



Handelshögskolan
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

Privat eller Landstingsdriven Vård

- En fallstudie av Allergimottagningen i Kungsbacka

Kandidatuppsats i Ekonomistyrning vårterminen 2006

Handledare:

Christer Dagman

Författare:

Sofia Carlsson 821208

Cecilia Uhrenfeldt 821203

Maja Ytterell 830815

Sammanfattning

Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, Examensarbete i företagsekonomi,
Kandidatuppsats i Ekonomistyrning Vårterminen 2006

Författare:: Sofia Carlsson, Cecilia Uhrenfeldt och Maja Ytterell

Handledare: Christer Dagman

Titel: "Privat eller Landstingsdriven Vård, -En fallstudie av Allergimottagningen i Kungsbacka"

Allergimottagningen i Kungsbacka bedriver specialistvård för barn och ungdomar och drivs idag av tre anställda. De huvudsakliga behandlingsområdena är allergi, astma samt behandling av ADHD/DAMP-patienter. Mottagningen tillhör idag Närsjukvården i Kungsbacka och drivs under Landstinget Hallands regi. De anställda vid mottagningen anser sig arbeta effektivt och kan i dagsläget behandla fler patienter än vad landstinget ger ersättning för. Den starka drivkraften hos de anställda samt en känsla av bristande stöd och uppmuntran från landstingets sida har bidragit till att tankar om eventuell privat drift av mottagningen har uppkommit. Uppsatsens syfte är att sammanställa ett beslutsunderlag, med utgångspunkt från de juridiska, politiska och framförallt ekonomiska förutsättningarna, för att svara på frågan om privat drift är lämplig för mottagningen.

I **inledningen** beskrivs utvecklingen inom vården, då allt fler mottagningar och kliniker idag drivs i alternativa former till den traditionella offentliga regin. Vi ska även introducera vår fallstudie av Allergimottagningen i Kungsbacka lite djupare och diskutera deras problem och möjligheter för eventuell privatisering. Därefter presenteras frågeställningen för uppsatsen dess syfte, samt de avgränsningar vi har valt att göra.

I **metodavsnittet** ska vi redogöra för vilken inriktning vår uppsats har och för vilken ansats vi antagit. Vi beskriver hur vi gått till väga för att samla in information i form av primär- och sekundärdata samt förklarar hur vi gjort vårt urval gällande undersökningsobjekt. Vi utvärderar även uppsatsens validitet och reliabilitet

Den **teoretiska referensramen** redogör för de förutsättningar som idag finns inom den svenska hälso- och sjukvården gällande möjligheten till privata driftsformer. I teorin ges en beskrivning av möjliga driftsformer, de regler som gäller vid etablering av ett privat bolag samt vilka alternativa avtal man kan sluta som privat vårdgivare. Vidare beskrivs olika ersättningssystem som är allmänt förekommande inom svensk hälso- och sjukvård.

I **empirin** fördjupar vi oss i uppsatsens frågeställning och kopplar samman teorin med de intervjuer vi gjort i vår fallstudie. I det inledande stycket kommer det klargöras att vissa privata driftsformer inte är tillämpbara för Allergimottagningen och därefter förklaras djupare de påverkningsfaktorer som är aktuella för de alternativ som kvarstår.

Den **ekonomiska analysen** kommer med utgångspunkt från Allergimottagningens ekonomiska situation idag bestå av en verksamhetskalkyl, där förändringar av kostnader vid privatisering kommer att identifieras och förbättringsmöjligheter belysas. Verksamhetskalkylen kommer vidare kopplas samman med de ersättningsmodeller som blir aktuella i respektive fall och som introducerats i teorin. I en **känslighetsanalys** bedöms verksamhetskalkylens trovärdighet samt de risker och möjligheter som uppkommit vid beräkningarna, samt pålitligheten av de antaganden vi gjort.

I **slutsatsen** svarar vi på den inledande frågeställningen och drar våra egna slutsatser om vilken driftsform som lämpar sig bäst för Allergimottagningen. Vi ger avslutningsvis Allergimottagningen några rekommendationer för hur de kan gå vidare i framtiden.

Förord

När vi började undersöka möjligheterna för Allergimottagningen att drivas i privat regi var vi dåligt insatta i hur landstinget bedriver sina olika vårdverksamheter. Vi hade heller inte någon kunskap om vilka privata driftsformer som finns. Under de veckor som gått har vi lärt oss väldigt mycket, främst tack vare många hjälpsamma personer.

Vi vill därför rikta ett extra stort tack till följande:

*Ulrika Eliasson
Inger Winnergård
Lena Bruzelius
Alf Wiklund
Anette Henriksson
Margareta Ödman
Monica Berglund
Anders Glansén
Roger Orlinge
Lennart Fredriksson
Christer Håkansson
Christer Ohlson
Perarne Pettersson*

*samt vår handledare
Christer Dagman*

Trevlig läsning önskar författarna

Sofia Carlsson, Cecilia Uhrenfeldt & Maja Ytterell

Innehållsförteckning

1 INLEDNING	1
1.1 BAKGRUND	1
1.2 MÖJLIGHETER/PROBLEMDISKUSSION.....	2
1.3 FRÅGESTÄLLNING	4
1.4 SYFTE OCH MÅLGRUPP	4
1.5 AVGRÄNSNINGAR	4
2 METOD	5
2.1 INRIKTNING.....	5
2.1.1 Induktiv.....	6
2.1.2 Explorativ.....	6
2.2 KVALITATIV ANSATS.....	6
2.3 URVAL	7
2.4 DATAINSAMLING OCH KÄLLKRITIK	7
2.4.1 Primärdata	7
2.4.2 Sekundärdata.....	8
2.4.3 Validitet.....	9
2.4.4 Reliabilitet.....	9
3 TEORETISK REFERENSRAM	10
3.1 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SVENSK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	10
3.1.1 Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL).....	10
3.1.2 Vårdgarantin	11
3.1.3 Valfrihet inom vården.....	11
3.1.4 Offentlig finansiering av hälso- och sjukvården.....	12
3.2 VÅRD MED VINST	12
3.3 ALTERNATIVA DRIFTSFORMER	13
3.3.1 Vårdavtal.....	14
3.3.2 Helt privat drift.....	15
3.3.3 Den gamla läkarvårdstaxan	15
3.3.4 Samverkansavtal.....	15
3.4 ETABLERINGSREGLER	16
3.5 OFFENTLIG UPPHANDLING	17
3.5.1 Lagen om offentlig upphandling (LOU).....	17
3.5.2 Konkurrenslagen	17
3.5.3 Lagen om ingripande mot otillbörligt beteende avseende offentlig upphandling (LIU)	17
3.5.4 Offentlig upphandlingsprocess, förfarandet.....	18
3.6 ERSÄTTNINGSSYSTEM.....	19
3.6.1 Anslagsbaserad ersättning	19
3.6.2 Besöksbaserad- DRG	19
3.6.3 Ny ersättningsmodell – ”Vårdval Halland”	19
3.6.4 Lagen om Läkarvårdsersättning.....	20
4 EMPIRI	22
4.1 INLEDNING.....	22
4.2 VÅRDAVTAL	22
4.2.1 Det politiska ställningstagandet.....	23
4.2.2 Ekonomistyrningen inom specialistvården.....	23
4.2.3 Ersättning vid Vårdavtal	24
4.2.4 Överskott blir till nytta för den egna verksamheten	24
4.2.5 Anledningar till tidigare nekande av vårdavtal.....	25
4.2.6 Upphandlingsprocessen är en avgörande faktor.....	26

4.2.7 Stora vårdbolag – ett hot eller en möjlighet?	26
4.3 DRIFT I HELT PRIVAT REGI.....	27
4.3.1 Konkurrens.....	27
4.3.2 Möjligheter till finansiering	28
4.3.3 Sårbarhet.....	29
4.3.4 Sociala aspekter	29
4.3.5 Patientflöde i framtiden.....	30
5 EKONOMISK ANALYS	31
5.1 VERKSAMHETSKALKYL.....	31
5.2 INTÄKTER.....	33
5.2.1 Offentlig regi	33
5.2.2 Vårdavtal.....	33
5.2.3 Helt privat drift.....	36
5.3 KOSTNADER.....	37
5.3.1 Personalkostnader.....	37
5.3.2 Material och externa tjänster:.....	39
5.3.3 Lokal.....	40
5.3.4 Administration och försäkringar	40
5.3.6 Avskrivningar	41
6 KÄNSLIGHETSANALYS/RISKANALYS.....	42
6.1 BREAK-EVEN I BEFINTLIG VERKSAMHET	42
6.1.1 Privat drift.....	42
6.1.2 Vårdavtal.....	43
6.2 SCENARIER VID PATIENTBORTFALL.....	43
6.2.1 Scenario 1 a: Verksamhet utan ADHD/DAMP- patienter i helt privat drift	44
6.2.2 Scenario 1 b: Verksamhet utan ADHD/DAMP- patienter vid vårdavtal.....	45
6.2.3 Scenario 2 a: Verksamhet utan utomlänspatienter i helt privat drift	46
6.2.4 Scenario 2 b: Verksamhet utan utomlänspatienter vid vårdavtal.....	47
6.3 VÅRDAVTAL UR LANDSTINGET HALLANDS PERSPEKTIV	48
7 SLUTSATS OCH REKOMMENDATIONER.....	50
7.1 SLUTSATS	50
7.1.1 Vårdavtal.....	50
7.1.2 Helt privat drift.....	51
7.2 REKOMMENDATIONER	53
7.3 EGNA REFLEKTIONER	55
8 KÄLLFÖRTECKNING.....	56

1 Inledning

I vår inledning ska vi kort beskriva utvecklingen inom vården, då allt fler mottagningar och kliniker idag drivs i alternativa former till den traditionella offentliga regin. Vi ska även introducera vår fallstudie av Allergimottagningen i Kungsbacka och diskutera deras problem och möjligheter vid eventuell privatisering. Därefter presenteras frågeställningen för uppsatsen, dess syfte, samt de avgränsningar vi har valt att göra.

1.1 Bakgrund

Vi har av Allergimottagningen i Kungsbacka blivit ombedda att titta närmare på möjligheterna att genomdriva en privatisering av verksamheten. Med en kort beskrivning av Allergimottagningen och närsjukvården i Kungsbacka samt Landstinget Hallands verksamhet ges bakgrunden till varför denna önskan uppkommit.

Allergimottagningen i Kungsbacka tillhör idag Landstinget Halland. Verksamheten består i att behandla totalt 979 patienter mellan 0-19 år för alla typer av allergier, inklusive 76 barnpatienter med ADHD/DAMP. Kliniken med tre heltidsanställda, en barnspecialistläkare, en barnsjuksköterska och en läkarsekreterare ligger idag i centrala Kungsbacka men inte i anslutning till Kungsbacka sjukhus. Verksamheten har i nuvarande form funnits sedan hösten 2003 och läkartjänsten innefattar ca 70 procent allergi och 30 procent neuropsykiatri. Denna fördelning frigör tid för allergisköterskan att ägna sig åt astmamottagningen och allergipricktester för patienter remitterade från primärvården. Verksamheten har också enstaka patienter över 20 år och en grupp av patienternas föräldrar som av smidighetsskäl vaccinerar sig samtidigt som sina barn, 2005 var dessa 93 stycken. Mottagningen tar även emot patienter från andra landsting, de flesta av dessa utomlänspatienter kommer från Göteborg och därmed Västra Götalandsregionen.

Patientbesöken på mottagningen uppgick år 2005 till 3373 läkarbesök samt 191 sjuksköterskebesök. 422 av läkarbesöken samt 9 av sjuksköterskebesöken gjordes av utomlänspatienter. Situationen idag, som beskrivs nedan är de anställdas egen uppfattning. Personalbemanningen i förhållande till antal besök är liten vilket har gett ett kostnadsnålt omhändertagande. Genom ett system där läkaren och sjuksköterskan effektivt behandlar patienterna parallellt har man lyckats få en hög genomströmning av patienter och utnyttjar därför kompetens och tid maximalt. Trots att man lyckats öka antalet patienter samt besöksfrekvensen har man inte fått större utrymme i budgeten från landstinget. Dessa tillsammans med andra faktorer vilka vi behandlar nedan har lett till funderingar kring alternativa driftsformer för mottagningen.

Hallands landsting har 5 övergripande mål gällande sin verksamhet inom länet, vilka ligger till grund för landstingets arbete: främjandet av god hälsa, god vård, stark ekonomi samt nöjda, stolta och engagerade invånare¹. Arbetet fortskrider i positiv riktning då undersökningar visar att hallänningarna år efter år har varit bland de friskaste i Sverige och är lite mer nöjda med vården än svensken i allmänhet.² Av

¹ "Mål, strategier och policydokument", www.lthalland.se

² "Din hälsa - vår uppgift", www.lthalland.se

Hallands 285 868 invånare bor knappt en fjärdedel i Kungsbacka vilken är den andra största kommunen i länet efter Halmstad³. All vård i Kungsbacka som finansieras av Hallands Landsting har samlats i en organisation med benämning Närsjukvården i Kungsbacka. Målet är att deras vård skall vara det självklara valet för invånarna i kommunen.⁴ Landstingsfullmäktige beslutade i november 1999 om en ny policy för alternativa driftsformer av vården. I och med antagandet av "Mål och strategier i Landstinget Halland 2000-2003", välkomnas nya möjligheter för styrning inom vården. Policyn grundar sig på att en mångfald av driftsformer av vården är lämpligt samt att klara spelregler skall tydliggöra samverkan mellan privat och offentlig vård.⁵

Kungsbacka visar sig vara en av de kommuner i landet där privata mottagningar som drivs med vårdavtal är mest förekommande.⁶ Att kommunen under de senaste tio åren har varit borgerligt styrt med en politik som syftar till att främja privata driftsformer inom vården kan tänkas vara en av anledningarna till detta.⁷

Med den här bakgrunden samt de faktorer som vi beskriver i följande avsnitt har önskan om en förändrad driftsform av Allergimottagningen i Kungsbacka vuxit sig stark bland de anställda.

1.2 Möjligheter/Problemdiskussion

Under senare år har flera mottagningar och avdelningar i Sverige som tidigare tillhört ett landsting lyckats med privatisering, vilket gör att Allergimottagningen idag ser möjligheter för sin egen verksamhet att drivas i privat regi. Det är endast ett fåtal kliniker i Sverige som drivs helt i privat regi, de flesta har slutit ett vårdavtal eller i enstaka fall ett så kallat samverkansavtal med landstinget och vi kommer mer djupgående förklara vad dessa avtal innebär i referensramen. Allergimottagningen i Kungsbacka har flera gånger försökt få till stånd ett vårdavtal men vid samtliga tillfällen fått avslag från landstinget och är idag skeptiska till dessa avtal eftersom de troligtvis leder till fortsatt stark styrning från landstingets sida. Detta bidrar också till det ökade missnöjet som växer hos de anställda. De tre anställda vid allergimottagningen känner sig missnöjda med landstinget som arbetsgivare av flera anledningar. Den främsta anledningen är att man anser sig jobba effektivt, självständigt och fortlöpande söker förbättringar för kliniken utan uppmantran och stöd från landstinget. De anställda känner sig mer hämmade än hjälpta i landstingets regi. Då de anställda aktivt arbetar för att hålla kostnaderna nere utan att det främjar dem själva blir följderna förlorad arbetsglädje. De anställda tycker heller inte att landstinget har gett dem utrymme i budgeten för några fortbildningsdagar eller aktiviteter för personalen som skulle öka motivation och kompetens.

En annan anledning till att de anställda börjat fundera på möjligheten att driva mottagningen i privat regi är att de tror att enheten har tillräckligt goda ekonomiska förutsättningar samt ser även många andra konkurrensfördelar i verksamheten. Tack

³ "Om Halland", www.lthalland.se

⁴ "Närsjukvården Kungsbacka", www.lthalland.se

⁵ "Mål, strategier och policydokument", www.lthalland.se

⁶ "Privat vård gagnar alla", www.svenskatnaringsliv.se

⁷ "Policy för alternativa driftsformer" www.lthalland.se

vare den höga genomströmmningen av patienter, relativt låga kostnader för utrustning samt effektiva arbetsrutiner tror de att verksamheten skulle kunna vara ekonomisk lönsam. De ser även konkurrens fördelar i att personalen besitter en specialkompetens inom sitt område och de nuvarande goda relationerna med sina patienter. Mottagningen har dessutom fått ett gott rykte bland annat för korta väntetider, och har kapacitet och tid att ta emot flertalet patienter från Västra Götalandsregionen. Idag är de anställda besvikna på att man flera gånger fått avslag på sina ansökningar om vårdavtal och därför är de nyfikna på möjligheterna att driva mottagningen i helt privat regi. Eftersom detta hör till ovanligheterna blir det även intressant att fokusera på möjligheterna att få ett vårdavtal i framtiden även om de fått avslag de senaste åren.

Generellt sett, oavsett typ av privat driftsform, är frågan om det är möjligt att driva mottagningen i privat regi komplex och innefattar många problem och frågeställningar. Det finns juridiska såväl som sociala, etiska och politiska aspekter som man måste ta hänsyn till. Det fundamentala för den här uppsatsens syfte är dock om det finns ekonomisk bärighet och lönsamhet i verksamheten. De ekonomiska förutsättningarna för enheten är bland annat beroende av hur kostnaderna kommer förändras och utvecklas vid en eventuell privatisering. De kostnader man redovisar idag är beroende av interna debiteringar mellan landstingets avdelningar. Därför blir det intressant att itta på i vilken utsträckning det är möjligt att fortfarande använda sig av dessa tjänster och i vilken utsträckning priserna kan komma att förändras. Det finns sannolikt flera kostnader idag som inte är tillräckligt specificerade och nackdelar såsom förlorade stordriftsfördelar kan komma att blottas. Nya kostnader, exempelvis för marknadsföring och redovisning kommer med stor sannolikhet att tillkomma. Samtliga kostnader vid eventuell helt privat drift måste troligtvis helt täckas av patientavgifter då skatteintäkter inte längre kommer att tillfalla enheten. Dock kommer möjligheten för offentlig finansiering bli aktuell för övriga privata driftsformer. Intressant i dessa fall blir då hur stor ersättningen kan bli och på vad den skall baseras på samt om det finns utrymme för att behandla ytterligare patienter. Fundamentalt för allergimottagningen blir hur man ska generera tillräckligt med intäkter för att täcka sina kostnader och generera lönsamhet på sikt. Den kritiska faktorn vid helt privat drift blir att behålla befintliga patienter då dessa kommer att få betala för den vård som de idag utnyttjar gratis. Klinikens upptagningsområde är dock Kungsbacka med omnejd vilket innefattar bland annat Särö, Kullavik och Onsala. Här antas av de anställda på Allergimottagningen betalningsförmågan hos patienternas föräldrar vara god till följd av att många höginkomsttagare bor i området, vilket kan leda till bättre förutsättningar för privat drift. De huvudsakliga problemen med att få offentlig ersättning blir möjligheten att få ett avtal med landstinget. Detta är förenligt med såväl politiska som juridiska aspekter.

1.3 Frågeställning

Vilka förutsättningar finns för att driva Allergimottagningen i Kungsbacka i privat regi och vilken privat driftsform är i sådant fall lämplig?

Vilka huvudsakliga juridiska aspekter, främst gällande offentlig upphandling, påverkar förutsättningarna att bedriva privat vård?

Hur kan landstingets politiska ställningstagande påverka möjligheten?

Vilka är de ekonomiska förutsättningarna, vilket intäktsbehov blir nödvändigt och hur många besök kommer att krävas?

1.4 Syfte och målgrupp

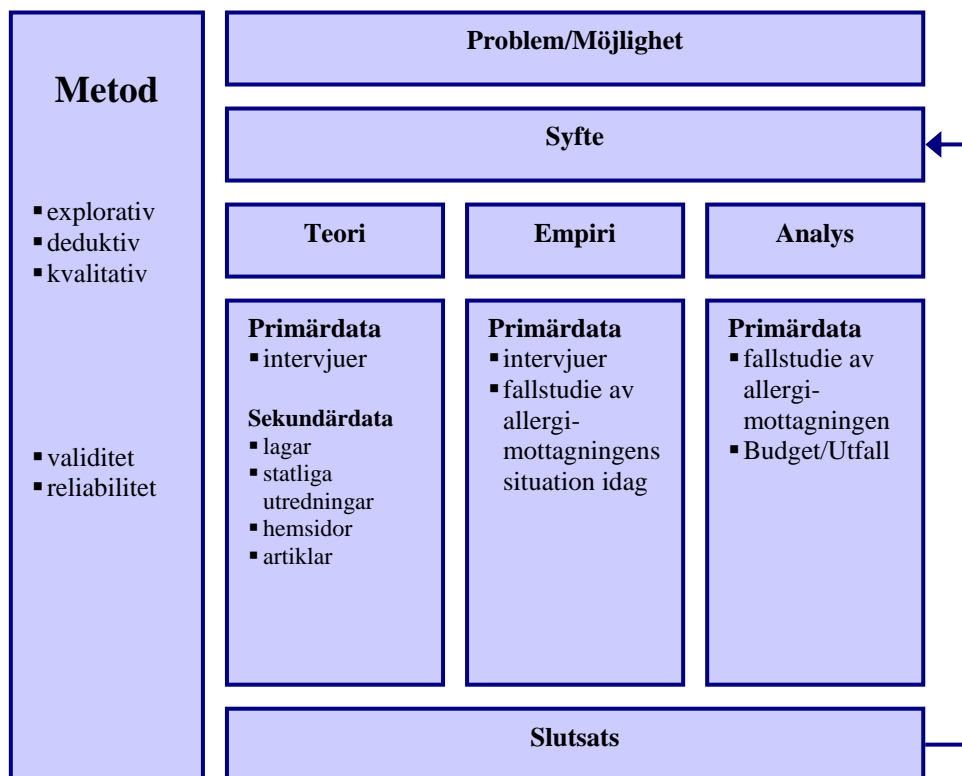
På uppdrag av Allergimottagningen i Kungsbacka ska vi sammanställa ett beslutsunderlag i form av en ekonomisk rapport samt en riskanalys för de mest lämpade driftsformerna. Rapporten och analysen blir underlag för vidare ställningstagande angående möjligheten att gå vidare med processen att privatisera. Vi ska även försöka ge vägledning och beskrivning av hur processen vid privatisering inom vården går till. I slutsatsen ska vi ge rekommendationer för vilken driftsform som enligt våra undersökningar och egna reflektioner lämpar sig bäst.

1.5 Avgränsningar

Att bedöma om en privatisering av Allergimottagningen är möjlig är en mycket komplex fråga och det är många faktorer som tillsammans avgör om det skulle vara ett möjligt utfall. För att vara realistiska har vi valt att avgränsa oss i viss utsträckning då frågan annars är obegränsat i sin storlek. Den huvudsakliga uppgiften bli att se till de ekonomiska möjligheterna att driva igenom privatiseringen, vilket kommer att utföras med kostnadskalkyler och en slags generell intäktsberäkning. Juridiska faktorer kommer att ha en relativt stor del i vår fallstudie då vården och dess verksamhet styrs enligt ett flertal lagar. Vi kommer även i viss mån ta hänsyn till de politiska faktorerna som har betydelse för utvecklingen av drift i alternativ form. Konkurrensen och patienterna utgör både möjligheter och hot och kommer att forma resultatet vid en privatisering och då vi strävar efter att få en så bred, korrekt och verklighetstrogen bild som möjligt har vi beslutat att även behandla dessa i viss utsträckning. Vi har valt att beskriva de olika alternativen som finns vid privatisering men kommer inte att göra fullständiga analyser för hur samtliga utfall skulle kunna se ut, utan endast utreda de mest aktuella.

2 Metod

I metodavsnittet ska vi redogöra för vilken inriktning vår uppsats har och för vilken ansats vi antagit. Vi beskriver hur vi gått till väga för att samla in information i form av primär- och sekundärdata samt förklarar hur vi gjort vårt urval vad gäller undersökningsobjekt. Vi utvärderar även resultatets validitet och reliabilitet



Figur 2:1
Källa: Egen

2.1 Inriktning

Metoden för en uppsats är en unik design som är skapad för att på bästa sätt komma fram till målet med undersökningen. Metoden är en plan för att samla in, organisera och integrera informationen eller data och den resulterar i en slutprodukt i form av ett resultat. Valet av angreppssätt bestäms av hur problemet ser ut, vilka frågor det ger upphov till och hur man vill ha resultatet presenterat.⁸ Genom att klargöra vilken inriktning uppsatsen har belyser vi syftet med undersökningen och den information som uppsatsen ger. Vi har fått ett uppdrag och ska bygga vår undersökning på en fallstudie. Definitionen av en fallstudie är en undersökning av en specifik företeelse till exempel ett program, en händelse, en person, ett skeende, en institution eller en social grupp.⁹ Vår fallstudie rör en liten grupp människor som befinner sig i ett skeende då de önskar

⁸ Merriam, B. Sharan sid. 21

⁹ Ibid. Sid.24

en förändring, vår uppgift är att utforska möjligheter och problem som uppkommer i det här skeendet. Den unika styrkan med en fallstudie är dess förmåga att hantera många olika typer av empiriskt material (dokument, artefakter, intervjuer och observationer.)

2.1.1 Induktiv

Metoden för uppsatsen är av induktiv karaktär, eller man skulle kunna säga från ”empiri till teori”.¹⁰ Induktiv metod bygger på att utan förväntningar ge sig ut i verkligheten och samla in data. Information används sedan som grund för uppbyggnaden av teorin.¹¹ Med den här metod har man färre förutfattade meningar som inverkar på datainsamlandet. Det finns kritiker till metoden som menar att det är omöjligt att gå ut i verkligheten med helt öppet sinne utan några som helt förutfattade meningar och se helt objektivt se på det man observerar. Även om metoden inte må vara helt utan förutfattade meningar så är den en strävan att uppnå objektivitet. Flera av källorna både primära och sekundära har varit subjektiva, men vetenskapen om detta har gjort att vi ändå kan bedöma informationen på ett objektivt sätt. Vi har valt att kalla vår teori för teoretisk referensram eftersom den inte endast bygger på en tidigare etablerad enhetlig teori utan är en sammanställning av olika källor som sedan är nödvändiga för att förstå empirin och analysen.

2.1.2 Explorativ

En explorativ inriktning innebär att ett problemområde kartläggs, vilket i sin tur ökar kunskapen och förståelsen för det specifika området. Detta kan sedan ligga till grund för vidare ställningstaganden och handlingsalternativ.¹² Anledningen till att uppsatsen är explorativ är frågeställningen och syftets karaktär. Vi vill undersöka möjligheter och ge barnallergimottagningen djupare kunskap om alternativa sätt att driva mottagningen samt ge ett underlag i form av en ekonomisk kalkyl vilken i sin tur kan bli ett beslutsunderlag

2.2 Kvalitativ ansats

Vår fallstudie är av kvalitativ art vilket innebär att vi använt av oss av de tekniker för insamling och analys av information som är utmärkande för kvalitativa undersökningar.¹³ Den här ansatsen passar väl in på behovet av källor och information för vår uppsats. I en kvalitativ fallstudie blir fokus insikt, upptäckt och tolkning snarare än hypotesprövning vilket är i enlighet med vad vi vill uppnå men vår undersökning.¹⁴ Andra generella drag för en kvalitativ fallstudie är att den ska ge förståelse, beskriva och upptäcka. Dess metodiska egenskaper kan sammanfattas som flexibla, utvecklande och ostrukturerade. En kvalitativ fallstudie inbegriper dessutom fältarbete¹⁵ vilket innebär att man måste ge sig ut och söka upp intervjuobjekt och skeende som har en koppling till vår studie.

¹⁰ Jacobsen, Dag Ingvar, sid.35

¹¹ Ibid

¹² Ibid

¹³ Ibid sid.25

¹⁴ Ibid

¹⁵ Ibid, sid.32

2.3 Urval

De urval som gjorts bygger på de avgränsningar som i stora drag definierats i inledningen. En avgränsning av analysenheten för en fallstudie påverkas av forskarens ämnesmässiga inriktning¹⁶ och eftersom vi är ekonomer är den ekonomiska aspekten den mest väsentliga i studien. Inom ramen för vår fallstudie har vi sedan varit tvungna att göra medvetna val av vad som ska observeras, vilka personer vi ska intervjua samt vilka källor vi ska välja som teoretisk referensram. Vi har gjort icke-sannolikhetsurval som inte syftar till att göra generaliseringar eller svara på frågorna hur mycket och hur ofta utan som istället är till för att lösa kvalitativa problem.

Inom ramen för icke-sannolikhetsbaserade urval finns två metoder, målinriktat urval och kriterierelaterat urval. Målinriktat urval ämnar upptäcka, förstå och få insikt, denna metod har vi bland annat använt oss av när vi valt intervjuobjekt för vår referensram. Metoden lämpade sig bra för att få bransch-kunniga att yttra sig om hur processen för privatisering går till, målet med intervjuerna blev att skaffa större insikt och kunskap av denna process vilket ledde oss fram till valet av intervjupersoner. Kriterierelaterat urval vilket innebär att man sätter upp kriterier och normer för att ett intervjuobjekt ska få inkluderas i undersökningen, tillvägagångssättet användes när vi valde objekt för vår empiri. Vi ställde krav på att de personer som intervjuades skulle ha insikt i verksamheten samt inneha en position som beslutsfattare med ett visst inflytande.

I början av arbetsgången använde vi oss även av vissa enkla frågeformulär som vi skickade ut till andra privata mottagningar för att få en inledande bild av hur dessa verksamheter bedrivs.

2.4 Datainsamling och Källkritik

Det finns två sorters data, primär respektive sekundär. Primärdata är information som samlats in på egen hand och som kommer direkt från källan, oftast genom observationer eller intervjuer. Sekundärdata är information som någon annan samlat in och sammanställt till exempel publikationer av olika slag.

2.4.1 Primärdata

Primärdatan som förekommer i undersökningen är framförallt intervjuer. Syftet med intervjuerna var att förse den här uppsatsen med information och var därför väldigt unika för ändamålet vilket givetvis varit en av fördelarna med den här typen av information. Nackdelen är att det kan vara tidskrävande och omfattande. Dessutom krävde det kommunikativ kompetens både från vårt håll och från respondenten för att det skulle ge ett bra resultat.¹⁷

Det finns det tre huvudtyper av intervjuer, den strukturerade, den standardiserade och den ostrukturerade.¹⁸ Vi har använt oss av standardiserade intervjuer till ett fåtal privata

¹⁶ Jacobsen, Dag Ingvar, sid.59

¹⁷ Merriam B. Sharan, sid.86ff

¹⁸ Ibid.

kliniker. Formulären har vi skickat ut via mail eller fax och i enstaka fall följt upp på telefon. Vi tyckte detta var ett bra sätt eftersom det gällde likartade intervjuobjekt samt att målet med informationen var att göra jämförelser. När det gällde intervjuer med viktiga nyckelpersoner för att få omfattande och bred information har vi valt personliga intervjuer av det ostrukturerade slaget. Anledningen var att kunna föra en öppen diskussion och ställa spontana följdfrågor och för att respondenten skulle kunna tala fritt. På så sätt kunde de utgöra en omfattande källa till information både vad gäller ord och det personliga agerandet. Valet av nyckelpersoner för intervjuerna grundar sig på den referensram som vi har valt för uppsatsen och därefter har oftast valet kommit till av olika anledningar. Vissa intervjuobjekt har vi fått tag på genom att söka på de stora organisationernas hemsidor såsom Praktikertjänst, Vårdförbundet och Landstinget Halland. Den senare gruppen har ofta haft betydligt större kunskap om ämnet än vi, varpå det lönar sig att använda ostrukturerade intervjuer och låta respondenten prata på. Samma typ av intervju har vi även använt oss av när vi intervjuat Allergimottagningen. Vi har försökt få bra relationer med samtliga nyckelpersoner som vi gjort personliga intervjuer med eftersom relationen mellan intervjuare och respondent är av yttersta vikt. Flera av de personer vi intervjuat har haft en bestämd åsikt beträffande privatisering av vården och vi har försökt analysera deras subjektivitet på ett så pass objektiva sätt som möjligt. Innan intervjuerna har vi formulerat ett tydligt mål för den information vi vill få fram. Vi har vid dessa intervjuer även använt en loggbok och en ljudbandspelare för att kunna analysera svaren i efterhand.¹⁹

2.4.2 Sekundärdata

Sekundärdata har inte samlats in direkt från källan utan är istället information som samlats in av andra. Viktigt att tänka på vid användning av sekundärdata är att vara källkritisk. Det kan vara bra att ställa frågor såsom: var kommer materialet ifrån, vem har samlat in det, hur trovärdig är personen som samlat in? Det är också viktigt att se om det finns anledning att tro att den som samlat in informationen har något särskilt intresse som skulle kunna vinkla informationen åt något håll eftersom det ibland kan finnas speciella intressen inblandade.²⁰ Kompetensen och kunskapen som författaren besitter om ämnet är ytterligare något man bör reflektera över.

Ett problem som ofta uppstår vid användning av sekundärdata är att informationen ofta har samlats in till ett annat ändamål och således kanske den data som finns tillgänglig inte överrensstämmer med det ändamål det ska användas till.²¹

Vår referensram innehåller mycket sekundärdata från hemsidor, där det kanske inte alltid är helt klart om sidorna är politiskt neutrala. Det kan finnas speciella anledningar att ta ställning mot eller för privatiseringsåtgärder inom vården och det har därför varit viktigt för oss att granska alla källor kritiskt. Mot bakgrund av att vissa källor uttrycker politiska ställningstaganden har vi valt att lägga fokus på lagar, regleringar och rekommendationer som publicerats inom hälso- och sjukvårds området. Vi har även använt oss av utredningar som gjorts på områden gällande privatisering inom den offentliga sektorn.

¹⁹ Merriam B. Sharan, sid.86ff

²⁰ Jacobsen, Dag Ingvar, sid.153

²¹ Ibid, sid.186

2.4.3 Validitet

Med validitet menas giltighet och relevans. Det finns två typer av validitet, intern och extern. Med den interna validiteten menas att man mäter det man tror sig mäta.²² Med extern validitet menas att resultaten som man kommit fram till inom ett område också är applicerbara på andra områden. Man kan säga att den externa validiteten visar på hur pass generell informationen är. I uppsatsen ämnar vi uppnå den interna validiteten genom att säkerställa att de personer som intervjuas är väl informerade om Allergimottagningens verksamhet så att vi verkligen förutser deras specifika förutsättningar. Den externa validiteten är inte i vårt sammanhang av särskilt stort intresse eftersom vi undersöker en viss speciell mottagning med en viss speciell situation och en specifik önskan hos personalen att privatisera verksamheten.

2.4.4 Reliabilitet

Med reliabilitet avses tillförlitlighet och trovärdighet. Det är viktigt att man kan lita på undersökningen, att den är genomförd på ett trovärdigt sätt. Det är viktigt att datainsamlingen inte påverkas av vem som samlar in informationen eller andra yttre omständigheter. Detta är ett stort problem i den typen av undersökning vi gjort eftersom vi varit beroende av många personliga intervjuer. Det är vid den här typen av insamlingar ofta mänskliga faktorer som är av stor betydelse för vilken information man får fram. Det faktum att vi är studenter gör att många är villiga att delge sin information för att kunna hjälpa till. Om utredningen gjordes igen skulle man troligtvis inte få samma utfall men i det här fallet är det av mindre intresse eftersom det inte finns någon avsikt att samma undersökning skulle göras igen.

²² Jacobsen, Dag Ingvar, sid.21

3 Teoretisk Referensram

I den teoretiska referensramen ges en översikt av de förutsättningar som idag finns inom den svenska hälso- och sjukvården vad gäller möjligheten till privata driftsformer. Därför består referensramen till stor del av lagar som reglerar dessa möjligheter. Vidare ges en beskrivning av de möjliga driftsformerna inom vården, de regler som gäller vid etablering av en privat näringsverksamhet samt vilka alternativa avtal man kan sluta som privat vårdgivare. Vidare beskrivs olika ersättningssystem som är allmänt förekommande inom svensk hälso- och sjukvård.

3.1 Förutsättningar för svensk hälso- och sjukvård

I avsnittet nedan redogörs för de lagar och de förutsättningar som reglerar svensk hälso- och sjukvård, vilka skyldigheter vårdgivarna har samt den valfriheten vårdtagarna har rätt till. Vidare nämns även hur den offentliga finansieringen ser ut idag.

3.1.1 Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL)

Hälso- och sjukvårdslagen gäller för alla vårdgivare i Sverige och behandlar hur vården skall bedrivas på ett tillfredställande sätt. God hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen är det övergripande målet för hälso- och sjukvården,²³ i Sverige. Mål och krav för hälso- och sjukvården, samt närmare regleringar för hur landstingets hälso- och sjukvård ska bedrivas är väsentliga delar i lagtexten. Lagen behandlar kommunens och landstingets skyldigheter att erbjuda vård samt regler kring vårdavgifter. Flera bestämmelser rör kvalitén av verksamheten, samt hur verksamheten fortlöpande och systematiskt kan utvecklas och säkras. I lagen fastställs också landstingens skyldighet att ge patienter trygg vård där respekt, självbestämmande och integritet ligger till grund för att tillgodose dessa behov.²⁴

I Sverige är ansvaret för Hälso- och sjukvården uppdelat mellan stat, landsting och kommun,²⁵ där staten är ansvarig för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitik. Gällande landstingets vård som läggs ut på entreprenad till privat vårdgivare framkommer i lagen följande utdrag:

”Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget”. Vidare gäller att ”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” samt att ”landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i olika typer av samverkan.”²⁶

²³ ”Hälso- och sjukvård på lika villkor”, www.regeringskansliet.se

²⁴ ”Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)”, www.socialstyrelsen.se

²⁵ ”Hälso- och sjukvård på lika villkor”, www.regeringskansliet.se

²⁶ ”Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)”, § 3, www.notisum.se

”Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare.”²⁷ Dessutom gäller att ”... i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare.”²⁸

3.1.2 Vårdgarantin

Från och med 1 november 2005, gäller en ny vårdgaranti i Sverige. Vårdgarantin innebär att patienten är garanterad vård inom vissa förutbestämda tidsgränser vilka varierar för olika typer av vård.

Vårdgarantin gör gällande att man som svensk invånare inom 0 dagar ska få kontakt med primärvården genom telefon eller på plats.²⁹ Bedömer primärvården att patienten är i behov av att besöka en läkare är man garanterad att få göra det inom 7 dagars tid. Om läkaren i sin tur bedömer att ett besök inom specialistvården behövs är patienten garanterad ett sådant besök 90 dagar efter att läkaren beslutat om remiss. Detsamma gäller då patienten själv kontaktar specialistvården, det vill säga 90 dagars vårdgaranti från det att vårdansökan är mottagen och bedömd. Vidare om specialisten bedömer att en viss behandling är nödvändig ska denna behandling tillhandahållas inom 90 dagar efter beslutet.³⁰

Tiden fram till besök eller behandling får överstiga de 90 dagarna om så är överenskommet mellan behandlare och patient. Om kompletterande undersökningar och utredningar är nödvändiga inför ett besök räknas denna tid inte in i tidsgränserna för vårdgarantin. Om hemlandstinget inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins tidsramar ska den mottagning eller läkare dit patienten vänt sig inom den garanterade tiden hjälpa patienten till någon annan vårdgivare inom eller utanför landstinget. Patientens hemlandsting ska stå för samtliga vårdkostnader med undantag från eventuella patientavgifter och egenavgifter vid eventuell sjukresa.³¹

3.1.3 Valfrihet inom vården

Regler för vilken rätt patienten har att själv välja vårdgivare inom och utom landstinget varierar mellan landstingen. I Landstinget Halland innebär valfriheten att man vid akut sjukdom alltid kan söka vård på den ort man befinner sig. Vidare så har Halland med Skåne, Västra Götaland, Blekinge, Kronoberg och Jönköpings län slutit ett avtal som innebär att samtliga invånare i Halland kan söka vård inom dessa län på samma villkor som respektive läns egna invånare. Vårdcentraler och sjukhus i övriga landet får också besökas men när det gäller vissa kostnadskrävande behandlingar måste dessa först godkännas av Landstinget Halland. Vid högspecialiserad vård på region- eller universitetssjukhus krävs alltid en remiss från behandlande läkare i Halland.³²

²⁷ ”Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)”, § 7, www.notisum.se

²⁸ Ibid § 8

²⁹ ”Vårdgaranti”, www.vgregion.se

³⁰ Ibid

³¹ Ibid

³² ”Möjlighet att välja”, www.lthalland.se

Inom Västra Götalandsregionen gäller att om patienten vill söka vård utanför regionen får patienten själv kontakta mottagningen. Angående betalning gäller lika villkor som i Landstinget Halland. Västra Götaland står för vårdkostnaden men patienter står själv för eventuella patientavgifter samt resekostnader. Behandling som kostar mer än 20 000 kronor ska godkännas i förväg av Västra Götalandsregionen och högspecialiserad vård ingår inte i valfriheten.³³

3.1.4 Offentlig finansiering av hälso- och sjukvården

Den svenska sjukvården finansieras till största delen av landstingsskatten som alla invånare i respektive landsting betalar. I Landstinget Halland finansieras verksamheten till 73 procent av landstingsskatten, 17 procent av staten och 3 procent av patientavgifter. I Halland ligger landstingsskatten på 9,72 procent. Skatten fördelas ut till de kliniker och mottagningar som bedrivs i landstingets regi eller genom avtal med landstinget.³⁴

I en telefonintervju med Landstinget Hallands budgetchef Christer Håkansson redogjordes för stadsbidraget som är en del av den statliga finansieringen av landstingets verksamhet. Det finns i Sverige idag två typer av stadsbidrag, det ena är riktat stadsbidrag som kan utgå till en viss verksamhet för att det finns ett särskilt behov. Den andra delen är det generella stadsbidraget som är ämnat att jämna ut förutsättningarna för vård mellan landets olika landsting. Det generella skattebidraget beräknas utifrån två aspekter av landstingets ekonomi, inkomstsidan och kostnadssidan. Inkomstsidan är kopplat till skattekraften, denna är större i Stockholms län än i övriga landet eftersom medelinkomsten här är högre. Utjämningen med stadsbidrag syftar till att alla län ska vara garanterad en medelskatekraft vilket innebär att de som har större skattekraft ger till dem som har mindre vilket resulterar i ett nollsummespel. Kostnadssidan syftar till att jämna ut strukturella skillnader mellan olika län som har olika förutsättningar att erbjuda vård. Det kan gälla ett glesbefolkat område där det mest kostnadseffektiva vore att endast ha två sjukhus vill man ändå ha tre sjukhus för att kunna finnas närmare patienten. Området kan då få stadsbidrag för att kostnadsmässigt klara detta.³⁵

Stadsbidrag utgår även till landstinget när de väljer en privat entreprenör för en verksamhet. Eftersom den privata entreprenören är momsbelagd blir det privata alternativet dyrare. Skattebidraget tillfaller i detta fall landstinget och leder till att den privata entreprenören kan konkurrera på lika villkor som den offentliga i en upphandling trots att den är momsbelagd.³⁶

3.2 Vård med vinst

Hälso- och sjukvården i Sverige har under lång tid och med få undantag bedrivits i offentlig regi. Tidigare har ansvaret vilat hos vårdhuvudmännen, det vill säga landsting och kommuner. Idag befinner vi oss i en övergångsperiod, mångfalden ökar och gör det möjligt för privata vårdgivare i form av stora och små företag, kooperativ,

³³ "Valfrihet", www.vgregion.se

³⁴ "Skattesatser 2006 i kommuner, län och hela riket", www.scb.se

³⁵ Christer Håkansson, *Budgetchef Landstinget Halland*, 2006-05-18

³⁶ Christer Håkansson, *Budgetchef Landstinget Halland*, 2006-05-18

organisationer och stiftelser att medverka i den offentligt finansierade vården. Enligt svensk lag åligger ansvaret för att säkra befolkningens hälsa dock fortfarande hos vårdhuvudmännen.³⁷ Enligt statens offentliga utredning "Vinst för vården"³⁸ kan man vidare tyda följande teorier om vad privat vård med vinst kan ha för följder och effekter.

Ekonomiska incitament ökar effektiviteten inom alla verksamheter. När vinster inom vården skapar bättre förutsättningar för effektivare processer, bättre behandlingsmetoder samt ökad motivation och delaktighet så borde det inte utgöra något hot mot vård på lika villkor.³⁹ Om det däremot bidrar till att vissa intäktsgivande behandlingar prioriteras samt att man hellre behandlar resursstarka patienter än de med de största behoven riskerar vinstsyftet att styra fel. I vården är dock ofta drivkraften bakom vinsten i samspel med drivkraften som finns i den professionella gruppens önskan om att vårda och lindra och därför är det inte troligt att vinstsyftet slår fel i så många fall. De mål man har med en verksamhet i privat regi skiljer sig därför sällan mot de demokratiska mål för vården som finns inom offentlig sektor även om vinstsyfte finns med i bilden. Det är dock en stor skillnad om det är personalen som driver bolaget eller om det till exempelvis är ett stort börsnoterat bolag som driver verksamheten. Här är riskerna större att prioriteringarna sker i fel ordning. Så länge vinstsyftet kommer till fördel i vårdverksamhet så är det ett positivt inslag. Genom lagstiftning och reglering av privatisering vill man främja vinst som drivkraft inom de områden det lämpar sig.⁴⁰

De verksamhetsgrenar inom sjukvården som lämpar sig bäst för privata inslag är i första hand grundläggande omsorg, primärvård och vissa sjukhus. När det krävs att vårdhuvudmännen står för planeringen och man kan acceptera landstingsmonopol har vi rört oss mot mer avancerad medicinsk vård vilket bedrivs på de stora universitetssjukhusen och våra länssjukhus.⁴¹ Genom att reglera detta kan man begränsa landstingens och kommunernas dominans inom primärvården men samtidigt hindra att privata storbolag tar över den så viktiga forskningen och utvecklingen som bedrivs på våra universitetssjukhus. Specialistvård hamnar i gränslandet för vad som lämpar sig att utsätta för konkurrens och upphandling. Specialistvård kräver planering och samordning i större utsträckning än primärvården.⁴² Eftersom man i en upphandlingsprocess utsätter enheten med vårdavtal för konkurrens riskerar man att den enhet som haft avtalet under längre tid förlorar upphandlingen och verksamheten inte får förlängt avtal. Enheter där kontinuitet och den personliga relationen mellan patienter och läkare är viktig lämpar sig därför sämre för upphandling.

3.3 Alternativa driftsformer

Det finns i stora drag två olika typer av alternativ privat drift vilka står utanför den offentliga regin. Det ena sättet är privat vård utan vinstsyfte i form av kooperativ verksamhet eller verksamhet med ideella utgångspunkter medan den andra är att driva

³⁷ "Vinst för Vården", SOU 2002:31, sid. 186

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid. sid.137

⁴⁰ Ibid. sid.138

⁴¹ Ibid. sid.189

⁴² Ibid. sid.197

en verksamhet i privat regi med vinstsyfte.⁴³ Mot bakgrund av uppsatsens utgångspunkt ska vi vidare beskriva den senare efter som det är Allergimottagningen i Kungsbackas önskan att driva verksamheten i bolagsform med vinstsyfte om inte för vinstsyftet i sig men ur aspekten att trygga reinvesteringar.

Den privata vården med vinstsyfte kan bedrivas på fyra olika sätt.⁴⁴ Det ena sättet är helt patientfinansierad verksamhet som inte är beroende av någon offentlig ersättning utan patienten betalar själv eller genom försäkringar. Alla läkare med svensk legitimation har rätt att etablera sig med helt patientfinansierad verksamhet eftersom det råder fri etablering i hela landet för läkare med svensk legitimation. Det vanligaste är dock att den privata enheten verkar inom ramen för det offentliga ersättningssystemet och då gäller följande tre former: Fram till 1994 fanns det möjlighet att etablera en verksamhet och få besöksbaserad ersättning från landstinget enligt den gamla Läkarvårdstaxan utan restriktioner.⁴⁵ I den här verksamheten har landstinget en mycket begränsad insyn, vilket är en av anledningarna till att alternativet försvann. Detta ersättningssystem existerar fortfarande men blir mer och mer ovanligt eftersom inga nya avtal med denna ersättning sluts. Den tredje möjligheten är att ha ett så kallat samverkansavtal.⁴⁶ Den fjärde och absolut vanligaste formen är att den privata enheten är en entreprenad till landstinget och har slutit ett vårdavtal. I ett vårdavtal kan parterna själva komma överens om villkor för vårdens bedrivande och ersättning till läkaren.⁴⁷ De olika avtalens innebörd kommer vidare diskuteras nedan.

3.3.1 Vårdavtal

Ett vårdavtal är ett civilrättsligt avtal som kan slutas mellan den privata vårdgivaren och sjukvårdshuvudmannen det vill säga landsting eller kommun. Avtalet kan tecknas med en enskild fysisk person såväl som med en juridisk person.⁴⁸

Det är inte helt lätt att få ett vårdavtal. Landstinget eller kommunen gör en bedömning av sjukvårdsbehovet i regionen och utifrån detta ser om det finns underlag att sluta vårdavtal med någon utomstående verksamhet. Om man kommer fram till att ett behov finns kan sedan processen för upphandling av ett vårdavtal se ut på olika sätt, vilka beskrivs närmare under avsnittet ”offentlig upphandling” nedan. Den vårdgivare som vinner upphandlingsprocessen får skriva ett vårdavtal med landstinget. Vårdavtalet gäller oftast i cirka tre år, då en ny upphandling måste ske.⁴⁹ Ett vårdavtal bör reglera följande:

- Mål för verksamheten skall finnas med i avtalet.
- Vårdens innehåll och omfattning är viktigt att noggrant beskriva i avtalet.
- Hur många patientbesök som man beräknas ha och vilken slags vård som ska utföras och vilka patientgrupper man vänder sig till.

⁴³ ”Vinst för Vården”, sid. 197, SOU 2002:31

⁴⁴ Alf Wiklund, *Regionchef Praktikertjänst*, 2006-05-04

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ ”Etableringsregler 2004-2006”, sid.4, www.slf.se

⁴⁸ ”På uppdrag av landstinget/regionen”, www.praktikertjanst.se,

⁴⁹ Monica Berglund, *Närsjukvårdschef/ Förvaltningschef Kungsbacka*, 2006-05-08

- Vilken ekonomisk ersättning som skall utgå. Ibland förekommer det ekonomiska tak för vad verksamheten får kosta, i dessa fall är det viktigt att precisera när taket nås och vad som sker med ersättningen då.
- Tydliga riktlinjer för hur kvalitén på vården ska vara, gällande såväl medicinsk- såväl som tillexempel miljömässig kvalitet.
- Det är obligatoriskt att teckna patientförsäkring samt ansvarsförsäkring för företaget och de anställda, avtalet ska därför också innehålla en försäkran om att i dessa försäkringar är tecknade
- Hur den ekonomiska ersättningen mellan den privata verksamheten och landstingen ska regleras bör beskrivas noggrant i avtalet för att undvika problem i framtiden.
- Det ska ingå hur omförhandling av avtalet går till, att båda parterna ska äga rätt att omförhandla och vad som gäller vid ett eventuellt överlåtande av avtalet. Tidsperioden under vilken avtalet är giltigt ska vara tydligt.

3.3.2 Helt privat drift

En vårdenhet som drivs i helt privat regi följer idag inte samma spelregler som den privata vårdgivare som har avtal med landstinget. De skilda förutsättningar som råder för helt privatdriven vård och privatvård med landstingsavtal grundar sig mest i den offentliga ersättningen som inte utgår vid helt privatdriven vård. Då inga bidrag eller någon typ av offentlig ersättning kommer att bli aktuell för en helt privat vårdgivare kommer intäkterna endast att baseras på patientavgifter. Plastikkirurgi, ögon- och tandvård är exempel på vårdområden som är vanliga att driva i helt privat regi. En av förutsättningarna som skiljer offentlig och privatdriven vård åt är möjligheterna att utnyttja labb och röntgen. En mottagning som knoppas av från landstinget för att drivas i helt privat regi kommer inte längre att ha möjlighet utnyttja landstingets labb och röntgen tjänster utan kommer få söka andra privata utövare för denna tjänst.

3.3.3 Den gamla läkarvårdstaxan

Läkarvårdstaxan (1974:699) var en författning som upphävdes 1994. Fortfarande finns det läkare som får ersättning enligt systemet men det är endast de som anslutit sig innan 1994. Om en privatpraktiserande läkare ville få ersättning enligt läkarvårdstaxan förde han eller hon upp sig på förteckning hos försäkringskassan. Dessutom behövdes ett medgivande från vårdhuvudmannen (i de flesta fall landstinget). Om medgivande gavs och läkaren åtog sig att följa läkarvårdstaxans bestämmelse så var kraven uppfyllda och läkarvårdstaxan följdes.⁵⁰ Systemet med läkarvårdstaxa kommer successivt att försvinna genom att läkarna anslutna till systemet går i pension.⁵¹ Idag används en omarbetad version av lagen som grund i en ny ersättningsmodell som ofta används vid vårdavtal, den såkallade läkarvårdsersättningen. Denna nya ersättningsmodell kommer att ligga till grund för analyser i senare kapitel.

3.3.4 Samverkansavtal

Ett samverkansavtal innebär att en läkare jobbar under den gamla läkarvårdstaxan som om denna läkare hade en egen etablering även om han/hon inte har det. Det kan gälla i de fall då man t.ex. har brist på ortopedier och landstinget skulle behöva ta in ytterligare en ortoped trots att det redan finns en privat etablering. Detta skulle egentligen resultera

⁵⁰ "Läkarvårdstaxan (1974:699)", www.notisum.se

⁵¹ Alf Wiklund, *Regionchef Praktikertjänst*, 2006-05-04

i en upphandling men då finns den här möjligheten att sluta ett samverkansavtal som innebär att den ”extra” ortopeden får jobba på samma sätt som den redan tidigare etablerade ortopedens fast utan egen näringsverksamhet. Genom samverkansavtal kan man på så sätt fylla ett visst behov. Det är dock en ganska sällsynt avtalsform.⁵²

3.4 Etableringsregler

Gemensamt för all privat vård som drivs med vinstsyfte är att den bedrivs som en näringsverksamhet. Hur man går till väga för att starta en sådan samt vilka regler som gäller vid just hälso- och sjukvårdsverksamhet regleras bland annat i Sveriges läkarförbunds etableringsregler.⁵³ Följande uppgifter är hämtade från dessa etableringsregler.

Den som startar upp en näringsverksamhet måste överväga vilken bolagsform ska väljas. Dessa är i huvudsak enskild firma, handelsbolag, kommanditbolag och aktiebolag. Det vanligaste är att man startar ett aktiebolag. Några särdrag för denna bolagsform är att det är bolaget som är ansvarig för de ingångna förbindelserna vilket betyder att aktieägarna endast ansvarar för det kapital de skjutit till. Bolagets egna kapital består således av de medel aktieägarna tillskjutit som aktiekapital, för närvarande är detta minst 100 000 kronor.

Vidare nämns några av de punkter som behandlas i reglerna och som är viktiga att beakta vid etableringen eftersom de blir kostnader när man över går till privat drift. Exempelvis är alla näringsidkare bokföringsskyldiga, fakturor och verifikationer skall bokföras löpande och vid årets slut skall ett bokslut upprättas. Ett aktiebolag är dessutom skyldiga att ha en auktoriserad revisor. När man startar upp en egen näringsverksamhet krävs det att egenföretagaren tecknar försäkringar, de väsentliga för vårdföretag är en patientförsäkring och en allmän ansvarsförsäkring. Dessutom krävs en separat försäkring för praktiken. För egenföretagaren och de anställda krävs olycksfallsförsäkring, sjukförsäkring, livförsäkring samt avtalspension som komplement till den allmänna pensionen. Ovanstående är viktigt att beakta när man gör en verksamhetskalkyl eftersom de komma till eller förändras när enheten inte längre drivs i landstingets regi.

Förutom de praktiska inrättningarna vid etableringsprocessen krävs det att man formulerar och skriver en affärsplan. Denna är en av förutsättningarna för att en privat mottagning ska få ta del av en offentlig upphandling. Förfarandet med offentlig upphandling behandlas vidare i avsnitt 3.5 nedan. Affärsplanen är även en obligatorisk handling då man skall söka finansierare, exempelvis banklån. Affärsplanen bör innehålla en affärsidé samt detaljerad beskrivning av vilka tjänster och produkter som ska bjudas ut. Man bör definiera sina kunder och patienter noggrant och göra en beskrivning av marknaden för en kommande tidsperiod. Samt analysera de omvärldsfaktorer som påverkar verksamhetens fortlevnad, exempelvis de lagar och regler vi nämner i det här kapitlet. Dessutom bör man granska sina eventuella konkurrenter.⁵⁴ Affärsplanen bör tydligt klargöra vilka konkurrensfördelar man anser sig ha med sin näringsverksamhet.

⁵² Alf Wiklund, *Regionchef Praktikertjänst*, 2006-05-04.

⁵³ ”Etableringsregler 2004-2006”, www.slf.se

⁵⁴ ”Att starta eget”, www.vardforbundet.se

3.5 Offentlig upphandling

I de fall ett vårdavtal blir aktuellt måste enheten först upphandlas, vilket innebär att man måste genomgå en juridisk process. Nedan redogörs för de lagar som är grunden för processen samt för hur denna går till.

Det finns tre lagar som är tillämpbara vid upphandling och konkurrens i offentlig och privat sektor. Lagarna ska verka för en sund marknad, där konkurrens råder och lika konkurrensvillkor gäller för samtliga leverantörer. Dessa tre är, Lagen om offentlig upphandling (LOU), Lagen om ingripande mot otillbörligt beteende avseende offentlig upphandling (LIU) samt Konkurrenslagen⁵⁵.

3.5.1 Lagen om offentlig upphandling (LOU)

Sedan Sveriges inträde i EU följer vi "Fördraget om upprättande av Europeiska gemenskapen" samt de olika EU-direktiven. Fördraget består av ett flertal principer som måste följas vid offentlig upphandling, där exempelvis upphandlingar som överstiger vissa belopp regleras enligt vissa regler. I Sverige har man valt att införliva EU-direktiven via en ny lagstiftning, Lagen om offentlig upphandling, där även upphandlingar som inte regleras av EU-direktiven, men dock av fördraget ingår.⁵⁶ Lagen styr hur en upphandling skall gå tillväga och innehåller regler angående anbudskonkurrens, tidsperioder, val av anbudsgivare etc. Kontroll av att lagen följs ombesörjs av Nämnden för Offentlig Upphandling (NOU), som även ger ut allmänna råd och kommentarer om hur lagarna bör tolkas. LOU är tillämplig på bland annat statliga myndigheters, kommuners och landstings inköp av varor och tjänster från externa företag. Köp mellan kommuner och landsting från olika regioner, köp mellan kommuner, landsting och privata företag omfattas även av lagen, samt inköp från kommun av deras egna företag. LOU gäller även i de fall då en myndighet köper något från ett statligt eller privat företag som är juridiskt fristående från myndigheten.⁵⁷

3.5.2 Konkurrenslagen

Lagens främsta syfte kan tydas ur lagens namn då det är att skapa goda förutsättningar för konkurrens och lika spelregler för aktörer på en marknad. Lagen behandlar två förbud, det första mot otillbörligt, konkurrens hämmande samarbete mellan företag och det andra mot missbruk av dominerande ställning. Kommuners, landstings och statliga myndigheters beteende vid upphandling som kan kopplas till deras verksamhet faller också inom lagens ramar och tillämpningsområde.⁵⁸

3.5.3 Lagen om ingripande mot otillbörligt beteende avseende offentlig upphandling (LIU)

LIU omnämns ibland som en komplettering till lagen om offentlig upphandling och konkurrenslagen och kan appliceras på kommuners, statliga myndigheters och landstings upphandlingar. Att ett beteende hos upphandlaren skall anses otillbörligt grundar sig i flera faktorer som tillsammans minskar förutsättningarna för anbudsgivarnas chanser att rivalisera på lika premisser. Omständigheter där en särskild

⁵⁵ "Tre lagar vid upphandling", www.konkurrensverket.se

⁵⁶ "Lag (1992:1528) om offentlig upphandling", www.notisum.se

⁵⁷ "Tre lagar vid upphandling", www.konkurrensverket.se

⁵⁸ Ibid.

anbudsgivare favoriseras, diskrimineras eller ges mer information än övriga från upphandlarens sida bedöms som felaktiga och upphandlaren bryter i dessa fall mot LIU.⁵⁹

3.5.4 Offentlig upphandlingsprocess, förfarandet

Upphandlingarna görs bland annat av staten, kommunerna och landstingen, och dessa brukar då kallas de upphandlande enheterna. Det finns tre olika typer av upphandlingsförfaranden, förenklad, urvals- samt direktupphandling som vi kommer att behandla nedan.

Bestämmelserna är tillämpbara på olika områden. Upphandling av så kallade B-tjänster (till vilka hälso- och sjukvård hör) regleras i 6 kap i LOU och består av förenklad upphandling som innebär att landstinget eller kommunen i ett så kallat förfrågningsunderlag visar vilka tjänster man är intresserade av att upphandla samt vilka krav man ställer på dess eventuella utförare. Upphandlingen offentliggörs av landstinget i en databas, genom annons i dagstidningar eller branschtidningar. Alla leverantörer har rätt att delta i budgivningen (som görs skriftligt) och för att upphandlingen skall ske rättvist och på en konkurrensutsatt marknad finns regler för hur landstinget får behandla och bedöma de villiga parterna. Förfrågningsunderlaget skall normalt innehålla kravspecifikation, kontraktvillkor, administrativa bestämmelser, utvärderingskriterier och kvalifikationskrav. Det sistnämnda utgör minimikraven för att leverantören överhuvudtaget skall vara godkänd att lämna anbud. Den upphandlade enheten skall anta det anbud som är det ekonomiskt mest fördelaktiga, eller det anbud som har lägst anbudspris. Enheten är också fri att själv ta hänsyn till andra omständigheter såsom leveranstid, kvalitet, funktionalitet och tekniska egenskaper, då beslut om lämpligaste leverantör tas. Kravkriterierna på leverantören består av så kallade ”bör-krav” samt ”skall-krav” och är rangordnade efter dess relevans och betydelse. Den som utformar ett anbud skall vara noggrann att besvara kraven i förfrågningsunderlaget, och skicka in det i god tid då försenade anbud ej får prövas. När den upphandlande enheten har valt leverantör skall beslutet samt skälen till tilldelningsbeslutet skickas till anbudsgivarna. Efter offentliggörandet av beslutet så har samtliga leverantörer rätt att kräva överprövning av upphandlingen hos länsrätten. De finns också möjligheter att vända sig till densamme om upphandlingen inte uppfattas genomföras på ett korrekt sätt och LOU inte följs under upphandlingsförloppet.

Urvalsupphandling, betyder att alla intresserade leverantörer får ansöka om att få lämna anbud och att den upphandlande enheten därefter gör ett intressant urval av dessa som sedan bjuds in till anbudsgivning. Direktupphandling är en annan typ av upphandling som till skillnad mot de tidigare nämnda inte görs via annonsering eller annan kungörelse. Den här varianten av upphandling får användas om upphandlingens värde är lågt eller om det finns synnerliga skäl. Leverantörer måste då vara mer aktiva för att få kännedom om aktuella upphandlingar och får själva ta kontakt med upphandlande enheter vid intresse.

⁵⁹ Tre lagar vid upphandling”, www.konkurrensverket.se

3.6 Ersättningssystem

Det finns en mängd olika typer av ersättningssystem som idag används inom vården och de kan skilja sig avsevärt. En tydlig koppling kan urskiljas mellan ersättningssystem och ekonomistyrningsmodell, där viss typ av ersättning baseras på om enheten i fråga har resultatansvar och annan typ av ersättningen baseras på om endast kostnadsansvar är förekommande. Ersättningen kan var baserad på antal patienter, arbetade timmar, behandlingstyp etc. I ett vårdavtal som är ett specifikt avtal mellan två parter finns också en specifik avtalad modell för ersättning. De modeller som är relevanta i vår fallstudie kommer att behandlas nedan.

3.6.1 Anslagsbaserad ersättning

Inom landstinget blir de ekonomiska resurserna utdelade till de olika enheterna via så kallade anslag. Landstingsfullmäktige fastställer en summa för hur mycket en specifik enhet får kosta under en viss period och fördelar ut dessa resurser. Fördelningen påverkas av patienternas behov. Den enskilde enheten, samt det tak gällande antal behandlingar som enheten har etc. Om enheten inte kan driva sin verksamhet inom ramen för anslaget kommer enheten visa ett negativt resultat, det vill säga man överskrider sin budget. Enheterna kan själva inte besluta om sin budget och måste följa de kostnadsramar som landstingsfullmäktige beslutat om.

3.6.2 Besöksbaserad- DRG

Ett av de mest använda ersättningssystemen är det så kallade DRG-systemet, Diagnos Relaterade Grupper. Systemen används för att analysera, följa upp och/eller ekonomiskt ersätta sjukvården och grundar sig i att vården som erbjuds identifieras och delas in i grupper beroende på svårighetsgrad och omfattning och att detta i sin tur ligger till grund för ersättningen. DRG-systemet kombinerar medicinsk och resurshomogen beskrivning av verksamheten på ett mycket tillfredställande sätt och kan i bästa fall utgöra ett gemensamt språk för ekonomer samt medicinskt verksamma.⁶⁰ Konsekvenserna av denna prestationsbaserade ersättningen anses vara god och bidra till följande positiva effekter, ökad produktivitet, fördelad ekonomisk risk, tydligare roller, ökad kostnadsmedvetenhet, ger mer information om jämförelse, uppföljning, verksamhetsuppföljning och kostnadskontroll.⁶¹

3.6.3 Ny ersättningsmodell – ”Vårdval Halland”

Mot bakgrund av ett visst missnöje med att det förekommer en mängd olika ersättningsmodeller i Hallands län samt då dessa visat sig vara orättvisa enligt de verksamma. De har inte heller lyckats stödja lanstingets övergripande mål, har det beslutats att en ny modell för ersättning inom primärvården skall prövas. Det främsta syftet med det nya förslaget grundar sig i att alla vårdgivare, både helt privata och landstingsdrivna verksamheter ska ha samma möjligheter och rätt till likartad ersättning från landstinget. Specialistmottagningar tillhör inte primärvården och kommer därför inte innefattas under dessa regler. Det finns dock möjligheter för denna typ av enheter att också tillgodogöra sig de nya reglerna, då via speciella samarbetsavtal med en annan part

⁶⁰ ”Patientregistret för 2001 ur ett DRG-perspektiv”, sid. 7, www.sos.se

⁶¹ ”Utveckling av ersättningssystem i Stockholm”, sid. 2, www.sos.se

som innefattas av det nya förslaget. Grunden i det nya förslaget är att patienterna ska ha större valmöjlighet vid val av vårdenhet samt att de ska ta större ansvar för sin vård. Antal patientbesök kommer inte ensamt utgöra grunden i det nya ersättningsystemet, utan istället kommer kvalitén och tillgängligheten av den erbjudna vården att värdesättas. Den nya modellen har patienten i fokus och strävar efter att den enskilde individen skall ta ansvar för sin egen hälsa och känna trygghet med den hälso- sjukvård som erbjuds. De övergripande målen för landstingets verksamhet: god hälsa, nöjda och engagerade invånare, god vård, stark ekonomi och engagerade invånare stöds av det nya förslaget. Tanken är att man inte längre kommer att genomföra offentliga upphandlingar av vården utan att man sätter upp kriterier för kvalitén som måste uppnås för att få etablera sig men i övrigt finns inga restriktioner.⁶²

3.6.4 Lagen om Läkarvårdsersättning

Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning reglerar ersättningen som ges till läkare som bedriver verksamhet i privat regi inom primärvården eller den öppna hälso- och sjukvården i övrigt och patientavgifterna som får tas ut i samband härmed. I dag finns inte längre möjligheten att arbeta som ”taxeläkare” det vill säga arbeta med ersättningen utan vårdavtal med landstinget. Lagen om läkarvårdsersättning tillämpas dock ofta som utgångspunkt för hur man ersätter en läkare med vårdavtal.

Landstingets ansvar enligt lag är att svara för den läkarvårdsersättningen som inte täcks av patientavgiften. De särskilda krav som ska uppfyllas för att läkarvårdsersättning ska kunna lämnas är följande. Läkaren ska ha specialkompetens och bedriva en mottagningsverksamhet inom specialistområdet i öppenvård för enskilda patienter (utom vissa specialiteter som direkt undantas i lagen) eller vara en allmänpraktiserande läkare. Ett krav för att få ersättning är att läkaren ska bedriva vården på heltid, eller senast ett år efter det att verksamheten påbörjats bedriver vården på heltid. Undantag från detta finns dock om läkaren har särskilda skäl att inte jobba heltid. För att ersättning ska utgå krävs även att läkaren inte är anställd inom vården i något landsting eller av någon annan juridisk person som landstinget har rättsligt bestämmande inflytande i.⁶³ Det finns enligt lagen vad som kallas ett normalarvode. Detta är ett enhetligt arvode som ska stå för den huvudsakliga delen av medicinska verksamheten som förekommer inom läkarens specialitet. När det första taket för maximalt antal patienter läkaren får behandla har uppnåtts lämnas ersättning med reducerade belopp, och denna reducerade ersättning lämnas endast till ett belopp motsvarande en halv årsarbetstid. Ersättningen som utdelas till läkaren ska enligt lagen vara ”skälig för läkarens arbete och kostnader”. Läkare som bedriver verksamhet mot ersättning får inte ta ut arvoden som är högre än vad lagen förespråkar. Ersättningen baseras på vilken typ av rådgivning eller behandling som läkaren utför. Det normala arvodet som delas ut ges med vissa krav angående hur många minuter patientkontakten i snitt är per kalendermånad, och med krav på vad varje läkarbesök måste innefatta för moment. Det finns också ett så kallat enkelt arvode som ges för enklare behandlingar, undersökningar och viss rådgivning, och särskilt arvode som ges för speciella tids och kostnadskrävande åtgärder. Ersättningen är reglerad med hänsyn till vilken specialistkompetens läkaren besitter.⁶⁴ Uppkommer ersättningen på grund av kringkostnader så som läkarens

⁶² Anette Henriksson, *Ekonomichef Landstinget Halland*, 2006-05-05

⁶³ ”Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning”, 8§, www.notisum.se

⁶⁴ ”Läkarvårdstaxa 2004”, sid. 1ff, www.privatlakarna.se

kostnader för resor i samband med sjukbesök, betalas detta som arvode. Arvodet betalar i första hand patienten i form av en patientavgift.⁶⁵

Patienten får krävas på en patientavgift med vissa specifika undantag. Patientavgiften får högst vara samma belopp som gäller inom landstinget för motsvarande behandling. Om patientavgiften är lägre än vad som medgivits påverkar inte detta den ersättning som landstinget ger. Om patientavgiften skulle vara högre än det arvode som landstinget lämnar, ska mellanskillnaden gå till landstinget. Patientavgift får inte tas ut då patienten nått gränsen för högkostnadsskyddet. Lagen ger rätt till läkaren att ta betalt för besök om patienten uteblivit från avtalad tid.⁶⁶ Om vården avser en patient som kommer från ett annat landsting, ska det landsting där patienten är bosatt stå för läkarvårdsersättningen. I övrig reglerar lagen ersättning till vikarierade läkare, samverkan med andra vård och rehabiliteringsenheter, samt utvärderingsskyldigheter.

⁶⁵ ”Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning”, 15§, www.notisum.se

⁶⁶ Ibid. §22ff.

4 Empiri

I empirin fördjupar vi oss i uppsatsens frågeställning och kopplar samman teorin med de intervjuer vi gjort i vår fallstudie. I inledning kommer det klargöras att vissa alternativa driftsformer inte är tillämpliga för Allergimottagningen och därefter förklaras mer ingående de påverkningsfaktorer som är aktuella för de alternativ som kvarstår.

4.1 Inledning

I arbetet med den teoretiska referensramen har det framkommit att alternativen "taxeläkare" eller samverkansavtal inte är aktuella eftersom de endast berör läkare eller samarbete med läkare som slutit avtal innan 1994. Dessa driftsformer ansågs så pass relevanta att de beskrevs i referensramen, dock med begränsat utrymme. De privata vårdformer som blir aktuella för Allergimottagningen är därmed en näringsverksamhet med vårdavtal eller en verksamhet utan någon offentlig ersättning, det vill säga helt privat drift. Empirin kommer därför att fokusera på dessa två alternativ och knyta an till de teorier som behandlar lämplig driftsform för allergimottagningen. Genom intervjuer har det framkommit vilka möjligheter och problem det finns kring respektive val och av dessa ges en mer ingående beskrivning. En bakgrund ges till varför Allergimottagningen fått avslag vid sina tidigare ansökningar om vårdavtal samt åtgärdsförslag för att öka möjligheten att sluta avtal i framtiden. Informationen har framkommit vid intervjuer med tre personer inom Närsjukvården i Kungsbacka. Vidare kommer Praktikertjänst presenteras, ett bolag som i Allergimottagningens fall skulle vara en alternativ samarbetspartner i de fall ett vårdavtal blir aktuellt.

4.2 Vårdavtal

Det har tidigare nämnts att Allergimottagningen sökt vårdavtal tre gånger men fått avslag på samtliga ansökningar. I syfte att utreda varför Allergimottagningen fått avslag och om det finns nya möjligheter intervjuades ordförande i Nämnden för Kungsbacka Närsjukvård Margareta Ödman⁶⁷ som är moderat ledamot i nämnden. Nämnden är folkvald och består av sju ordinarie ledamöter och har idag borgerlig majoritet som driver igenom politiska beslut om verksamhetens inriktning. Vidare intervjuades Närsjukvårdens förvaltningschef Monica Berglund⁶⁸ samt ekonomichefen Anders Glansèn⁶⁹, båda är anställda av Landstinget Halland. Monica Berglund har ansvaret för verksamheten och att de beslut som nämnden tar genomförs. Monica Berglund är dessutom den som ansvarar för att ta fram beslutsunderlag och utreda var behoven är som störst när det gäller att utveckla olika delar av verksamheten. Anders Glansèn ansvarar för den rambudget som verksamheten tilldelas av Landstinget Halland och att dessa medel fördelas ut på verksamhetens olika delar. Kungsbacka Närsjukvård är en relativt ny enhet inom Landstinget Halland, den verksamhet som i dag bedrivs låg

⁶⁷ Margareta Ödman, *Ordförande i Närsjukvårdsnämnden Kungsbacka*, 2006-05-08

⁶⁸ Monica Berglund, *Närsjukvårdschef/ Förvaltningschef Kungsbacka*, 2006-05-08

⁶⁹ Anders Glansèn, *Ekonomichef Närsjukvården Kungsbacka*, 2006-05-08

tidigare under Varbergssjukhus regi. Syftet med en ny enhet är att utveckla verksamheten inom Kungsbacka eftersom så många Kungsbackabor de senare åren sökt sig till Göteborg för vård. Detta till följd av valfriheten att söka sig till vilken vårdgivare man vill, även utanför sitt eget landsting. När Landstinget Halland betalar Västra Götalandsregionen för vården som hallands invånare utnyttjar blir det mer kostsamt än om man kan ta hand om dem själva. Anders Glansèn säger att det på marginalen lönar sig bättre om Landstinget Halland kan erbjuda vården i egen regi. Det är idag anledningen till att man utvecklar verksamheten i Kungsbacka och försöker locka tillbaka sina patienter.

4.2.1 Det politiska ställningstagandet

Den borgerliga majoriteten i Nämnden ställer sig positivt till att lägga ut flera enheter på entreprenad. Man menar att det gynnar patienterna med valfrihet och ökar effektiviteten. Man har system för att stötta de anställda som ansöker om vårdavtal och erbjuder dem hjälp med att starta upp verksamheten. Margareta Ödman säger att det är stora skillnader mellan de olika kommunerna inom länet vad gäller inställningen till privatisering och att kommunens politiska inställning är av stor betydelse i denna fråga. För en enhet som är verksam i ett län eller kommun där privatisering inte uppmuntras är vägen mycket längre att gå vid genomförandet av en sådan process.⁷⁰ Kungsbacka kommun tillhör de som är för utvecklingen av alternativa driftsformer.

4.2.2 Ekonomistyrningen inom specialistvården

Verksamheten inom Närsjukvården i Kungsbacka är uppdelad på primärvård och specialistvård och såväl ekonomistyrningsmodellen som ersättningsystemet skiljer sig åt för de båda. Primärvården står inför en förändring vid årsskiftet 2007. De ska som övriga Halland gå över till det nya ersättningsystemet "Vårdval Halland" som beskrivits i den teoretiska referensramen. Detta innebär att samtliga vårdenheter skall ersättas enligt samma ersättning, det kommer inte att ha någon betydelse om man har ett vårdavtal eller är i offentlig regi utan modellen bygger på ackrediteringspoäng och alla vårdgivare får ut samma ersättning.⁷¹ Specialistvården kommer dock inte att omfattas av modellen utan behålla sin nuvarande ekonomistyrningsmodell och sitt anslagssystem. Anders Glansèn berättar att man idag får ett enhetligt anslag av Landstinget Halland till specialistvården inom Närsjukvården i Kungsbacka och att detta sedan fördelas ut på de olika enheterna under dem. De senare åren har det totala anslaget varierat mellan 110 och 115 miljoner varav Allergimottagningens anslag har varit runt 1,7 miljoner. Att ersättningen är anslagsbaserad innebär att man inte har någon som helst ekonomisk styreffekt och att ett ökat antal patienter inte resulterar i större anslag. I Allergimottagningens fall har det lett till att man känner sig hämmade eftersom man effektiviserat verksamheten och lyckats ta fler patienter utan att få ökat anslag. Detta är ett av de problem som Allergimottagningen upplever som hämmande. Om Allergimottagningen skulle sluta ett vårdavtal skulle man eventuellt kunna upphandla om ett annat pris på verksamheten, ett pris som är något högre än dagens anslag. Problemet är att de 110-115 miljoner som Landstinget Hallands anslår till den samlade specialistvården inte kommer att öka och därmed kan detta bli på bekostnad av de andra enheterna. Beslut om huruvida verksamheten ska läggas ut på entreprenad

⁷⁰ Roger Orlinge, *Ordinarie ledamot i Närsjukvårdsnämnden Kungsbacka*, 2005-05-15

⁷¹ Anette Henriksson, *Ekonomichef för Landstinget Halland*, 2006-05-05

grundas således i var man beslutar att specialistvårdens resurser ska läggas. Anders Glansén antydde dock att det finns funderingar på att ändra ersättningssystemet för specialistvården i framtiden även om man finns i landstingets regi. Problemet uppstår om endast Närsjukvården i Kungsbacka ändrar sin ekonomistyrningsmodell för specialistvården utan att hela landstinget ändrar den övergripande anslagsmodellen. En övergång till en besöksbaserad modell i Kungsbacka fungerar inte lika effektivt om landstingsfullmäktige fortfarande har en anslagsbaserad ersättningsmodell till specialistenheten. Den här utvecklingen innebär dock att det finns möjligheter för Allergimottagningen att i framtiden få en annan typ av ersättning som ligger närmare den variant man främst använder sig av vid vårdavtal. Det skulle kunna gälla en DRG-baserad lösning eller alternativt den nya modellen.

4.2.3 Ersättning vid Vårdavtal

Under intervjun med nämndens ordförande Margareta Ödman närvarade även Roger Orlinge som även sitter i nämnden. Roger Orlinge berättar att det idag förekommer olika ersättningsmodeller för de enheter som har vårdavtal inom Närsjukvården i Kungsbacka. Ersättningen är framförhandlad mellan landstinget och entreprenören då avtalet skrevs. Ersättningen bestäms således av de båda parterna i förhandlingen om vårdavtalet, många läkare önskar dock att ha "Lagen om läkarvårdsersättningen", som grund eller riktlinje för vilka arvoden som ska utgå.⁷² Lennart Fredriksson som är ansvarig ekonom för specialistvården i Kungsbacka⁷³ bekräftar detta och säger att det är den främst förekommande ersättningsmodellen. Lennart Fredriksson talade även om att det finns två tak för patientantal vid vårdavtal, upp till det första utgår normalarvodet och därefter tills det andra taket är nått finns ett reducerat arvode. När man når över detta tak utgår ingen ersättning och risken finns att patientkvoten är uppnådd innan årets slut. Anders Glansén framhåller dock att detta än så länge inte har inträffat och i sådana fall skulle ny förhandling om lämpligt tak baserat på det aktuella antalet besök ske. Om taket innefattar utomlänspatienter beror helt på vad man kommer överrens om i vårdavtalet. I Allergimottagningens fall säger Anders Glansén dock att det troligaste vore att man i avtalet inte inkluderar utomlänspatienterna i patienttaket eftersom intäkterna från dessa patienter betalas av patienternas hemlandsting. Det innebär att Landstinget Halland i Allergimottagningens fall får ersättning enligt den överenskommelse som gäller för Västra Götalandsregionen vilket är 2660 kronor per besök medan Allergimottagningen endast får ersättningen som man beslutat om i avtalet. Summan är att de extra intäkterna som görs på utomlänspatienter inte tillfaller Allergimottagningen ens i de fall de har ett vårdavtal med landstinget.⁷⁴

4.2.4 Överskott blir till nytta för den egna verksamheten

Den viktiga förändringen som ett vårdavtal skulle medföra är att de besparingar och vinster man presterar skulle stanna kvar inom den egna verksamheten. Idag tillfaller allt eventuellt överskott som Allergimottagningen presterar den samlade Specialistenheten, vilket inte skulle ske vid ett vårdavtal. Detta skulle ge ökat utrymme till den egna verksamheten, såsom exempelvis ökade resurser till utbildning och aktiviteter för ökad personaltrivsel. Anders Glansén menar att det inom landstingsstyrd vård idag finns ett begränsat utrymme för denna typ av aktiviteter. Det är dock inte traditionsenligt att "ta

⁷² "Etableringsregler 2004-2006", sid. 8, www.slf.se

⁷³ Lennart Fredriksson, *Ekonomiansvarig för specialistvården Kungsbacka*, 2006-05-16

⁷⁴ Ibid.

av skattepengar till sådana ändamål” Vidare kan man på en mottagning med vårdavtal sätta prestationsbaserade löner. De anställda tjänar då på att vara effektiva, ju fler besök eller behandlingar, ju högre lön. De läkare som har vårdavtal i Kungsbacka har i dagsläget något högre lön än de offentligt anställda.⁷⁵

4.2.5 Anledningar till tidigare nekande av vårdavtal

I intervju med de anställda på Allergimottagningen har det framkommit att de inte fått klart för sig den egentliga anledningen till att mottagningen vid ett flertal tillfällen har nekats vårdavtal. Ordförande i nämnden framhåller att de är positivt inställda till att lägga ut verksamheten på entreprenad och att möjligheten för Allergimottagningen att bli beviljad ett vårdavtal är stor nästa gång de söker. Nämnden säger sig invänta en utredning om hur man på länsnivå ska organisera vården för ADHD/DAMP-patienter. Eftersom delar av Allergimottagningens verksamhet består i att behandla dessa blir det aktuellt att invänta en handlingsplan för hur dessa ska tas omhand. Den verksamhet som idag bedrivs på mottagningen är inte renodlad allergiverksamhet och därför blir det enligt ordföranden problematiskt att skriva ett vårdavtal. Generellt är den politiska inställningen att det ska bli möjligt att söka vårdavtal i framtiden.

Monica Berglund som är verksamhetschef för Närsjukvården är den person som undertecknat avslagen på ansökningarna och därför ställdes även frågan om varför man nekats ett vårdavtal till henne. Monica Berglund försöker i sitt svar förtydliga flera olika anledningar. Även hon pekar på att man i sin ansökan inte har dragit tydliga gränser för vilken typ av verksamhet man ämnar bedriva. Hon ser dock ytterligare svårigheter i verksamheten med ADHD/DAMP-patienter, då hon anser att en verksamhet där narkotikaklassade preparat kan skrivas ut som läkemedel inte lämpar sig för att lägga ut på entreprenad. Enligt Monica Berglund är inte heller arbetet med handlingsplanen för ADHD/DAMP-patienterna påbörjat och det innebär att ett sådant underlag kan dröja. I den teoretiska referensramen framkommer att vissa vårdformer är mer lämplig än andra för privat drift, vilket bekräftas även av Monica Berglund som styrker att den här avancerade vårdformen inte är lämpligt att landstinget släpper. Ytterligare en faktor som spelar in enligt Monica Berglund är att det är en liten mottagning som är väldigt beroende av en läkare. Nästan alla besök på mottagningen är läkarbesök och om hon blir sjuk skulle de flesta besök behövas ställas in eller en vikarie behövas ta in vilket skulle kunna vara mycket kostsamt för mottagningen

Trots att Margareta Ödman är positivt inställd till att lägga ut verksamheten på entreprenad säger Monica Berglund att den främsta anledningen till att ett vårdavtal inte kommit till stånd är att det inte varit en tillräckligt politisk het fråga och att det inte funnits någon drivkraft att föra ärendet vidare. Monica Berglund vidhåller dock att en ny ansökan måste utredas på nytt och möjligheten att man då kommer fram till ett godkännande finns. Ett alternativ för att öka chansen till ett vårdavtal är att utesluta ADHD/DAMP-patienterna, men det ligger inte i de anställdas intresse att sluta behandla dessa patienter. Kommande kalkyler innefattar därför även ADHD/DAMP-patienterna eftersom det är Allergimottagningens önskan om att verksamheten skall bedrivas även för dessa.

⁷⁵ Anders Glansèn, *Ekonomichef Närsjukvården Kungsbacka*, 2006-05-08

4.2.6 Upphandlingsprocessen är en avgörande faktor

När en enhet är aktuell för att läggas ut på entreprenad sätts en stor process igång. Enligt lag är landstinget skyldigt att erbjuda samtliga intressenter att aktivt få vara med och förhandla om enheten enligt LOU. Eftersom Allergimottagningen skulle bli utsatt för konkurrens blir upphandlingsprocessen en svår prövning under vilken de måste hävda sig mot flera andra intressenter som kan tänkas erbjuda vården till ett lägre pris och med eventuellt bättre förutsättningar. I enlighet med de två andra lagarna LIU och Konkurrenslagen är det trots att landstinget ser fördelar med att Allergimottagningens verksamhet finns kvar deras skyldighet att se till att det blir lika villkor för alla som lägger anbud och att ingen favoriseras. Följderna är att om en ny ansökan antas och processen med att upphandla enheten startar kan Allergimottagningen bli utkonkurrerad av en annan entreprenör eftersom det strider mot lag att utforma ”bör-krav” och ”skall-krav” som skulle främja Allergimottagningen. Monica Berglund berättar vidare att det heller inte är aktuellt med en direktupphandling eftersom det inte finns synnerliga skäl för att Allergimottagningens verksamhet nödvändigtvis skulle vara den bäst lämpade. Det är först vid nästa upphandling när det första avtalets tid löpt ut som man eventuellt kan genomföra en direktupphandling. Inom Närsjukvården i Kungsbacka har man två gånger tidigare genomfört direktupphandlingar när vårdavtal löpt ut. Det rör sig om undantagsfall då man sett att det funnits synnerliga skäl ur patienternas synvinkel att låta samma läkare stanna kvar. Man kan spekulera i om det är möjligt för Allergimottagningen att i ett nästa skede få ett direktavtal eftersom det är viktigt att skapa kontinuitet för patienterna inom specialistvården, i nuläget är det dock inte aktuellt.

I intervjun med Margareta Ödman framkom det att de ”bör-krav” samt ”skall-krav” som ställs på en anbudsgivande verksamheten innehåller krav på att enheten ska använda samma datasystem som övriga landstinget. Kravet skulle innebära att det datasystem Allergimottagningen använder idag måste bytas om man på landstingsnivå beslutar att det skall införas ett nytt. Datasystemet är en viktig del i arbetet på Allergimottagningen och därför en viktig fråga som bör beaktas vid ansökan om vårdavtal. Det är dock samma problem om man stannar kvar i landstingets regi, skillnaden blir om man skulle driva mottagningen helt privat då val av system är fritt.

4.2.7 Stora vårdbolag – ett hot eller en möjlighet?

I dag ser man en tendens mot att ett fåtal stora vårdbolag kan komma att dominera marknaden inom några år. Detta är bland annat följderna av hur Lagen om offentlig upphandling (LOU) är utformad. Den innebär som tidigare nämnts att en ny upphandling sker när ett vårdavtal gått ut. Den aktör som lämnar bästa anbudet med lägsta kostnaden vinner upphandlingen. För en liten enskild mottagning blir det svårt att konkurrera mot stora vårdbolag och därför riskeras idag att endast de stora vårdbolagen vinner upphandlingarna. Stora vårdbolag har dessutom större möjlighet att klara en förlust av ett vårdavtal eftersom de vanligtvis har stora tillgångar till ett riskkapital samt har andra möjligheter för att omstrukturera sin verksamhet.⁷⁶ Följderna blir att små privata vårdenheter har svårigheter att verka i en miljö där vårdavtalet är av utslutande vikt för verksamhetens fortsatta utveckling. De riskerar att köpas upp av stora

⁷⁶ ”Privatläkarna avskaffas”, www.splf.se

dominerande vårdbolag och oligopol på marknaden blir följderna. Fördelarna med att ett större vårdbolag kan anpassa sin verksamhet bättre är att kontinuiteten för patienterna tryggas om man kan se till att ta hem upphandlingen och förlänga sitt vårdavtal. Det största vårdbolaget i Sverige i dag är Praktikertjänst, deras verksamhet är också relativt utbredd i Västra Götaland. Idag finns det en anledning att se det stora vårdbolaget både som ett hot och en möjlighet. Det finns en risk att Praktikertjänst skulle kunna konkurrera med Allergimottagningen i en upphandling och eftersom de har goda kunskaper samt erfarenhet av att delta kan de utgöra ett hot mot Allergimottagningen när man väl kommit till upphandlingsprocessen. Ett annat sätt att se på saken är att det finns goda möjligheter för Allergimottagningen att ansluta sig till Praktikertjänst. I Praktikertjänst är de verksamma läkarna aktieägare och varje enhet har resultatansvar. Ett alternativ skulle då vara att Allergimottagningen skulle ansluta sig till bolaget och ha ett vårdavtal med landstinget. De enheter som idag tillhör Praktikertjänst arbetar som enskilda bolag.

4.3 Drift i helt privat regi

De anställdas huvudsakliga frågeställning i dagsläget är vilka möjligheter det finns för att driva allergimottagningen i helt privat regi. Ur personalens synvinkel skulle drift i privat regi innebära stora möjligheter att få utforma och driva verksamheten såsom de anser vara mest lämpligt. Då de anställda som nämnts tidigare känt sig mer hämmade än stärkta i landstingets regi finns behov av förändring från deras sida. Det är dock många faktorer som spelar in och avgör om det överhuvudtaget finns en tänkbar marknad för privat verksamhet. De arbetsuppgifter som de anställda har idag skulle inte komma att förändrats nämnvärt vid en privatisering, med utgångspunkt från att samma verksamhet skall bedrivas i framtiden. Förändringar som istället skulle vara möjliga är de vardagliga rutinerna, det vill säga all planering och verksamhetsdrift. Det betyder att man skulle kunna påverka kostnaderna i allt större utsträckning och att det finns möjligheter till kostnadseffektivisering vilket kan gynna enheten i form av vinst. Eget beslutstagande och kostnadsmedvetande ger personalen energi och motivation att sköta sitt jobb på bästa möjliga sätt och kan tänkas vara ett av de största incitamenten till viljan att driva mottagningen i privat regi. Möjligheten att påverka verksamhetens avkastning samt eventuell vinst är inte det huvudsakliga målet för de anställda men skulle kunna tänkas vara ett incitament till en alternativ driftsform. En viktig aspekt för de anställda som nämnts ovan är att fortsätta få arbeta med det väl fungerande datasystem som i nuläget används, ett system som eventuellt skulle bli tvunget att bytas vid vårdavtal eller vid drift under landstingets regi. De anställda skulle också få ta beslut om tänkbara effektiviseringsåtgärder etc. som skulle kunna tänkas höja motivationen. Kontentan av en väl driven privat verksamhet blir således nöjdare och friskare medarbetare. Det finns också hinder som kan tänkas uppstå vid en privatiseringsprocess, vilka skall belysas nedan.

4.3.1 Konkurrens

Landstinget driver förutom Allergimottagningen också barnkliniken på Kungsbacka Sjukhus. På Barnkliniken behandlas också barn med allergier men barnen som går till barnkliniken har ofta flera åkommor och därför är det bättre om de får behandling vid en mottagning som kan behandla samtliga åkommor. Kontakt mellan läkare och patient är kärnan i verksamheten och är viktig då barn behandlas under lång period. Det gäller

även för Allergimottagningen som behandlar många av sina patienter under längre perioder. Allergivaccination är exempelvis en treårig injektionsbehandling som innebär initialt injektioner en gång i veckan under sju till tolv veckors tid och därefter var sjätte vecka i tre år⁷⁷ vilket skapar goda kontakter mellan patienten och läkaren/sjuksköterskan. Om Allergimottagningen skulle drivas helt privat skulle det enligt Monica Berglund eventuellt bli aktuellt för landstinget att utvidga den verksamhet som idag bedrivs på Barnkliniken (dock endast hypotetiskt resonemang). Risken att förlora sina patienter till andra mottagningar med gratis vård hade eventuellt varit mindre om patienterna hade behövt söka sig till Göteborg eller Varberg för detta, vilket hade varit fallet om landstinget inte haft möjligheter att erbjuda annan vård i länet. I nuläget skulle barnkliniken på Kungsbacka Sjukhus försvåra Allergimottagningens förutsättningar. Monica Berglund menade att om Allergimottagningen skulle gå över i helt privat regi, skulle troligtvis det anslag som tidigare gått till att bedriva Allergimottagningen gå till barnkliniken. Anslaget skulle där öka resurserna för att kunna ge barn med allergiska besvär den vård som tidigare Allergimottagningen erbjudit. Detta med anledning av att landstinget är skyldiga att erbjuda denna sorts vård, och annars få betala de besök patienterna gör utanför länet vilket i längden blir dyrare för landstinget. Inom Landstinget Halland och Västra Götalandsregionen finns idag ett tiotal verksamma barnallergologer i offentlig regi eller med vårdavtal⁷⁸, således är konkurrensen från den fria vården ganska stor.

4.3.2 Möjligheter till finansiering

Då ingen ersättning från annat håll kommer att bli aktuell måste en mottagning i helt privat regi finansiera hela verksamheten på egen hand. Betalningsförmågan blir därför av yttersta vikt. De försäkringsbolag som tillfrågats angående möjligheten att teckna barnförsäkring gällande privat vård har svarat som följer:

Länsförsäkringar: *"Det går inte att teckna privatvårdförsäkring för barn. Allergi ingår som regel i försäkringen men det ges inte ersättning för privat behandling."*⁷⁹

If-försäkringar: *"Vi ersätter aldrig privat sjukvård/behandling. Då det gäller allergier så beror det på vilken typ av allergi det handlar om så det är väldigt svårt att svara på. Är barnet t.ex. glutenallergiker så har barnet "medicinsk invaliditet" och det ersätter vi. Även vårdbidrag kan vara aktuellt. Har barnet t.ex. pollenallergi så är barnet inte medicinskt invalid. Helt kort är tanken med barnförsäkringar att vi ska hjälpa till med utökat vårdbidrag eller ersätta saker som normalt inte är gratis för barn eller sådant försäkringskassan inte ersätter"*⁸⁰.

Även Skandia⁸¹, TryggHansa⁸² och Folksam⁸³ följer samma principer vad gäller barnförsäkringar. Följderna är alltså att det är patienternas föräldrars betalningsvilja som

⁷⁷"Allergimottagningens ansökan om vårdavtal "

⁷⁸ Sören Linderöth, *Tjänsteman Socialstyrelsen Stockholm*, 2006-05-18

⁷⁹ Magnus Arlebrink, *Försäljning Privat*, Länsförsäkringar 2006-05-19

⁸⁰ Jens Åhlin, *Sakförsäkringsspecialist If*, 2006-05-19

⁸¹"Försäkra dina barn", www.skandia.se, 2006-05-19

⁸² Brant, Magnus, *Ersättning/Kundtjänst Trygg Hansa*, 2006-05-19

⁸³ "Sjuk och olycksfallsförsäkring för barn och ungdom", www.folksam.se, 2006-05-19

kommer vara en avgörande faktor. Den största konkurrensen kommer som ovan nämnt från den kostnadsfria landstingsdrivna vården för barn och ungdomar. Utmaningen i Allergimottagningens fall blir att kunna erbjuda ett mervärde som patienterna eller kanske i första hand deras föräldrar anses motsvara eller vara högre än det som den kostnadsfria vården erbjuder. De anställda anser sig ha mycket god erfarenhet och kompetens inom barnallergologi samt en mycket god relation med sina patienter vilket de anser skulle kunna komma att påverka antalet patienter som kan tänkas betala för vården. De anställda vid mottagningen ser det också som en fördel att deras patienters upptagningsområde är ett höginkomstområde vilket skulle bidra till större betalningsvilja. Det finns viss grund för detta antagande då inkomstfördelningen i landet visar på att Kungsbackas sammanräknade medeltal för förvärvsinkomst under inkomståret 2004, 254.822 kronor, ligger högre än alla andra kommuner inom både Hallands län och Västra Götalands län. Medelinkomsten för Hallands län var 212.807 kronor, Västra Götalandsregionen, 213.279 kronor, samt beräknad medeltal för förvärvsinkomst för hela landet var 215.971 kronor. Även Mölndal kommun och Göteborgs kommun som angränsar till Kungsbacka kommun visade en högre förvärvsinkomst än de ovan nämnda medeltalen.⁸⁴ Inkomstfördelningen visar inte på någon definitiv betalningsvilja för patienterna i området men kan ändå vara en indikator på betalningsförmågan och inställningen till att betala för vården.

4.3.3 Sårbarhet

Eftersom Allergimottagningen endast har tre anställda är personalkostnaderna relativt låga, vilket är positivt ur kostnadssynpunkt. Samtidigt leder storleken på arbetsstyrkan till att mottagningen är väldigt sårbar, detta enligt Monica Berglund som menar på att det är en risk att lägga ut enheten på entreprenad eller att driva den i helt privat regi. Mottagningen har endast en läkare vilket leder till att en vikarie måste ersätta henne om hon blir sjuk, alternativt måste mottagningen stängas under en period. Detta kan bli mycket kostsamt vid långa sjukperioder. Detta gäller framförallt läkaren eftersom verksamheten stannar upp utan en läkare men sårbarheten blottas även om sjuksköterskan eller sekreteraren blir långvarigt sjuka. Då läkaren besitter specialkompetens kan svårigheten för en vikarierande läkare att utföra arbetet tillfredställande tänkas bli större.⁸⁵

4.3.4 Sociala aspekter

Det finns olika uppfattningar om hur vård bör drivas. Många förespråkar privata alternativ med utgångspunkt från att konkurrens gynnar kvalitén på vården och enligt andra är privatdriven vård en otänkbarhet, en åsikt som grundas i att det är oetiskt att tjäna pengar på annans sjukdom. I referensramen nämns de privata driftsformer som kan tänkas vara mest lämpade för privat drift. Eftersom vår fallstudie behandlar vård för barn blir frågan mer komplex. Då barnavård skall vara gratis i Sverige upp till 19 år finns motstånd mot att privat vård för barn ska uppmuntras samt drivas. Anders Glansén menar på att så länge patienterna är betalningsvilliga bör inga hinder för sådan typ av driftsform föreligga.⁸⁶

⁸⁴ "Sammanräknad förvärvsinkomst", www.scb.se

⁸⁵ Monica Berglund, *Närsjukvårdschef/ Förvaltningschef Kungsbacka*, 2006-05-08

⁸⁶ Anders Glansén, *Ekonomichef Närsjukvården Kungsbacka*, 2006-05-08

Samtliga av de intervjuade personerna har varit positivt inställda till alternativa driftsformer men dock mer negativa till helt privat driven verksamhet. I vårt fall har invändningarna speciellt gällt att det rör sig om en barnallergimottagning där den offentliga vården för barn inte kostar någonting. Alf Wiklund på Praktikertjänst var positivt inställd till alternativa driftsformer men tror sig inte se en framtid där helt privata inslag på den här typen av vård kommer att vara utbredd. Han anser vidare att det lämpar sig mera med andra typer av vård såsom plastikkirurgi etc. och ser en växande marknad för denna typ av vård/ behandlingar. Ekonomichefen på Närsjukvården i Kungsbacka Anders Glansén menar också på att en helt privat driven mottagning verkar vara ett otänkbart alternativ.

4.3.5 Patientflöde i framtiden

Ett viktigt steg för de anställd på mottagningen vid en eventuell privatiseringsprocess är att vara medvetna om hur deras befintliga patienter kommer att reagera på en sådan utveckling. Detta är av yttersta vikt då patienterna är kärnan i hela verksamheten och deras ställningstagande i frågan kommer att vara avgörande. En undersökning bland patienterna ses som oumbärlig och kommer att ge de anställda en god grund för fortsatt planering. Detta är dock inget som har utförts i den här fallstudien. Utomlänspatienter är en grupp som idag är ganska stor. 442 av de totalt 3 564 besöken utgörs av utomlänspatienter mestadels från Västra Götalandsregionen, och kommer möjligtvis att falla bort vid en privatisering då landstinget inte längre kommer att finansiera sina patienter som väljer ett helt privat alternativ. Allergimottagningen måste som nämndes tidigare arbeta hårt för att behålla befintliga kunder och en satsning på marknadsföring och ökat kundvärde kommer att var en hörnsten i det fortsatta arbetet. Samtidigt bör man granska varför dagens utomlänspatienter har sökt sig till Allergimottagningen. Beror det på en positiv inställning till mottagningen och dess arbete eller är det andra faktorer såsom långa vårdköer i Västgötalandsregionen som är avgörande? Hur patientflödet skulle förändras vid eventuell minskning av köer i Västra Götaland och närliggande områden blir därför intressant. Samtliga dessa frågeställningar måste ställas och identifieras, samt krävs det en grundlig analys av resultatet för att kunna förutspå hur framtiden kommer utvecklas. Samtidigt är utvecklingen inom andra områden nog så viktig, befolkningsstatistik samt statistik för hur barnallergier utvecklas blir då speciellt intressanta.

5 Ekonomisk Analys

Med utgångspunkt från Allergimottagningens ekonomiska situation idag kommer en verksamhetskalkyl sammanställas, där förändringar av intäkter och kostnader vid privatisering kommer att identifieras och förbättringsmöjligheter belysas. Verksamhetskalkylen kommer vidare kopplas samman med de intäkts och ersättningsbehov som kommer att vara aktuella i respektive fall och som kan kopplas samman med de ersättningsmodeller som vi har introducerat i teorin.

5.1 Verksamhetskalkyl

Den ekonomiska kalkylen är uppställd med antagandet om att verksamheten skall bedrivas med samma antal patienter och behandlingar som den gör idag. Detta enligt de anställdas önskan om att få vetskap om vilket intäktsbehovet som kommer att bli nödvändigt för att klara kostnaderna med befintlig verksamhet. Intäktsbehov kommer även att ligga till grund vid beräkning av patientavgifter i det helt privata alternativet. Vi kommer dock senare i känslighetsanalysen behandla de faktorer som påverkar dessa antaganden och redogöra för om de anställdas önskan är realistisk och vilka variabler som kommer vara avgörande för resultatet. Mottagningens patientbesök uppgick 2005 till 3 564 stycken och därför har vi valt att budgetera för detta patientantal när det gäller vårdavtal och helt privat drift. Detta är den maximala kapaciteten mottagningen har och önskar kunna få ersättning för.⁸⁷ I den budget vi har konstruerat för vårdavtal och helt privat drift har vi däremot använt oss av landstingets budgeterade kostnader för 2006 och inte av utfallet 2005. Anledningen till det är den begränsade möjligheten att få tillgång till specificerade uppgifter om utfallet 2005. Vid vår uppskattning av de kostnader som blir aktuella i de privata alternativen har vi låtit de fasta kostnaderna vara desamma som i landstingets budget för 2006. Med fasta kostnader menas inte att de är helt fasta, utan endast att det är andra faktorer än besöksvolymen som förändrar dem. De rörliga kostnader som just varierar med besöksvolymen har vi justerat för det budgeterat ökade patientantalet i de två fallen. Detta har vi gjort genom att utgå ifrån en genomsnittlig kostnad per besök från landstingets budget som vi sedan applicerat på vår budget för att få fram korrekta kostnader. Utifrån dessa totala kostnader samt med pålägg av en marginal har vi sedan räknat fram det minimala ersättningskrav som måste ställas i de två fallen. Kostnaderna kommer att vara relativt oförändrade i de olika fallen och därför nöjer vi oss med en saklig förklaring till dem nedan. Verksamhetskalkylen belyser även de kostnader som tillkommer vid privatiseringen. Tyngdpunkten i det här avsnittet kommer att ligga på intäktsbehovet.

⁸⁷ Ulrika Eliasson, läkarsekreterare Allergimottagningen Kungsbacka

Konto klass	Resultatbudget	Utfall 2005	Landstingets budget 2006		Justering för vårdavtal		Justering för helt privat	
	Antal besök	3564	3300		3564		3564	
	Läkarbesök totalt	3373						
	Varav läkarbesök utomlans	442						
	Sjuksköterskebesök totalt	191						
	Varav sjuksköterskebesök utomlans	7						
			tkr	%	tkr	%	tkr	%
3	Intäkter							
	Anslag från specialistenheten	1700	51,8%		0,0%	0	0,0%	
	Patientavgifter	310	9,5%		0,0%	3564	100,0%	
	Offentlig ersättning		0,0%	3454	100,0%	0	0,0%	
	Ersättning enligt utomlansavtal	1269	38,7%		0,0%	0	0,0%	
	Summa intäkter		3279	100,0%	3454	100,0%	3564	100,0%
	Kostnader							
4	Personalkostnader							
	Löner	1122	34,2%	1134	32,8%	1134	31,9%	
	Övriga arbetsgivaravgifter	491	15,0%	497	14,4%	497	13,9%	
5	Utbildning	5	0,2%	15	0,4%	15	0,4%	
5	Arbetskläder	0	0,0%	5	0,1%	5	0,1%	
	Övrigt	0	0,0%	5	0,1%	5	0,1%	
	Summa personalkostnader		1619	49,4%	1656	47,9%	1656	46,5%
5	Material/Externa tjänster							
	Läkemedel	827	25,2%	895	25,9%	895	25,1%	
	Sjukvårdsartiklar och medicinskt material	21	0,6%	22	0,7%	22	0,6%	
	Köpta tjänster, labb och röntgen	71	2,2%	75	2,2%	75	2,1%	
	Summa material och externa tjänster		919	28,0%	992	28,7%	992	27,9%
6	Lokal							
	Hyra –lokal	439	13,4%	439	12,7%	439	12,3%	
	Fastighetsmtrl. och inventarier	3	0,1%	3	0,1%	3	0,1%	
	Reparationer av inventarier	17	0,5%	17	0,5%	17	0,5%	
	Summa lokal		459	14,0%	459	13,3%	459	12,9%
7	Administration och försäkringar							
	Dator hyra/leasing	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Datalicenser och dataprogram	18	0,6%	18	0,5%	18	0,5%	
	IT-kostnader	18	0,6%	18	0,5%	18	0,6%	
	Kontorsmaterial	26	0,8%	26	0,8%	26	0,7%	
	Telefon	64	1,9%	64	1,8%	64	1,8%	
	Porto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	OH-kostnader	157	4,8%	0	0,0%	0	0,0%	
	Övrigt material	5	0,2%	5	0,2%	5	0,1%	
	Bokföring	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Revisor	0	0,0%	15	0,4%	15	0,4%	
	Förbrukningsinventarier	0	0,0%	0	0,0%	0	0,1%	
	Företags- och ansvarsförsäkring		0,0%	2	0,1%	2	0,1%	
	Patientförsäkring		0,0%	4	0,1%	4	0,4%	
	Summa administration		288	8,8%	165	4,8%	165	4,6%
	Marknadsföring	0	0,0%	30	1,0%	102	3,0%	
	Avskrivningar	4	0,1%	4	0,1%	4	0,1%	
	Summa Kostnader		3289	100,0%	3306	100,0%	3378	100,0%
	Resultat före finansiella poster		-10	-0,3%	148	4,3%	186	5,2%
8	Finansiella poster		1	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
	Resultat efter finansiella poster		-11	-0,3%	147	4,3%	185	5,2%

5. 2 Intäkter

5.2.1 Offentlig regi

Idag är anslaget från specialistenheten ä på 1 710 tkr och det är vad man har budgeterat även för nästa år⁸⁸. Anslaget gör sig synligt i kalkylen under intäkter för alternativet offentlig regi under landstinget. Anslaget är en fast ersättning som inte är beroende av patientantalet, men däremot ställs vissa krav på läkaren att göra ett visst antal patientbesök. Då mottagningen behandlar barn med rätt till gratis vård är patientintäkterna från dessa patientbesök obefintliga. De patientintäkter som redovisas i dagsläget kommer från patienternas föräldrar som vid tillfällena blir behandlade på mottagningen i samband med att barnen behandlas. Angående intäkter som kommer från utomlänsbesök finns mellan Västra Götalandsregionen och Landstinget Halland en avtalad avgift för att ta emot ett utomlänsbesök. Avgiften gäller ett läkarbesök och uppgår i öppenvård till 2 660 kronor.⁸⁹ I budgeten visas den totala summan för vilka intäkter utomlänspatienterna står för. Under 2005 tog man 442 besök från annat län och intäkterna för detta uppgick till 1 175 tkr. Budgeten för 2006 ligger på 1 269 tkr vilket innebär att man kan se en liten ökning i antalet utomlänspatienter. I våra budgetar för helt privat drift och vårdavtal utgår vi dock ifrån 2005 års utfall med 442 utomlänsbesök. Anledningen till detta är att vi i största möjliga mån har utgått från föregående års utfall gällande besök som nämnts ovan.

5.2.2 Vårdavtal

Samtliga landsting har skyldighet till att upplysa om privata vårdgivare med avtal samt remittera sina patienter dit om det är nödvändigt för att enligt vårdgarantin garantera patienten vård inom viss tid, eller uppfylla patientens rätt till valfrihet inom vården. Allergimottagningen har goda kontakter med sina patienter och ett gott rykte om sig och ser inte någon anledning till att de utomlänspatienter som i dagsläget går till Allergimottagningen skulle byta vårdgivare om mottagningen skulle ha ett vårdavtal. I de fall då privata mottagningar har vårdavtal och tar emot utomlänspatienter tillfaller inte ersättningen dessa mottagningar direkt utan istället landstinget och läkaren i sin tur får ta emot samma ersättning för dessa som för det egna länets patienter. Det vill säga att mottagningen vid ett vårdavtal inte kommer tjäna mer på att ta emot utomlänspatienter än det egna länets patienter. Därav beräknar vi nedan en total summa som krävs i ersättning och gör ingen fördelning av intäkterna mellan det egna länets patienter och utomlänspatienterna.

Det mest intressanta utifrån vår verksamhetskalkyl har blivit att beräkna det intäktsbehov som kommer att bli nödvändigt i respektive fall. Intäktskravet kommer att bygga på en beräkning med utgångspunkt från de totala kostnaderna plus en marginal, som tillsammans utgör ett minimalt intäktsbehov. I ett vårdavtal är den möjliga ersättningen en förhandlingssak mellan entreprenören och landstinget. I samtliga intervjuer vi gjort med personer inom Landstinget Halland samt Praktikertjänsts Alf Wiklund har det framkommit att den ersättning man avtalar om i vårdavtal kan vara baserad på flera olika faktorer, vanligast är dock att man utgår från Lagen om Läkarvårdsersättningen.

⁸⁸ Lennart Fredriksson, *ekonomiansvarig för Specialistenheten*, Närsjukvården i Kungsbacka

⁸⁹ Ibid.

som vi ska belysa nedan.⁹⁰ Då Lagen om läkarvårdsersättning är en nationell generell ersättningsmodell som anses ge en god bild av hur kostnadskrävande olika behandlingstyper är har vi valt att använda denna som en grund i kommande analyser. Lagen om läkarvårdsersättning kan ses som ett marknadspris som är den maximala ersättning man kan få ut på ”marknaden”. Vi kommer att göra jämförelser mellan det maximala totala arvode som kommer att bli möjligt med läkarvårdsersättningen med det minimala ersättningskrav som vi beräknat utifrån de totala kostnaderna i respektive fall. Den procentuella skillnaden mellan dessa kommer sedan vara den skillnad som arvodet enligt läkarvårdsersättningen och för vår föreslagna ersättningsmodell för respektive besök kommer att utgöra. Läkarvårdsersättningen utgår från priser per 30 minuters behandling. Vi antar i kommande stycken att ett genomsnittligt besök hos Allergimottagningen tar 30 minuter.

Normalt arvode, enligt läkarvårdsersättningen, gäller för en normalbehandling och är den ersättning som läkaren får i ersättning för per besök. Det normala arvodet gäller upp till ett visst ersättningstak som de båda parterna kommit överens om i avtalet. Då antalet besök resulterar i att den ersättning som utgår överstiger det avtalade ersättningstaket kommer ersättning per patient att reduceras och ett nytt arvode, såkallat reducerat arvode utgå. Enligt läkarvårdsersättningen finns ett givet tak men vårdavtalet öppnar för möjligheter till att omförhandla detta. För reducerat arvode finns ytterligare ett ersättningstak. Om läkaren tar så många besök att den totala ersättningen når tak 2 utgår inte längre någon ersättning överhuvudtaget. Vidare i våra beräkningar tar vi inte hänsyn till något tak då detta är en förhandlingsfråga. Ett såkallat särskilt arvode utgår för de behandlingar som enligt läkarvårdsersättningen är mer kostsamma och resurskrävande, något som man dock inte kan säga stämmer för alla olika mottagningar utan bygger på en generell nationell beräkning. Vi har valt att använda läkarvårdsersättningen då vi inte har haft tillgång till fullständiga kostnader per behandling såsom läkemedel och tidsåtgång och därför inte kunnat göra en prissättning utefter en kostnadskalkyl med pålägg. I bilden nedan anger vi de särskilda arvoden för 30 minuters behandling som skulle bli aktuella i Allergimottagningens fall:

Normalt Arvode	760kr (30 min)
Särskilt arvode i följande fall:	Normalt (30min)
Allergologisk utredning	1 400kr
Akut astma, inhalationsbehandling	1 500kr
Dynamisk spirometri, lungundersökning	1 400kr

Figur 5:1 Källa: Lag om läkarvårdsersättning

⁹⁰ Alf Wiklund, *Regionchef Praktikertjänst*, 2006-05-04

Enligt en uppskattning gjord av de anställda på Allergimottagningen i Kungsbacka har man följande antal besök i respektive behandlingsgrupp som med modellen ovan ger följande ersättning:

Möjlig ersättning per behandlingstyp enligt läkarvårdsersättningen vid vårdavtal		
Behandlingstyp	Antal Besök	Total ersättning vid normalt arvode/
Barnspecialistiska specialiteter	1 960st	1 490tkr
Allergologisk utredning	634st	888tkr
Akut astma, inhalationsbehandling	20st	30tkr
Dynamisk spirometri, lungundersökning	950st	1 330tkr
Summa	3 564st	3 738 tkr

Figur 5:2

Den totala ersättningen med utgångspunkt från Lagen om läkarvårdsersättning blir således 3 738 tkr, då vi inte har tagit hänsyn till något tak och samtliga besök därför ersätts enligt normalt arvode.

Som nämnt ovan skall vi även beräkna ett minimalt ersättningsbehov som krävs för att täcka samtliga kostnader vid ett visst besöksantal. Beräkningen nedan visar det intäktsbehov vi anser att mottagningen har vid 3 654 besök per år. Vi har utgått från de totala kostnaderna och lagt på en marginal på 4,5 procent för att få fram intäktsbehovet. Marginalen borde egentligen vara högre med hänsyn till riskerna men då de anställda på mottagningen inte är ute efter någon större vinst ser vi denna marginal som tillräcklig för att kunna driva runt verksamheten med möjlighet till liten avkastning för nyinvestering. Med detta antagande som grund har vi beräknat deras minimala ersättningsbehov med utgångspunkt från de totala kostnaderna på 3 306 tkr.

Krav på offentlig ersättning inklusive samtliga intäkter vid vårdavtal
3 306tkr * 1,045 = 3 455tkr

Figur 5:3

Ersättningskravet på 3 455 tkr är 7,5 procent lägre än totalt arvode enligt läkarvårdsersättningen på 3 738 tkr. Om vi reducerar samma procentantal från de enskilda behandlingarnas arvode enligt läkarvårdsersättningen borde en rimlig ersättning per behandling kunna fastställas:

Ersättningsförslag utifrån minimikrav vid vårdavtal	
Behandlingstyp	Ersättning
Barnspecialistiska specialiteter	703kr
Allergologisk utredning	1 295kr
Akut astma	1 388kr
Dynamisk spirometri, lungundersökning	1 295kr

Figur 5:4

I slutsatsen utreds vidare hur pass realistiskt denna prisbild är och om den står sig konkurrensmässigt samt är rimlig som anbud i en upphandlingsprocess. Anbudet man lägger vid en upphandling bör vara så lågt som möjligt för att det ska få konkurrenskraft samt vara aktuellt för landstinget att acceptera. Det är en anledning till att man i ett anbuds-förfarande med fördel kan använda sig av det minimala ersättningskrav som vi beräknat istället för läkarvårdsersättningen.

5.2.3 Helt privat drift

Vid privat drift kommer intäkterna helt och hållet att finansieras av patienterna. Det intäktsbehov som blir nödvändigt beräknas genom de totala kostnaderna plus en marginal. Den kritiska variabeln blir hur många patienter som skulle kunna behållas och därmed påverka besöksvolymen. Det mest intressanta i det här avsnittet hade varit att med utgångspunkt från kostnadssidan göra en uppdelning av besöken i olika kategorier och sedan med hjälp av beräknad läkemedelskostnad och tidsåtgång per behandling beräknat en lämplig kostnad per respektive behandling och besök. Vi hade med den informationen haft möjlighet att beräkna vilka patienter som är de mest lönsamma och de som mottagningen ur ett lönsamhetsperspektiv borde satsa på att behålla. Då information om läkemedelskostnad samt tidsåtgång per behandling inte är tillgänglig som nämnts ovan utan endast beräknas som ett genomsnitt på hela den landstingsdrivna vården i Landstinget Halland⁹¹ kommer ersättningsbehovet inte grundas på detta. Vi kommer istället att göra en beräkning på det totala intäktsbehovet som Allergimottagningen kommer att ha i det privata fallet. I kalkylen utgår vi ifrån att samma antal patienter som finns vid befintlig drift skulle finnas kvar vid en helt privat drift, då detta som nämnts är ett önskemål från de anställda. I kommande kapitel där vi gör en riskanalys prövas känsligheten i den här variabeln. Vid helt privat drift skulle det inte uppstå någon skillnad mellan länets egna patienter och utomlänspatienter då alla skulle bli tvungna att betala patientavgiften själva. Med samma antagande som ovan gällande marginal men med viss hänsyn tagen till den osäkerhet som avser patientströmmen vid ett helt privat alternativ har vi valt att beräkna intäktsbehovet med

⁹¹ Lennart Fredriksson, *Ekonomichef för specialistenheten, Närsjukvården i Kungsbacka*, 2006-05-16

en marginal på 5,5 procent av de totala kostnaderna. Med detta antagande som grund har vi beräknat mottagningens behov av patientintäkter och ett minimalt ersättningskrav med utgångspunkt från de totala kostnaderna på 3 378 tkr:

Minimikrav på patientbaserade intäkter vid helt privat drift
3 378tkr * 1,055= 3 564tkr

Figur 5:5

Ersättningskravet på 3 564 tkr är 4,6 procent lägre än totalt arvode enligt läkarvårdsersättningen på 3 738 tkr. (se figur 5:1) Om vi reducerar samma procentantal från de enskilda behandlingarnas arvode enligt läkarvårdsersättningen borde ett pris per behandling kunna fastställas till:

Prisförslag utifrån minimikrav vid privat drift	
Behandlingstyp	Pris
Barnspecialistiska specialiteter	725kr
Allergologisk utredning	1 336kr
Akut astma	1 431kr
Dynamisk spirometri, lungundersökning	1 336kr

Figur 5:6

Till skillnad mot fallet ovan där priset skall stå sig i konkurrens med andra liknande verksamheter i en upphandling skall det här accepteras av patienternas föräldrar. De ska vara villiga att betala en viss summa för mervärdet att gå hos Allergimottagningen istället för hos en kostnadsfri landstingsfinansierad mottagning. Hur många patienter som verkligen är beredda att betala detta pris är svårt att uppskatta. Som nämnts ovan diskuteras detta patientantal samt påverkande faktorer i kommande riskanalys.

5.3 Kostnader

5.3.1 Personalkostnader

Löner är avgifter som kommer att vara fasta tills dess att eventuell nyanställning blir nödvändig, till följd av ökad besöksvolym. Att minska dagens lönekostnad i någon större utsträckning kommer inte att vara möjlig då minst en läkare, en sjuksköterska och en läkarsekreterare är nödvändiga för att bedriva verksamheten, även om patientantalet skulle minska. Läkarsekreterarens lön beräknas komma att höjas med 1 000 kronor i månaden då hon kommer att utföra den löpande bokföringen. Löneökningen grundas i ökat ansvar samt eventuell ökad arbetstid.

De anställda på allergimottagningen vill inte privatisera verksamheten med huvudsyfte att höja sina löner. Vi har i kalkylen med undantag av ovan nämnda ökning inte räknat med höjda löner i något av alternativen då vi antar att dessa inte nödvändigtvis kommer att höjas mer än normalt (1-2 procent) på kort sikt. En normal löneutveckling är en ökning på 1-2 procent per år och vi antar att denna ökning ingår även i landstingets budget och därför har vi inte lagt på detta igen i våra budgetar för helt privat och vårdavtal. Då den generella lönebildningen hos anställda på en mottagning med vårdavtal ligger något högre än den landstingsdrivna kommer troligtvis lönerna höjas på lite längre sikt. Vid helt privat regi kommer lönerna säkerligen att höjas om verksamheten utvecklas i positiv riktning, vilket dock framtiden får utvisa.

Arbetsgivaravgifterna är en fast kostnad i den mån antal anställda förblir detsamma. Posten arbetsgivaravgifter kan delas in i tre delar. Den första delen är de lagstadgade arbetsgivaravgifterna som går till staten. Dessa beräknas på samma vis för alla anställda i Sverige, med 32,28 procent⁹² av bruttolönen, och blir således en fast kostnad i fallet oförändrade löner. De kostnader som ingår i de lagstadgade arbetsgivaravgifterna är avgifter för ålderspension, efterlevandepension, sjukförsäkring, arbetsskadeförsäkring, föräldraförsäkring och arbetsmarknadsavgift. Den andra delen består av avtalsenliga arbetsgivaravgifter som inom Landstinget Halland i genomsnitt ligger på nästan 2,89 procent av bruttolönen⁹³. Den avtalsenliga arbetsgivaravgiften är också en fast kostnad i avseendet att den inte varierar direkt med antalet patientbesök utan varierar med lönen som i visst patientintervall anses som fast. Här ingår olika avtalsförsäkringar och avtalspensioner. Den tredje delen består av pensionsavtal, som i Landstinget Halland ligger på ett genomsnitt av 8,70 procent av bruttolönen.⁹⁴

Med utgångspunkt från landstingets budgeterade kostnad för utbildning det kommande året har vi endast lagt till ett belopp på 10 tkr. Ökningen ligger i en uppskattad kostnad för en bokföringskurs för läkarsekreteraren⁹⁵, som vid en eventuell privatisering troligtvis blir ansvarig för bokföringen. Personalen har förtroende för att läkarsekreteraren kommer att klara detta då hon i nuläget har kunskaper inom området och endast behöver vidareutbildning i begränsad utsträckning. Ett incitament för att driva mottagningen i privat regi är att själva ha inflytande över pengar till utbildning och resursdagar.

I årets landstingsbudget för mottagningen så har man budgeterat posten arbetskläder till 0, men i årets utfall för Mars-april 2005 ser vi att arbetskläder köpts för närmare 5 tkr. På mottagningen köper de in arbetskläder ungefär vartannat år och vi har därför justerat beloppet till att man i år gör ett sådant inköp. Posten övriga kostnader har lagts till för att samla upp mindre löpande kostnader som kan uppstå för personalen och antas uppgå till rimliga 5 tkr. Kostnaden kan innefatta allt ifrån kostnader för olika aktiviteter till fika i personalrummet.

⁹² ”Sociala avgifter”, www.ekonomifakta.se

⁹³ Christer Håkansson, *Budgetchef Landstinget Halland*, 2006-05-18

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ Christer Ohlson, *civilingenjör/ industriell ekonomi och egen företagare*, 2006-04-10

5.3.2 Material och externa tjänster:

Samtliga poster är helt rörliga och varierar med antalet patienter. Fram till för några år sedan fick patienten själv hämta ut sin allergimedicin och betala en liten summa upp till gränsen då högkostnadsskyddet trädde in. Idag bekostas den medicin som man får vid besöket av Allergimottagningen själva. Det innebär att läkemedelskostnader är en väldigt stor kostnad för mottagningen som för respektive patient och typ av behandling varierar mycket. I vår kalkyl gör vi ett förenklat antagande och beräknar genomsnittlig läkemedelskostnad per patient. $827,3 / 3\ 300 = 251$ kronor. Läkemedel köps in från Apoteket i samtliga fall och då inga särskilda rabatter erbjuds till landstinget⁹⁶ kommer priset inte förändras avsevärt för en privat mottagning.

Samma förenklade antagande som gjorts ovan gäller även för sjukvårdartiklar och medicinskt material, de är helt rörliga och antas variera med patientantalet samt att den genomsnittliga kostnaden per besök är den samma oavsett behandling. Kostnaden för sjukvårdsartiklar i landstingets budget uppgår idag till ett värde av totalt 20,9 tkr för 3 300 besök. Kostnaden per patient 0,063 tkr (63 kronor) blir med en ökad volym till 3 564 besök istället en kostnad på 22,5 tkr i respektive fall. Kostnaden kommer endast påverkas av den besöksvolym vi beräknar med i kalkylen och antas inte förändras utöver det.

Labb och röntgen sköts idag via interna tjänster och dessa tjänster betalas inte via faktura utan debiteringen går direkt via interna filer⁹⁷. Vid vårdavtal inom Närsjukvården i Kungsbacka delar man ut en fast summa för labb respektive röntgen och sedan är det upp till enheten själv att hålla sig inom ramen för detta. Anledningen till fördelningen är att man sett tendenser till att labbtjänster överutnyttjats när man har haft fri tillgång till tjänsten.⁹⁸ Den summa som anslås till labb och röntgen baseras på 3 års tidigare labb och röntgenkostnader och är därför väl anpassad. Kostnaden beräknas i vår kalkyl endast på två år då dessa är de enda hela årsrapporter som finns tillgängliga. Kostnaden beräknas för labb till 73,5 tkr (71+76) tkr / 2 år) och kostnaden för röntgen till 1,5 tkr. I verksamhetskalkylen har vi därför antagit att labb och röntgenkostnader vid vårdavtal är densamma som i offentlig regi. Om Allergimottagningen inte skulle utnyttja sitt anslag fullt ut kan de istället använda överskottet till något annat.

I det fall då Allergimottagningen skulle drivas i helt privat regi finns ingen möjlighet att utnyttja labb och röntgen som tillhandahålls av landstinget. Det blir därför nödvändigt att söka upp ett privat labb samt röntgen i Halland eller Västra Götalandsregionen. För att få relevant information till verksamhetskalkylen har vi tagit kontakt med den privatdrivna kliniken Carlanderska som erbjuder sina tjänster till helt privata enheter. I Allergimottagningens fall beräknas inte denna kostnad bli omfattande då labb och röntgen utnyttjas i mycket liten utsträckning. Vi antar att priserna är desamma som ovan i nuläget men med förändringspotential i framtiden, med hänsyn taget till att större valmöjlighet av utförare kan bli möjligt.

⁹⁶ Lena Bruzelius, *Sjuksköterska Allergimottagningen*

⁹⁷ Lennart Fredriksson, *Ekonomiansvarig för specialistvården Kungsbacka*, 2005-05-16

⁹⁸ Ibid.

5.3.3 Lokal

De anställda på mottagningen trivs i sina lokaler och med fastighetsägaren och har inga tankar på att byta lokaler. Dock har ägaren till fastigheten haft planer på att omstrukturera dagens placering av hyresgästerna för att utnyttja lokalerna optimalt samt att öka tillgängligheten för patienterna. Följden skulle bli att Allergimottagningen får byta lokaler inom huset, vilket de inte ser som negativt. Då samtliga lokaler hyrs ut till privatläkare anses planeringen av lokalerna gynna samtliga enheter då de bedriver samma typ av verksamhet och utnyttjar vissa utrymmen gemensamt. Eftersom landstinget i nuläget inte har något rabatterat hyreskontrakt eller förmånligare avtal än övriga hyresgäster har vi antagit hyreskostnaden för båda de två privata alternativen som oförändrad. I lokalhyran ingår vatten och el kostnad samt alla inventarier med undantag från medicinsk apparatur.

Vi ser ingen anledning till att kostnadsposten Fastighetsmaterial och inventarier samt Reparation av inventarier varken skulle öka eller minska vid alternativ drift då samma inventarier kommer att fortsätta nyttjas och har därför beräknat denna kostnad för respektive alternativ som oförändrad. En möjlighet är att ta bort denna post och istället förhandla i hyresavtalet så att hyresvärden står för dessa kostnader.

5.3.4 Administration och försäkringar

Samtliga kostnader under posten administration anses vara relativt fasta, det vill säga de varierar inte med antal patientbesök och påverkas därför inte i vår kalkyl då besöksvolymen förändras. Vid en privatisering antas att Allergimottagningen kommer att köpa ut de inventarier som de i nuläget nyttjar, exempelvis datorer. Dessa kommer att få köpas för bokfört värde. Vid fallet datalicenser och dataprogram kommer det att se lite olika ut i de två fallen. Vid ett vårdavtal kommer mottagningen att använda det datasystem som landstinget har beslutat om till skillnad från möjligheten att fritt välja system vid en helt privat driven enhet. Direkt påverkan på pris i de två fallen kan vara svår att se, och vi har därför antagit att samma kostnad kommer att bestå, dock kan en framtida besparing på dataprogram vara möjlig i det helt privata fallet på grund av stora valmöjligheter och då även med viss tänkbar prismetvetenhet hos de anställda. IT-kostnader antas oförändrade. Kontorsmaterial antas inte att påverkas avsevärt vid byte av driftsform eller besöksvolym och då den inte är en betydande post i vår verksamhetskalkyl kommer den att se lika ut som i landstingets budgeterade kostnader. Telefon och porto tros heller inte komma att förändras vid en besöksvolymökning då mestadels av kontakterna med patienter sker via Internet. El och vatten ingår i hyran och beräknas därför i denna post till noll. OH-kostnader (overheadkostnader) som är gemensamma kostnader för enheterna inom landstinget som sedan har fördelats ut på respektive enhet kommer helt att elimineras, och kommer inte att finnas som kostnad vare sig i vårdavtal som i det helt privata fallet.⁹⁹ Övrig materialkostnad har antagits oförändrad. Bokföringen kommer i båda fallen skötas av läkarsekreteraren Ulrika Eliasson. I fall med en helt privat driven mottagning anses läkarsekreteraren att besitta tillräckliga kunskaper för att i fortsättningen sköta det fortlöpande arbetet. Då viss utbildning som nämnts kommer att krävas inom området kommer denna post till en början belastas med dessa kostnader. En revisor kommer att anlitas för att utföra årsredovisning, deklaration samt revision och kommer att kräva nya kostnader för

⁹⁹ Roger Orlinge, *Ordinarie ledamot i Närsjukvårdsnämnden*, 2005-05-15

mottagningen i det helt privata fallet. Detta blir en nödvändighet då mottagningen troligtvis kommer att drivas i form av ett aktiebolag. En rimlig årskostnad för revisorn antas vara omkring 15 tkr.¹⁰⁰ Förbrukningsinventarier antas inte förändras med besöksvolym, dock finns det eventuellt möjligheter till kostnadsreduktion på denna post, beroende på val av leverantör. Kostnaden är beräknad till 2 tkr per år. Som vi nämnt i teorin finns det särskilda försäkringar som kommer bli aktuella att teckna vid privatdriven vård. Dessa är företagsförsäkring samt patientförsäkring vilka kommer att bidra till ytterligare kostnader för mottagningen. Företagsförsäkringen inkluderar skydd vid brand, inbrott, vattenskada, rättsskydd samt ansvarsförsäkring och har med hänsyn till mottagningens storlek och drift beräknats till en årlig kostnad på 4 tkr.¹⁰¹ Patientförsäkringen som rymmer skydd för eventuella felbehandlingar kommer ytterligare att belasta verksamheten med en årskostnad på 6,3 tkr per vårdgivare (läkare samt sjuksköterska) och beräknas således för mottagningens två vårdgivare till en totalsumma på 12 tkr.¹⁰² Dessa beräkningar är på begäran gjorda av anställda på If-försäkringar med utgångspunkt från att maskininventarierna har ett värde av 300 tkr.

5.3.5 Marknadsföring

Vid en privatisering kommer det vara av högsta prioritet för mottagningen att marknadsföra sin verksamhet. Patienter som tidigare har varit remitterade från landstinget är inte längre självklara kunder och mottagningen måste nu lägga ner ytterligare arbete på att behålla dessa samt att locka till sig nya. En rimlig kostnad för marknadsföring antas vara ca 3 procent av omsättningen¹⁰³ vilket i ursprungskalkylen i vår fallstudie i det helt privata fallet blir en kostnad på 102 tkr. Denna kostnad låter vi vara oförändrad i de olika alternativen oberoende på ytterligare förändringar av patientantal. Marknadsföringen vid ett vårdavtal kommer förmodligen inte vara lika omfattande då en viss patientström fortfarande kommer att tillhandahålls från landstinget. Andelen av mottagningens patienter som inte remitteras från landstinget kommer dock fortfarande vara en patientgrupp där man bör anta att viss marknadsföring kommer att vara nödvändig och den beräknas lämpligast från den andel av det totala antalet patienter den utgör. I fallet vårdavtal beräknas kostnaden således till 30 tkr i utgångsfallet och kommer inte förändras ytterligare med förändrat patientantal.

5.3.6 Avskrivningar

Då samtliga möbelinventarier ägs av fastighetsägaren kommer avskrivningar för dessa inte belasta mottagningen. Däremot kommer som nämnts tidigare mottagningen köpa de befintliga maskininventarierna till bokfört värde, men då avskrivningarna för dessa tidigare även har belastat mottagningen har inga justeringar gjorts i denna post

¹⁰⁰ Årsredovisning för Hjärthuset AB räkenskapsåret 2004- 07-01 – 2005-06-30, Christer Ohlson, datum

¹⁰¹ Gun Vestin, *Försäkringsmäklare If skadeförsäkring*, 2005-05-18

¹⁰² Ibid.

¹⁰³ Christer Ohlson, *civilingenjör/ industriell ekonomi och egen företagare*, 2006-05-20

6 Känslighetsanalys/riskanalys

I analysen bedöms verksamhetskalkylens trovärdighet och pålitligheten av antaganden samt de risker som uppkommit vid beräkningarna. Vi granskar främst antagandet om patientantalet samt de risker det skulle innebära om en eller flera patientgrupper skulle falla bort.

Med utgångspunkt från de spekulationer som uppstod i empirin angående möjligheter och hot vid en eventuell privatisering ska vi i det här avsnittet se hur förändringar av de olika variablerna kommer att påverka kalkylens ekonomiska bärighet och det slutliga resultatet av fallstudien. Vi kommer att se hur de intäktskrav samt behandlingspriser som vi beräknat i föregående kapitel kommer att förändras vid ett patientbortfall.

Verksamhetskalkylen är beräknad med utgångspunkt från att verksamheten skall bedrivas i samma omfattning som den görs idag, då från de anställdas önskemål om fortsatt verksamhet med befintliga patienter och behandlingar som ovan nämnts. Frågan är nu om Allergimottagningens önskan är relevant och genomförbar? Kommer mottagningen att kunna drivas i helt privat regi? Kalkylens bärighet beror till största del på hur många av de befintliga patienterna som mottagningen kommer att kunna behålla vid helt privat drift och om möjligheten för att bedriva samma vård som i nuläget är realistisk. Med 3 564 besök som bas ska vi se på hur ett oväntat bortfall från de budgeterade besöken skulle påverka den ursprungliga kalkylens bärighet. Detta ger oss en uppfattning om hur besöksberoende mottagningen är. Vi kommer att beräkna ett maximalt bortfall, det vill säga det maximalt antal besök som kan falla bort utan att enheten går med nollresultat (dock med inräknad marginal).

6.1 Break-even i befintlig verksamhet

Med break-even syftar vi här på fallet då vi får ett nollresultat till följd av att ett visst antal patienter utgår. I beräkningen ingår dock fortfarande en marginal på 4,5 procent vid ett vårdavtal, respektive 5,5 procent marginal vid privat drift eftersom vi ser detta som ett minimikrav då det måste finnas ett visst utrymme för att nyinvestera. Befintlig verksamhet innebär att man i sin planerade budget utgår från det befintliga besöksantalet, det vill säga maximal kapacitet som man har idag. Som nämnt i föregående kapitel är vårt framräknade minimala intäcksbehov då 3 564 tkr i det helt privata alternativet samt i vårdavtalsfallet 3 455 tkr för samtliga 3 564 besök. Nedan redogörs för de kritiska antalen besök och patienter som kan falla bort i respektive fall.

6.1.1 Privat drift

I det privata fallet kan maximalt 204 besök falla bort innan resultatet blir negativt. Det är alltså en nödvändighet att ha kvar 3 360 stycken besök¹⁰⁴. Med de 979 patienter som finns i dagsläget är ett vägt genomsnittligt antal besök per patient 3,7. Detta skulle innebära ett maximalt bortfall av patienter på 55 st.¹⁰⁵ De bakomliggande faktorerna till detta bortfall är de som behandlats i empirin: följer av konkurrens från den fria vården, kortare vårdköer i Västra Götalandsregionen eller att vissa patienter inte är villiga att

¹⁰⁴ Bilaga 1:1

¹⁰⁵ Ibid.

betala. Att beräkna ett exakt bortfall kräver ytterligare information, exempelvis marknadsundersökningar om hur pass betalningsvilliga patienterna är, exakta kostnads kalkyler för varje enskild behandling och en uppfattning om var utbud och efterfrågan möter varandra. Att exakt mäta dessa specifika faktorer är något som vi avgränsat oss ifrån i den här uppsatsen, men dock kommer vissa slutsatser ändå vara möjliga att dra utifrån den information vi har.

6.1.2 Vårdavtal

I ett vårdavtal är risken för ett oväntat patientbortfall inte lika trolig då man bygger patientkvoten i avtalet på ett realistiskt antal besök. Här blir inget bortfall aktuellt på grund av höjt pris eller att betalningsviljan inte räcker till då vården fortfarande är gratis för patienterna. Risken om man inte skulle uppfylla sin patient kvot är att ersättning från landstinget uteblir. I det här fallet kan maximalt 168 besök falla bort innan resultatet blir noll, vilket motsvarar 45 patienter.¹⁰⁶ Maximalt bortfall av besök blir i det här fallet främst intressant att beräkna för att kunna få fram en grund för verksamhetens sårbarhet vid exempelvis sjukfrånvaro hos de anställda.

Riskbilden vid sjukfrånvaro gäller för båda alternativen och kan innebära att man inte uppnår det budgeterade besöksantalet. Den unika specialistkompetensen som framförallt barnläkaren besitter kan vara svår och dyr att ersätta. Om läkaren skulle vara sjuk i en vecka skulle man tappa cirka 74 besök.¹⁰⁷ Det innebär att läkaren maximalt skulle kunna vara borta ca 2,8 veckor per år i helt privat drift och 2,3 veckor per år vid ett vårdavtal¹⁰⁸ (då inte inräknat semester el liknande). Det är bland annat denna sårbarhet Monica Berglund¹⁰⁹ är orolig för och en av anledningarna att man nekat vårdavtal till mottagningen förut. Således är ovanstående siffror ett mått på sårbarheten. Vid ett vårdavtal är det yttersta ansvaret att erbjuda vård fortfarande vilande hos landstinget, vilket innebär att de skulle bli tvungna att lägga ut extra resurser för dessa patienter vilket garanterat skulle bli kostsamt. I kontakten med Allergimottagningen har det dock konstaterats att man aldrig haft några längre sjukskrivningar. Denna riskbild får ligga till grund för slutsats och vidare rekommendationer.

6.2 Scenarier vid patientbortfall

Vi kommer att titta på olika scenarier där beräkningarnas grund redan ligger i antagandet om att vissa patientgrupper är exkluderade, och inte kommer att kunna behandlas, patientgrupper såsom ADHD/DAMP och utomlänspatienter. I de här scenarierna är inte bortfallet av patienter någon överraskning utan en följd av restriktioner. Följderna blir att besöksantalet som uträkningarna baseras på är aningen lägre. Även om vi ursprungligen räknar bort en viss patientgrupp blir det fortfarande antal besök som är den kritiska framgångsfaktorn. Vi begränsar oss dock i dessa scenarier till att inte göra en beräkning av maximalt antal besök som kan falla bort innan man går med förlust. Ändras förutsättningarna såsom ett lägre budgeterat antal patienter med samma marginal blir priset per behandling och besök högre och frågan angående

¹⁰⁶ Bilaga 1:2

¹⁰⁷ Bilaga 1:3

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Monica Berglund, *Närsjukvårdschef/ Förvaltningschef Kungsbacka*, 2006-05-08

hur många patienters föräldrar som är villiga att betala det ”nya” priset, måste åter igen ställas.

6.2.1 Scenario 1 a: Verksamhet utan ADHD/DAMP- patienter i helt privat drift

Det finns möjligheter till att delar av den befintliga verksamheten idag inte kommer att bli möjlig att driva i framtiden. Faktorer såsom tillstånd att skriva ut läkemedel för behandlingen av ADHD/DAMP-patienter kan skapa problem och intressant blir att se hur pass beroende mottagningen är av dessa patienter. Med ett antagande att samtliga ADHD/DAMP-patienter försvinner, det vill säga samtliga 191 besök skulle det budgeterade antalet patientbesök bli 3373 stycken och Allergimottagningen skulle få grunda sin prissättning efter det. Dessa patienter faller under behandlingstyp Barnmedicinska specialiteter och kommer därför elimineras från denna behandlingsgrupp.

Med samma grund för beräkningarna som tidigare men nu med en total beräknad kostnad på 3 319 tkr samt en beräknad marginal på 5,5 procent kommer det minimala intäktsbehovet vid privat drift att vara 3 502 tkr. Det är nu intressant att vidare undersöka hur mycket priset per behandlingstyp kommer att förändras. Eftersom det inte finns någon annan indikation för kostnaden på respektive behandling utgår vi återigen från läkarvårdsersättningen, se nedan: Följande möjliga ersättningar gäller för både helt privat drift samt vid vårdavtal.

Möjlig ersättning per behandlingstyp enligt läkarvårdsersättningen i verksamhet utan ADHD/ DAMP-patienter		
Behandlingstyp	Antal Besök	Total ersättning vid normalt arvode/
Barnspecialistiska specialiteter	1 769st	1 344tkr
Allergologisk utredning	634st	888tkr
Akut astma, inhalationsbehandling	20st	30tkr
Dynamisk spirometri, lungundersökning	950st	1 330tkr
Summa	3564st	3592 tkr

Figur 6:1

Om vi jämför det beräknade intäktsbehovet 3 502 tkr vid privat drift med den ersättning som skulle utgå med läkarvårdsersättningens normala arvode, 3 592 tkr visar att läkarvårdsersättningens arvoden är 2,5 procent högre än minimiintäktskravet.¹¹⁰ Priserna nedan motsvarar därför ett pris enligt detta per behandling som är nödvändigt för att nå intäktsbehovet. I parenteserna ser vi det pris som gällde under fallet ”befintlig verksamhet” i den ekonomiska analysen i avsnittet ovan.

¹¹⁰ Bilaga 2:1

Prisförslag utifrån minimikrav i verksamhet utan ADHD/DAMP-patienter vid helt privat drift	
Behandlingstyp	Pris
Barnspecialistiska specialiteter	741kr (725)
Allergologisk utredning	1 365kr (1 336)
Akut astma	1 463kr (1 431)
Dynamisk spirometri, lungundersökning	1 365kr (1 336)

Figur 6:2¹¹¹

Det vi kan jämföra är priserna som har uppstått efter att man har fått begränsa verksamheten med priserna som blev aktuella i den ”befintliga verksamheten”. För slutsatsen blir det intressant att fråga sig om huruvida dessa nödvändiga prishöjningar är möjliga ur patientens synvinkel. Återigen får vi begränsa oss i vår uppgift att analysera hur stor chansen är att man tappar samtliga ADHD/DAMP-patienter.

6.2.2 Scenario 1 b: Verksamhet utan ADHD/DAMP-patienter vid vårdavtal

I fallet med vårdavtal blir det minsta tänkbara ersättningsbehovet enligt våra beräkningar 3 397 tkr vilket är beräknat på totala kostnader med en marginal på 4,5 procent. Det totala ersättningsbehovet har som följd av det minskade patientantalet sjunkit medan ersättningsbehovet per besök kommer öka. Det här scenariot blir intressant eftersom det kan bli nödvändigt att bortse från dessa patienter när verksamhetens inriktning bestäms i en eventuell ny ansökan om vårdavtal. Anledningen är att man i landstingets framtida handlingsplan kanske planerar för omplacering av verksamheten för dessa patienter, som tidigare nämnts i empirin. Monica Berglund i Närsjukvårdsnämnden påpekar också att man inte är särskilt villiga att lägga ut en sådan här verksamhet på entreprenad, då denna vård lämpar sig bättre i offentlig regi. En anledning till detta är att behandlingen av ADHD/DAMP-patienter innefattar mediciner som är klassade som narkotikapreparat, Monica Berglund anser att sådan verksamhet bör drivas i landstingets regi.¹¹²

Om vi jämför det beräknade intäktsbehovet 3 397 tkr vid vårdavtal med den ersättning som skulle utgå med läkarvårdsersättningens normala arvode, 3 592 tkr, se figur 6:1 ovan, visar att läkarvårdsersättningens arvoden är 5,4 procent högre än minimiintäktskravet.¹¹³ Ersättningen nedan motsvarar därför en ersättning per behandling som är nödvändigt för att nå intäktsbehovet. I parenteserna ser vi det pris som gällde under fallet ”befintlig verksamhet” i den ekonomiska analysen i avsnittet ovan.

¹¹¹ Bilaga 2:1

¹¹² Monica Berglund, *Närsjukvårdschef/ Förvaltningschef Kungsbacka*, 2006-05-08

¹¹³ Bilaga 2:2

Ersättningsförslag utifrån minimikrav i verksamhet utan ADHD/DAMP-patienter vid vårdavtal	
Behandlingstyp	Ersättning
Barnspecialistiska specialiteter	719kr (703)
Allergologisk utredning	1 324kr (1295)
Akut astma	1 419kr (1 388)
Dynamisk spirometri, lungundersökning	1 324kr (1 295)

Figur 6:3¹¹⁴

Vi kan konstatera att ersättningsbehovet per besök ökar när ADHD/DAMP-patienterna utesluts. Återigen blir det intressant att uppskatta hur pass konkurrenskraftig ersättningen per besök skulle vara i en upphandling.

6.2.3 Scenario 2 a: Verksamhet utan utomlänspatienter i helt privat drift

Antalet besök som kan tänkas falla bort om samtliga utomlänspatienter försvinner är 442 stycken och det resterande antal besök som mottagningen i sådana fall har kvar är 3122 stycken.

Det totala intäktsbehovet mottagningen måste ha för att täcka de kostnader som kvarvarande patienter skapar skulle i det privata fallet, med en marginal på 5,5 procent inkluderat vara 3 420 tkr. Vi har valt att titta på detta scenario 2 för att det är intressant att titta på vad som händer med utomlänspatienterna då faktorer som exempelvis längd på vårdköer skulle förändras. Detta grundat på ett antagande om att långa köer i Västra Götalandsregionen är främsta anledningen till att dessa patienter söker sig till Kungsbacka. Ett andra argument för att utomlänspatienterna kan tänkas falla bort är att det finns ett tiotal andra barnallergologer i Västra Götalandsregionen. Lika svårt som i fallet med ADHD/DAMP-patienterna är det att i detta fall uppskatta hur många utomlänspatienter som verkligen faller bort, men för säkerhets skull gör vi en jämförelse då samtliga patienter faller bort, då vi anser det som ett intressant scenario att titta på. Nedan redogörs för de priser som blir aktuella för respektive behandling om man skulle minska sitt besöksantal med 442 besök. Detta bortfall motsvarar 12,4 procent av de totala besöken. Då vi inte har information om ur vilken grupp dessa kommer att falla bort ifrån räknar vi med ett proportionerligt bortfall ur respektive grupp på 12,4 procent. Följande möjliga ersättningar gäller för både helt privat drift samt vid vårdavtal.¹¹⁵

¹¹⁴ Bilaga 2:2

¹¹⁵ Bilaga 3:1

Möjlig ersättning per behandlingstyp enligt läkarvårdsersättningen i verksamhet utan utomlänspatienter		
Behandlingstyp	Antal Besök	Total ersättning vid normalt arvode/
Barnspecialistiska specialiteter	1 717st	1 305tkr
Allergologisk utredning	555st	777tkr
Akut astma, inhalationsbehandling	18st	27tkr
Dynamisk spirometri, lungundersökning	832st	1 165tkr
Summa	3122st	3274tkr

Figur 6:4¹¹⁶

Om vi jämför det beräknade intäktsbehovet 3 420 tkr vid privat drift med den ersättning som skulle utgå med läkarvårdsersättningens normala arvode, 3 274 tkr visar att läkarvårdsersättningens arvoden är 4,3 procent lägre än minimiintäktskravet.¹¹⁷ Priserna nedan motsvarar ett pris enligt detta per behandling som är nödvändigt för att nå intäktsbehovet. I parenteserna ser vi det pris som gällde under fallet ”befintlig verksamhet” i den ekonomiska analysen i avsnittet ovan.

Ersättningsförslag utifrån minimikrav i verksamhet utan utomlänspatienter vid helt privat drift	
Behandlingstyp	Ersättning
Barnspecialistiska specialiteter	793kr (725)
Allergologisk utredning	1 460kr (1336)
Akut astma	1 565kr (1431)
Dynamisk spirometri, lungundersökning	1 460kr (1336)

Figur 6:5

Den ökade priset kommer att belasta patienten och är ytterligare en faktor till förändrat patientflöde. Frågor som blir relevanta att ställa sig vid ett scenario med ett totalt bortfall av utomlänspatienter är om detta bortfall är realistiskt och om patienter skulle vara beredda att betala mer per besök.

6.2.4 Scenario 2 b: Verksamhet utan utomlänspatienter vid vårdavtal

I alternativet med vårdavtal skulle de kostnader som behöver täckas samt marginalen på 4,5 procent ge ett minimum ersättningskrav på 3 322 tkr. Ersättningen enligt läkarvårdsersättningen blir i det här fallet lika som vid privat drift 3274 tkr se figur 6:4 ovan. Skillnaden visar att dessa arvoden är 1,4 procent högre än läkarvårdsersättningens

¹¹⁶ Bilaga 3:1

¹¹⁷ Ibid.

arvoden.¹¹⁸ Ersättningen nedan motsvarar ett pris som är nödvändigt för att nå intäktsbehovet. I parenteserna ser vi det pris som gällde under fallet ”befintlig verksamhet” i den ekonomiska analysen i avsnittet ovan.

Ersättningsförslag utifrån minimikrav i verksamhet utan utomlänspatienter vid vårdavtal	
Behandlingstyp	Ersättning
Barnspecialistiska specialiteter	771kr (703)
Allergologisk utredning	1 420kr (1295)
Akut astma	1 521kr (1388)
Dynamisk spirometri, lungundersökning	1 420kr (1295)

Figur 6:6¹¹⁹

I det här fallet blir det mindre troligt att utomlänspatienterna skulle falla bort eftersom de fortfarande får samma fria vård som de är nöjda med idag. Det riskfyllda i situationen är om vårdköerna i närliggande områden blir kortare och att man i sin ansökan och i sitt anbud inte rimligtvis kan räkna med några patienter från Västra Götalandsregionen. Om man i en ansökan begränsar sig till endast 3122 besök blir marginalkostnaden högre och således ersättningsbehovet per besök även högre. Priset på verksamheten om den bara tar 3122 besök blir relativt högt och kanske svårt att konkurrera med i en upphandling.

6.3 Vårdavtal ur Landstinget Hallands perspektiv

Anders Glansèn, ekonomichef på Närsjukvården i Kungsbacka fick frågan om landstinget vid något tillfälle förlorat på att lägga ut en enhet på entreprenad, det vill säga låta en privat näringsidkare få vårdavtal. Svaret blev att det hittills inte har hänt men att man däremot heller inte har sparat pengar på att sluta vårdavtal. Det blir därför intressant att i den här fallstudien jämföra kostnadskalkylerna för Landstinget Halland när mottagningen drivs med olika förutsättningar. Vi jämför offentlig regi med budgeten som idag är gällande med alternativet vårdavtal. Vi antar att förutsättningarna för att Landstinget Halland ska vara villiga sluta vårdavtal är att det uppstår en win-win situation då båda parterna ska tjäna på avtalet.

¹¹⁸ Bilaga 3:2

¹¹⁹ Ibid.

Landstingets kostnader för Allergimottagningen						
	Offentlig regi Med utomlänspatienter		Vårdavtal Med utomlänspatienter		Vårdavtal Utan utomlänspatienter	
	3300 besök	1 besök	3564 besök	1 besök	3122 besök	1 besök
Totala kostnader för mottagningen	-3 289tkr	-997kr	-3 455tkr	-969kr	-3 322tkr	-1064kr
Intäkter från vuxenpatienter	+310tkr	+94kr	+310tkr	+94kr	+310tkr	+94kr
Intäkter från utomlänspatienter	+1 269tkr	+38kr	+747tkr	+21kr	0	0
Summa	-1 710tkr	-865kr	-2 398tkr	-854	-3 012tkr	- 970kr

Figur 6:7

Med utgångspunkt från dagens anslag till Allergimottagningen på 1 710 tkr ser vi att ett vårdavtal skulle innebära att landstingets kostnad för mottagningen skulle öka till 2398 tkr respektive 3 012 tkr i de två fallen. I fall med vårdavtal och utomlänspatienter skulle den offentliga ersättningen som landstinget betalar mottagningen minst behöva uppgå till 3 455 tkr. De 310 tkr som syns ovan i tabellerna är de intäkter från vuxenpatienter som idag tillfaller Allergimottagningen. Dessa skulle i ett vårdavtal inte ytterligare en gång beräknas in i den ersättning mottagningen skall få av landstinget och dras därför bort när anslagen skall beräknas, och minskar således landstingets kostnader. Den totala förtjänsten som landstinget kommer att göra på utomlänspatienterna är 747 tkr.¹²⁰ Detta beräknas med utgångspunkt från den avtalade ersättning som mellan länen uppgår till 2 660 kronor per läkarbesök och således en totalsumma för de 442 patienterna till 1 176 tkr, vilket kommer att tillfalla landstinget. Dock skall Allergimottagningen ersättas för dessa patienter vilket kommer att utgöra en kostnad för landstinget. Kostnaden som kommer att uppstå är beräknad på ett vägt medel för samtliga behandlingar, där en enskild behandling uppgår till 971 kronor och den totala kostnaden uppgår till 429 tkr för landstinget. Skillnaden mellan 1 176 tkr och 429 tkr utgör således landstingets förtjänst för utomlänspatienterna. Trots detta tillskott från utomlänspatienterna skulle ett vårdavtal innebära en högre kostnad för landstinget totalt sett. Om landstinget idag skulle vara beredda att sluta ett vårdavtal grundar sig i hur de vill fördela det totala anslaget från specialistenheten, det vill säga hur mycket utrymme Allergimottagningen får i landstingets budget. Då antalet besök är olika i de olika situationerna gör vi även en kostnadsberäkning per besök utifrån landstingets perspektiv. Denna visar att det är en mindre kostnad per besök för landstinget om man sluter ett vårdavtal. Dock är detta med utgångspunkten att Allergimottagningen begär minimal ersättning enligt våra beräkningar.

¹²⁰ Bilaga 4:1

7 Slutsats och Rekommendationer

Vi kommer i slutsatsen att svara på de frågeställningar som ligger till grund för vår uppsats med utgångspunkt i den analys som utförts och med hänsyn taget till de avgränsningar som inledningsvis gjorts. De slutsatser som vi har gjort gäller specifikt för Allergimottagningen och går inte att generalisera för andra liknande mottagningar då de är baserade på specifika faktorer som har haft betydelse för vår fallstudie. Vi kommer avslutningsvis att ge rekommendationer för hur man kan gå vidare i utredningen angående hur Allergimottagningen kan drivas i framtiden.

7.1 Slutsats

Syftet med uppsatsen har varit att sammanställa ett beslutsunderlag i form av en ekonomisk rapport samt en riskanalys för de mest lämpade driftsformerna för Allergimottagningen. Vi har tittat på vilka juridiska hinder och möjligheter som är avgörande för att genomdriva en privatiseringsprocess samt hur landstingets politiska ställningstagande kan komma att påverka utgången. När vi har granskat de ovan nämnda faktorerna har vi dragit slutsatser att det finns goda politiska och juridiska förutsättningar men även vissa hinder som kan komma att hämma processen för de två driftsalternativen. Vi kommer att nämna dessa mer ingående under respektive avsnitt nedan. Den avgörande faktorn i fallstudien för det helt privata alternativet har varit den ekonomiska kalkylen och de risker som kan påverka den. De slutsatser vi har dragit utifrån kalkylen är att verksamhetens kostnader inte kommer att förändras speciellt mycket och kommer inte att vara avgörande för vår slutsats. Det kommer istället att vara osäkerheten om hur intäkterna skall skapas som kommer att bli den stora frågan och det som kommer att vara avgörande för vårt ställningstagande. Intäktskraven i analysen visar att det finns en hotbild i möjligheten att behålla befintliga patienter. I fallet med vårdavtal är det mer en fråga om politiska och juridiska faktorer som ligger till grund för slutsatsen. Det vi kommit fram till nedan grundar sig på följande faktorer: framtiden med ADHD/DAMP-patienterna, upphandlingsprocessen, landstingets resursutrymme, det politiska ställningstagandet och problematiken kring ett avtalat patienttak. Vad blir således svaret på vår uppsats inledande frågeställning om det finns tillräckligt goda förutsättningar för att driva mottagningen i privat drift?

7.1.1 Vårdavtal

Den slutsats vi har kommit fram till i frågan om det är lämpligt att driva mottagningen i privatdrift med ett vårdavtal är att det i dagens läge inte är lämpligt. Då de berörda parterna i närsjukvårdsnämnden i Kungsbacka som vi har varit i kontakt med anser att verksamheten inte är tillräckligt specificerad samt att det fortfarande råder oklarheter om hur vård av ADHD/DAMP-patienter i framtiden skall bedrivas inom Landstinget Halland bedömer vi det som en av faktorerna till att det i nuläget inte är aktuellt att söka vårdavtal.

Upphandlingsprocessen blir ett hot mot Allergimottagningen om man skulle söka vårdavtal. Anledningen är att barnallergiverksamheten kan tänkas bli upphandlad utav en annan näringsidkare som kan erbjuda sig att driva enheten till ett lägre pris och

därmed konkurrera ut Allergimottagningen. Vi tror att den här risken finns eftersom de ersättningsbehov vi beräknat för respektive behandling är relativt höga och att det skulle kunna finnas en annan privat aktör som skulle kunna lägga sig lägre. Riskanalysen visar dessutom i scenario 1b att ersättningen per besök i ett vårdavtal som exkluderar ADHD/DAMP-patienterna skulle bli relativt hög och vi drar slutsatsen att det skulle bli svårt att konkurrera i en upphandling. Samt att det inte ligger i de anställdas intresse att driva enheten utan dessa.

En kostnadskalkyl visar att vårdavtalet blir dyrare för landstinget än att driva enheten som man gör idag, detta trots att man "tjänar" på utomlänspatienterna. Under våra intervjuer fick vi uppfattningen att landstinget inte har så mycket utrymme inom det fasta anslagssystemet som tillämpas inom specialistvården. Om det hade funnits ett stort brinnande intresse från de beslutstagande tjänstemännen kanske landstinget hade prioriterat att lägga ytterligare resurser på Allergimottagningen men det verkar inte aktuellt trots att den politiska inställningen i grunden är positiv till att lägga ut enheten på entreprenad.

En risk i ett vårdavtal är att man inte når upp till den avtalade patientkvoten vilket skulle resultera i ett intäktsbortfall. Samma sak kan uppstå om man får fler patienter än vad kvoten anger. Först skulle mottagningen få ett reducerat arvode upp till tak två för att sedan bli helt utan. Som det ser ut idag då mottagningen har fler patienter än vad som ryms i budgeten och det kan tänkas att landstinget vid slutandet av vårdavtal inte är beredda att acceptera fler än 3300 besök som man budgeterar för idag och då riskerar man att inte få ersättning för det antal besök man har kapacitet för att utföra. Enligt Anders Glansén har ett patienttak inom ett vårdavtal med landstinget dock ännu inte nåtts inom Närsjukvården i Kungsbacka.

Vi tycker ovanstående argument är tillräckliga för att avråda Allergimottagningen att göra ännu ett försök med vårdavtal. Dock ser vi ljus på framtiden angående den här alternativa driftsformen då flera faktorer pekar på att förutsättningarna förbättras inom de närmsta åren.

7.1.2 Helt privat drift

Det faktum att Allergimottagningen bedriver barnavård har blivit en central del i arbetet och är indirekt kärnan i vår slutsats, samt är starkt ihopkopplad med den ovan nämnda kritiska faktorn patientströmmen och den ekonomiska analys vi gjort. Vid privat drift blir besöksavgiften mottagningens enda inkomstkälla då offentlig ersättning och andra bidrag inte kommer att tillfalla mottagningen. Följden blir att de patientavgifter som kommer att bli nödvändiga att ta ut för att täcka mottagningens kostnader, enligt vår mening, blir alltför höga för att patienterna ska välja alternativet framför annan fri vård. I vår slutsats kring detta har vi dock tagit hänsyn till att Kungsbacka med omnejd är ett höginkomstområde.

Den hårda konkurrensen som mottagningen skulle bli utsatt för i helt privat regi gör att risken för patientbortfall ökar. Även hela patientgrupper kan falla bort och därför ser vi det som realistiskt att behålla samma besöksvolym som tidigare. De försäkringsbolag som vi har varit i kontakt med har visat på att inte finns några direkta möjligheter för patienter att sluta barnförsäkringar för den här typen av vård vilket enligt våra åsikter

förmodligen också kommer leda till mer begränsad betalningsförmåga, då patienter utan möjlighet till försäkringsstöd blir tvungna till stå för hela vårdkostnaden. Vi tror dock att det hade funnits en större betalningsvilja om alternativ vård inte hade varit tillgänglig i närheten, men då landstinget i nuläget bedriver ännu en barnklinik i Kungsbacka där vården är gratis, ser vi ingen anledning till att patienterna inte skulle välja att söka vård där istället. Att det även enligt Nämnden i Kungsbacka hypotetiskt sett skulle finnas utrymme till att expandera den verksamheten i fall då Allergimottagningen skulle drivas i privat regi gör situationen ännu mer riskfylld.¹²¹

204 besök som är det kritiska antalet och det maxantal besök som kan falla bort utan att mottagningen skulle gå med förlust anser vi vara en väldigt optimistisk siffra och tror oss anta en förlust på fler patienter. Detta med antagande från att vissa av de 442 utomlänspatienter och även delar av det egna länets patienter kommer att söka sig till andra vårdplatser för att få den gratis vård som landstinget är skyldiga att erbjuda. De 191 ADHD/DAMP-patienter som inkluderas i de befintliga besöken är också en kritisk patientgrupp då det finns stora risker för att denna vård inte säkert kommer att vara möjlig att bedriva vid privat drift, då komplikationer med att skriva ut läkemedel kan komma att uppstå.

De stora riskerna för patientbortfall som vi anser att Allergimottagningen kan tänkas drabbas av kan givetvis minskas och förebyggas. En mer positiv sida för mottagningen är att de har goda relationer med sina patienter vilket skulle kunna bidra till att de vill stanna kvar hos mottagningen och att de skulle vara beredda att betala för vården. Detta är viktiga faktorer som Allergimottagningen måste ha belägg för om de vill satsa på en privatdriven verksamhet. Även möjligheterna att ge patienterna ett ökat kundvärde är en viktig del som kommer att spela stor roll i ett försök att behålla de befintliga patienterna. Ett förstaklassigt bemötande, effektiva och välgörande behandlingar samt korta väntetider är faktorer som kan göra patienterna mer betalningsvilliga. Dock tror vi att det kan vara svårt att öka kundvärdet så pass mycket att den kraftigt ökade besökskostnaden rättfärdigas av patienterna. En orsak till att betalningsviljan inte skulle vara tillräckligt stor kan tänkas vara att många av patienterna besöker mottagningen regelbundet, som exempelvis allergivaccinationsbesök där besök sker varje vecka under de första sju till tolv veckorna och därefter var sjätte vecka i tre års tid, vilket skulle leda till en genomsnittligt hög månadskostnad för patienten.

Förändringspotential av väntetider till andra enheter inom länet och närliggande områden kommer också ha en avgörande faktor för patientströmmen men är inget som vi kan dra direkta slutsatser av i dagsläget utan det är en fråga för framtiden.

Politiskt sett finner vi inga hinder för mottagningen att driva mottagningen i privat regi. Vi skulle snarare påstå att Allergimottagningen drivs i ett område där förutsättningarna är väldigt goda och där stöd finns att få i en sådan process. Juridiskt sett så finns det enligt våra bedömningar inga stora hinder för Allergimottagningens anställda att driva mottagningen i helt privat drift. Dock kommer Allergimottagningen enligt de lagar och

¹²¹Monica Berglund *Närskvårdschef, Förvaltningschef tillträdde 2002, 2006-05-08*

regler som styr etablering bli föremål för nya krav, men det är inget som vi ser som något negativt eller speciellt tids och kostnadskrävande.

Då den negativa inställningen till helt privat driven vård i stort sett har sett lika ut hos samtliga våra intervjuobjekt har detta gett oss en fingervisning om hur inställningen till privat vård ser ut i samhället. Vi har lyssnat på de intervjuades åsikter, dock med hänsyn taget till eventuellt egenintresse och position inom området och kritiskt granskat deras uttalande vilket sedan har väglett oss. Då de intervjuade personerna har olika ålder, arbetsuppgifter och position inom vården så tror vi dock att den information och det tänkande som de har delat med sig av till oss har god förankring i verkligheten och speglar till viss mån hur människor i samhället fungerar och agerar. Mot bakgrund av ovanstående argument finner vi det i dagsläget inte möjligt att driva enheten i helt privat regi.

Ett citat av Anders Glansèn, Ekonomichef Närsjukvården i Kungsbacka får avsluta vår slutsats:

”Driva mottagningen helt privat? Aha, inte med något vårdavtal överhuvudtaget? Nej det skulle väl aldrig gå. Det finns dessutom en allergimottagning i Varberg och då skulle väl folk vända sig dit, istället för att betala för vården. Eller Sahlgrenska där man också kan få vården gratis.”

7.2 Rekommendationer

Vi rekommenderar Allergimottagningen att idag stanna kvar i offentlig regi därför att verksamheten i privat drift blir väldigt riskbetonad. I det helt privata fallet är det besökspriset till patienten kombinerat med betalningsviljan som blir en avgörande faktor för lönsamhet. I fallet med vårdavtal riskerar man att förlora en upphandling och inte kunna konkurrera med priset. Den andra huvudsakliga anledningen till att vi rekommenderar att stanna kvar i offentlig regi är att det i de övriga fallen inte är säkert att man får ha kvar sin befintliga verksamhet, det vill säga även behandla alla ADHD/DAMP-patienter.

Bakgrunden till varför önskan om privatisering kommit upp till följd av att man känt sig hämmade och missnöjda med landstinget som arbetsgivare. Vi tror att detta skulle kunna komma att förbättras om man kan föra en mer öppen dialog och delge de ansvariga Närsjukvården i Kungsbacka sina åsikter och önsknings.

Inom ramen för landstingets verksamhet borde man utveckla arbetet med att få de anställda att känna sig mer uppskattade för de förbättringar och effektiviseringar de gör. Om de anställda kan övertala landstinget att till budgeten 2007 öka antalet patienter till det maximala man kan ta emot borde man anslagsmässigt även kunna få mer ersättning. Som nämnt tidigare kan detta vara svårt så länge landstinget inte tillämpar besöksbaserade anslag till hela specialistenheten men det går kanske att påskynda utvecklingen genom att föra en dialog med Anders Glansèn och Anette Henriksson om önskan om ett besöksbaserat ersättningssystem även för specialistvården.

Som Anders Glansèn nämner i intervjun¹²² skulle det kunna finnas en möjlighet även inom landstinget att lägga en liten del av budgeten på fortbildningsdagar samt trivsel och kompetensutveckling, även om det inte är traditionsenligt inom landstinget så finns möjligheten. Vi tror att om man skulle få möjlighet att delta mer aktivt i budgetarbetet skulle det innebära att man fick större kostnads och resultatmedvetenhet och kanske ser fler möjligheter till besparingar inom vissa områden varpå man i samverkan med landstinget kan lägga dessa resurser på annat.

Vi rekommenderar även de anställda på Allergimottagningen att hålla sig välinformerade om det nya ersättningsystemet som introduceras för primärvården. Om det är så att det utvecklas positivt kan det bli en förebild även för ekonomistyrningsmodellen för specialistvården. Det kan därför vara intressant att ta del av utvecklingen och aktivt verka för att det får en genomslagskraft. Om denna skulle tillämpas även på specialistvården skulle man inte behöva ta del av en riskfylld upphandling utan endast se till att bli godkänd enligt ackrediteringssystemet som tillämpas vid modellen.

Våra rekommendationer bygger på slutsatsen om att förutsättningarna inte är tillräckligt gynnsamma i dagens läge men vad gäller vårdavtal kan det i framtiden komma att bli annorlunda. Då man på Närsjukvårdsnämnden inväntar beslutet om verksamheten för ADHD/DAMP-patienternas framtid kanske bilden ser annorlunda ut om några år.¹²³ När man vet om man får ha kvar sina ADHD/DAMP-patienter kanske det är lättare att göra en avgränsning av sin verksamhet gällande den inriktning den bör ha i sin ansökan och därmed blir det lättare för Närsjukvårdsnämnden att fatta ett beslut. Våra rekommendationer är att man i framtiden formulerar en ny tydlig ansökan när man vet om man bör ta med ADHD/DAMP-patienterna eller inte. Om de anställda fortfarande ser vårdavtal som ett alternativ rekommenderar vi därför att de anställda bör hålla sig väl informerade om hur utvecklingen kring handlingsplanen för dessa patienter går. Man bör sedan göra en affärsplan samt en grundlig ekonomisk prisbild för vilken ersättning man vill ha enligt avtalet för varje besök. Vi hoppas att de förslag på ett minimalt ersättningskrav kan ge de anställda en fingervisning om hur stort detta skulle kunna vara. Allergimottagningen bör kunna presentera ett anbud som står sig konkurrensmässigt i en upphandling och därför krävs vidare studier av tänkbara konkurrenter. Ett alternativ är att i detta läge ta kontakt med Praktikertjänst eller något annat större vårdbolag för att få hjälp med bland annat att beräkna pris och lönsamhet på verksamheten. Vissa kostnader skulle kunna komma att öka med ett medlemskap i Praktikertjänst men det innebär även att man skulle kunna få en god vägledning. Hur tillvida de anställda ställer sig till detta är inte något vi diskuterat med dem om.

Det helt privata fallet avfärdar vi helt i slutsatsen mot bakgrunden om att besöksantalet är alldeles för oförutsägbart och att prisbilden per genomsnittligt besök antagligen är för hög. Till detta antagande hade det egentligen varit nödvändigt med en grundlig marknadsundersökning av patienternas betalningsvilja, vilket vi rekommenderar Allergimottagningen att göra om de trots detta underlag vill gå vidare i en privatiseringsprocess. Arbete för att öka kundnöjdheten är också viktigt för framtiden och uppföljning av detta arbete rekommenderas även.

¹²² Anders Glansèn, *Ekonomichef Närsjukvården Kungsbacka*, 2006-05-08

Vi har i vårt syfte angett att vi vill ge vägledning och hjälp med att gå vidare med privatiseringsprocessen men våra huvudsakliga rekommendationer är i dagens läge att stanna i offentlig regi och därför blir detta endast begränsat. Vår vägledning sträcker sig så långt som det två styckena ovan.

7.3 Egna reflektioner

För att den här uppsatsen ska utgöra ett så relevant beslutsunderlag som möjligt har vi under skrivandets gång avstått ifrån att blanda in våra personliga åsikter om hur vård i Sverige bör bedrivas. Att försöka upprätthålla objektivitet och vara kritiskt granskande till våra källor har varit viktigt vid uppsatsens utformande. Dock anser vi det som en önskan att i uppsatsens slutskede få ge några egna reflektioner och presentera några tankar. Att få skriva en uppsats om privatisering av vården ansågs av oss som ett mycket intressant ämne, då ämnet är aktuellt i dagens politiska debatt och är ett ämne som angår hela Sveriges befolkning. Trots att det till en början verkade som om det fanns goda förutsättningar för att driva enheten i privat regi fick vi under arbetes gång insikt om att frågan är omfattande och att processen är lång och komplicerad. Vi hoppas att Allergimottagningen kan få användning av våra rekommendationer. Vi tror trots allt att ett vårdavtal är möjligt i framtiden men att man bör ha tålamod. Vi förstår att Allergimottagningen känner sig hämmade idag i landstingets regi eftersom det visat sig att ekonomistyrningsmodellen för specialistvård inte främjar deras arbetssätt. Som ekonomistudenter hoppas vi att detta kommer att förändras i framtiden då vi anser att det är viktigt att ha en styrmodell som främjar kostnadsmedvetenhet och effektivitet i den offentligt drivna vården.

8 Källförteckning

Internetkällor

Ekonomifakta

”*Sociala avgifter*”, [www], Ekonomifakta, Tillgängligt på:
http://www.ekonomifakta.se/page___94.aspx, Hämtat: 2006-05-15

Folksam

”*Sjuk och olycksfallsförsäkring för barn och ungdom*”, [www], Tillgängligt på:
<http://www.Folksam.se/forsakring/person/index.htm>, Hämtat: 2006-05-19,

Konkurrensverket

”*Tre lagar vid upphandling*”, [www], Konkurrensverket, Tillgängligt på:
http://www.konkurrensverket.se/konkurrens/tre_lagar.shtm, Hämtat: 2006-04-20

Landstinget Halland

”*Din hälsa vår uppgift*” [www]. Landstinget Halland, publicerad av Lasse Nyman 3 mars 2005. Tillgängligt på:
http://www.lthalland.se/extra/page/?action=page_show&id=5&module_instance=89.
Hämtat: 2006-04-15

”*Mål, strategier och policydokument*” [www], Landstinget Halland, publicerad av Lasse Nyman 3 mars 2005, Tillgängligt på:
http://www.lthalland.se/extra/page/?action=page_show&id=10&module_instance=89.
Hämtat: 2006-04-16

”*Möjlighet att välja*”, Landstinget Halland, publicerat av Charlotte Nilsson 31 Mars 2006, Tillgängligt på:
http://www.lthalland.se/extra/page/?module_instance=13&action=page_show&id=34
Hämtat 2006-05-10

”*Närsjukvården Kungsbacka*”, [www], Landstinget Halland, publicerad av Lena B_Asketun 3 oktober 2005, Tillgängligt på:
http://www.lthalland.se/extra/page/?module_instance=226, Hämtat: 2006-04-19

”*Om Halland*” [www]. Landstinget Halland, publicerad av Maria Rothoff-Lindh 24 april 2006. Tillgänglig på:
http://www.lthalland.se/extra/page/?action=page_show&id=7&module_instance=89.
Hämtat: 2006-04-16

”*Policy för alternativa driftsformer*”, Landstinget Halland, publicerat av Ingrid Ekström 19 februari 2004, Tillgängligt på:
http://www.lthalland.se/extra/page/?action=page_show&id=22&module_instance=89,
Hämtat: 2006-04-19

Notisum (Rättsnätet)

"*Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*", [www], Rättsnätet, Tillgängligt på:
<http://notisum.se/index2.asp?iParentMenuID=236&iMenuID=314&iMiddleID=285&to p=1&sTemplate=/template/index.asp>, Hämtat: 2006-05-25

"*Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning*", [www], Rättsnätet, Tillgängligt på:
<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19931651.htm>, Hämtat: 2006-05-06

"*Lag (1992:1528) om offentlig upphandling*", [www], Rättsnätet, Tillgängligt på:
<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19921528.HTM>, Hämtat: 2006-04-

"*Läkarvårstaxan (1974:699)*", [www], Rättsnätet, Tillgängligt på:
<http://www.notisum.se/mp/sls/lag/19740699.htm>

Praktikertjänst

"*På uppdrag av landstinget/regionen*", [www], Praktikertjänst, Tillgänglig på:
http://www.praktikertjanst.se/templates/Page____170.aspx, Hämtat: 2006-04-28,
Hämtat: 2006-05-06

Skandia

"*Försäkra dina barn*", [www], Skandia, Tillgängligt på: www.skandia.se, Hämtat:
2006-05-19

Socialstyrelsen

"*Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*", [www], Socialstyrelsen, Uppdaterad 13
November 2005, Tillgänglig på:
http://socialstyrelsen.se/Patientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Regelverk/lag_halsooc hsjukvard.htm, Hämtad: 2006-04-25

"*Patientregistret för 2001 ur ett DRG-perspektiv*", [www], Socialstyrelsen, Tillgängligt
på: <http://www.sos.se/fulltext/125/2003-125-10/2003-125-10.pdf>, Hämtat: 2006-05-20

"*Utveckling av ersättningsystem i Stockholm*", [www], Socialstyrelsen, Tillgängligt
på: http://www.sos.se/epc/cpk/konf05/ekstyr_GE.pdf, Hämtat: 2006-05-20

Statistiska Centralbyrån

"*Sammanräknad förvärvsinkomst*", [www], Statistiska Centralbyrån, Tillhör Sveriges
officiella Statistik, Uppdaterad, 2006-02-22, Tillgängligt på:
http://www.scb.templates/tableOrChart____118428.asp, Hämtat: 2006-05-18

"*Skattesatser 2006 i kommuner, län och hela riket*", [www], Statistiska Centralbyrån,
Tillhör Sveriges Officiella Statistik, Uppdaterad 2005-12-14. Tillgänglig på:
http://scb.se/templates/tableOrChart____67873.asp, Hämtat: 2006-05-18

Svenska Privatläkarföreningen

"Läkarvårdstaxa 2004", [www], Privatläkarna, publicerat av Sveriges
Läkarförbund/Praktikkonsult AB, Tillgängligt på:

<http://www.privatlakarna.se/fackligt/lakarvardstaxa2004.pdf> Hämtat: 2006-05-10

"*Privatläkarna avskaffas*", [www], Svenska Privatläkarföreningen, Skriven av Anders
Gärdner, Uppdaterad 2006-04-10, Tillgängligt på: www.splf.se, Hämtat, 2006-05-10

Svenskt Näringsliv

Erixon Olof, "*Privat vård gagnar alla*", [www], Svenskt Näringsliv, 11 April 2006,
Tillgängligt på: <http://svensktnaringsliv.se/>, Hämtat: 2006-05-02

Sveriges Läkarförbund

"*Etableringsregler 2004-2006*", Sveriges Läkarförbund Tillgängligt på:

<http://www.slf.se/upload/3196/Etableringsregler%202004-06,%202006-02.pdf>, Hämtat:
2006-04-19

Vårdförbundet

"*Att starta eget*", [www], Vårdförbundet, Publicerad av Vårdförbundet 2004,
Tillgängligt på: <http://www.vardforbundet.se/templates/VFOpenFile.aspx?fileId=44578>,
Hämtad: 2006-04-30

Västra Götalandsregionen

"*Valfrihet*", [www], Västra Götalandsregionen, publicerat av Eva-Charlotte Helgesson,
uppdaterad 2006-04-04, Tillgängligt på:

http://www.vgregion.se/vgrtemplates/Page____36128.aspx
Hämtat: 2006-05-10

"*Vårdgarantin*", [www], Västra Götalandsregionen, publicerat av Webbredaktionen
informationsansvarig Göran Ekstedt, uppdaterad 2006-05-17, Tillgängligt på:

http://www.vgregion.se/vgrtemplates/BildRightPage____40618.aspx, Hämtat: 2005-05-
19

Personliga Intervjuer

Berglund, Monica

Född 1953

Närsjukvårdschef, Förvaltningschef tillträdde 2002

monica.berglund@lthalland.se

Intervju 2006-05-08, Monica Berglunds tjänsterum, Närsjukvården i Kungälv

Glansen, Anders

Född 1966

Ekonomichef för Närsjukvården sedan 2003

anders.glansen@lthalland.se

Intervju 2006-05-08, Ander Glansens tjänsterum, Närsjukvården i Kungälv

Henriksson, Anette

Ekonomichef Landstinget Halland

035-134755

anette.henriksson@lthalland.se

Intervju 2006-05-05, lokal Tjolöholm, Kungsbacka sjukhus, Kungsbacka

Wiklund, Alf

Regionchef Praktikertjänst

alf.wiklund@ptj.se

Intervju 2006-05-04, Läkarhuset Södra Vägen, Göteborg

Ödman, Margareta

Född 1943

Ordförande i Närsjukvårdsnämnden sedan dess den grundades i januari 2003

margareta.odman@lthalland.se

Intervju 2006-05-08, Roger Orlinges tjänsterum, Närsjukvården i Kungsbacka

Telefon- och mailkontakter

Arlebrink, Magnus

Försäljning Privat/Kundservice, Länsförsäkringar Göteborgs och Bohuslän

Kontaktad: 2006-05-19

Brant, Magnus

Ersättning/Kundtjänst, Trygg Hansa

Kontaktad: 2006-05-19

Fredriksson, Lennart

Ekonomiansvarig för specialistvården, Kungsbacka

lennart.fredriksson@lthalland.se

Kontaktad: 2006-05-16

Håkansson, Christer

Budgetchef Landstinget Halland

christer.håkansson@lthalland.se

Kontaktad: 2006-05-18, (även kontakt via mail)

Lindroth, Sören

Tjänsteman på Socialstyrelsen i Stockholm

soren.lindroth@socialstyrelsen.se

Kontaktad: 2006-05-18, (även kontakt via mail)

Ohlson Christer

Civilingenjör/ industriell ekonomi och egen företagare

Kontaktad: 2006-04-10, 2006-05-20

Orlinge, Roger

Ordinarie ledamot i Närsjukvårdsnämnden

roger.orlinge@lthalland.se

Kontaktad: 2006-05-04, 2005-05-15 (även kontakt via mail)

Vestin, Gun

Försäkringsmäklare If skadeförsäkring

gun.vestin@if.se

Kontaktad: 2005-05-18

Åhlin, Jens

Sakförsäkringsspecialist/kundservice, If

Kontaktad: 2006-05-19

Litteratur

Jacobsen, Dag Ingvar. (2002), *"Vad, hur och varför? Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen"*, Lund: Studentlitteratur

Sharam, B Merriam, (1994), *"Fallstudien som forskningsmetod"*, Lund: Studentlitteratur

Kontinuerliga kontakter

personliga besök, telefon och mail.

Bruzelius, Lena

Barnsjuksköterska Allergimottagninen, Kungsbacka

Eliasson, Ulrika

Läkarsekreterare Allergimottagningen, Kungsbacka

Winnergård, Inger

Läkare -barnallergolog Allergimottagningen, Kungsbacka

Publikationer

"Vinst för vården, idébetänkande från utredningen: Vårdens ägarformer- vinst och demokrati", SOU 2002:31, Fritzens Offentliga Publikationer.

Bilaga 1:1

Break-even i befintlig verksamhet: Privat regi

Hur många patienter faller bort ur respektive behandlingsgrupp:

Minimala intäkter: 3564 tkr

Totala kostnader: 3378 tkr

Intäktsbortfall 186 tkr

Intäktsbortfall per patientgrupp:

Barnmedicinska specialiteter: $0,550 * 186 = 102,3$ tkr

Allergologisk utredning: $0,178 * 186 = 33,1$ tkr

Akut Astma: $0,005 * 186 = 0,9$ tkr (antaget en siffra dvs 20 besök)

Spirometri: $0,267 * 186 = 49,6$ tkr

Antal maximalt intäktsbortfall innan man når noll resultat:

$102\ 300 / 725 = 141$

$33\ 100 / 1336 = 25$

$900 / 1427 = 1$

$49\ 600 / 1336 = 37$

Totalt: 204 besök

Antal patienter i respektive behandlingsgrupp:

(Totalt antal patienter 979)

$979 * 0,550 = 538$

$979 * 0,178 = 174$

$979 * 0,005 = 5$

$979 * 0,267 = 261$

Besök per patient:

$1960 / 538 = 3,6$

$634 / 174 = 3,6$

$20 / 5 = 4$

$950 / 261 = 3,6$

Genomsnittligt besök per patient: $14,8 / 4 = 3,7$ besök per patient

Antal max bortfall av patienter: $204 / 3,7 = 55$ Patienter

Bilaga 1:2

Break-even i befintlig verksamhet: Vårdavtal

Hur många patienter faller bort ur respektive behandlingsgrupp:

Minimala intäkter: 3454 tkr

Totala kostnader: 3306 tkr

Intäktsbortfall 148 tkr

Intäktsbortfall per patientgrupp:

Barnmedicinska specialiteter: $0,550 * 148 = 81,4$ tkr

Allergologisk utredning: $0,178 * 148 = 26,4$ tkr

Akut Astma: $0,005 * 148 = 0,74$ tkr (antaget siffra dvs 20 besök)

Spirometri: $0,267 * 148 = 39,5$ tkr

Antal maximalt intäktsbortfall innan man når noll resultat:

$81\ 400 / 703 = 116$

$26\ 400 / 1295 = 20$

$740 / 1388 = 1$

$39\ 500 / 1295 = 31$

Totalt: 168 besök

Antal patienter i respektive behandlingsgrupp:

(Totalt antal patienter 979)

$979 * 0,550 = 538$

$979 * 0,178 = 174$

$979 * 0,005 = 5$

$979 * 0,267 = 261$

Besök per patient:

$1960 / 538 = 3,6$

$634 / 174 = 3,6$

$20 / 5 = 4$

$950 / 261 = 3,6$

Genomsnittligt besök per patient: $14,8 / 4 = 3,7$ besök per patient

Antal max bortfall av patienter: $168 / 3,7 = 45$ patienter

Bilaga 1:3

Mått på sårbarheten

Totalt antal besök: 3564

Antal besök per vecka: $3564/48$ (semester borträknat) = 74 besök per vecka

Privat regi: $204 / 74 = 2,8$ veckor

Vårdavtal: $168 / 74 = 2,3$ veckor

Bilaga 2:1

Scenario 1 a, Utan ADHD/DAMP-patienter i Helt privat drift

Läkarvårdsersättningen (3592 tkr) – intäktsbehovet (3502 tkr) = 90 tkr

$90 / 3592 = 0,025 \Rightarrow 2,5 \%$

De nya föreslagna priserna:

Läkarersättningens arvoden – 2,5 % :

$760 * 0,025 = 19$	$760 - 19 = 741$ kronor
$1400 * 0,025 = 35$	$1400 - 35 = 1365$ kronor
$1500 * 0,025 = 38$	$1500 - 38 = 1463$ kronor

Bilaga 2: 2

Scenario 1 b, Utan ADHD/DAMP- patienter i Vårdavtal

Läkarvårdsersättningen (3592 tkr) – intäktsbehovet (3397 tkr) = 195 tkr

$195 / 3592 = 0,054 \Rightarrow 5,4 \%$

De nya föreslagna priserna:

Läkarvårdsersättningens arvoden – 5,4 %:

$760 * 0,054 = 41$	$760 - 41 = 719$ kronor
$1400 * 0,054 = 76$	$1400 - 76 = 1324$ kronor
$1500 * 0,054 = 81$	$1500 - 81 = 1419$ kronor

Bilaga 3: 1

Scenario 2 a utan utomlänspatienter i helt privat regi

Patientbortfall i respektive behandlingsgrupp:

$$442 / 3564 = 0,124 \Rightarrow 12,4 \%$$

Bortfall ut respektive grupp:

$$\text{Barnmedicinska specialiteter: } 0,124 * 1960 = 243$$

$$\text{Allergologisk utredning: } 0,124 * 634 = 79$$

$$\text{Akut Astma: } 0,124 * 20 = 2$$

$$\text{Spirometri: } 0,124 * 950 = 118$$

Resterande patienter:

$$1960 - 243 = 1717$$

$$634 - 79 = 555$$

$$20 - 2 = 18$$

$$950 - 118 = 832$$

Läkarvårdsersättningen (3 274 tkr) – intäktsbehovet (3420 tkr) = -143 tkr

(läkarvårdsersättningen är lägre!)

$$146 / 3420 = 0,043 \Rightarrow 4,3 \%$$

De nya föreslagna priserna:

Läkarvårdsersättningens arvoden + 4,3 %:

$$760 * 1,043 = 793 \text{ kronor}$$

$$1400 * 1,043 = 1460 \text{ kronor}$$

$$1500 * 1,043 = 1565 \text{ kronor}$$

Bilaga 3:2

Scenario 2 B utan utomlänspatienter i vårdavtal

Läkarvårdsersättningen (3 274 tkr) – intäktsbehovet (3 322 tkr) = -48 tkr

(läkarvårdsersättningen är lägre!)

$$48 / 3322 = 0,014 \Rightarrow 1,4 \%$$

De nya föreslagna priserna:

Läkarvårdsersättningens arvoden + 1,4 %:

$$760 * 1,014 = 771 \text{ kronor}$$

$$1400 * 1,014 = 1420 \text{ kronor}$$

$$1500 * 1,014 = 1521 \text{ kronor}$$

Bilaga 4:1

Vårdavtal ur Landstinget Hallands perspektiv:

Avtalad ersättning från Västra Götaland per utomlänspatient:

2660 kronor * 442 besök = 1176 000 kronor

Uträkning till den genomsnittliga ersättningen per utomlänspatient som utgår till

Allergimottagningen:

$(0,55 * 763) = 387$ kronor

$(0,178 * 1295) = 231$ kronor

$(0,005 * 1388) = 7$ kronor

$(0,267 * 1265) = 346$ kronor

$387 + 231 + 7 + 346 = 971$ kronor

Total ersättning: $971 \text{ kronor} * 442 \text{ besök} = 429181$ kronor

Landstingets förtjänst: $1176 \text{ tkr} - 429 \text{ tkr} = 747 \text{ tkr}$