet till svenska länsstyrelser) i uppdrag att mer noggrant följa dimensioneringen av allmänläkartjänsten och listkapaciteten i sina kommuner, samt rikta uppmärksamhet mot hur kommunerna arbetar med de lokala partssammansatta utvecklingsgrupperna för Fastlegeordningen och de enskilda fastlegeavtalen.

Statens helsetilsyn är den centrala tillsynsmyndigheten för socialtjänst och hälso- och sjukvård. I och med det har myndigheten ett övergripande ansvar för uppföljning av Fastlegeordningen, och genomför olika typer av nationella utvärderingar och uppföljningar. Sedan 2003 bedrivs mycket av det praktiska tillsynsarbetet av varje enskild fylkes hälso- och sjukvårdstjänster och personal av myndighetens regionala kontor, Helsetilsynet i fylket, som leds av en s.k. fylkesläkare.²⁶ Helsetilsynet i fylket bedriver tillsyn på olika sätt, t.ex. genom organisationsutvärderingar och enkätundersökningar. Dessa aktiviteter kan dels ske som en del av en nationell tillsyn, men också genomföras med utgångspunkt från lokala förhållanden. År 2003 utkom t.ex. Statens helsetilsyn med en rapport (Statens helsetilsyn 2003) om Fastlegeordningen som bl.a. påtalade observerade brister i läkares tvärfackliga samarbete i kom-

²⁶ Helsetilsynet i fylket är också den första instansen för anmälningar om felbehandling eller brister i efterlevnaden av bl.a. patienträttighetslagstiftningen som innehåller en rad olika lagstadgade rättigheter, bl.a. till akutvård. Sedan 2004 anger lagen även vissa maximiväntetider.

muners användning av driftsavtalen som styrverktyg och i kommunernas prioritering av offentligt hälsoarbete. I samma rapport diskuterades även hur kommuners användning av driftsavtal var särskilt viktigt i de fall då det saknades möjligheter för patienter att själva utöva en kvalitetsbedömning genom att byta läkare. Bristen på valmöjligheter var alltså viktig att delvis kompensera genom starkare kvalitetsuppföljning (Statens helsetilsyn 2003 s. 26).

Sammantaget verkar staten ha tagit flera olika styrmekanismer i bruk för uppföljningen av Fastlegeordningen. Samtidigt verkar den lokala uppföljningen vara mer oprecist utformad på principiell nivå – och av varierande kvalitet i praktiken. Vissa bedömare antyder även att kommunerna inte alltid har så höga styrambitioner, då de upplever att primärvården fungerar väl (se Sandvik 2006 s. 309–10). Emellertid kan detta tänkas skapa en begränsad möjlighet till lokal anpassning av hur tjänsterna utformas (se vidare resonemang i Tranvik och Fimreite 2006).

Utmaningar i Norge efter Fastlegeordningen

Fastlegeordningen lyfts generellt fram som en lyckad reform. Det pågår samtidigt ett antal debatter i Norge rörande hälso- och sjukvården i allmänhet, och primärvården i synnerhet. Bland de frågeområden som diskuteras är organiseringen av jourtjänstgöring, husläkarkårens sammansättning med avseende på kön, utvecklingen av patientavgifter samt sociala ojämlikheter i konsumtion av hälso- och sjukvård.

Jourtjänsten

Det upplevs finnas vissa svårigheter med att besätta jourtjänstgöringen – och att förmå patienter att *inte* vända sig till jourtjänsten utan att i stället vända sig till den egna husläkaren.

Besättning

I Norge sköts jourverksamheten av den s.k. legevakten och bedrivs av fristående enheter (jämför närakuter i t.ex. Stockholm). Ersättningen för arbete på legevakten är 40 norska kronor per timme,

plus en kvällstaxa för varje besök. Legevaktens fasta kostnader och löner finansieras av kommunen, med tillskott från staten.

Det finns delvis olika uppgifter om vilken andel av husläkare som deltar i jourtjänstgöring. En registerstudie av jourtjänstens organisering som bl.a. bygger på data från kommunalt anställda läkare visar på att 71 % av husläkarna deltar i legevakten, och att 23 % har medgetts undantag²⁷ (NKL 2006). En annan, nyligen publicerad studie (Sandvik och Hunsår 2007) av husläkares deltagande i jourtjänstgöring som i stället bygger på en analys av data om samtliga läkare som begärt ersättning för jourarbete under 2004 visar att 35,6 % av husläkarna mottog ingen ersättning för jour under den studerade perioden. Av den sammanlagda utbetalda ersättningen gick knappt 52 % till husläkare. Fördelningen av dessa intäkter inom husläkarkåren var heller inte jämn.

Av de husläkare som erhöll ersättning fick 11,2 % mindre än 5 000 norska kronor. Kvinnor och äldre var överrepresenterade i denna grupp. Manliga läkare uppbar mer än dubbelt så hög ersättning som kvinnliga husläkare. Ytterligare en tydlig tendens var att äldre läkare inte deltog i lika stor omfattning som yngre. Genomsnittsåldern för husläkare med jourverksamhet var drygt två år lägre än genomsnittsåldern för hela husläkarkåren (Sandvik och Hunsår 2007 s. 1348). En närmare analys visade på en korrelation mellan lång listlängd och mindre jourverksamhet; områden med högre läkartäckning hade en högre grad av ersättning för jour till husläkare.

Sammantaget drog författarna slutsatsen att det finns skäl till att misstänka att en högre andel än 35,6 % av husläkarna *de facto* inte deltar i jourverksamheten. De hänvisar också till internationella erfarenheter som antyder att många husläkare gärna väljer bort jourtjänstgöring. I en kommentar till en brittisk utvärdering av jourtjänstgöring genomförd av National Audit Office noteras att en drygt 20 % ökning i kostnad för jourverksamhet torde kunna kopplas till att endast 10 % av husläkare valt att fortsätta med jourtjänstgöring då nya avtal öppnade för möjligheten att välja bort jour, mot en minskad ersättning (O'Dowd 2006).

Att det finns svårigheter med att besätta jourtjänstgöringen kan därmed vara både ett verksamhetsproblem och ett kostnadsproblem. Svårigheterna med att besätta jourtjänsten kan också

²⁷ Undantag medges t.ex. av åldersskäl.

tänkas öka, givet ålderssammansättningen av den norska husläkarkåren (se beskrivningen ovan).

Patients användning

Innan Fastlegeordningen infördes uppfattades det som ett tillgänglighetsproblem att många patienter sökte hjälp via legevakten. Fastlegeordningens genomförande har inte radikalt ändrat detta användningsmönster. I en nationell utvärdering fann man att nästan 50 % av patienterna som kom till legevakten hade varit villiga att vänta på tid hos sin husläkare om de varit säkra på att få en tid påföljande dag (Sandvik 2006 s. 307). Runt 20 % av patienterna på legevakten hade försök ringa fastlegen men inte kommit fram (Sandvik 2006 s. 130).

Vad avser patienters användning av jourverksamheten i Norge är det relevant att notera hur det innan privatiseringsreformer på 1980-talet fanns tydliga ekonomiska incitament att patienter slussades till jourcen. Detta eftersom arbetet gav prestationsbaserad ersättning, till skillnad från det vardagliga lönearbetet. Analyser av besöksbeteende efter genomförandet av Fastlegeordningen pekar på såväl upp- som nedgång i jourbesök. Dock verkar det fortfarande finnas en tendens för stora grupper av patienter att söka akuthjälp utan att gå via sin husläkare.

En detaljerad analys har gjorts av samtliga akutbesök på vardagskvällar (mellan klockan 16 och 23) under perioden 1989 till 2002 i Stavanger (en mellanstor stad med cirka 110 000 invånare). Denna analys visade på en stadig ökning av antalet akutbesök (mätt i antal besök per 1 000 invånare) t.o.m. år 1997. Därefter följde en motsvarande successiv minskning av den årliga besöksfrekvensen t.o.m. år 2002 (Halvorsen, Meland och Bærheim 2007). Det tydliga trendbrott som observerades år 1997 tillskrivs den första privatiseringsreformen som fick genomslag 1998, varvid ett större antal läkare gick från en avlönad till en avtalsbaserad arbetsform. Författarnas slutsats är att förändringar under hela den studerade perioden sammanföll med förändringar i husläkarnas arbetskaper under "vanlig" arbetstid så att: "a moderate increase in the work capacity of a large number of doctors seems to have had a greater impact than an increase in the number of doctors" (ibid. s.16). I det sammanhanget medförde Fastlegeordningen en ökad generell läkarkapacitet, genom att nya läkartjänster inrättades och

arbetsbelastningen för samtliga läkare då minskade när patienter fördelades mellan de nya och gamla läkarna. Därmed kunde varje läkare bättre hantera de akuta vårdbehoven hos sina egna, listade patienter. Detta skulle kunna förklara den 10 % nedgången i akutbesök som följde efter Fastlegeordningens genomförande. (Det måste dock påtalas att materialet inte tillåter en bedömning av huruvida denna "kapacitetsutjämning" är bestående, i och med att patienter har möjlighet att byta husläkare).

En tolkning som kan göras på basis av denna studie är att ökad kapacitet, snarare än övergången till en alternativ driftsform och en ny organisationsstruktur *i sig*, har betydelse för var patienter söker vård. I ett svenskt sammanhang är det relevant att fundera kring vilken täckningsgrad som eftersträvas och vilka incitament som kopplas till vardags- respektive jourtjänstgöring.

Husläkarkårens könssammansättning

Andelen kvinnliga husläkare är lägre i Norge jämfört med Sverige (se ovan). Kön var ett särskilt område som skulle studeras inom ramen för Norges forskningsråds utvärderingsprogram. En forskargrupp studerade arbetsbelastningen hos kvinnliga respektive manliga husläkare med utgångspunkt från enkätdata och information om statliga ersättningsnivåer (Grytten, Skau och Aasland 2005). De kvinnliga läkarna i studien hade en något lägre genomsnittlig listlängd än manliga läkare (1 117 kontra 1 316 personer). Listorna var också könsuppdelade: hos kvinnliga läkare var 62 % av de listade personerna kvinnor, mot 47 % hos manliga läkare. Andelen kvinnor steg med ökad listlängd. Det fanns också något fler barn listade hos kvinnliga läkare medan män hade i genomsnitt något fler äldre patienter. Särskilt anmärkningsvärd är skillnaden i vilken andel av läkare med långa listor (definierat som fler än 1 800 patienter) som önskade en minskad lista: för kvinnor var det 48 % som uppgav detta, att jämföra med 26 % av de manliga läkarna.

Frågan om kön är en fråga som i dag diskuteras i Norge, särskilt mot bakgrund av den åldrade gruppen läkare som inom kort förväntas gå i pension och den allt högre andelen kvinnliga läkare som utexamineras – men i mindre omfattning väljer att arbeta som husläkare.

Utvecklingen av patientavgifter och risken för ojämlikhet i hälso- och sjukvården

Den prestationsersättning som ingår i Fastlegeordningen härrör från en kombination av patientavgift och statlig ersättning (se beskrivningen av betalningsströmmar, ovan). Patientavgiften är direkt kopplad till nyttjandet av tjänsten och är en enhetsbetalning; det är en fast kostnad per konsultation. Sedan den 1 juli 2007 är patientavgiften för en vanlig husläkarkonsultation 130 norska kronor, om besöket sker hos en icke-specialiserad husläkare under kontorstid, och 220 norska kronor för ett jourbesök.²⁸ Ett sjukhusbesök av husläkaren kostar 180 norska kronor, eller 295 norska kronor vid ett jourbesök. En tilläggskostnad på 30 norska kronor utgår vid besök hos läkare med allmänmedicinsk specialiseringen. För individen som valt att stå utanför Fastlegeordningen tillkommer en ytterligare kostnad om 110 norska kronor per läkarbesök. Patientavgifterna faller inom ramen för den s.k. frikortordningen vilket uppgår till 1 660 norska kronor per år under 2007.²⁹

Utvecklingen av nivån på egenandelen (patientavgiften) i primärvården och mer generellt har varit föremål för diskussion i Norge. Enligt centralt framtagen statistik har den genomsnittliga patientavgiften för husläkarbesök hos en läkare som inte är allmänmedicinsk specialist ökat med 79 % mellan 1985 och 2005, mätt i realpriser. Merparten av denna ökning (cirka 50 %) har skett under perioden 1995 till 2005. Ökningen i kostnaden för specialistkonsultation har under motsvarande perioder varit 145 %, respektive 87 % (Helse- og omsorgsdepartement 2007b s. 327). Under samma period har antalet frikort omfattande läkaravgifter ökat från knappt 140 000 till drygt 1 000 000.

Ovanstående utveckling tillskrivs inte någon klar och uttalad hälsopolitisk ambition. Däremot lyfts det fram att ökningen kan verka som ett hinder för vissa gruppers utnyttjande av hälso- och

²⁸ Norges egenavgiftsstruktur för samtliga hälso- och sjukvårdstjänster återfinns på NAVs hemsida, www.nav.no. Vissa grupper är dock undantagna patientavgift. År 2006 infördes t.ex. att vård av barn under 12 år är gratis för patienten (tidigare var gränsen satt vid 7 år).

²⁹ Det finns två typer av frikort, som omfattar olika typer av tjänster. I Egenandelstak 1 ingår undersökning och behandling hos läkare, resekostnader i samband med undersökning och behandling samt vissa läkemedel. Egenandelstak 2 täcker bl.a. undersökning och behandling hos fysioterapeut, vissa tandläkarkostnader och resekostnader för behandling utomlands. Har man ansökt och fått frikort i den ena ordningen kan man inte använda det i den andre ordningen. Man är alltså tvungen att söka för respektive kort separat (se vidare <http://www.nav.no/page?id=355>).

sjukvårdstjänster. Att patienter eventuellt undviker kontakt med primärvården har bedömts vara särskilt problematiskt, i och med att den är tänkt att fungera som en inkörsport till mer specialiserad vård (Janbu 2005). En medvetenhet om svagare sociala gruppers utsatthet återspeglas i en skrivelse från slutet på år 2007, där Helse- och omsorgsdepartementet lyfter fram ambitionen att minska patientavgifterna och behålla dem på en låg nivå (Helse- och omsorgsdepartementet 2007a). Denna uttalade ambition att minska nivån på patientavgifterna verkar *de facto* vara en kursomläggning. Senast år 2003 och 2004 höjdes egenandelen med betydande belopp, och även 2005 beslutades det om att öka patientavgifterna med 8 % (Helse- och omsorgsdepartementet 2005).

Den sistnämnda skrivelsen från Helse- och omsorgsdepartementet (2005) betonar särskilt behovet av att ta hänsyn till utsatta sociala gruppers nyttjande av hälsotjänster. Det är i det sammanhanget relevant att påpeka den begränsade "socioekonomiska känsligheten" i Fastlegeordningens utvärderingsprogram. Vid den konferens där resultaten presenterades noterade en av de deltagande forskarna att en av de saker som *inte* verkar studerats närmare var just effekter med utgångspunkt från sociala grupper (Olsen 2006).

I Sverige har Socialstyrelsen betonat i sin "Hälso- och sjukvårdsrapport" från 2005 att väntetider "endast [är] en aspekt på tillgänglighet. Andra aspekter är hinder som kan uppstå på grund av bostadsort, hinder i form av egenavgifter (bristande ekonomiska resurser hos individen) eller restriktioner kopplade till ålder och kön" (Socialstyrelsen 2005a s. 177). Att det uppstår skillnader i geografisk etablering kan vara en dimension av införandet av en mer fri etableringsrätt som kan få skilda konsekvenser för invånare, beroende på deras socialgruppsstillhörighet.

Diskussion

I denna genomgång har fokus varit den norska Fastlegeordningen och intresset har särskilt riktats mot konsekvenserna av att förändra regler för etablering och ersättning inom ramen för införandet av ett husläkarsystem. Syftet med genomgången har varit att lyfta fram praktiska effekter av att implementera en sådan reform, snarare än att utreda de "principiella godheter" som en dylik reform kan syfta till att realisera. Valet att fokusera på "reformen-som-

praktik” snarare än ”reformen-som-princip” gör genomgången både mer relevant, men även mindre användbar. Detta beror på att utfallet av en reform regelmässigt är mer komplicerad och mångtydig än den förenklade enkla och logiskt sammanhängande reformidén (Brunsson och Olsen 1998). Genom att fokusera på reformpraktiken blir det svårt att göra en övergripande och heltäckande bedömning av Fastlegeordningens konsekvenser, även i ett norskt sammanhang (detta faktum påtalas även av styrgruppen för den norska utvärderingen, se ovan).

En bedömning av reformen är även starkt påverkad av hur utvärderingsstudierna och andra uppföljningsverktyg är utformade, samt när utvärderingarna gjorts. Eftersom Fastlegeordningen fortfarande måste betraktas som en relativt ny reform, är det inte osannolikt att erfarenheterna kommer att förändras ytterligare med tiden. Vidare är det, som tidigare nämnts, svårt att lyfta implementeringen av en reform ur sitt organisatoriska och historiska sammanhang. Det går inte att dra *mer precisa* slutsatser om vilka konsekvenserna skulle bli av en ”svensk Fastlegeordning”, genom att studera det norska exemplet. Att det är relativt enkelt att skilja olika delar av en reform åt ”på pappret” innebär inte att det är lätt att avgränsa effekterna av en delreform i praktiken. I det aktuella fallet går det därför inte att mer exakt utröna vilka konsekvenserna skulle vara av att enbart införa ändrade regler för etablering och ersättning i den svenska primärvården.

Ovanstående ska inte tolkas som att det inte går att lära sig av tidigare reformerfarenheter. Däremot understryker det sagda svårigheten att entydigt dra slutsatser om hur de i kommittédirektivet föreslagna förändringarna av den svenska primärvården bäst ska genomföras. En övergripande slutsats är samtidigt att införandet av ett husläkarsystem varken *i sig* med automatik löser en mängd problem, eller med automatik skapar fler oönskade än önskade konsekvenser. Det är med andra ord inte beslutet om reformens principiella innehåll och struktur som kommer att avgöra hur den svenska primärvården utvecklas, utan även hur implementeringen av reformen översätts i praktiken (se vidare diskussion i Czarniawska och Sevón 1996).

Efter en kortare sammanfattning av de norska erfarenheterna förs nedan ett resonemang med utgångspunkt från ett antal frågeställningar som den aktuella genomgången väcker i relation till genomförandet av en primärvårdsreform i Sverige.

Erfarenheterna från Norge framstår överlag som positiva

Det är inte rimligt att tillskriva alla observerade förändringar i den norska primärvården till införandet av Fastlegeordningen. Samtidigt verkar reformen ha följts av ett antal positiva förändringar. Sedan Fastlegeordningens införande har nästan 100 % av Norges befolkning en fast läkarkontakt i primärvården. Utvärderingar visar även på en generellt ökad tillgänglighet och en (ytterligare) förbättrad nöjdhet hos en klar majoritet av Norges invånare. Att vissa grupper som historiskt haft sämre tillgänglighet och lägre nöjdhet, t.ex. invånare i glesbygden, fortsätter att ha *relativt sett* dåliga förutsättningar ska inte förminska värdet av de förbättringar som skett även på dessa områden efter Fastlegeordningens genomförande. Bedömare pekar också på att Fastlegeordningen har bidragit till att förbättra rekryteringen av läkare till primärvården.

En sannolik förklaring till den positiva utvecklingen av husläkares tillgänglighet är att listningssystemet medfört ett ökat upplevt och faktiskt ansvarstagande hos enskilda husläkare. Samtidigt torde en ytterligare förklaring till den förbättrade tillgängligheten rimligen vara den kapacitetsutbyggnad som påbörjades några år innan Fastlegeordningens införande, och som fick ytterligare fart i och med att kommunerna framtogs ett direkt ekonomiskt ansvar vid inrättandet av nya läkartjänster. Tillgängligheten i primärvården har ökat i och med att det i dag finns fler läkare som kan möta invånarnas vårdbehov.

Den förbättrade rekryteringen av läkare till primärvården måste delvis tillskrivas de förbättrade ekonomiska villkoren för husläkare. Som tidigare nämnts verkar ekonomiska incitament ha spelat en betydande roll vid Fastlegeordningens genomförande, liksom vid genomförandet av tidigare reformer under 1990-talet som syftade till att få primärvårdsläkare att övergå från kommunal anställning till egenföretagande. Sedan Fastlegeordningens genomförande har statens kostnader för allmänläkartjänster ökat med nästan 50 %. Det är samtidigt viktigt att framhålla att det inte finns någon utvärdering av de sammanlagda samhällsekonomiska konsekvenserna av den norska primärvårdens omorganisation. Det går därför inte att sia om det har uppstått motsvarande (eller åtminstone vissa) kostnadsminskningar på andra områden inom hälso- och sjukvårdssystemet. Emellertid var det inget uttalat syfte med Fastlegeordningen att minska kostnader, och de kostnadsökningar som följt i reformens spår verkar inte ha varit oväntade eller proble-

matiska att hantera. Ser man till införandet av ett husläkarsystem i norsk tappning som en mer generell reformmodell verkar det som att det ekonomiska åtagandet för primärvården kan framträda mer tydligt, men att nivån på åtagandet inte med automatik blir lägre – eller ens mer kontrollerad.

Andra, mindre positiva, konsekvenser av Fastlegeordningen som framträtt i vissa utvärderingsstudier är de samordningsproblem som uppstått mellan husläkare och andra verksamheter till följd av skapandet av tydliga ansvarsområden för husläkarna (och därtill tydliga ekonomiska incitament för att leva upp till just dessa åtaganden). Det verkar också uppstått en större ekonomisk asymmetri mellan olika arbetsformer inom primärvården efter Fastlegeordningen: det är stor skillnad att ta hand om samma patient som anställd på ett kommunalt sjukhem och som egenpraktiserande husläkare.

Sammantaget måste dock Fastlegeordningen bedömas vara en framgångsrik reform. Denna slutsats är delvis avhängig den utveckling som skett inom de problemområden som identifierades innan reformens genomförande, som exempelvis bristande läkartäckning, tillgänglighet och rekrytering. De utvärderingar som gjorts av reformen har också fokuserat mycket på dessa områden. Hade t.ex. en hög kostnadsnivå varit ett upplevt problem inom den norska primärvården hade sannolikt reformen utformats på ett annorlunda sätt – och utvärderats med andra studier och uppföljningsmått. Givet den situation som rådde i Norge vid tidpunkten då Fastlegeordningen genomfördes så framstår det som en lämplig reform. Det är dock viktigt att framhålla att Fastlegeordningen bara var den senaste i en lång rad reformer av den norska primärvården som syftat till att bl.a. höja statusen för husläkaryrket och förbättra patientorienteringen genom ett ökat inslag av prestationsersättning och ett individualiserat ansvar genom patientlistning och egenföretagande.

Genomförandet av en primärvårdsreform i Sverige

En förändring av primärvårdsorganisationen måste förstås i ett lands historiska och kulturella sjukvårdssammanhang (se diskussion i Johnsson 2003). Att den norska Fastlegeordningen har blivit en framgång kan endast delvis förklaras med de positiva egenskaperna hos husläkarsystemet som generell organisationsmodell.

Situationen i Sverige i dag, är på vissa områden väsentligt annorlunda än i Norge innan Fastlegeordningens genomförande år 2001.

En relevant skillnad är att de organisationsstrukturer som i dag finns på plats i den svenska primärvården bygger på andra premisser än de som över längre tid införts i Norge. (Här ska det påpekas att även om enskilda landsting kan ha omfattande erfarenheter av att införa hela eller delar av ett husläkarsystem, är just poängen att vi inte har historiska erfarenheter av centralt initierade reformer av primärvårdsorganisationen i den riktningen). Om Fastlegeordningen skulle införas i Sverige utan större anpassningar vore det en mycket radikal reform. En anledning till detta, som diskuteras mer ingående nedan, är att en sådan reform skulle kräva en omfattande förändring av den sammansatta svenska "vårdcentralmodellen". Att genomföra en mer situationsanpassad reform, som tar avstamp i den befintliga strukturen med flerprofessionella vårdcentraler, vore mindre radikalt. Nedan förs en diskussion kring innebörden av dessa två alternativa tillvägagångssätt, t.ex. i form av skiljda krav på specifikation av åtagande och incitament till dem som är verk samma inom primärvården.

En annan relevant skillnad mellan Norge år 2001 och Sverige år 2008 är att de ekonomiska förutsättningarna. Dessa påverkar rimligen förmågan att hantera större kostnadsförändringar i ett kort- och långsiktigt perspektiv. Införandet av Fastlegeordningen, och den kapacitetsökning som skedde i samband med reformens genomförande, verkar ha medfört en uthållig ökning av den norska statens kostnader för allmänläkartjänster (se även *Bilaga 1*). En del av dessa ökade utgifter kan bestå av omställningskostnader som med tiden kompenseras av minskade utgifter på andra områden (t.ex. inom slutenvård). Men det är inte troligt att hela kostnaden går att "återta"; Fastlegeordningen har *de facto* inneburit en utbyggnad av primärvården. Det är alltså inte säkert att införandet av nya regler för etablering, ersättning och kundval inom den svenska primärvården kommer leda till kostnadsminskningar, även om det skapar bättre resursfördelning och ökad effektivitet i matchning mellan vårdkonsument och -producent. Hur man mer exakt väljer att utforma marknadsaktörernas handlingsutrymme vid införandet av en mer fri etableringsrätt och kundval kommer få stor betydelse för vilka praktiska konsekvenser dessa reformer får och vilken "marknad" (och vilka kostnader) som skapas (se Helgesson, Kjellberg och Liljenberg 2004). Ytterligare en kostnad som måste bäras på kort sikt, och som är svår att uppskatta, är

omställningskostnaderna förknippade med en primärvårdsreform. Det är viktigt att påminna om att en reform av primärvården kommer kosta pengar *i sig*, eftersom system måste skapas för att administrera kundval, ersättning osv.

Därtill är det relevant att fundera kring de praktiska möjligheterna av att genomföra en reform med en så tydlig målsättning: att öka patientmakten. Det finns en implicit idé om att ökandet av just patientmakt i sin tur ska leda till att en mångfald av andra värden (t.ex. vårdkvalitet, ekonomisk effektivitet och jämlikhet) kan realiseras *tillsammans* och *utan inbördes konflikt*. Omfattande organisationsteoretisk forskning av reformers implementering ger emellertid begränsat stöd till att en sådan ”dominoeffekt” kan realiseras i praktiken (Cyert och March 1963). Hur avvägningar mellan olika värden görs i praktiken måste vara föremål för fortsatt intresse, även efter att en reform sätts. Detta torde vara särskilt angeläget inom hälso- och sjukvården, som utmärks av en hög grad av organisatorisk, ekonomisk och etisk komplexitet.

Den följande diskussionen tar sin utgångspunkt i tre övergripande frågeställningar: Hur kan primärvården göras till en vara? Vad är möjliga konsekvenser av att skapa marknadsaktörer inom primärvården? samt Hur uppnår man en önskad implementering?

Hur kan primärvården göras till en vara?

Hälso- och sjukvården har karakteriserats som en sektor med omfattande institutionalisering (Scott 2000). Med detta menas att verksamheten ”lever med” många institutionaliserade föreställningar – för-givet-tagna idéer om hur saker bör göras. Dessa idéer är sammanvävda med organisatoriska, ekonomiska, juridiska och materiella resurser, vilket påverkar såväl intresset som förmågan att genomdriva förändringar – särskilt sådana förändringar som utgår från idéer som väsentligen skiljer sig från existerande (tanke)strukturer.

Vårdcentralen som befintlig – och bestående? – (tanke)struktur

I den svenska primärvården torde ”vårdcentralen” kunna betraktas som en institutionaliserad föreställning. Detta är en starkt förankrad idé om hur primärvård ska bedrivas, vilken är sammanvävd

med organisatoriska, ekonomiska och materiella resurser. Idén om vårdcentraler – där vårdlag bestående av individer från flera professionella yrkesgrupper tillhandahåller en bred definierad primärvård till patienter inom ett visst geografiskt område – har till exempel konkret medfört att det på ett antal platser som är centralt belägna och relativt lättillgängliga finns för ändamålet byggda lokaler där primärvård tillhandahålls. Denna primärvård utmärks även av att man som patient kan träffa fler yrkesgrupper (läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, dietister osv.) på en och samma plats. På vårdcentralerna arbetar typiskt sett anställda som får en fast månadslön för att utföra en rad uppgifter. Det är sällan tydligt specificerat exakt när vilka uppgifter ska utföras, hur lång tid dessa uppgifter tar och vad de olika uppgifterna kostar att utföra.

Den norska Fastlegeordningen tar sin utgångspunkt i den enskilda allmänläkares arbete. I Norge har inte vårdcentraler funnits annat än som försöksverksamheter, och läkare utför uppgifter som i Sverige normalt sköts av andra yrkesgrupper (se Hallgren, Engström och Borgquist 2003). Skulle Fastlegeordningen genomföras i Sverige utan vidare anpassning fordras att läkare – och sannolikt även andra yrkesgrupper – ”bryts ut” ur vårdcentralerna. Det är osäkert vad de vidare konsekvenserna av en sådan radikal strukturförändring skulle vara. Det mest sannolika är dock att genomförandet av en sådan reform skulle vara förenat med en mycket hög grad av komplexitet. Exempelvis skulle en ”av-organisering” av vårdcentralerna sannolikt medföra stora transaktionskostnader (se resonemang med utgångspunkt från Coase (1937) ovan), i och med att det skulle krävas att enskilda aktiviteter avgränsades, synliggjordes och tillskrevs olika yrkesgrupper samtidigt som relationen mellan olika yrkesgrupper formaliseras i mycket högre utsträckning.

Utöver de praktiska svårigheter som detta skulle innebära måste de eventuella fördelarna med att dela upp den svenska vårdcentralen på detta sätt också ställas i relation till att länder som i dag har husläkarsystem eller andra former av mer marknadsorienterade sjukvårdssystem, betonar vikten av lagbaserat samarbete mellan olika professionella yrkesgrupper. Personer på styrande poster inom hälso- och sjukvården i Storbritannien, som sedan länge har ett system med privatpraktiserande husläkare, har exempelvis uttryckt en vision om framtidens primärvård som innefattar lagbaserat samarbete mellan olika professionella grupper för att möta den enskilda patientens skiftande behov (se t.ex. Lakhani och Baker

2006). Behovet av dylika vårdteam betonas särskilt inom glesbygdsområden (Rygh och Hjortdahl 2007).

Det finns således praktiska och verksamhetsmässiga komplexiteter som sannolikt skulle följa av ett försök att införa fri etableringsrätt på individnivå. Det saknas även tydliga indikationer på att en sådan strukturförändring är önskad av dem som jobbar i vården, eller medborgare (se Anell 2005b). Detta medför att arbetshypotesen i detta dokument är att ”vårdcentralen” sannolikt kommer kvarstå som enheten för ”varuspecifikation”. Att specificera varan ”vårdcentral som tillhandahåller primärvård” är samtidigt förknippat med ett antal utmaningar.

Att specificera varan – och ersättningen – på en relevant detaljnivå

Liksom i alla situationer där en vara ska upphandlas måste det finnas en specifikation av *vad* det är som ska köpas. En första utmaning förknippad med införandet av en mer fri etableringsrätt är att specificera åtagandet på en relevant detaljnivå. Det har uppmärksammats på olika håll att den svenska primärvårdens åtagande är brett och oprecist. Detta är en praktisk utmaning om målsättningen är att införa en reform där många avtal ska slutas med olika parter som ska tillhandahålla samma vara, ”primärvård”. I den norska Fastlegeordningen finns gemensamma regler för vad som ska ingå i primärvårdens uppdrag. Reglerna lämnar dock öppet för enskilda sjukvårdshuvudmän att sluta avtal om exakta nivåer eller former för det som erbjuds (t.ex. läkarpraktikens öppettider, omfattningen av läkarens jourtjänstgöring och folkhälsoarbete). Däremot är ersättningssystemet mycket starkt centraliserat. Det finns *en* gemensam tarifflista som i detalj beskriver vilka aktiviteter som ger vilken ekonomisk ersättning. Ersättningssystemet bidrar därmed på ett påtagligt sätt till att specificera egenskaper hos varan ”primärvård”.³⁰

Med andra ord så bygger Fastlegeordningen på en lokal tolkningsflexibilitet i hur uppdraget för primärvårdsproducenten utformas, men i och med att ersättningen är så tydligt utformad finns det *de facto* en hög grad av detaljstyrning i hur varan utformas. Av utvärderingsstudierna framgår det att norska husläkare är väldigt medvetna om vilka aktiviteter som är värdefulla, och vilka

³⁰ Till exempel så anger fastlegetariffen att en normal telefonkontakt med läkare är maximalt 20 minuter långt; tar samtalet längre tid så utgår ytterligare ersättning till läkaren.

aktiviteter som inte medför någon ersättning. (En diskussion om vilka incitament som ersättningssystemet skapar för organisationer och individer som tillhandahåller vårdtjänster återkommer nedan). Med andra ord så kan det finnas en risk för oönskade verksamhetsprioriteringar om det föreligger en diskrepans mellan detaljnivån på uppdragsspecifikationen och ersättningssystemet.

Vid specifikationen av en vara och utformningen av ersättningssystem går det att resonera med utgångspunkt från en mer principiell avvägning mellan precision och komplexitet. Det norska ersättningssystemet måste betraktas som väldigt precist i vad det gör anspråk på att mäta och ersätta. (Exempelvis finns det elva aktivitetskoder i fastlegetariffen för *konsultation*, Den norske legeforening 2007 s. 20–21). Denna precision ökar samtidigt systemets komplexitet. Det krävdes ett omfattande arbete att skapa de olika aktivitetskategorierna, och ersättningssystemet förutsätter en löpande administration med månatliga och årliga avstämningar (se ovan). Ett mindre precist system är sannolikt enklare att skapa och administrera, men riskerar att vara mindre rättvisande i vad som mäts och ersätts. Ett system som har elva aktivitetskoder för konsultation fångar sannolikt relevanta skillnader mellan dessa olika konsultationer. Samtidigt torde ett sådant system medföra att det finns mindre flexibilitet att utforma konsultationen på andra sätt än de sätt som anges; en konsultation måste uppfylla de specifika krav som ställs för en viss form av ersättning. Ett ersättningssystem som exempelvis ger en klumpsumma per konsultation fångar inte skillnader mellan olika konsultationstyper, men ett sådant system kan i sin tur vara mer överblickbart och tillåta mer flexibla tolkningar av vad som ingår i en "konsultation".

Hur varan specificeras och ersätts har konsekvenser för vilken typ av styrning som är möjlig. Ett precist system, som innebär en tydlig koppling mellan ersättning och enskilda aktiviteter, kan användas till att skapa tydliga, prestationsbaserade incitament. I den norska Fastlegeordningen ska exempelvis den prestationsbaserade ersättningen uppgå till cirka 70 % av den totala intäkten. Ett precist system ger även möjlighet till en tydlig (centraliserad) styrning mot särskilda mål. Det är svårare att åstadkomma med mindre precist system, som t.ex. består av en relativt sett högre andel kapitationsersättning, eftersom det ger en svagare koppling mellan aktiviteter och ersättning.

Ett område där svårigheterna med att specificera "varan" kan vara särskilt problematisk är då det rör sig om mer komplexa och

sammansatta aktiviteter där det krävs samordning inom och mellan organisationer. Dessa aktiviteter kan vara svåra att avgränsa på ett sätt som gör att saker inte ”faller mellan stolarna”.

Utmaningar med att specificera samordning och komplexa aktiviteter

Det har i olika sammanhang uppmärksammats svårigheter med att specificera andra än direkt ekonomiska värden, t.ex. ”sociala kriterier” i upphandlingar inom hälso- och sjukvården (SOU 2007:37 s. 143). Denna svårighet bekräftas delvis i studier av organisationsreformer inom vården som syftat till att öka verksamhetsstyrning genom ett tydligare ekonomiskt resultatansvar.

I en nyligen utgiven doktorsavhandling studerades hur samordningen mellan organisationer som tillhandahåller sjukvård respektive omvårdnad och sociala tjänster till äldre i hemmet påverkades av en starkare ekonomisk styrning som inbegrep en tydligare specifikation av ersatta åtaganden (Kraus 2006). Studien visar på olika typer av samordningsproblem som uppstod när de olika organisationernas *formella* åtaganden betonades. Ett problem som observerades var svårigheter med att explicitgöra ”mjuka” aktiviteter som kan ta mycket tid i anspråk (t.ex. samtal med vårdtagare). Ett annat, relaterat problem var svårigheten att synliggöra hur behovet av människors samverkan påverkade möjligheterna till att genomföra den åtagna ”tjänsteproduktionen” (t.ex. påklädning). Ytterligare ett problem var de gråzoner som uppstod och löstes i praktiken till följd av svårigheterna att exakt avgränsa olika parters uppdrag. (Ett konkret exempel som lyftes fram var frågan om vem som skulle hämta ut läkemedel, omvårdnadspersonalen eller sjukvårdspersonalen. Ofta löstes frågan genom att personal från hemtjänsten hämtade ut läkemedel på Apoteket när de var ute och gjorde andra ärenden).

Införandet av resultatansvar och -styrning har i andra studier visat sig medföra konsekvenser som inte uppenbart bidrar till värdeskapande i vårdens innehåll som helhet. En studie som gjorts av hur relationen mellan olika sjukhuskliniker utvecklades efter införandet av resultatansvar och mer omfattande ekonomisk styrning visar på en tydligt ökad betydelse av organisationsgränser och mindre flexibilitet till följd av fokus på ersatta åtaganden (Blomgren 1999). Konkreta exempel som lyfts fram i studien är bl.a. den upplevda svårigheten att ”byta bäddar” mellan kliniker vid

skillnader i beläggningsgrad. Innan reformen ordnades detta via samtal på lokal nivå. Efter reformen krävdes en internprissatt överenskommelse som behövde godkännas på ledningsnivå. Eftersom detta uppfattades som besvärligt att hantera i praktiken, blev en konsekvens att det inte gjordes kapacitetsutjämnningar mellan kliniker med olika beläggningsgrad.

Att tydliggöra vilka aktiviteter som utförs inom enheter i primärvården kan alltså medföra fördelar, i form av synlighet och tydlighet i uppdragets omfattning. Men det är viktigt att framhålla att en ändring av etablerings- och ersättningsreglerna *inom* primärvården inte med automatik kan förväntas hantera samordningsproblem *mellan* olika delar av vårdkedjan.³¹ Utvärderingar av Fastlegeordningen bekräftar detta; de norska husläkarna har blivit mer ansvarstagande när det gäller bemötande och behandling av *de egna patienterna*.

Skapandet av andra varor

Införandet av ett husläkarsystem som innefattar en större eller mindre grad av prestationsersättning innebär att man i praktiken skapar varor av aktiviteter som t.ex. telefonsamtal och konsultationer. Genom att tillskriva dessa varor vissa egenskaper rustas marknadsaktörerna med ett "beräknande aktörsskap" (Callon och Muniesa 2005), varvid det är möjligt att beräkna vad som är värdefullt. Som tidigare nämnts har utvärderingar av Fastlegeordningen antytt att läkare tydligt uppfattat att de i första hand ska ta ansvar för de patienter som finns på den egna listan. Detta är en högst väntad konsekvens av att det är sådana aktiviteter som värderas i Fastlegetariffen (Den norske lægeforening 2007). Men i och med att patienter på den egna listan är värdefulla har det skett en utveckling i Norge varvid listorna i sig har blivit varor som betingar ett värde. Förutsättningarna är därmed olika för de läkare som var med från början när Fastlegeordningen infördes, och de

³¹ I detta sammanhang kan en parentetisk kommentar gällande värdet av samordnade vårdkedjor göras i relation till den i vissa sammanhang så uppmärksammade amerikanska s.k. managed care organisationen Kaiser Permanente. Denna organisation framhålls i olika sammanhang som ett föredöme vad gäller kostnadsstruktur och vårdkvalitet. Viss forskning pekar emellertid på att organisationens förmåga till att kombinera låga kostnader med hög behandlingskvalitet kan ligga i de stora samordningsvinster som följer av vertikal integration (SOU 2002:31 s. 55). Utöver de effektivitetsförbättringar som kan göras *inom* enskilda verksamhetsområden kan Kaiser Permanente även göra stora effektivitetsvinster genom förbättrad överföring *mellan* olika verksamhetsområden.

läkare som t.ex. examinerats efter 2001. En intressant fråga i det svenska sammanhanget är huruvida det kommer vara möjligt för enskilda läkare att göra anspråk på att äga sin lista, t.ex. om hon byter arbetsgivare.

Vad kan det innebära att skapa marknadsaktörer?

Införandet av en (mer) fri etableringsrätt är ofta en del av mer omfattande strukturreformer som syftar till att öka utbudet av vårdproducenter. I Norge har ändringarna i etablerings- och ersättningsreglerna som gjordes i samband med Fastlegeordningens genomförande även haft till syfte att ändra driftsformen för läkarpraktiker. Redan innan reformen genomfördes var drygt 80 % av alla husläkare privatpraktiserande (med eller utan driftsavtal, se *Not 12*). Efter reformen har denna siffra stigit ytterligare. Om ett syfte med en primärvårdsreform i Sverige är att ändra driftsformerna för primärvårdsverksamheter, är det relevant att resonera kring vilka möjliga konsekvenser som skapandet av marknadsaktörer kan få.

Utformning av incitament

En grundläggande idé med att ändra reglerna för etablering och ersättning och att generellt införa kundval inom primärvården är att det ska finnas incitament för vårdproducenter och vårdanvändare att fatta ”effektiva beslut”. Denna idé tar sin utgångspunkt i grundläggande nationalekonomiska teorier om marknaden som en effektiv resursallokeringsmetod. Enligt samma idétradition skulle emellertid en ytterligare förväntad konsekvens av att ”skapa marknader” vara att det uppstår krav på en riskjustering av den förväntade (och faktiska) avkastningen på arbete och kapital.

Vid införandet av Fastlegeordningen har det, som tidigare nämnts, funnits starka ekonomiska incitament för läkare att övergå från lönearbete till egenföretagande. Ett principiellt argument för varför ersättningen för privatpraktiserande läkare bör vara högre än för löneanställda är att de förra har ett större operativt och finansiellt risktagande. Som tidigare antytts är det ett skäl till varför en reform i linje med den norska Fastlegeordningen skulle kunna vara kostnadsdrivande.

Även om en svensk primärvårdsreform tar utgångspunkt i vårdcentraler, snarare än läkares, arbete kommer det ändå finnas ett visst kapitalbehov, till följd av behovet av investeringar i och underhåll av lokaler och utrustning. Även om dessa kapitalbehov inte är så omfattande som i mer specialiserade verksamheter är det ändå en faktor som måste beaktas. Ytterligare en intressant fråga, som inte undersökts närmare i denna genomgång, är frågan om arbetsgivaransvar – både som källa till verksamhetsrisk (om det inte finns någon garanterad volym, se Konkurrensverket 2007) och som eventuell källa till incitamentsproblem.

I ett tidigare avsnitt förs ett resonemang kring hur möjligheterna till styrning är avhängigt sättet på vilket varan ”primärvård” specificeras och ersätts. Argumentet som fördes fram var att ett precist system, som innebär en tydlig koppling mellan ersättning och enskilda aktiviteter, kan användas till att skapa tydliga, prestationsbaserade incitament. Ett mindre precist system, som t.ex. består av en relativt sett högre andel kapitationsersättning, ger en svagare koppling mellan aktiviteter och ersättning. Denna diskussion kan föras på organisationsnivå, men kan även översättas till individnivå. I Norge har många läkare blivit egenföretagare samtidigt som de kommit att verka i ett system med starka inslag av prestationsbaserad ersättning. Det är osäkert om en reform som inte på samma sätt knyter incitament till enskilda personers aktiviteter fullt ut kan realisera de positiva utfallen av Fastlegeordningen i form av t.ex. ökad tillgänglighet och patientorientering. Skulle Sverige genomföra en primärvårdsreform där ”varan” tar sin utgångspunkt i den verksamhet som i dag bedrivs på vårdcentraler blir incitamenten för den enskilde annorlunda vid en privatisering, jämfört med om det sker en privatisering av det egna arbetet (se även Anell 2005b).

Vårdproducenters – och andra aktörers – valmöjligheter

Tre typer av ”vårdproducentval” som torde vara relevanta att särskilt beakta vid införandet av fri etableringsrätt, i synnerhet, och en mer generell reform av den svenska primärvården, i allmänhet, är huruvida vårdproducenter har rätt att välja 1) vilka aktiviteter de utför, 2) vilka patienter de har på sin lista och 3) huruvida de alls deltar i primärvårdsreformen.

Vårdproducenter i Norge har en stor ekonomisk frihet att välja vilka aktiviteter som ska genomföras i bemötandet och behandlingen av varje enskild patient. Som tidigare nämnts finns inget fast kostnadstak för utgifterna kopplade till patienters behandling. En fråga är huruvida Sverige ska anamma denna valfrihet för vårdproducenter. I Norge har det, som tidigare nämnts, inte framstått som ett problem att kostnaderna för allmänläkartjänster har ökat. Fastlegeordningens struktur ger därför begränsad vägledning i hur en eventuell kostnadsökning ska förhindras om detta är en ytterligare målsättning vid en reform. En ytterligare aspekt rörande vårdproducenters valfrihet, som delvis tangerar den tidigare diskussionen om specifikationen av varan, är huruvida verksamheter kan välja hur de vill utforma sitt erbjudande i form av t.ex. lokaler och medicinsk utrustning. Ytterligare en fråga är vilka krav som ska ställas på gemensamma kommunikationslösningar som exempelvis journalsystem. Kommer det ställas krav på gemensamma kommunikationslösningar, är det en relevant fråga hur beslut om sådana saker ska fattas, samt hur eventuella utvecklingskostnader för dylika system ska finansieras.

En annan principiell fråga rör valet av patienter. Ska primärvårdsproducenter ha rätt att välja bort patienter? I Norge är det inte tillåtet för en husläkare att neka någon att lista sig – om det finns plats på listan. De läkare som deltar i Fastlegeordningen och har plats på sin lista kan även bli tilldelade patienter som ingår i Fastlegeordningen men inte aktivt valt en viss läkare. En delvis liknande idé förs fram av Konkurrensverket i ett principiellt resonemang om risken som finns i kundvalsmodeller att ”kotsamma” patienter (vars behandlingskostnad t.ex. i form av tid, överstiger de genomsnittliga priser som ges för olika aktiviteter) selekteras bort. Förslaget för att hantera detta är att

utföraren inte (bör) få välja vilka konsumenter denne tar emot. Utföraren bör således vara tvingad att ta emot samtliga konsumenter som söker sig till företaget, med reservation för de fall där utförarens åtagande är begränsat till en viss produktionsnivå och denna nivå uppnåtts. Det är då inte tillåtet för utföraren att ta emot några nya konsumenter (Konkurrensverket 2007 s. 81).

En praktisk fråga är hur en sådan fördelning sker, och vilken instans som ska administrera och övervaka att fördelningen genomförs.

En ytterligare fråga som anknyter till denna diskussion om möjligheten för vårdproducenter att "välja sina kunder" är frågan om vem som ska bära de omställningskostnader som kan förmodas uppstå vid en primärvårdsreform där det sker en generell övergång från en "geografisk tilldelningsstruktur" till en "patientvalsstruktur". Två relevanta frågeställningar är hur de första listorna ska konstrueras, och hur "icke-väljande" individer ska hanteras. Exempelvis kommer det sannolikt att finnas en övergångsperiod då vissa patientgrupper väljer snabbare än andra. En fråga är om "det offentliga" ska vara ansvarig för eftersläpande grupper eftersom detta kan skapa asymmetrier mellan driftsformer (om primärvården även fortsättningsvis kan bedrivas genom egenpraktik eller via offentlig anställning).

Vad gäller individens möjlighet och rättighet att *inte* välja husläkare vid en eventuell reform är det relevant att notera att både det norska och danska systemet tillåter den enskilde medborgaren att stå utanför systemet – men till ett pris. Det finns alltså ekonomiska incitament för att patienter ska välja en husläkare. I Norge får man betala en högre patientavgift, och är lägre prioriterad, om man inte är listad hos någon läkare. I Danmark finns sedan 1970-talet ett system varvid de som väljer att inte registrera sig hos en läkare får besöka vilken husläkare som helst och anlita specialister och sjukhus utan remiss. Emellertid måste en "olistad patient" betala en patientavgift, något som annars inte förekommer. Mindre än 2 % av de danska medborgarna väljer att inte lista sig. På liknande sätt är det mycket få norska invånare (runt 0,5 % av befolkningen) som väljer att stå utanför Fastlegeordningen. I Sverige finns det ingen motsvarande tradition av att skapa negativa ekonomiska incitament för de individer som inte väljer att delta i ett system.

Den tredje frågan, som anknyter till ovanstående resonemang om individens rätt att stå utanför en eventuell reform, är huruvida vårdproducenter ska ha rätt att välja bort ett deltagande. I Norge var det tillåtet för de allmänläkare som var löneanställda hos kommunen innan reformens genomförande att kvarstå som anställda. Vissa har valt detta. Enligt NAV har andelen husläkare med fastlön minskat successivt efter utgången av år 2002 (nivån var stabil de första 18 månader efter Fastlegeordningen infördes): från 10,2 % till 7,3 % vid slutet på år 2007 (NAV 2008 s. 1). En studie som gjordes innan den nationella reformen, då det fortfarande fanns cirka 20 % lönearbetande läkare, visar på att de som prioriterade fritid och/eller folkhälsoarbete i första hand valt fast-

lönarbete, och att kvinnor var mer benägna att värdesätta fritid och/eller folkhälsoarbete (Grytten, Skau, Sørensen och Aasland 2000).

Hur uppnår man en önskad implementering?

Ett förändringstryck som enligt många har drivit fram de senaste decenniernas försök att reformera hälso- och sjukvårdens struktur och arbetsprocesser är ett allt större upplevt gap mellan de insatser som hälso- och sjukvården finansiellt och organisatoriskt kan leverera, och de insatser som är medicinskt möjliga att utföra och i ökande utsträckning efterfrågas. I detta gap mellan förväntningar och reella möjligheter finns en dold och sällan uttalad spänning mellan de många värderingsprinciper som hälso- och sjukvården förväntas leva upp till. Det är till exempel svårt att helt förena principen om människors lika värde och lika rätt till vård med krav på kostnadseffektivitet i vården och enskilda patienters valfrihet. Hur en värdeskapande hälso- och sjukvård, som återspeglar samtliga av dessa centrala principer och gör rättvisa resursfördelningar som ger människor bättre hälsa på ett kostnadseffektivt sätt, i praktiken ska organiseras är ett grundläggande problem (se Blomqvist 2007). Även mer konkreta målsättningar kan vara svåra att förena i praktiken. Exempelvis måste patienters förväntningar om en fast primärvårdskontakt med hög tillgänglighet och kontinuitet jämkas med de krav som personalen inom hälso- och sjukvården har all rätt att ställa på ett arbetsliv som går att förena med en modern livssituation. Det är också viktigt att påminnas om att en reform alltid genomförs i ett sammanhang där det redan finns många styrningsimpulser. I vården finns det till exempel ett omfattande regelsystem med tvingande lagar och direktiv samt formellt frivilliga rekommendationer (t.ex. behandlingsriktlinjer). Dessa olika regler och beslut som härrör från olika nivåer inom hälso- och sjukvården försöker var och en försäkra att olika värden realiserar i hälso- och sjukvårdens praktik. Dessa olika värdesystem är emellertid inte med automatik förenliga fullt ut.

Att organisationer regelbundet ställs mot många, sinsemellan motstridiga principiella krav är ingen ovanlighet. Tvärtom. Det är dock inte möjligt att i praktiken leva upp till alla dessa krav. Omfattande organisationsteoretisk forskning pekar på två sätt genom vilket organisationer kan hantera oförenliga krav på verk-

samheten. Ett sätt är genom att särkoppla verksamhetens presentation från dess praktik (Meyer och Rowan 1977). Ett andra sätt att hantera oförenliga krav är att omtolka ("översätta") generella principer till den lokala praktiken (Czarniawska och Sevón 1996). Reformerna omtolkas regelmässigt eftersom de är avgränsade, logiska system bestående av förenklade principer som aldrig är lika mångfacetterade, komplicerade och föränderliga som de verksamheter som ska reformeras på basis av dessa principer. Men, det kan inte förutsättas att de lokala översättningar som görs av en nationell primärvårdsreform med automatik kommer vara *önskade* tolkningar. Därmed blir det en fråga hur en implementering ska följas upp för att säkra ett önskat – om än inte helt likartat – utfall.

En viktig övergripande fråga är graden av flexibilitet som "byggs in" i en framtida primärvårdsreform. Kommer det att vara tillåtet med en mångfald av olika etableringsregler och ersättningsystem inom landstingen, eller är målet en hög grad av likriktning mellan olika landsting? Tidigare studier av organisationsreformer antyder att en mer vagt formulerad reform kommer tolkas med större variation än en tydligt preciserad reform (Winblad-Spångberg 2003; Fernler 1996). Hur stor variation som är möjlig i praktiken är även avhängigt hur ersättnings- och uppföljningssystem utformas. I den norska Fastlegeordningen kombineras exempelvis en relativt stor tolkningsflexibilitet rörande åtagandet som avtalas om mellan kommun och husläkare, med ett centraliserat och detaljerat ersättningsystem. Det senare bidrar sannolikt till att likrikta innehållet i husläkares arbete, enligt diskussionen ovan.

Samtidigt som tydliga uppföljningssystem bidrar till att säkra en önskad implementering, genom att t.ex. rikta uppmärksamhet mot oönskade utvecklingstendenser, finns det även en fara med att "hårdkoppla" system i alltför stor utsträckning. Att en reform omtolkas (i större eller mindre utsträckning) kan vara högst önskvärt.³² Det är genom omtolkningar som reformen blir relevant i det sammanhang där den implementeras. Det finns dock en mot-

³² Ett exempel på värdet av bristande koppling i uppföljningen av regler och beslut är det svenska läkemedelssubventionssystemet (se även Sjögren 2006). Detta system är *inte* hårdkopplat så att endast produkters formellt godkända användningsområden subventioneras. Detta måste betraktas som mycket lämpligt, i och med att det tillåter att förskrivningen av läkemedel kan anpassas till den enskilda patienten, t.ex. genom att en annan dosering förskrivs än den som är formellt godkänd. Vissa patientgrupper skulle också i praktiken stängas ute från användning av subventionerade läkemedel om systemet var hårdkopplat. Ett exempel på detta är barn. I och med att det sällan genomförs kliniska prövningar på barn av etiska skäl, saknas det ofta den typ av systematisk vetenskaplig kunskap om de medicinska effekterna som krävs för att produkter ska formellt godkännas för sådan användning.

sättning mellan att tillåta flexibilitet och anpassning av en reforms innehåll för att den alls ska implementeras i praktiken (jämför särkoppling ovan), och att förändra praktiken på ett sätt som ligger i linje med reformens intentioner.

I samband med husläkarreformen på 1990-talet uppmärksammades exempelvis problem kring utformning av ersättningssystemen. Bland de problem som identifierades av den särskilt tillsatta Husläkardelegationen var att vissa lokala tolkningar skapade skilda incitament för olika driftsformer, som *de facto* skulle medfört att den presentationsersättning som offentligt anställda genererade skulle tillfalla arbetsplatsen, snarare än individen (Johnson 2003). Därmed skulle idén om ”ersättning efter presentation” omkullkastas. Det är inte osannolikt att dylika oplanerade och oönskade tolkningar uppstår vid genomförandet av en ny primärvårdsreform.

Därför torde det finnas behov av en ”uppföljningsapparat” som kan vara uppmärksam på utvecklingstendenser, och vara lyhörd för behovet av anpassningar i primärvårdens organisering, om och när det framkommer oväntade positiva och negativa konsekvenser. Ett mer öppet och flexibel reforminitiativ torde kräva en mer flexibel uppföljning, eftersom det kan finnas många fler möjliga konsekvenser av en sådan reform och det är svårare att avgränsa och på förhand entydigt bestämma vilken typer av uppföljningsmått som kommer att vara precisa och rättvisande. (En centralt genomförd men i grunden pluralistisk reform, som innebar att medborgare väljer såväl primärvårdsorganisering som primärvårdsutförare (se diskussion Anell 2005b) vore ur detta perspektiv än mer svårstyrdd).

Sammanfattning

I detta avsnitt har jag fört ett resonemang om möjligheter och utmaningar vid en svensk primärvårdsreform, med utgångspunkt från den norska Fastlegeordningen som genomfördes år 2001. Den genomgång som gjorts av reformens konsekvenser målar samman taget upp en övergripande positiv bild av Fastlegeordningen som omorganisation av den norska primärvården. Samtidigt visar genomgången på att reformen var en i sammanhanget lämplig organisationsförändring, som låg i linje med flera tidigare reforminitiativ. Med andra ord, så var det få – om några – inslag i Fastlegeordningen som på ett radikalt sätt bröt mot tidigare föreställningar och/eller strukturer i den norska primärvården. Exempelvis fanns

det redan en hög andel medborgare med fast läkarkontakt, och en klar majoritet av privatpraktiserande läkare. Att Fastlegeordningen inte var en radikal reform bekräftas av flera studier där stora grupper anger få upplevda förändringar sedan reformen. Att Fastlegeordningen är en tydligt *norsk* reform (där mer generella idéer om listningssystem har översatts till det aktuella sammanhanget) är betydelsefullt vid en diskussion om en framtida omorganisation av den svenska primärvården. Det är också relevant att påminna om att Fastlegeordningen genomfördes i anslutning till en generell kapacitetsökning inom den norska primärvården, som sannolikt bidragit till att förbättra exempelvis tillgänglighet.

I ovanstående diskussion har jag berört ett antal övergripande frågeställningar rörande hur en svensk reform skulle kunna struktureras och genomföras. Flera av diskussionerna har utmynnat i resonemang om ersättningssystemets utformning och vilka incitament som kan uppstå för olika (marknads)aktörer givet olika strukturlösningar. Bland annat har ett resonemang förts kring avvägningen mellan precision och komplexitet i utformningen av styrsystem, samt avvägningen mellan incitament och styrning på individ- respektive organisationsnivå. Emellertid är denna fokusering på ersättningssystem delvis avhängig den starkt styrande effekt som (prestations)ersättning har haft i Fastlegeordningen, och den betydelse som tillmäts tillsyn och övervakning av t.ex. kvalitet via marknadselement som ersättning och avtal.

Sammanfattningsvis har jag argumenterat för att Fastlegeordningens idéer och strukturella element inte är utformade med utgångspunkt i den svenska primärvårdens nuvarande – och i viss mån – historiska struktur. Vissa anpassningar torde vara lämpliga och nödvändiga för att göra reformen genomförbar i det svenska sammanhanget. Samtidigt innebär dessa eventuella anpassningar att konsekvenserna av en eventuell reform blir mer osäkra.

Referenser

- Abelsen B., D.U. Karlsen Bæck, B. Kramvig och M. Moilanen. 2005. *Lav stillingsstabilitet som utfordring for Fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag*. Rapport nr 6. Tromsø: NORUT Samfunnsforskning AS.
- Andersen F., O. Herder och A. Forsdahl. 1999. Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995–97. *Tidsskr Nor Lægeforen* 119(9): 1296-8.
- Anell, A. 2005a. Deregulating the pharmacy market: The case of Iceland and Norway. *Health Policy* 75(1): 9–17.
- Anell, A. 2005b. *Primärvård i förändring*. Lund, Studentlitteratur.
- Audit Commission. 2005. *Early Lessons from Payment by Results*. London: Audit Commission. Tillgänglig via <http://www.audit-commission.gov.uk/reports>
- Blomgren, M. 1999. *Pengarna eller livet? Sjukvårdande professioner och yrkesgrupper i mötet med en ny ekonomistyrning*. Uppsala: Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet. (Publicerad avhandling).
- Blomqvist, P. 2007 (red.). *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.
- BMA, British Medical Association. 2007. *Reviewing PMS contractual agreements: Guidance for PMS practices (England only)*. Tillgänglig via <http://www.bma.org.uk>
- BMA, British Medical Association. 2006. *GP contract and workload: General practitioners - the General Medical Services contract*. Briefing paper. Tillgänglig via <http://www.bma.org.uk>
- BMA, British Medical Association. 2004. *Personal medical services (PMS) agreements: Guidance for GPs*. Tillgänglig via <http://www.bma.org.uk>
- Borgquist, L., I.-M, Hallgren och S. Engström. 2006. *Vad kan Sverige lära av Fastlegeordningen i Norge?* Linköping: FoU-

- enheten för primärvård och psykiatri, Landstinget i Östergötland.
- Boyle, S. 2007. Payment by Results in England. *Eurohealth* 13(1): 12–16.
- Brunsson, N. 2006. *Mechanisms of Hope*. Oxford: Oxford University Press.
- Brunsson, N. och J. P. Olsen. 1998. *The Reforming Organisation*. London: Routledge
- Callon, M. och F. Muniesa. 2005. Economic markets as calculative collective devices. *Organization Studies* 26(8): 1229–50.
- Carlsen, B. och O. F. Norheim. 2003. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 21: 209–13.
- Coase, R. 1937. The Nature of the Firm. *Economica* 4(16): 386–405.
- Cyert, R. och J. G. March. 1963. *A Behavioral Theory of the Firm*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Czarniawska, B. och G. Sevón. 1996. *Translating Organizational Change*. Berlin: de Gruyter.
- Dahle, R. och M. Skilbrei. 2003. *Fastlegeordningen og pasienter med store legebepov*. NOVA Rapport 3/2003. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Den norske lægeforening. 2007. *Fastlegetariffen – normaltariff for allmennleger i Fastlegeordningen og i legevakt 2007–2008*. Tillgänglig via www.legeforeningen.no
- Department of Health (Storbritannien). 2007. *New GMS Contract QOF Implementation. Dataset and Business Rules – Asthma Indicator Set*. Tillgänglig via <http://www.primarycarecontracting.nhs.uk>
- Feiring, E. 2005. Forgubbingstendens blant fastlegene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 125(11):1467.
- Fernler, K. 1996. *Mångfald eller likrikning: Effekter av en avreglering*. Stockholm: Nerenius & Santérus
- Finnvold, J.E. och J. Svalund. 2005. Kronikere og personer med symptomer på lettere psykiske plager: bruk og vurdering av allmennlegetjenesten før og etter Fastlegeordningen. Rapport 2005. Återgitt i Sandvik, H. 2006. *Evaluering av fastlege-reformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Norges forskningsråd.

- Finnvold J.E., J. Svalund och B. Paulsen. 2005. *Etter innføring av Fastlegeordning - brukervurderinger av allmennlegetjenesten*. Rapport 2005/1. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Forrest, C.B. 2003. Primary care in the United States: primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *British Medical Journal*, 326: 692-5.
- Godager G., T. Iversen och H. Lurås. 2005. *Utviklingen i fastlegenes listelengder, driftsinntekter og takstbruk*. Hero skriftserie 2005:3. Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo.
- Grimsmo A., E. Hagman, E. Faiko, L. Matthiessen och T. Njalsson. 2001. Patients, diagnoses and processes in general practice in the Nordic countries. An attempt to make data from computerised medical records available for comparable statistics. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 19(2): 76-82.
- Grytten J., I. Skau, R. Sørensen och O.G. Aasland. 2004. Legenes arbeidssituasjon etter ett år med Fastlegeordningen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 124(3):358-61.
- Grytten J., I. Skau, R. Sørensen och O.G. Aasland. 2003. *Fastlege-reformen - En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud*. Forskningsrapport 11. Bergen: Institutt for offentlige styringsformer, Handelshøyskolen BI.
- Grytten J., I. Skau, R. Sørensen och O.G. Aasland. 2000. Hva påvirker allmennlegenes kontraktsvalg og flytteplaner? *Tidsskr Nor Lægeforen* 120(26):3134-9.
- Grytten J., I. Skau, R. Sørensen. 2005. Kjennetegn ved solo- og gruppepraksiser i norsk allmennmedisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 125(10): 1357-60.
- Grytten J., I. Skau och O.G. Aasland OG. 2005. Arbeidsbelastning blant kvinnelige og mannlige fastleger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 125: 1850-2.
- Hallgren, I.-M., S. Engström och L. Borgquist. 2003. *Norsk Fastlegeordning sedd med svenska ögon*. Linköping: FoU-enheten för primärvård och psykiatri, Landstinget i Östergötland.
- Halvorsen, I., E. Meland och A. Bærheim. 2007. Bruk av legevakt før og etter fastlegeordningen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 127: 15-7.
- Hasvold T. och R. Johnsen. 1996. *Fastlegeforsøket: Evalueringsrapport*. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

- Helgesson, C.-F., H. Kjellberg och A. Liljenberg. 2004. *Den där marknaden: Om utbyten, normer och bilder*. Lund: Studentlitteratur.
- Helse- og omsorgsdepartementet (Norge). 2007a. *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller 2006-2007* (St.meld. nr. 20). Tillgänglig via <http://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet (Norge). 2007b. *St.prp. nr. 1 (2006-2007) for budsjettåret 2007*. Tillgänglig via <http://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet (Norge). 2005. *Rundskriv I-6/2005 Endringer i polikliniske takster og egenandeler fra 1. juli 2005*. Tillgänglig via <http://www.regjeringen.no>
- Heen, H., T.O. Mo och E. Johnsen. 1996. *Forsøk med Fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner*. Skriftserie 2/96. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Heian, F. 2004. Tverretattlig samarbeid i kommunene. I Gylseth, G., F. Heian, A. Skiri och B. Torkildson Grotle (red.) *Rapport fra prosjektet Samarbeid i Utvikling*. Helse Nordmøre och Romsdal.
- Husom, N. 2000. Med distriktslegen gjennom dype daler og store høyder. *Tidsskr Nor Lægeforen* 120: 2588-9.
- Indenrigs- og Subdhedsministeriet (Danmark). 2005. *Kommunalreformen – Kort Fortalt*. Tillgänglig via <http://www.im.dk>
- Innst.S.nr.249. 2000. *Innstilling fra sosialkomiteen om endringer i statsbudsjettet for 2001 som følge av fastlegereformen*. Tillgänglig via <http://www.stortinget.no>
- Iversen, T. 2005. *A study of income-motivated behavior among general practitioners in the Norwegian list patient system*. Working Paper 8. Oslo: Health Economics Research Programme, University of Oslo.
- Iversen, T. och H. Lurås. 1996. *Forsøk med Fastlegeordning. Økonomievaluering av forsøkskommunene*. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.
- Janbu, T. 2005. Pasientbetaling for helsetjenester *Tidsskr Nor Lægeforen* 125: 2679.
- Jensen S.A., T. Øien, G. Jacobsen och R. Johnsen. 2003. Feil i medikamentkortene – en helserisiko? *Tidsskr Nor Lægeforen* 123(24): 3598-9.
- Johnson, B. 2003. *Policyspridning som översättning. Den politiska översättningen av metadonbehandling och busläkare i Sverige*.

- Malmö: Arbetslivsinstitutet. (Publicerad avhandling vid Statsvetenskapliga institutionen, Lunds universitet).
- Johnsen, J. R. 2003. *Egenandeler i helsetjenesten i ulike land*. Bergen: Program for helseøkonomi, Handelshøyskolen BI.
- KL, Kommunernes Landsforening. 2007. *Kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen – vejledning i økonomistyring*. Tillgänglig via <http://www.kl.dk>
- Kjelvik J. 2004. Små kommuner har høyest utgifter til primærlegetjenesten. *Samfunnsspeilet* (2): 34–7.
- Konkurrensverket. 2007. *Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg - förslag för konkurrens och ökat företagande*. Konkurrensverkets rapportserie 2007:3. Bromma: CM Gruppen.
- Kraus, K. 2006. *Sven, inter-organisational relationships and control – a case study of domestic care of the elderly*. Stockholm: EFI. (Publicerad avhandling vid Handelshögskolan i Stockholm).
- Kungl Maj:ts proposition 1969:125. *Kungs Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring m.m.* Stockholm: Riksdagen.
- Kvamme, O.J., L. Sandvik och P. Hjortdal. 2000. Praksisform, legekarakteristiska og pasientvurdert kvalitet i norsk allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* (120): 2499–502.
- Kværner K.J., T. Tjerbo, G. Botten och O.G. Aasland. 2005. Epikrisen som samhandlingsverktøy. *Tidsskr Nor Lægeforen* 125(20): 2815–7.
- Lakhani, M. och M. Baker. 2006. Visions of primary care in 2015. Good general practitioners will continue to be essential *British Medical Journal* 332: 41–3.
- Landstingsförbundet. 2003. *Att vänta på vård. En analys av tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Landstingsförbundet. 1992. *Framtidens primärvård : delrapport om familjeläkare / husläkare*. Stockholm: Avdelningen för hälso- och sjukvårdspolitik, Landstingsförbundet.
- Lian, O. S. och T. Wilsgaard. 2004. Patienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter Fastlegeordningen. *Tidsskr Nor Lægeforening* 6(124): 655–8.
- Lian, O. S. 2003. *Pasienterfaringar i primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen*. ISM skriftserie nr 70. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.
- Lurås, H. 2004. Fastlegeordningen gir ryddigere økonomiske forhold. Kommunal Rapport.

- Maartmann-Moe K. 2003. Differensiert basistilskudd i Fastlegeordningen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 4(123): 1400.
- Meyer, J. W. och B. Rowan. 1977. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American Journal of Sociology* 83(2): 340–63.
- NAV, Arbeids- og velferdsetaten. 2008. *Styringsdata for fastlegeordningen, 4. Kvartal 2007*. Tillgänglig via <http://www.nav.no>
- NAV, Arbeids- og velferdsetaten. 2007. *Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006*. Tillgänglig via www.nav.no
- NKL, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. 2006. *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra en registerstudie*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.
- Norheim, O.F. och B. Carlsen. 2003. *Legens doble rolle som advokat og portvakt i Fastlegeordningen*. Notat 19. Bergen: Rokkansenteret.
- NOU 2005:11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Et godt tilbud til de som trenger det mest*. Tillgänglig via <http://www.regjeringen.no>
- Nutek. 2007. *Offentliga upphandlingar inom vård och omsorg. Rapport 2007: 24*. Stockholm: Nutek.
- Nutek. 2005. *Småföretag och offentlig upphandling. Rapport 2005:21*. Stockholm: Nutek.
- O'Dowd, A. 2006. Cost of out of hours care was 22% higher than predicted in England. *British Medical Journal* 332: 1113.
- Olsen, J. A. 2006. *Evaluering av fastlegereformen: Effektivitet*. Underlag till presentation vid konferens i Oslo den 7 februari 2006. Tillgänglig via <http://www.forskningsradet.no>
- Ot.prp. nr. 99. 1998. *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)*. Tillgänglig via <http://www.regjeringen.no>
- Paulsen, B., T. Harsvik, T. Halvorsen och L. Nygård. 2004. *Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem*. Trondheim: SINTEF Helse.
- Paulsen, B. 2000. Seks år med Fastlegeordning – hva mener fastlegene? *Tidsskr Nor Lægeforen* 120(7): 788-91.
- PLO, Praktiserende Lægers Organisation. 2006. *Landsoverenskomsten 01-04-2006*. Tillgänglig via <http://www.laeger.dk>
- Proposition 1992/93:160 om husläkare m.m.
- Proposition 1978/79:178 om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m.m.

- Riksrevisjonen. 2005. *Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i Fastlegeordningen*. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2005. Tillgänglig via www.riksrevisjonen.no
- Rygh, E.M. och P. Hjortdahl. 2007. Continuous and integrated health care services in rural areas. A literature study. *Rural and Remote Health* 7: 766. Tillgänglig via <http://www.rrh.org.au>
- Sandvik, H. 2006. *Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringsens delprosjekter*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Sandvik, H. 2003. Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 123: 1319–21.
- Sandvik, H. och S. Hunskaar. 2007. Hvilke leger mottar trygde- refusjon for legevaktarbeid? *Tidsskr Nor Lægeforen* 127: 1347–50.
- Scott, W. R. 2000. *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Scottish Executive Health Department. 2005. *A National framework for service change in the NHS in Scotland – Vol 2*. Tillgänglig via <http://www.sehd.scot.nhs.uk>
- Secretary of State for Health (Storbritannien). 1997. *The new NHS: modern, dependable*. London: Stationery Office.
- Sjögren, E. 2006. *Reasonable Drugs. Making Decisions with Ambiguous Knowledge*. Stockholm: EFI. (Publicerad avhandling vid Handelshögskolan i Stockholm).
- Socialstyrelsen. 2005a. *Hälso- och sjukvårdsrapport 2005*. Stockholm: Edita Nordstedts.
- Socialstyrelsen. 2005b. *Hur tillgänglig är vårdcentralen. Jämförelse mellan åren 2002 och 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. 2005c. *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2002:31. *Vinst för vården* (Del 2). Betänkande från Vårdens ägarformer. Tillgänglig via www.regeringen.se
- SOU 2007:37. *Vård med omsorg – möjligheter och hinder*. Delegationen för mångfald inom vård och omsorg. Tillgänglig via www.regeringen.se
- Statens helsetilsyn. 2003. *Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen*. Rapport 8/2003. Tillgänglig via <http://www.helsetilsynet.no>

- Statistisk sentralbyrå. 2007a. *Årsverk av legar med ulike avtaleformer i kommunehelsetenesta. Sentralitet. 1994–2006*. Tillgänglig via <http://www.ssb.no>
- Statistisk sentralbyrå. 2007b. *Legeårsverk, etter virkeområde. 1994–2006*. Tillgänglig via <http://www.ssb.no>
- Statutory Instrument No. 2375. 2002. *The National Health Service (Functions of Strategic Health Authorities and Primary Care Trusts and Administration Arrangements)*. Tillgänglig via <http://www.opsi.gov.uk>
- Steinert, S. 2000. Fastlegeordningen nærmer seg – er du forberedt? *Utposten* 29(2): 20–3.
- SLL, Stockholms läns landsting. 2003. *Årsredovisning år 2002 för Norra Stockholms sjukvårdsområde*. Tillgänglig via <http://www.sll.se>
- Sundar, T. 2001. Ny henvisningsordning skaper storm. *Tidsskr Nor Lægeforen* 121: 1742–3.
- Sundar, T. 1998. Allmennmedisinen i skrøpelig forfatning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 118: 4000–1.
- TNS Gallup. 2006. *Kartlegging av tilgjengeligheten till lege "når hjelpen kan vente litt"* Rapport til Nasjonalt Kompetansesenter for Legevaktmedisin. Tillgänglig via www.unifobhelse.no
- TNS Gallup. 2003. *Kommuneundersøkelse 2003*. Tillgänglig via www.tns-gallup.no
- Tranvik, T. och A. L. Fimreite. 2006. Kommunal decentralisering ett fiasko? I Region Skåne och Västra Götalandsregionen. *Likhet eller likværdighet?* Vänersborg: Västra Götalandsregionen, s 55-63.
- Vogler, S., D. Arts och C. Habl. 2006. *Community Pharmacy in Europe. Lessons from deregulation – case studies*. Wien: Austria Health Institute/Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Winblad Spångberg, U. 2003. *Från beslut till verklighet: Läkarnas roll vid implementeringen av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården*. Uppsala: Uppsala universitet. (Publicerad avhandling).
- Ådnanes M., T. Hatling och L. Grut. 2005. *Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse*. Trondheim: SINTEF Helse.

Bilaga 2:1

Kostnad för allmänläkartjänster 2000–2008

Sammanställningen av kostnadsdata bygger på material från den norska budgetpropositionen för år 2004, 2006 och 2008. Beräkningen har gjorts på den totala summan av samma kostnadspost (kap. 2755 nr. 70), med benämningen ”Refusjon allmennlegehjelp”. I dokumentet visas den totala summan och även summan exklusive kostnaden för jourtjänsten (den s.k. legevakten), då denna verksamhet inte stått i fokus i Fastlegeordningen.

Från St.prp. nr. 1 (2003–2004) s. 225–6

Resultatrapport

Utgifter til privatpraktiserende allmennleger i 2000–2002:

	2000	2001	2002	Endring.pst. 2000-01	Endring.pst. 2000-02
Allmennleger med avtale	1 152,2	1 438,5	1 788,8	24,8	24,4
Allmennleger uten avtale	87,7	75,2	25,2	-14,3	-66,6
Allmennleger, legevakt	303,5	304,9	305,7	0,5	0,2
Legeerklæringer	35,1	163,0	247,0	364,4	51,6
Avsetning till fond	102,9	110,2	116,0	7,1	5,3
<i>Sum kap.2755 post 70</i>	<i>1690,8</i>	<i>2091,8</i>	<i>2482,6</i>	<i>23,7</i>	<i>18,7</i>

(i mill.kr)

Från St.prp. nr. 1 (2005–2006) s. 258

Resultatrapport

Utgifter till allmänleger i 2003 og 2004:

	(i mill.kr)		
	2003	2004	Endring.pst.
Allmänleger med avtale/fast lön	1909,6	1756,2	-8,0
Allmänleger uten avtale	2,4	1,7	-30,8
Allmänleger, legevakt	380,4	324,6	-14,7
Legeerklæringer	234,5	0,0	-100,0
Avsetning till fond	145,2	123,1	-15,2
<i>Sum kap.2755 post 70</i>	<i>2672,1</i>	<i>2205,7</i>	<i>-17,5</i>

Från St.prp. nr. 1 (2007–2008) s. 244–5

Resultatrapport

Utgifter till allmänleger i 2005 og 2006:

	(i mill.kr)		
	2005	2006	Endring.pst.
Fastleger mv.	1830,7	1907,7	4,2
Legevakt	303,7	332,5	9,5
Avsetning till fond	125,5	129,2	2,8
<i>Sum kap.2755 post 70</i>	<i>2259,9</i>	<i>2369,3</i>	<i>4,8</i>

Bilaga 2:2

Min Fastlege: ett verktyg för val av husläkare i Norge

MinFastlege är en nätbaserad tjänst som tillhandahålls av Arbeids- og velferdsetaten (NAV) där varje norsk invånare kan logga in med en personlig kod, och välja eller byta husläkare. Utan att logga in går det även att söka efter vilka husläkare som har plats på sin lista inom ett visst geografiskt område. Endast läkare med lediga platser på sin lista kan väljas. Nedan framgår vilken information som är tillgänglig vid en sökning efter läkare med ledig plats. Utöver information om namn, kön och adress, får sökande upplysning om huruvida läkaren är medlem av en gruppraktik, om hon är med på en gemensam lista (s.k. fellelista), hur många personer som f.n. står på listan samt antalet lediga platser.

The screenshot shows the 'MinFastlege' website interface. At the top, there are navigation tabs: Forsiden, Jobb og arbeidsliv, Familie og omsorg, Pensjon, and Helse tjenester. The main heading is 'MinFastlege'. Below it, there is a search section with fields for 'Fylke' (set to Oslo) and 'Kommuneforvaltning' (set to Gamle Oslo). A table lists various general practitioners with columns for Name, Specialization, Gender, Address, Practice, GP status, FL status, and the number of patients. Below the table, there are explanatory notes for the symbols used in the table.

Fastlege	Spes.	Praksisform	Tilg.	Adresse	Praksistid	GP ¹⁾	FL ²⁾	Antall pasienter på liste	Leidig
Asbjørge, Helga Hannevik	K	Tøyen Legesenter	Ja	Hagegata 22 0	0853 Oslo	Ja	Nei	894	0
Asbjørge, Stein E Hennings	M	Tøyen Legesenter	Ja	Hagegata 22 0	0853 Oslo	Ja	Nei	894	0
Andersen, Tone Holden	M	Fyrstedet Legesenter	Ja	Karoline Kristiansens vei 30	0881 Oslo	Ja	Nei	2227	3
Andstad, Wibe Wilhelmsen	M	Jordal sentr. Legesenter	Nei	Hølandsgata 22	0858 Oslo	Nei	Nei	1058	880
Audi, Angela Marcon	K	Østland Helsecenter	Nei	Wulfsberg Gata 1	0167 Oslo	Ja	Nei	2001	0
Barne, Siri Debra	K	Fyrstedet Legesenter	Ja	Karoline Kristiansens vei 30	0881 Oslo	Ja	Nei	1284	0
Bakken, Kim Inge	M	Legene Sørstøl Og Kallerheim	Nei	Østlandsveien 23	0190 Oslo	Ja	Nei	1186	0
Bakst, Hannevold	K	Fyrstedet Legesenter	Ja	Karoline Kristiansens vei 30	0881 Oslo	Ja	Nei	1883	0
Bakset, Arvid Waldhaug	M	Østland Helsecenter	Nei	Wulfsberg Gata 1	0167 Oslo	Ja	Nei	1867	180
Bakset, Ragnhild	M	Tøyen Legesenter	Ja	Hagegata 22 0	0853 Oslo	Ja	Nei	1491	0
Linestad, Trond Ar	M	Ullensaker Legesenter	Ja	Norvegata 1	0167 Oslo	Nei	Nei	824	275
Makad, Arne Håkonsen	M	Vårenga Legesenter	Nei	Schwesings Gata 96	0858 Oslo	Nei	Nei	1087	503
Nguyen, Phuong Ngoc	M	Østlandsveien Legesenter	Ja	Østlandsveien 21	0190 Oslo	Nei	Nei	2299	205
Normann, Torbj	M	Østland Helsecenter	Nei	Wulfsberg Gata 1	0167 Oslo	Ja	Nei	1848	54
Pharland, Elizabeth J N	K	Østlandsveien Legesenter	Nei	Østlandsveien 21	0880 Oslo	Nei	Nei	1409	0
Østlandsveien, Wibe	K	Tøyen Legesenter	Ja	Hagegata 22 0	0853 Oslo	Ja	Nei	1481	18
Sørstøl, Torbjørn	M	Legene Sørstøl Og Kallerheim	Nei	Østlandsveien 23	0190 Oslo	Ja	Nei	1196	0
Thaulow, Jan Frithjof Arntsen	M	Tøyen Legesenter	Nei	Kjellervegata 22	0853 Oslo	Ja	Nei	1276	33
Vold, Per Anders	M	Tøyen Legesenter	Nei	Kjellervegata 22	0853 Oslo	Ja	Nei	1568	33
Våhne, Verleip	K	Legene Sørstøl Og Kallerheim	Nei	Østlandsveien 23	0190 Oslo	Ja	Nei	1143	0

1) Tilg. = Tilgjengelig for funksjonshemmede m.m.
 2) GP = Gjenopptatt - Lagen jobber i et legesenter sammen med andre fastleger
 3) FL = Fulleliste - Lagen deler sin liste med andre fastleger ved det samme senteret. Dermed du velger legen, kan du komme til en annen lege ved senteret når du ønsker time.
 Leidig = Antall ledige plasser på fastlegens liste

© Forbudsrett til bruk av informasjon og offentlig tilgjengelig informasjon om helse og sosialtjenester © 2008 Helse- og velferdsdepartementet

Om marknader och marknadsprocesser

docent Claes-Fredrik Helgesson och docent Hans Kjellberg
Handelshögskolan i Stockholm samt
Score (Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor)

Introduktion

Valfrihet. Tillgänglighet. Konkurrens. Entreprenörskap. Effektiv resursanvändning. Några av de egenskaper som förknippas med marknaden som form för samordning i samhället. Marknader karaktäriseras i regel av utbyten mellan parter som under konkurrens fritt väljer att ingå avtal med varandra. Marknadsliknande inslag har också blivit populära även i organisationer där mer hierarkisk samordning tidigare har varit förhärskande, såsom inom företag eller offentlig förvaltning. I det senare fallet har tendensen kommit att beskrivas med begrepp som avreglering, omreglering eller marknadsreformer. Vad avser reformer i offentlig sektor har 1990-talet betecknats som marknadens decennium (Svedberg Nilsson 2000). Det finns inga direkta tecken på att denna tendens skulle ha mattats av under 2000-talets inledande år.

Bilagan tar avstamp i denna samtida tendens att införa inslag av marknadslösningar på områden som tidigare organiserats på andra sätt inom offentlig sektor. Dessa förändringar införs ofta med hänvisning till argument om att marknadslösningar ger värdefulla effekter i termer av valfrihet, tillgänglighet, entreprenörskap och mer effektiv resursanvändning. Kort sagt, att en marknadslösning är bättre för såväl samhället som verksamhetens avnämare. Motståndare till förändringarna framför på motsvarande sätt kritik som framhåller möjliga nackdelar med marknadslösningar. Kritiken handlar ofta om att centrala värden som ska värnas av det offentliga går förlorade om marknadslösningar införs. Ett sådant argument är att en marknadslösning ger valfrihet för vissa samtidigt som andra grupper helt exkluderas från tillgång till centrala samhällstjänster. Ett annat är att avregleringar leder till en situation som snarare utmärks av prissamordning mellan ett fåtal dominerande säljare än av intensiv priskonkurrens. Kort sagt, att en marknadslösning är sämre för såväl samhället som (åtminstone vissa utav) verksamhetens avnämare.

Vi intar i den här bilagan en pragmatisk syn på marknadslösningars effekter snarare än en som främjar en polariserande debatt. Två centrala antaganden ligger till grund för denna pragmatiska hållning. För det första antar vi att varje form av ekonomisk organisering ger externa effekter utöver de önskade (och avsedda). Detta gäller alltså oavsett om de ekonomiska utbytena samordnas på en marknad med perfekt konkurrens, genom en planerad ekonomi, eller inom ramen för långsiktiga utbytesrela-

tioner. För det andra antar vi att införandet av en marknad eller en marknadsliknande organisering av en viss sektor av ekonomin, inte per automatik har den ena eller andra effekten. Vi ser marknader som en organiseringsform som varken automatiskt löser en mängd problem utan att skapa några nya, eller som alltid skapar fler oönskade än önskade konsekvenser.

Bilagans perspektiv är baserat på en framväxande forsknings-tradition som betraktar marknader som resultat av pågående praktik (se t.ex. Callon 1998b; Knorr-Cetina och Bruegger 2002; MacKenzie och Millo 2003; Helgesson, Kjellberg, och Liljenberg 2004b; Preda och Knorr-Cetina 2005; MacKenzie 2006; MacKenzie, Muniesa och Siu 2007). Utgångspunkten i denna forskningstradition som kan kallas konstruktivistiska marknadsstudier är att betona *marknadspraktik*, med vilket avses de konkreta och upprepade aktiviteter som skapar och formar marknader. Det kan vara aktiviteter som krävs för att genomföra ett specifikt utbyte mellan en köpare och en säljare, men också exempelvis aktiviteter som syftar till att avbilda en viss marknad genom olika sammanställningar (Helgesson, Kjellberg, och Liljenberg 2004a). Därmed ses marknader som resultatet av en ständigt pågående organisering. Det gör vidare att en enskild marknads egenskaper och effekter inte ses som givna utan som kontinuerligt formade av den pågående marknadspraktiken.

Den externt mest uppmärksammade aspekten hos konstruktivistiska marknadsstudier är att denna tradition har intresserat sig för hur olika teorier och teoretiskt grundade verktyg kan bidra till att forma marknader. Studier har till exempel visat hur national-ekonomisk marknadsteori bidrog till att forma en marknad för försäljning av jordgubbar (Garcia-Parpet 2007), och hur Fischer Black, Myron Scholes och Robert K Mertons teori om optionsprissättning bidrog till att forma den framväxande marknaden för optioner i Chicago under 1970-talet (MacKenzie och Millo 2003). Detta fenomen har kommit att kallas att teorier kan ha en performativ effekt på marknader, vilket innebär att de bidrar till att forma den verklighet de beskriver. I situationer där utformningen av marknadsreformer diskuteras understryker den här observationen behovet av att explicit reflektera över vilka teorier och teoretiskt grundande verktyg som används vid utformningen av en reform.

Avsikten med den här bilagan är att introducera begrepp och tankeverktyg för reflektioner kring utformningen av marknadsreformer. Den grundsyn på marknader som presenteras här ser

marknader som resultat av en ständigt pågående praktik. Att reformera samordningen inom en sektor ses därmed som ett engagemang i att forma en pågående process. Vi kommer därför att lägga särskilt stor vikt vid att diskutera och introducera begrepp relaterade till förståelsen av hur marknader formas över tid.

Framställningen fortsätter härnäst med en diskussion om vilka som är aktörer på marknader och inte minst vilka förmågor som olika aktörer på marknader har och kan få. Därefter följer ett omfattande avsnitt om de processer som formar marknader. Avsnittet innehåller tre delar. I en första del presenteras en typologi som särskiljer mellan olika typer av aktiviteter som bidrar till organiseringen av marknader. I en andra del diskuteras förekomsten av externa effekter på marknader och hur dessa kan hanteras. I en tredje och avslutande del diskuteras hur teorier om marknader kan påverka den praktiska organiseringen av marknader. I det därpå följande avsnittet diskuteras vilka värden som realiserats på marknader. Avsnittet inleds med en diskussion om utefter vilka dimensioner det som presteras på marknader ska värderas och avslutas med en diskussion om balanseringen av motstridiga värden. Bilagan avslutas med att lyfta fram några konkreta implikationer för marknadsreformer på basis av den ansats som presenterats.

Marknadens olika aktörer

Inte bara köpare och säljare

Köpare och säljare är två aktörsroller som är centrala på marknader. Genom att uppmärksamma de konkreta och upprepade aktiviteter som skapar och formar marknader blir det tydligt att långt fler aktörer än de som agerar köpare och säljare är närvarande på en marknad. En typ av aktivitet som sällan utförs av säljare eller köpare är reglerande aktiviteter som exempelvis bestämmer vilka som får agera säljare och köpare på en given marknad. Ett exempel på detta är att företag som vill erbjuda finansiella tjänster till allmänheten måste söka och få Finansinspektionens tillstånd. Olika former av produktklassificeringar är ett annat exempel på aktiviteter som kan utföras av andra än säljare och köpare och som bidrar till att forma marknader. I samband med omläggningen av läkemedelsförmånen år 2002 gavs Läkemedelsverket (LV) inflytande över vilka läkemedel som konkurrerade på samma marknad via

reglerna för generisk substitution och LV:s rätt att definiera vilka läkemedel som kan anses vara utbytbara. Ett annat exempel på produktklassificeringars inflytande är produktstandardiseringens roll i ansträngningarna att skapa gemensamma marknader inom EU. Förutom myndigheter kan branschorganisationer och även mer fristående organisationer spela en viktig roll i forandet av varor. Bland sådana organisationer hittar vi exempelvis Internationella standardiseringskommissionen (ISO), KRAV ekonomiska förening och Fairtrade Labelling Organizations International (FLO).

Statliga myndigheter kan också mer direkt övervaka det utbud säljare erbjuder, något som exempelvis ingår i Energimyndighetens och Finansinspektionens uppdrag. De kan också publicera information om tillgängliga alternativ till konsumenterna som köpare, något som exempelvis Post- och telestyrelsen samt Konsumentverket gör. I det senare fallet syftar initiativen ofta till att öka jämförbarheten mellan de varor eller tjänster som erbjuds. Sådana ansträngningar ställs då mot företagets ansträngningar att försvåra jämförelser, exempelvis genom att betona det unika i sina erbjudanden eller genom att göra kombinationserbjudanden.

Det finns kort sagt en mängd olika roller som aktörer kan ha på en marknad, förutom som säljare eller köpare. Många olika typer av organisationer kan också ikläda sig dessa roller. När de gör det, bidrar de också till att forma marknaden genom de aktiviteter de engagerar sig i. Lite förenklat kan vi identifiera tre vägar genom vilka sådana aktörer bidrar till forandet av de utbyten som sker på marknaden: genom att forma det som utbyts; genom att forma hur det utbyts; samt genom att påverka de utbytande parterna (säljare och köpare). Vi återkommer till vilka praktiker som kan bidra till detta i avsnittet om marknaden som processer.

Formbara aktörer

Vad som driver aktörskap, alltså aktörers förmåga till initiativ och handling och därmed inflytande över marknaden, är en central fråga där olika teoretiska traditioner har olika synsätt och angrepp. En viktig orsak till denna variation är naturligtvis att olika teorier har olika syften. I en strukturekonomisk teoritradition, där man vill värdera olika marknadens effektivitet och hur denna effektivitet påverkas av sådant som produktdifferentiering och grad av marknadskoncentration, ses det i regel som praktiskt att anta att köpare

och säljare är vinst- eller nytto-maximerande (se t.ex. diskussionen i Scherer och Ross 1990). I det här specifika fallet har antagandet fått stor betydelse eftersom den strukturekonomiska teoritraditionen har haft ett betydande inflytande över utformningen av konkurrenslagstiftningen. Historiskt sett har inflytandet varit särskilt påtagligt i USA där den teoretiska utvecklingen har samspelat med utvecklingen och tillämpningen av konkurrensrättsliga principer (Shepherd 1979; Hovenkamp 1991). Efter andra världskriget har strukturekonomin gradvis fått en liknande roll även i Europeisk lagstiftning (se Djelic 2002). I Sverige blev detta inflytande tydligt i och med den nya konkurrenslagens införande år 1993.

I konstruktivistiska marknadsstudier är uppmärksamheten i stället riktad på hur marknader formas. Med ett sådant kunskapsintresse blir frågan om vad som driver aktörer mer komplicerad. Å ena sidan är det viktigt att uppmärksamma hur aktörer bidrar till att forma marknader. Det kan exempelvis ske genom att forma de varor som utbyts (se ovan). Här blir frågan om aktörernas olika drivkrafter av betydelse för att förstå marknadens processer. Å andra sidan kan aktörers egenskaper och drivkrafter i sig vara föremål för förändringsförsök. Inom konstruktivistiska marknadsstudier betraktas därför aktörers egenskaper och handlingskapaciteter som ett resultat av hur de utrustats. I studien av hur den framväxande optionsmarknaden i Chicago formades, visade MacKenzie och Millo bland annat hur börshandlarna (s.k. traders) formades av att de bokstavligt utrustades med tabellverk och senare särskilt programmerade räknare baserade på optionspristeori (MacKenzie och Millo 2003). Därmed blev de mer lika optionsteorins aktörer. Detta bidrog i sin tur, menar MacKenzie och Millo, till att optionsmarknaden gradvis kom att likna den marknad som avbildades inom optionspristeorin.

Ett mer närliggande exempel på hur aktörskap formas har illustrerats av Anders Forssell och Lars Norén i en studie av hur tillämpningen av Lagen om offentlig upphandling formade en kommun som ekonomisk aktör under en upphandling av äldreomsorg (Forssell och Norén 2004). Lagstiftningen om hur offentlig upphandling ska gå till innehåller idéer om ekonomisk rationalitet och nationalekonomisk teori om konkurrens. När den studerade kommunala upphandlingsenheten med denna lagstiftning som grund utarbetade ett anbudsunderlag och sedan värderade de inkommande anbuden med hjälp av ett specificerat utvärderingsverktyg åstadkom man inte bara ett inköpsbeslut. Kommunen

realiserade också ett ekonomiskt aktörskap som delvis var format av den aktuella lagstiftningen, vilken i sin tur tagit intryck av teorier om konkurrens och ekonomisk rationalitet.

Vår poäng är inte att ovan nämnda mäklares och kommunala inköpsenhets aktörskap var direkta avbilder av det aktörskap som antogs i de teorier som formade tabellverk och lagstiftning. Poängen är istället att aktörskapen de uppvisade hade *påverkats* av dessa teorier genom att teorierna medierades i konkret utrustning som aktörerna använde. Samtidigt formades givetvis deras aktörskap, i likhet med andra aktörers, av en mängd andra faktorer.

Den bild av aktörer som framträder i konstruktivistiska marknadsstudier antyder att deras aktörskap inte bör ses som en på förhand given egenskap som formar marknader. Aktörskap är i sig självt föremål för formande aktiviteter vilka därmed också bidrar till att forma marknader. Vilka intressen och förmågor aktörer har påverkas av hur de utrustas. Detta innebär att frågor om vad som formar aktörer och hur aktörer formas blir centrala för att förstå marknadsprocesser. De blir också i högsta grad relevanta när man från statens sida aktivt söker skapa eller påverka marknader. Man kan alltså förvänta sig att enskilda konsumenters agerande på en marknad påverkas av hur de utrustas. Om en marknadsreform förutsätter att konsumenter agerar enligt en på förhand given rationalitet ökar sannolikheten att reformens mål uppnås om konsumenterna ges rätt utrustning. I sådana situationer aktualiseras förstås också frågan om vilka andra aktörer som parallellt försöker forma köpare och säljare och i vilka syften detta sker. Bakom sådana frågor skymtar också behovet av att diskutera vilka typer av aktörskap som ska anses önskvärda och, i förlängningen, vilken typ av marknad som ska anses önskvärd.

För att kunna diskutera detta behöver vi emellertid först ta oss an den mer grundläggande frågan om hur marknader kontinuerligt formas.

Marknaden som processer

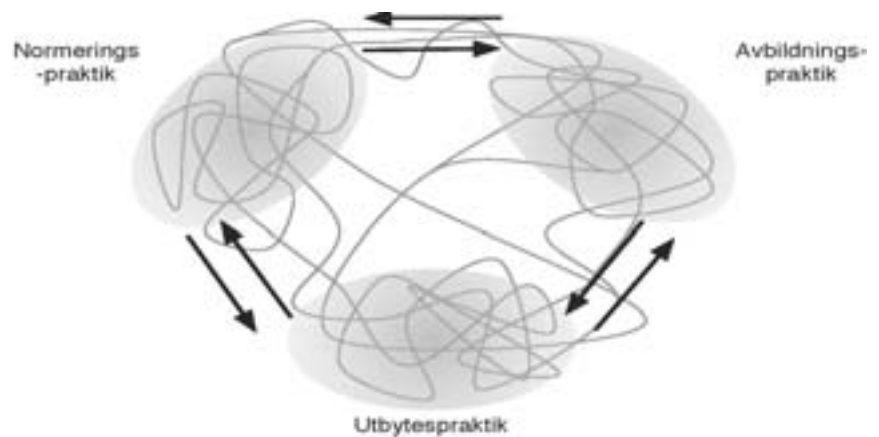
Utgångspunkten i den här bilagan är att marknader är resultat. I det här avsnittet tar vi oss an frågan *av vad* de är resultat. Vilka processer formar en marknad? Om vi riktar uppmärksamheten mot marknadspraktik kan vi väldigt snart identifiera ett mycket stort antal aktiviteter som på olika sätt bidrar till att forma en marknad.

Här ingår såväl aktiviteter vars syfte är att utbyta en viss vara eller tjänst, som aktiviteter som explicit syftar till att omforma en viss marknad. I den första delen introducerar vi därför en typologi som särskiljer mellan tre breda kategorier av praktiker som bidrar till att forma marknader.

En beskrivningsmodell för marknader som processer

Från ett konstruktivistiskt perspektiv kan marknader beskrivas som en komplex process som sammanflätar tre olika typer av praktiker: utbytespraktik, normeringspraktik och avbildningspraktik (Helgesson, Kjellberg och Liljenberg 2004a; Kjellberg och Helgesson 2007). Se figur 1, nedan. Marknader ses kort sagt som konstituerade av dessa tre typer aktiviteter. Vi kommer i det följande först presentera vad som avses med dessa tre typer av praktiker och också ge exempel på vad som kan forma dem. Vi kommer därefter att ge exempel på hur praktikerna sammanflätas med varandra i organiseringen av marknader.

Figur 1 Marknader som en process som sammanflätar utbytespraktik, normeringspraktik och avbildningspraktik.



Med *utbytespraktik* avses de aktiviteter som krävs för att genomföra ekonomiska utbyten. Här associerar förmodligen de flesta till sådant som direkt bidrar till att skapa en transaktion, såsom leverans, betalning och en överföring av äganderätt. Vid närmare observation kan vi emellertid konstatera att en rad förhållanden måste stabiliseras för att en sådan transaktion ska vara möjlig (Callon, Méadel och Rabeharisoa 2002).

För det första måste själva utbytesobjektet stabiliseras, oavsett om det rör sig om en fysisk vara eller en tjänst. Köpare och säljare måste komma överens om vad som ”ingår i köpet.” Ett bostadshus är ett påtagligt men också relativt komplicerat utbytesobjekt där detta blir tydligt. Inför ett eventuellt ekonomiskt utbyte måste säljaren beskriva huset och den potentiella köparen måste undersöka detsamma. (När det gäller just fastigheter finns dessutom tydliga lagregler för upplysnings- och informationsplikt.) Det syns så att säga inte utanpå huset vilka driftskostnader som är förknippade med huset, eller om undertaket är i dåligt skick. Dessutom kanske säljaren vill att trädgårdsredskapen ska ingå, liksom det stora skåpet på övervåningen. Köparen kan däremot vara mer intresserad av det enorma matbordet i ek.

För det andra måste villkoren för utbytet stabiliseras för att transaktionen ska vara möjlig att genomföra. Det här är nära relaterat till stabiliseringen av utbytesobjektet, men bör ändå ses som ett separat moment. Att säljare och köpare kommer överens om vad som utgör utbytesobjektet innebär förstås inte att de är överens om värderingen av detsamma. För att utbytet ska kunna genomföras måste de emellertid bli överens även om detta. De måste komma överens om ett pris. Utöver priset måste de även komma överens om betalningsvillkor (t.ex. kontant eller på kredit), leveranssätt (t.ex. tag själv eller hemleverans), etc.

Slutligen måste också de båda parterna i utbytet stabiliseras. Vem är köpare och vem är säljare? Om vi tänker på en vardaglig transaktion, såsom att köpa en kopp kaffe på 7–11, är detta sällan problematiskt. Samtidigt visar forskning om konsumentbeteende att privatpersoner ofta både representerar och påverkas av andra, såsom vänner eller familjemedlemmar, när de agerar köpare. I situationer där villkoren för ett utbyte blir föremål för diskussion kan också säljarens sammansättning bli mer komplicerad, även vid ett köp i butik. Kanske butiksbiträdet måste rådgöra med butikschefen. När vi rör oss mot mer komplicerade köpsituationer, som när två organisationer förhandlar om ett långsiktigt leveransavtal,

blir en aktiv stabilisering av parterna snarare regel än undantag. Frågor om utformningen av utbytesobjektet kräver att både köpare och säljare besitter vissa förmågor, vilket leder till att personer med teknisk kompetens involveras. I vissa fall innebär det att underleverantörer till säljaren engageras. Frågor om utbytesvillkoren leder på motsvarande sätt till att både ekonomer och jurister kopplas in. Om den eventuella affären är av tillräcklig dignitet kan respektive organisationsledning engageras.

Sammantaget kan vi säga att utbytespraktik omfattar de upprepade och kontinuerliga aktiviteter som bidrar till att individuella ekonomiska utbyten genomförs. Dessa aktiviteter kan vara väldigt specifika och röra ett enskilt utbyte, såsom förhandlingar mellan köpare och säljare, men också mer allmängiltiga och bidra till flera enskilda utbyten, såsom annonsering av en vara eller tjänst. Generellt bidrar de till att stabilisera det som utbyts, de utbytande parterna samt villkoren för utbytet. Utfallet av utbytespraktik är alltså ekonomiska utbyten. Men även om sådana utbyten är en omistlig del av marknader, så är de inte ensamt tillräckliga för att en marknad ska kunna sägas existera.

En marknad är mer än enskilda utbyten. För att vi ska kunna tala om marknaden för en viss vara eller tjänst måste såväl rumsliga som tidsmässiga avstånd mellan enskilda utbyten överbryggas. Ett utvalt antal utbyten som antingen redan genomförts eller som förväntas genomföras måste sammanföras och beskrivas som en marknad. Det innebär att utbytesaktiviteter på något sätt måste mätas för att det ska bli möjligt att tala om en marknad. Med *avbildningspraktik* avses sådana aktiviteter som söker avbilda marknader, dess utbyten, aktörer och effekter. Här kan vi på olika marknader se en mängd olika typer av avbildningar. Vi kan se hur olika aktörer brottas med vilka dimensioner som ska anses vara relevanta för att beskriva enskilda utbyten, vilka utbyten som ska läggas samman såsom tillhörande samma marknad, osv.

Det här arbetet utförs dels av köpare och säljare som ett led i deras egna försök att förstå sin situation. Säljare samlar information om nuvarande och potentiella kunder på marknaden, deras behov, betalningsvilja, etc. De samlar också in information om konkurrenter och deras erbjudanden. Köpare genomför (i olika utsträckning, förstås) marknadsundersökningar för att ta reda på vilka alternativ som erbjuds för att därefter kunna jämföra framtida utbytesalternativ. Specialiserade undersökningsföretag genomför marknadsundersökningar antingen på direkt uppdrag från en säljare

eller köpare, eller på eget initiativ för att sedan sälja resultaten till intresserade parter. Branschorganisationer samlar in information om medlemsföretagen som ofta redovisas i årliga sammanställningar över branschen. Myndigheter med specifika eller generella tillsynsuppdrag producerar som ett led i sitt arbete beskrivningar av marknader och hur de fungerar.

Sammanfattningsvis kan vi säga att utbildningspraktik omfattar de upprepade och mer eller mindre kontinuerliga aktiviteter som bidrar till att avbilda marknader och/eller hur de fungerar. Utfallet av dessa aktiviteter är olika bilder av marknader. Sådana bilder gör det möjligt att tala om marknader för specifika varor eller tjänster och avspeglar på olika sätt dessa marknaders funktion. Men bilderna kan också bidra till att forma såväl utbytes- som normeringspraktik. En ny bild eller beskrivning av hur en marknad fungerar kan exempelvis initiera en diskussion om behovet av att förändra spelreglerna för aktörerna på marknaden.

Detta leder oss till den tredje och sista kategorin av marknadspraktik, nämligen *normeringspraktik*. Med normeringspraktik avses olika aktiviteter som syftar till att etablera mål och regler för marknaden och därmed forma både de utbyten som sker där och de utbildningar som görs av dessa utbyten som en marknad. Vid första anblick ter det sig naturligt att likställa dessa aktiviteter med formell reglering. Vi kan emellertid utöver formell reglering identifiera en rad andra aktiviteter som också bidrar till normering av marknader.

Men formell reglering är alltså ett första viktigt exempel på normeringspraktik. Den tendens mot ökade inslag av marknadslösningar som vi refererade till i inledningen av denna bilaga omfattar en lång rad förändringar av formella regler. Ofta kallas den här typen av förändringar lite slarvigt för avregleringar. Rent praktiskt handlar det emellertid alltid om omregleringar (inte sällan med ett ökat antal regler som följd). Under omregleringsprocesser spelar bilder av marknaden ofta en betydande roll. Detta illustreras väl av hur bilder av utvecklingen på den svenska marknaden för läkemedel bidrog till omregleringen av läkemedelsförmånen år 2002. Den här typen av normeringspraktik omfattar förstås även mer generella förändringar som syftar till att påverka fler än en marknad, såsom exempelvis införandet av en ny konkurrenslagstiftning.

En andra typ av normeringspraktik utgörs av olika försök till standardisering, som ibland drivs av myndigheter, men också av

oberoende organisationer och företag. Sådan standardisering kan gälla produktutformning, såsom tekniska standarder för lagringsmedia för att ta ett exempel som har varit föremål för omfattande aktivitet under en lång tid (VHS eller Betamax, HD-DVD eller Blue Ray, etc.). Standardisering kan också gälla processer och arbetsmetoder, såsom de olika ISO-standarderna. Detta tangerar olika former av certifiering och auktorisation för marknadsaktörer som kan upprätthållas av såväl statliga organ som professionella sammanslutningar och oberoende organisationer.

En tredje viktig typ av normeringspraktik är företagens egna strategiska arbete. Dessa aktiviteter skiljer sig från annan normeringspraktik i det att de endast berör en aktör på marknaden, i alla fall i direkt bemärkelse. Trots detta syftar arbetet till att etablera målsättningar för verksamheten och kan därmed ha betydande inverkan på hur ett företag agerar, antingen som köpare eller säljare på en given marknad. Indirekt kan den här typen av normeringspraktik få stor betydelse även för andra aktörer. Här utgör dator-tillverkaren Dell ett bra exempel med sin strategi att tillverka och sälja datorer baserat på kundorder. Vad som av konkurrenter och många köpare ansågs vara en tydlig (och obetydlig) nischstrategi, blev i takt med Dells framgångar normerande för en betydande marknad.

Sammanfattningsvis kan vi säga att normeringspraktik omfattar de upprepade och mer eller mindre kontinuerliga aktiviteter som bidrar till att etablera riktlinjer för hur en marknad bör (om)formas enligt någon aktör eller aktörsgrupp. Utfallet av dessa aktiviteter är alltså olika normer och regler vars generalitet varierar från de mer eller mindre allomfattande konkurrensreglerna, via marknadsspecifika regler till företagens interna strategiska målbilder. En central fråga som uppstår som en del av alla typer av normeringspraktik är vilka värden som ska ligga till grund för försök att forma ekonomiska utbyten och avbildningar av marknader. I vilken grad en marknad realiserar olika värden såsom tillgänglighet, kostnads-effektivitet eller utveckling är inte givet. Detta öppnar för att olika värden kan komma att ställas mot varandra i en normeringsprocess. En viktig del av normeringspraktik blir därför att försöka balansera olika värden, något som vi återkommer till i ett följande avsnitt.

Med hjälp av den här tredelade kategoriseringen av aktiviteter i tre typer av marknadspraktik kan vi beskriva det arbete som skapar marknader, oavsett vilken form de får. Det gäller även sådana marknader där ekonomiska utbyten sker till synes utan organise-

ring. På sådana marknader är den kontinuerliga organiseringen ofta rutinerad; olika aktörers roller är stabila och deras förmågor etablerade; de bilder som genereras följer vissa tydliga mallar; regelverken är väletablerade och ifrågasätts inte. Då kan enskilda transaktioner ske till synes utan organisering. Vi kan förvänta oss att sådana situationer är relativt ovanliga, även om de inte är helt omöjliga att åstadkomma. Ett viktigt skäl till att sådana situationer är ovanliga är att marknadsprocesser genererar externa effekter som leder till att organiseringen i och mellan utbytes-, utbildnings- och normeringspraktik blir mer synlig.

Marknaders externa effekter

Pågående marknadsprocesser producerar som regel externa effekter, det vill säga effekter som inte hanteras inom ramen för de utbyten som sker på marknaden. För att tydliggöra detta resonemang ska vi utgå från den pågående utbytespraktiken. I det föregående avsnittet definierade vi utbytespraktik som alla de aktiviteter som bidrar till att forma ekonomiska utbyten. Vi betonade att en viktig del av detta handlade om att stabilisera det som skulle utbytas och villkoren för utbytet. Den franske sociologen och marknadsforskaren Michel Callon har liknat detta vid skapandet av en tillfällig scen där det ekonomiska utbytet kan ske utan påverkan från världen utanför (Callon 1998a).

Det här innebär förstås inte att banden mellan varorna, aktörerna och omgivningen kapas permanent. Vad som avses med stabilisering är i stället att endast vissa bestämda relationer och konsekvenser hanteras som en del av den aktuella transaktionen. Det är föga meningsfullt, och faktiskt praktiskt omöjligt, att ta hänsyn till samtliga potentiella effekter som en transaktion kan ge upphov till. Då skulle inga ekonomiska utbyten kunna ske. Detta får till följd att en ekonomisk transaktion alltid har externa effekter. Dessa kan vara positiva eller negativa, stora eller små, men de finns alltid.

För att ta ett praktiskt exempel: anta att ett kemiföretag köper en ny panna. På grund av produktionens karaktär ställer myndigheter krav på att företaget renar fabriken utsläpp. Efter en tid uppvisar betande boskap i närheten av fabriken sjukliga förändringar och måste nödslaktas. Lantbrukarna kan efter vissa undersökningar konstatera att boskapen hade förhöjda halter av en restprodukt från den nya pannan som inte hanteras i reningsanlägg-

ningen. De skador som lantbrukarna led till följd av den nya pannan representerar ett värde som inte fanns inte med i kemiföretagets bedömningar inför köpet av pannan. Transaktionen som gav kemiföretaget en ny panna har därmed gett upphov till en negativ extern effekt.

Vilka konsekvenser som ska tas med i bedömningarna för ett visst utbyte är i princip aldrig givet på förhand. Om en aktör vill inkludera en ny effekt i sina bedömningar kan det emellertid kräva omfattande arbete. Dels måste aktören visa hur denna effekt beror av utbytet, dels måste storleken på effekten kunna beräknas. Att det krävs arbete för att något ska inkluderas i en bedömning innebär inte att den inramning som sker av ett utbyte är lätt att upprätthålla. Alla inramningar av ekonomiska utbyten är såväl tillfälliga som ofullständiga. Världen utanför är ständigt närvarande och det finns många exempel på hur svårt det kan vara att förutse vilka läckor som kan uppkomma.

Marknader för sådant som inspelningsbara cd-skivor, dvd-skivor och mp3-spelare utgör ett illustrativt exempel på en extern effekt som olika aktörer söker hantera. Konsumenters köp av sådana produkter möjliggör att de för privat bruk kan kopiera upphovsrättskyddat material utan att upphovsmännen får någon ersättning. Detta har ansetts vara en negativ extern effekt av marknaderna för dessa produkter. Därför har ett tillägg på deras pris, en s.k. kassettersättning, sedan länge införts för att kunna kompensera upphovsmännen. Detta leder i sin tur till potentiellt nya externa effekter i termer av vilka produkter som ska inkluderas, hur ersättningen ska fördelas osv. Diskussionerna om en eventuell koppling mellan införandet av Vårdval Halland och en ökad antibiotikaanvändning är ett annat aktuellt och näraliggande exempel. Det hävdades där att läkare utsatta för denna mer marknadslika situation blev mer benägna att förskriva antibiotika. Om en sådan koppling kan påvisas, och om graden av antibiotikaförskrivning anses medicinskt omotiverad, bör detta ses som en negativ extern effekt av den marknadslika organiseringen.

För att en marknad ska kunna sägas fungera måste dess påvisade betydande externa effekter hanteras. Det understryker varför det är rimligt att se utbildnings- och normeringspraktik som ett centralt pågående inslag i organiseringen av marknader. Externa effekter är inte något som per automatik synliggörs och hanteras genom ekonomiska utbyten, och inte heller något som identifieras en gång för alla. En kontinuerlig utveckling av utbildningspraktiken blir viktig

för att beskriva inte bara de utbyten som sker, utan även de mer eller mindre önskvärda externa effekter som uppstår. En aktiv normeringspraktik blir viktig för att hantera frågor kring observerade externa effekter, antingen lokalt eller för marknaden som helhet. Den inramning som sker av ett enskilt ekonomiskt utbyte påverkas både av normeringspraktik och utbildningspraktik och kan sägas vara ett framväxande resultat av lärande.

Denna funktion hos marknader att kontinuerligt kunna "tvätta sin egen byk" är rimligen särskilt viktig om marknaden förväntas realisera flera motstridiga värden. Här finns en tydlig koppling till det ökade behovet av tillsyn när formerna för drift och styrning får mer marknadslika inslag. Vi kan därtill konstatera att externa effekter kan uppträda i många vitt skilda skepnader, vilket ställer krav på att sådan tillsyn är vidsynt och därmed mångdisciplinär.

Teoriers inflytande över formandet av marknader

Vi har vid flera tillfällen i framställningen antytt att organiseringen av en marknad inte är oberoende av vilka teoretiska idéer som ligger till grund för olika aktiviteter. Våra exempel på hur ekonomiskt aktörskap kan formas visade hur lagstiftning och kalkylverktyg kan fungera som förmedlande länkar i teoriers inverkan på marknader. I det här avsnittet vill vi mer systematiskt diskutera tre mekanismer som kan få teorier att bidra till formandet av det de beskriver.

En första sådan mekanism är att teorier genom att "invadera" aktörers tänkande kan påverka deras förståelse för den situation de står inför och därmed deras handlande. Den här typen av effekter skulle kunna sorteras in under rubriken "*självuppfyllande och självförstörande profetior*." Det klassiska exemplet på detta är en så kallad bankpanik där blotta ryktet om en banks insolvens får till följd att banken blir insolvent genom att alla kunder kräver att få ut sina besparingar. För den här typen av effekter kan förekomsten av övertygande utbildningar av marknaden ha stor betydelse eftersom dessa påverkar utsikterna att teorin ska spridas bland marknadens aktörer.

En andra mekanism, *preskription*, har vi redan stött på i vår diskussion ovan. Den här mekanismen innebär att teoretiska idéer omsätts i lagar, regler och normer som påverkar vad marknadens aktörer får och inte får göra genom att kopplas till mer eller mindre

tydliga och kännbara sanktioner. Här påverkar alltså teorin marknaden genom att fungera som inspirationskälla för explicita regleringar. Den strukturekonomiska teoribildningens betydelse för västvärldens konkurrens- och antitrustlagstiftningar som diskuterades tidigare är kanske det starkaste exemplet på den här typen av teoretiskt inflytande över marknader. Det är emellertid inte bara ekonomiska teorier som kan forma marknader. Inom sjukvårdsområdet kan vi som ett exempel lyfta fram hur medicinsk vetenskap är nödvändig för att beskriva vilka behandlingar som kan anses vara jämförbara substitut för patienter med en viss diagnos (Sjögren 2006).

En tredje mekanism, *materialisering*, innebär att teoretiska idéer ges fastare form. Här har en rad fallstudier pekat på hur arkitektoniska och tekniska lösningar kan bli bärare av teoretiska idéer, vissa mer framgångsrikt än andra. Att bygga in teoretiska idéer om exempelvis utbytbarhet eller priskonkurrens i IT-system som används vid ekonomiska transaktioner är exempel på detta. Ett något mer komplicerat exempel som tydligt knyter an till vår diskussion om formandet av marknader är det så kallade SIM-kortet som vi hittar i våra mobiltelefoner. Tack vare detta kort (och en hel rad andra arrangemang, förstås) tillät det nya GSM-systemet en uppdelning av mobiltelemarknaden i en marknad för mobiltelefoner och en marknad för mobiltelefoni. Med de tidigare mobiltelefonsystemen, såsom NMT450, var den fysiska telefonen och telefonitjänsten delar av en och samma marknad. Olika mobiloperatörers erbjudanden var då i mycket lägre utsträckning jämförbara eftersom de konkurrerade med varandra både genom tjänstens utformning (täckning, kostnad, etc.) och genom vilka telefoner de kunde erbjuda.

Sammanfattningsvis kan vi alltså se tre olika vägar genom vilka idéer om marknader och deras funktion kan komma att påverka hur en faktisk marknad fungerar. Dessa möjliga påverkansvägar blir viktiga att uppmärksamma som ett led i att förstå utvecklingen av en marknad. De utgör också potentiella verktyg i arbetet med att påverka en marknad i en önskvärd riktning. Det faller sig därför rimligt att som nästa led i framställningen diskutera frågan om vad som är önskvärda riktningar och hur sådana etableras.

Vad marknadsprocesser presterar

Hur kan vad som presteras i marknadsprocesser värderas?

Det finns många olika sätt att värdera vad som presteras på en marknad. Ett sätt kan vara att titta på marknadens prisnivå i förhållande till säljarnas produktionskostnader för att värdera om marknaden är effektiv. Ett annat sätt kan vara att titta på behovstillfredsställelse, alltså hur de varor och/eller tjänster som säljare erbjuder utvecklas över tid och hur denna utveckling förhåller sig till det köpare efterfrågar. Under de senaste decennierna har så kallade kundnöjdhetsindex blivit ett allt vanligare sätt att värdera vad olika sektorer inom ekonomin presterar. Sådana här metoder för att värdera vad som presteras i marknadsprocesser är ofta grundade i olika teorier om marknader och priser. Behovstillfredsställelse och kundnöjdhet har tydliga kopplingar till marknadsföringsteorier, medan strukturekonomisk teori lyfter fram andra dimensioner för att värdera marknadens prestationer såsom resurs- och allokeringseffektivitet, utveckling, sysselsättningsgrad och fördelning (Scherer och Ross 1990).

Den teoretiska ansats vi presenterar här, framhåller egentligen inga egna mått eller dimensioner utifrån vilka marknadsprocessers prestationer ska värderas. Detta är en konsekvens av att perspektivet så tydligt inkluderar ansträngningar att utvärdera en marknadsprestationer i den process som organiserar marknaden. Till följd av detta pekar perspektivet på behovet av en mer empiriskt och deskriptivt orienterad hållning, där uppmärksamheten riktas mot de faktiska ansträngningar som görs att utvärdera marknader. Värderingen av marknaden blir en del av det som studeras. Vilka dimensioner uppmärksammas och vilka konkreta prestationsvärderingar etableras, används och utvecklas inom ramen för den studerade marknaden? Svaren på sådana frågor blir väsentliga för att förstå hur marknaden utvecklas eftersom prestationsvärderingarna är en central del av den tredelade marknadsprocess vi beskrivit ovan. I termer av vår beskrivningsmodell utgör prestationsvärderingar en viktig länk i samspelet mellan framför allt utbildnings- och normeringspraktik. För köpare och säljare kan också sådana mätningar ha betydelse som uppföljning av de egna utbytesaktiviteterna och deras koppling till målen för verksamheten.

I det fall man är intresserad av att värdera vad en marknadsprocess presterar blir det enligt vår mening viktigt att inventera

vilka värden som eftersträvas och i vilka dimensioner marknaden utvärderas. För förståelse av marknadsprocessen är det därtill viktigt att inventera vilka olika aktörer som är involverade i att skapa dessa olika värderingar. I regel är fler än marknads säljare och köpare involverade. Även myndigheter, såsom Konkurrensverket, branschorganisationer, idéburna organisationer, media, samhällsvetenskapliga forsknings- och utredningsinstitut, etc. kan vara aktiva i att värdera en marknad i olika dimensioner. Om vi tar den svenska elmarknaden som exempel kan vi där hitta en rad organisationer som är involverade i utvärderande aktiviteter: Energimyndigheten publicerar rapporter som utvärderar prisbildning och konkurrens på elmarknaden efter avregleringen; Institutet för Näringslivsforskning bedriver ett forskningsprogram om elmarknadens ekonomi som delvis syftar till att ta fram metoder för utvärdering; Gjuteriföreningen presenterar en utredning om kostnadsutvecklingen för el hos 16 av deras medlemmar, etc.

Vi kan slutligen förvänta oss att de olika mått som används i utvärderande aktiviteter har formats av olika teoretiska traditioner. Grad av priskonkurrens är exempelvis ett mått som tydligt knyter an till strukturekonomisk teori där det ses som något som påverkar en marknads resursallokerings effektivitet. Kundnöjdhet är ett annat mått som knyter an till marknadsföringsteori, där det ses som en indikation på marknads förmåga att skapa värde för kunderna. De skiftande och föränderliga intressen som olika aktörer på en marknad representerar medför att mått och mätmetoder från olika discipliner och forskningstraditioner passar olika bra (jämför diskussionen om teoriers inflytande över formandet av marknader ovan). Sammantaget innebär detta att vi som regel kan förvänta oss att finna flera olika dimensioner som parallellt används för att värdera marknadsprocessen på en konkret marknad. Det kan vara dimensioner som är generiska till sin karaktär, såsom just grad av priskonkurrens, men också sådana som är specifika för just den marknaden, såsom exempelvis en trygg elförsörjning för landet.

Här kan den svenska marknaden för mobil telefoni fungera som ett illustrativt exempel. Myndigheten Post- och Telestyrelsen (PTS) har som vision att "alla i Sverige ska ha tillgång till effektiva, prisvärda och säkra kommunikationstjänster" (Post- och Telestyrelsen 2007, 14), vilket fångar några centrala dimensioner utifrån vilka myndigheten anser att de aktuella marknaderna ska värderas (tillgänglighet, effektivitet, prisvärdhet, säkerhet). På marknaden för mobil telefoni används också mått som försöker fånga dessa

dimensioner, såsom exempelvis mått på nätens yt- och befolkningstäckning. Som ett ytterligare exempel genomförde PTS 2004 en kartläggning över hur olika operatörers specificerade telefonräkningar såg ut. Tillsammans med Konsumentverket driver PTS också tjänsten Telepriskollen (www.telepriskollen.se) som presenterar prisjämförelser mellan olika operatörer och abonnemang. Denna aktivitet syftar explicit till att hjälpa konsumenter att välja operatör. Med vår begreppsapparat kan detta beskrivas som ett utfall av normeringsaktiviteter där förekomsten av priskonkurrens har tillmätts stor vikt på den aktuella marknaden. Detta värde avspeglas sedan i försöket att utrusta köparna med ett instrument för prisjämförelse och därmed påverka deras ekonomiska aktörskap genom att öka deras förmåga att kunna bedöma olika erbjudanden.

Detta korta exempel centrerat kring vad en myndighet gör i relation till en specifik marknad illustrerar väl antalet dimensioner och mått som kan vara aktuella för värderingen av prestationer på en given marknad. Exemplet visar vidare hur en värderande avbildning i termer av prisjämförelser explicit tas fram i syfte att påverka framtida utbyten.

Hur en marknad fungerar och utvecklas är inte bara en aspekt av en marknadsprocess som kan värderas med ett eller flera prestationsmått. De värdedimensioner som är etablerade på en specifik marknad bidrar också till att forma utvecklingen av marknaden. Olika prestationsvärderingar är inte minst viktiga som resurs för lärande för de aktörer som på olika sätt är aktiva på marknaden. Detta lärande kan exempelvis ta sig uttryck i att säljare och/eller köpare utrustas med nya verktyg, men kan också leda fram till nya regler för vad säljare och/eller köpare får göra. (Jämför Telepriskollen respektive nya regler för hur telefonräkningar ska specificeras relaterade till exemplet ovan.)

En intressant aspekt på marknadens utveckling är hur uppsättningen av prestationsvärderingar i sig utvecklas över tid. Detta gäller inte minst i relation till externa effekter och hur sådana kan internaliseras genom att de fångas upp som nya dimensioner för värdering av en marknads prestationer. (Betänk, till exempel, marknaden för försäljning av lagringsmedier såsom inspelningsbara cd-skivor och den där identifierade uteblivna ersättningen till upphovsmän.) De sätt som olika effekter av marknader värderas är en grund för lärande och kan samtidigt i sig självt vara ett viktigt föremål för utveckling och lärande. Olika aktörers förmåga att producera prestationsbegrepp som bidrar till marknadens utveck-

ling blir därmed en viktig egenskap hos en marknad. En aktiv kunskapsutveckling om marknadens funktioner och prestationer, omfattande både utbytes-, utbildnings- och normeringspraktik, bör ses som en central aktivitet i utvecklingen av en marknad.

Marknader och balanseringen av motstridiga värden

I det föregående avsnittet påpekade vi att en marknad i regel innefattar en bred uppsättning mått och metoder för att värdera vad den presterar. Vi noterade också att många olika typer av aktörer kan vara involverade i prestationsvärderingar. Ett skäl till att en marknad innefattar flera olika sätt att värdera dess prestationer kan vara att dessa prestationer inte på något enkelt sätt går att sammanfattas och värderas i en enda dimension. (Detta är en möjlighet som vissa andra teoretiska perspektiv på marknader bortser från genom att anta att priset är bärare av all nödvändig information (se t.ex. Hayek 1948).)

Olika värddimensioner kan stå i konflikt med varandra i så måtto att en förbättring i en dimension leder till en försämring i en annan. Ett klassiskt exempel på detta är motsättningen mellan statisk effektivitet och dynamisk effektivitet inom ekonomin som ofta förknippas med den österrikiska ekonomen Joseph Schumpeter (1950). Schumpeter menade att ett system som i varje tidpunkt till fullo utnyttjar sina resurser effektivt just därför inte har förutsättningar för att utvecklas. Han menade därför att exempelvis en bransch inte bara ska värderas utefter graden av priskonkurrens i ett givet ögonblick, utan också utifrån vilka möjligheter den har att utvecklas (ibid., 83–84). Ett annat exempel på en konflikt mellan värden som kan förekomma i offentlig verksamhet är den mellan en effektiv resursanvändning i relation till skapad nytta, å ena sidan, och en rättvis fördelning av resurser mellan olika grupper, å den andra (för ett exempel på en studie av hur kostnadseffektivitet balanseras mot behovssolidaritet, se Sjögren 2006; Sjögren och Helgesson 2007).

För att återknyta till exemplet med marknaden för mobil telefoni som diskuterades ovan kan vi tänka oss att en ökad yttäckning kan stå i motsats till ökad effektivitet. Vad avser statisk och dynamisk effektivitet kan vi på samma sätt se en möjlig motsättning mellan utvecklingen av nya mobila tjänster hos enskilda operatörer och en önskan från myndigheternas sida att åstadkomma effektiv-

tet genom en priskonkurrens där alla operatörer tillhandahåller helt jämförbara tjänster.

Vi menar att förekomsten av olika värdekonflikter är regel snarare än undantag på marknader. I de fall där de förekommer kan vi vidare konstatera att en marknadsprocess *de facto* utför någon form av balansering av olika sådana värden, helt enkelt eftersom den omöjliga till fullo och samtidigt kan prestera motstridiga värden. Detta innebär i sin tur att vi bör betrakta marknader inte bara som en process vari utbyten mellan köpare och säljare sker. Det är även en process vari olika värden *de facto* balanseras mot varandra (jfr Callon och Muniesa 2005). Detta innebär givetvis inte att en sådan balansering per automatik ger vad som uppfattas vara ett önskvärt resultat, något som avspeglas i såväl politiska som legala kontroverser kring marknader. Samtidigt kan balanseringen av värden påverkas i olika riktningar genom den marknadsprocess som omfattar utbytes-, utbildnings- och normeringspraktik. De värden som avspeglas i de normer och regler som etableras för marknaden är inte givna utan ett utfall av normeringsaktiviteter där olika intressen möts. De värden som framgångsrikt kan följas upp i våra utbildningar av marknaden är även de ett resultat, i det här fallet av ansträngningar att skapa mätsystem som fångar relevanta aspekter av marknaden. De värden som avspeglas i ett enskilt utbyte, slutligen, är ett utfall av utbytespraktikens inramning av utbytesobjekt, -villkor och -parter, vilken påverkas av såväl rådande regler som tillgängliga bilder.

Det är i det här sammanhanget återigen viktigt att lyfta fram de många olika aktörer som är aktiva på en marknad och de många olika typer av aktiviteter som tillsammans konstituerar denna marknad. Det kan handla om myndigheter som utformar regler och/eller utövar tillsyn, om branschsammanlutningar som skapar utbildningar av marknader, om intresseföreningar som driver vissa specifika frågor, osv. Många olika aktörer intar roller där de värnar vissa värden. De strävar därmed mer eller mindre explicit efter att påverka hur motstridiga värden balanseras.

Avslutning och reflektion kring implikationer

Avsikten med den här bilagan har varit att introducera några begrepp och tankeverktyg för reflektioner kring utformningen av marknadsreformer. Vi ska här avsluta med att lyfta fram några

implikationer för marknadsreformer på basis av den ansats som presenterats.

Vi har framställt marknader som pågående processer som involverar en mängd olika aktörer och som kan beskrivas som en sammanflätning av utbytespraktik, utbildningspraktik och normeringspraktik. En första viktig konsekvens av detta synsätt är att marknader inte tillskrivs en given uppsättning effekter. Hur en marknad fungerar, beskrivs och värderas är något som kan påverkas av olika aktörer, exempelvis genom hur marknadens prestationer avbildas, vilka externa effekter som uppmärksammas, osv. Härvidlag bör kunskapsbildning ses som en central aktivitet relaterad till nya eller reformerade marknader. En aktiv och mångfacetterad kunskapsutveckling om marknadens processer har stor potential att bidra till dess utveckling. Detta har direkta implikationer för tillsynen av marknader. Marknadstillsyn lägger ofta tonvikt på att observera rätt saker på rätt sätt, dvs. att med givna mått och mätmetoder spegla rådande normer. En väl fungerande tillsyn av marknaden bör emellertid också omfatta en återkommande mer förutsättningslös och mångdisciplinär reflektion över vilka dimensioner som bör beaktas. En tillsynsfunktion bör med andra ord vara både skarpsynt och vidsynt.

Ett annat tema i vår framställning har varit att aktörers förmågor att handla inte bör ses som givna. En köpare med en utvecklad förmåga att göra bedömningar som stimulerar utveckling av utbudet realiserar inte samma typ av aktörskap som en köpare med en utvecklad förmåga att göra bedömningar som stimulerar priskonkurrens. Enligt ett sådant synsätt finns det vidare stora möjligheter att utrusta aktörer för att forma deras aktörskap. Här bör lärdomar tas till vara från hur konsumenter har agerat i samband med tidigare s.k. avregleringar. Detta gäller inte minst sådana avregleringar som baserats på starka antaganden om förekomsten av en viss typ av rationalitet hos köpare och säljare på den aktuella marknaden. Vidare framstår givetvis frågan om vilken typ av aktörskap som ska anses vara önskvärd som central, vilket är direkt relaterat till vilka värden som ska anses som särskilt viktiga att realisera på en marknad.

En konsekvens av att se marknader som organiserade via tre sammanflätade praktiker är att det lyfter fram att marknadslika utbyten förutsätter betydande samordning och interaktion mellan aktörer vid sidan om de marknadsmässiga utbytena. Detta är viktigt att komma ihåg när man betänker vilka former för lärande och

utveckling av prestationsvärdering som också är en del av marknader. Samtidigt som marknadsutbyten förutsätter förekomsten/tillskapandet av autonoma aktörer som kan fungera som parter i enskilda utbyten, förutsätter det också aktörer som kan samverka i lärande, utbildning, normering etc. Detta blir särskilt viktigt på marknader som måste balansera olika värden som kanske står i konflikt med varandra. Tillskapandet av marknader kräver alltså en organiserad samverkan mellan olika aktörer utanför de faktiska marknadsutbytena, just för att dessa utbyten ska bli möjliga att genomföra.

Referenser

- Callon, Michel. 1998a. An essay on framing and overflowing: economic externalities revisited by sociology. I *The Laws of the Markets*, redigerad av Michel Callon, 244-269. Oxford: Blackwell Publishers / The Sociological Review.
- , red. 1998b. *The Laws of the Markets*. Oxford: Blackwell.
- Callon, Michel, Cécile Méadel, och Vololona Rabeharisoa. 2002. The economy of qualities. *Economy and Society* 31:194–217.
- Callon, Michel, och Fabian Muniesa. 2005. Economic markets as calculative collective devices. *Organization Studies* 26:1229–1250.
- Djelic, Marie-Laure. 2002. Does Europe mean Americanization? The Case of Competition. *Competition & Change* 6 (3):233–250.
- Forssell, Anders, och Lars Norén. 2004. Verktyg för offentlig upphandling. I *Den där marknaden: Om utbyten, normer och bilder*, redigerad av Claes-Fredrik Helgesson, Hans Kjellberg och Anders Liljenberg, 77–99. Lund: Studentlitteratur.
- Garcia-Parpet, Marie-France. 2007. The social construction of a perfect market: The strawberry auction at Fontaines-en-Sologne. I *Do economists make markets? On the performativity of economics*, redigerad av Donald MacKenzie, Fabian Muniesa och Lucia Siu, 20–53. Princeton: Princeton University Press.
- Hayek, Friedrich A. von. 1948. *Individualism and Economic Order*. Chicago: University of Chicago Press.
- Helgesson, Claes-Fredrik, Hans Kjellberg, och Anders Liljenberg. 2004a. Marknader som praktik – utbyten, normer och bilder. I *Den där marknaden: Utbyten, normer och bilder*, redigerad av Claes-Fredrik Helgesson, Hans Kjellberg och Anders Liljenberg, 27–53. Lund: Studentlitteratur.
- , red. 2004b. *Den där marknaden: Utbyten, normer och bilder*. Lund: Studentlitteratur.

- Hovenkamp, Herbert. 1991. *Enterprise and American Law, 1836–1937*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kjellberg, Hans, och Claes-Fredrik Helgesson. 2007. On the nature of markets and their practices. *Marketing Theory* 7:137–162.
- Knorr Cetina, Karin, och Urs Bruegger. 2002. Global Microstructures: The Virtual Societies of Financial Markets. *American Journal of Sociology* 107:905-950.
- MacKenzie, Donald. 2006. *An engine, not a camera: How financial models shape markets*. Cambridge: MIT Press.
- MacKenzie, Donald, och Yuval Millo. 2003. Constructing a Market, Performing Theory: The Historical Sociology of a Financial Derivatives Exchange. *American Journal of Sociology* 109 (1):107–145.
- MacKenzie, Donald, Fabian Muniesa, och Lucia Siu, red. 2007. *Do economists make markets? On the performativity of economics*. Princeton: Princeton University Press.
- Post- och Telestyrelsen. 2007. Svensk telemarknad första halvåret 2007. Stockholm: Post- och Telestyrelsen.
- Preda, Alex, och Karin Knorr-Cetina, red. 2005. *The sociology of financial markets*. Oxford: Oxford University Press.
- Scherer, Frederic M., och David Ross. 1990. *Industrial Market Structure and Economic Performance*. 3rd uppl. Boston: Houghton Mifflin.
- Schumpeter, Joseph A. 1950. *Capitalism, Socialism and Democracy*. 3rd uppl. New York: Harper & Row.
- Shepherd, William G. 1979. *The Economics of Industrial Organization*. Englewood-Cliffs: Prentice-Hall.
- Sjögren, Ebba. 2006. Reasonable Drugs: Making Decisions with Ambiguous Knowledge. Published PhD diss., Stockholm School of Economics, Stockholm.
- Sjögren, Ebba, och Claes-Fredrik Helgesson. 2007. The Q(u)ALYfying hand: Health economics and medicine in the shaping of Swedish markets for subsidised pharmaceuticals. I *Market Devices*, redigerad av Michel Callon, Yuval Millo och Fabian Muniesa, 215–240. Oxford: Blackwell.
- Svedberg Nilsson, Karin. 2000. Marknadens decennium: Gränssomdragande reformer i den offentliga sektorn under 1990-talet. I *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38.

Statens offentliga utredningar 2008

Kronologisk förteckning

1. Barlastvattenkonventionen – om Sveriges anslutning. N.
2. Immunitet för stater och deras egendom. UD.
3. Skyddet för den personliga integriteten. Bedömningar och förslag. Ju.
4. Omreglering av apoteksmarknaden. S.
5. Könssdiskriminerande reklam. Kränkande utformning av kommersiella meddelanden. IJ.
6. Fastighetsmäklaren och konsumenten. Ju.
7. Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen. U.
8. Bidrag på lika villkor. U.
9. Transportinspektionen. En myndighet för all trafik. + Bilagor. N.
10. 21+1→2. En ny myndighet för tillsyn och effektivitetsgranskning av socialförsäkringen. S.
11. Frihet för studenter – om hur kår- och nationsobligatoriet kan avskaffas. U.
12. Finansiella sektorn bär frukt. Analys av finansiella sektorn ur ett svenskt perspektiv. Fi.
13. Bättre kontakt via nätet – om anslutning av förnybar elproduktion. + Annex: Grid issues for electricity production based on renewable energy sources in Spain, Portugal, Germany, and United Kingdom. N.
14. Timmar, kapital och teknologi – vad betyder mest? En analys av produktivitetens utvecklingen med hjälp av tillväxtbokföring. Fi.
15. LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem. S.
16. Förtursförklaring i domstol. Ju.
17. Frivux – valfrihet i vuxenutbildningen. U.
18. Evidensbaserad praktik inom social tjänsten – till nytta för brukaren. S.
19. Att slutförvara långlivat farligt avfall i undermarksdeponi i berg. M.
20. Patentskydd för biotekniska uppfinningar. Ju.
21. Permanent förändring. Globalisering, strukturomvandling och sysselsättningsdynamik. Fi.
22. Ett stabbsstöd i tiden. Fi.
23. Konsulär katastrofinsats. UD.
24. Svensk klimatpolitik. M.
25. Ett energieffektivare Sverige + Bilaga. N.
26. Värna språken – förslag till språklag. Ku.
27. Framtidsvägen – en reformerad gymnasieskola + Bilagedel. U.
28. Apoteksdatalagen. S.
29. Yrkeshögskolan. För yrkeskunnande i förändring. U.
30. Forskningsfinansiering – kvalitet och relevans. U.
31. Miljödomstolarna – domkretsar – lokalisering – handläggningsregler. M.
32. Avskaffande av revisionsplikten för små företag. Ju.
33. Detaljhandel med vissa receptfria läkemedel. S.
34. Lättare att samverka – förslag om förändringar i samtjänstlagen. Fi.
35. Digital-TV-övergången. + Engelsk översättning. Ku.
36. Svenska Spels nätpoker. En utvärdering. Fi.
37. Vårdval i Sverige. S.

Statens offentliga utredningar 2008

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Skyddet för den personliga integriteten.
Bedömningar och förslag. [3]
- Fastighetsmäklaren och konsumenten. [6]
- Förtursförklaring i domstol. [16]
- Patentskydd för biotekniska uppfinningar.
[20]
- Avskaffande av revisionsplikten för små
företag. [32]

Utrikesdepartementet

- Immunitet för stater och deras egendom. [2]
- Konsulär katastrofinsats. [23]

Socialdepartementet

- Omrreglering av apoteksmarknaden. [4]
- 21+1→2. En ny myndighet för tillsyn
och effektivitetsgranskning av social-
försäkringen. [10].
- LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem. [15]
- Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten
– till nytta för brukaren. [18]
- Apoteksdatalagen. [28]
- Detaljhandel med vissa receptfria läkemedel.
[33]
- Vårdval i Sverige. [37]

Finansdepartementet

- Finansiella sektorn bär frukt.
Analys av finansiella sektorn ur ett svenskt
perspektiv. [12]
- Timmar, kapital och teknologi
– vad betyder mest?
En analys av produktivitetsutvecklingen
med hjälp av tillväxtbokföring. [14]
- Permanent förändring.
Globalisering, strukturomvandling
och sysselsättningsdynamik. [21]
- Ett stabsstöd i tiden. [22]
- Lättare att samverka
– förslag om förändringar i samtjänstlagen.
[34]
- Svenska Spels nätpoker. En utvärdering. [36]

Utbildningsdepartementet

- Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska
forskningen. [7]
- Bidrag på lika villkor. [8]
- Frihet för studenter – om hur kår- och
nationsobligatoriet kan avskaffas. [11]
- Frivux – valfrihet i vuxenutbildningen. [17]
- Framtidsvägen – en reformerad gymnasieskola
+ Bilagedel. [27]
- Yrkehögskolan. För yrkeskunnande i
förändring. [29]
- Forskningsfinansiering – kvalitet och
relevans. [30]

Miljödepartementet

- Att slutförvara långlivat farligt avfall i under-
marksdeponi i berg. [19]
- Svensk klimatpolitik. [24]
- Miljödomstolarna – domkretsar – lokalisering
– handläggningsregler. [31]

Näringsdepartementet

- Barlastvattenkonventionen – om Sveriges
anslutning. [1]
- Transportinspektionen. En myndighet för
all trafik. + Bilagor. [9]
- Bättre kontakt via nätet – om anslutning
av förnybar elproduktion.
+ Annex: Grid issues for electricity
production based on renewable energy
sources in Spain, Portugal, Germany, and
United Kingdom. [13]
- Ett energieffektivare Sverige + Bilaga. [25]

Integrations- och jämställdhetsdepartementet

- Könsdiskriminerande reklam.
Kränkande utformning av kommersiella
meddelanden. [5]

Kulturdepartementet

- Värna språken – förslag till språklag. [26]
- Digital-TV-övergången.
+ Engelsk översättning. [35]