



# Hyrläkare i primärvården

– en kartläggning av landstingens  
upphandlingar och kostnader

**RAPPORT** 2015:10



**KONKURRENSVERKET**  
Swedish Competition Authority



# Hyrläkare i primärvården

– en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader

Konkurrensverkets rapportserie 2015:10

Konkurrensverket oktober 2015

Utredare: Leif Nordqvist, Ann-Britt Bern och Karin Morild

ISSN-nr 1401-8438

E-print, Stockholm 2015

Foto: Matton Images

## Förord

Konkurrensverket identifierade i rapporten *Etablering och konkurrens på primärvårdsmarknaden* (2014:2) att många vårdcentraler inte klarar sig på ersättningen i vårdvalssystemen utan går med underskott. Detta gäller framförallt de landstingsdrivna vårdcentralerna, men även en del privata. Av rapporten framgår att kostnaderna för att hyra in läkare (allmänspecialister) inom primärvården var ett problem som åtminstone delvis kunde förklara ekonomiska underskott i verksamheterna.

Möjligheterna att rekrytera läkare, och vid behov hyrläkare, är en viktig faktor för möjligheterna att bedriva vårdcentraler i hela landet.

Konkurrensverket har även haft ett tillsynsärende avseende ett landstings direktupphandlingar av inhyrd vårdpersonal. Ärendet avskrevs med motiveringen att detta är ett strukturellt problem som bättre hanteras inom Konkurrensverkets upphandlingsfrämjande arbete.

I denna rapport beskriver vi upphandlingsmarknaden för hyrläkare i Sverige och kartlägger landstingens kostnader för hyrläkare, konstruktion av upphandlingen och kommenterar en del av de problem landstingen har med upphandlingarna.

I rapporten används genomgående begreppet landsting även när det gäller regioner då rapporten enbart handlar om primärvård.

Stockholm oktober 2015

Dan Sjöblom  
Generaldirektör

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>7</b>
<b>Summary</b> .....	<b>11</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>15</b>
1.1 Utgångspunkter för denna rapport.....	17
1.2 Metod .....	18
<b>2 Tillgång på läkare inom primärvården</b> .....	<b>20</b>
2.1 Marknaden för vårdbemanning växer .....	22
2.2 De fem största leverantörerna står för en tredjedel av kostnaderna för hyrläkare till primärvården .....	24
2.3 Små skillnader i ramavtalspriser.....	25
2.4 Stor kostnadsskillnad mellan att ha anställda eller att hyra .....	26
<b>3 Landstingens upphandlingar av ramavtal</b> .....	<b>28</b>
3.1 Ramavtalens längd.....	28
3.2 Lägst pris vanligaste tilldelningsgrunden .....	30
3.3 Antalet anbudsgivare varierar mellan 15 och 60 .....	30
3.4 Landstingens ramavtal har mellan 4 och 50 leverantörer .....	31
3.5 Rangordning vanligaste avropsmodellen.....	32
3.6 Godkännande för att anlita underleverantörer .....	32
3.7 Vitesklausuler är vanliga.....	33
3.8 Telefonintervjuer med några utvalda landsting .....	33
<b>4 Landstingen köpte hyrläkare för mer än en miljard kronor 2014</b> .....	<b>39</b>
4.1 Dalarna har högst kostnader per invånare för hyrläkare .....	41

4.2	Bara Örebro köpte samtliga hyrläkare inom ramavtal .....	42
4.3	Halland har störst andel ramavtalsleverantörer som inte levererat hyrläkare 2014.....	44
<b>5</b>	<b>Förslag och slutsatser .....</b>	<b>46</b>
	<b>Bilaga 1 Beräkningar.....</b>	<b>51</b>
	<b>Referenser .....</b>	<b>56</b>





## Sammanfattning

I Konkurrensverkets uppföljningar av vårdvalet i primärvården har det framkommit att många vårdcentraler går med underskott, och att kostnaderna för hyrläkare i varierande grad pekats ut som en viktig orsak. Samtidigt har det i Konkurrensverkets tillsynsverk-samhet framkommit synpunkter på att landstingen köper in hyr-läkare vid sidan om ramavtalen.

Under 2014 betalade landstingen drygt 1,1 miljarder kronor för hyrläkare.<sup>1</sup> Mellan 70 och 80 procent köptes från upphandlade ramavtalsleverantörer. Landstingens kostnader för hyrläkare inom primärvården har ökat under perioden 2012 till 2014.

I flera av de intervjuer som Konkurrensverket genomfört med före-trädare för landstingen framkommer att det är svårt att rekrytera allmänläkare till primärvården och man ser inte heller någon för-bättring av tillgången på allmänläkare under de närmaste åren. En iakttagelse är att ramavtalsleverantörer inte alltid kan erbjuda hyrläkare när det uppstår behov, och att landstingen därför blir tvungna att göra direktupphandlingar för att täcka behoven.

### Behoven av hyrläkare störst i glesbygd

Behoven av hyrläkare är störst i glest befolkade regioner men det finns även stora behov på vissa vårdcentraler i tätort då vård-centralens rykte och arbetsmiljö också har betydelse för läkar-bemanningen.

---

<sup>1</sup> Av Sveriges 21 landsting har 19 lämnat in underlag till vår undersökning, vilket ger en svarsfrekvens som motsvarar drygt 90 procent. I denna rapport används genomgående begreppet landsting även om en del av landstingen idag benämner sig som regioner, då rapporten enbart handlar om primärvård.

Fem bemanningskoncerner står för 40 procent av landstingens kostnader för hyrläkare

De fem största koncernerna som levererar hyrläkare till primärvården finns representerade i samtliga landsting och står för fyra tiondelar av landstingens totala kostnader för hyrläkare.

Bemanningsföretagen förfogar inte själva över de läkare de förmedlar

I intervjuerna med landstingsföreträdare framkom att leverantörerna i hög grad tackar nej eller inte alls svarar på avropen. En tänkbar orsak till detta är att leverantörerna ofta inte förfogar över sin egen bemanning utan snarare förmedlar hyrläkare som är egenföretagare. Det är inte ovanligt att samma hyrläkare erbjuds av flera olika bemanningsföretag vid samma avrop.

Landstingen bör göra det mer attraktivt att vara läkare i primärvården

Av våra intervjuer framgår att landstingen har svårt att rekrytera läkare till vissa vårdcentraler. Att det är svårt att rekrytera läkare till vissa vårdcentraler kan inte lösas enbart genom bättre upphandlingar. Landstingen bör dessutom verka för att göra det mer attraktivt att specialisera sig som allmänläkare och att söka sig till sådana vårdcentraler som idag har svårt att rekrytera läkare. Det handlar då troligen om att se till att anställningsvillkor, arbetsuppgifter och arbetsmiljö är tillräckligt attraktiva i jämförelse med andra alternativa arbetsplatser för läkare.

## Avtalsparterna måste respektera ramavtalets villkor

Trots att det finns upphandlade ramavtal så förekommer det att bemanningsföretag försöker sälja sina tjänster direkt till vårdcentralerna vid sidan av ramavtalet, vilket ställer till problem i de fall vårdcentralerna inte är avropande enhet. Vissa landstingsföreträdare menar att detta är ett uttryck för att det är en omogen bransch. Konkurrensverket menar att det är av vikt att uppföljning sker och att båda avtalsparter respekterar ramavtalets villkor.

## Krav i upphandlingarna måste följas upp och tillämpas

Vid upphandling av hyrläkare är det viktigt att landstingen endast ställer sådana krav och villkor som kommer att följas upp och tillämpas. Att till exempel ställa krav på viten som sedan inte döms ut är olämpligt och otillåtet enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU, eftersom leverantörerna inte på ett korrekt sätt kan bedöma vilka kostnader och risker ett uppdrag innebär.

## Bra kontroll och uppföljning är verktyg som kan sänka kostnaderna för hyrläkare

Vid Konkurrensverkets insamling av data från leverantörsreskontra har det framgått att flera av landstingen har haft svårigheter att specificera vad som är inköp av hyrläkare och vilka inköp som hör till primärvården. En del landsting har dessutom bristande överblick över sina vårdcentralers avrop från ramavtal och i vilken utsträckning leverantörer tackar nej eller inte svarar på avrop. En god kontroll av gjorda inköp är viktigt för att utveckla uppföljningen, ha kontroll över kostnaderna samt som underlag inför nästa upphandling.

Flera landsting arbetar med att utveckla sina ramavtalsupphandlingar. Detta för att försöka stärka sin kontroll och överblick vid avrop, samt sänka kostnaderna genom att öka leveranssäkerheten och minska köpen utanför ramavtalet. Till exempel genom att förändra tilldelningsgrunden, centralisera avropen eller byta avropsmodell.

## Summary

It has emerged from the Swedish Competition Authority's monitoring of the choice of healthcare centre within the primary care market that many healthcare centres are running at a loss, and it has been pointed out that, to a varying degree, the costs associated with doctors for hire are one of the major reasons for this. At the same time, the Authority's supervisory activities have shown that some county councils engage doctors for hire outside of their regular framework agreements.

During 2014, county councils paid out over SEK 1.1 billion to doctors for hire.<sup>2</sup> Between 70-80 per cent were acquired from procured framework suppliers. The county councils' costs for doctors for hire within primary care have increased during 2012–2014.

In several of the interviews that the Authority conducted with county council representatives it comes to light that it is difficult to recruit general practitioners (GPs) for primary care, and nor is access to GPs likely to improve in the near future. One observation is that framework suppliers cannot always provide doctors when the need arises and, as a result, the county councils are therefore forced to make direct awards in order to cover their requirements.

---

<sup>2</sup> 19 of Sweden's 21 county councils provided data for our investigation, which gives us a response frequency of over 90 per cent. In this report, the term "county councils" is used throughout, even if some of these organisations now refer to themselves as "regions", since the report is purely concerned with primary care.

The need for doctors for hire is greatest in rural areas

The need for doctors for hire is greatest in rural areas but they are also in short supply in some healthcare centres in urban areas, since the reputation of any given healthcare centre and the working conditions to be found there are also of great importance to healthcare staff.

Five staffing agencies account for 40 per cent of the county councils' doctors for hire costs

The five largest staffing agencies supplying doctors for hire to primary care are represented within every county council and they account for four tenths of the councils' total doctors for hire costs.

The staffing agencies do not have the doctors they supply at their own disposal

From the interviews with the council representatives it emerged that the suppliers, to a large degree, either turn down the councils' requests for staff or they simply do not reply to them at all. One possible reason for this is that the suppliers often do not have their own staff at their disposal; instead, they provide doctors who are actually self-employed in their own right. It is not unusual for the same doctor to be put forward by several different staffing agencies in response to the same request.

The county councils should make it more attractive to be a doctor working in primary care

Our interviews indicate that the county councils find it difficult to recruit doctors for certain healthcare centres. This problem cannot be solved purely by better procurement processes. What's more, the

county councils should also be working to make specialisation as a GP more attractive, and they should be doing more to encourage more doctors to apply to work at healthcare centres that currently have problems recruiting staff. This probably entails reviewing employment conditions, work duties and ensuring that the working environment is sufficiently attractive in comparison to other alternative places of work which doctors might choose instead.

Parties to the agreement must respect the terms and conditions of the framework agreement

Despite the fact that procured framework agreements exist, there are still cases where staffing agencies attempt to sell their services direct to the healthcare centres, outside of the framework agreement. This causes problems if the healthcare centres approached are not those officially responsible for “calling off” staff. Certain council representatives see this as an expression of the “immaturity” of the staffing industry. The Swedish Competition Authority believes that monitoring is important, and that both parties must respect the terms and conditions of framework agreements.

Requirements stipulated in procurements must be followed up and applied

When procuring doctors for hire it is important that the county councils only stipulate such requirements and terms and conditions that will be followed up and applied. For example, to make requirements in respect of penalties which are not subsequently imposed is inappropriate and impermissible in accordance with the Public Procurement Act (2007:1091) (LOU), since the suppliers cannot correctly assess which costs and risks are associated with the assignment.

## Efficient control and monitoring are tools that can reduce costs for doctors for hire

Following the Swedish Competition Authority's collation of data from accounts payable ledgers, it has emerged that several of the county councils have had difficulties specifying which purchases relate to doctors for hire and which originate from primary care. Furthermore, some county councils have insufficient insight into their healthcare centres' call-offs from framework agreements and are unaware of the extent to which suppliers turn down or do not reply to call-off requests. Efficient control of purchases made is essential if monitoring is to be developed, and to ensure that there is good control of costs prior to future procurements.

Several county councils are working to develop their procedures for framework agreement procurements. This is so that they have more insight into, and better control over call-offs, and also so that they can reduce costs by improving supplier reliability and reducing the number of purchases made outside of existing framework agreements. The work to develop procedures might involve, for example, amending the base for the award of a contract, or changing or centralising the call-off procedure.



# 1 Inledning

Hyrläkare eller stafettläkare som de ibland kallas är ingen ny företeelse. Till en början utgjordes gruppen hyrläkare främst av landstingsanställda läkare som i samband med jourkompensationsledning eller annan fritid åtog sig uppdrag som hyrläkare, oftast i ett annat landsting. I takt med att behoven av hyrläkare ökade började emellertid bemanningsföretagen visa intresse att tillhandahålla hyrläkare och idag tecknar landstingen ramavtal nästan uteslutande med bemanningsföretag.<sup>3</sup> De läkare som förmedlas är dock inte alltid anställda av dessa bemanningsföretag, utan arbetar ofta i egna bolag som säljer tjänster till flera bemanningsföretag.

Landstingens kostnader för hyrläkare inom primärvården har ökat markant de senaste åren. En förklaring kan vara att det är ett utbudsproblem där landstingens efterfrågan på hyrläkare till primärvården överstiger tillgången på läkare med specialisering inom allmänmedicin. Bristen på läkare beror bland annat på stora pensionsavgångar i landstingen och svårigheter att få läkare under utbildning att specialisera sig inom allmänmedicin.

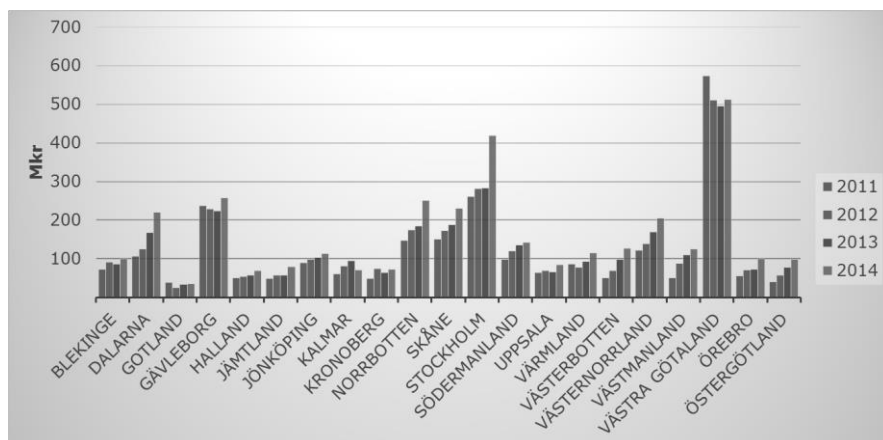
Den totala kostnaden för vårdbemanning i landstingen har ökat från 2,86 miljarder kronor 2013 till 3,43 miljarder kronor 2014. 85 procent av kostnaderna var för läkare. Primärvårdens andel av kostnaderna var cirka 40 procent. Endast landstinget i Kalmar län lyckades minska kostnaderna 2014 jämfört med 2013, se figur 1.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Landstinget Dalarna, revisionsrapport KPMG AB 2010.

<sup>4</sup> SKL, kostnader för bemanningsföretag 2011–2014.

**Figur 1** Totala kostnader för vårdbemanning uppdelat per landsting



Källa: SKL, Landstingens kostnader för bemanningsföretag 2011–2014.

Landstingsdriven primärvård<sup>5</sup> och psykiatri är generellt de specialiteter som har störst vakansgrad och därmed störst behov av hyrläkare. Åtgärder hos landstingen för att minska behovet av hyrläkare är bland annat utlandsrekryteringar och satsningar på AT- och ST-tjänstgöringar. Vissa landsting har även över tid försökt införa stopp för hyrläkare men tvingats att överge detta då läkarbristen blivit akut.

<sup>5</sup> Primärvården svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser, (SKL Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2013).

## 1.1 Utgångspunkter för denna rapport

Konkurrensverket har i flera omgångar gjort uppföljningar av vårdvalet i primärvården. I den senaste uppföljningen framkommer också att många vårdcentraler ser kostnaderna för hyrläkare som ett problem. Samtidigt har det i Konkurrensverkets tillsynsverk-samhet framkommit synpunkter om att landstingens ramavtal för hyrläkare inte tillämpas på ett korrekt sätt och att det förekommer upphandlingar vid sidan om ramavtalen.

Syftet med denna rapport är därför att kartlägga landstingens upphandlingar av hyrläkare och de problem som förekommer.

I rapporten kommer följande att belysas:

- I vilken utsträckning köper landstingen tjänster av bemaningsföretag som hyr ut läkare?
- Ifall landstingen har ramavtal, upphandlades dessa enligt lagen om offentlig upphandling, LOU? I vilken utsträckning gör landstingen avsteg från dessa ramavtal?
- Om landstingen gör avsteg från ramavtalen, vad är orsakerna till det?

Eftersom direktupphandlingar av hyrläkare inom primärvården kan vara ett strukturellt problem har Konkurrensverket valt att inte inleda något tillsynsärende mot ett enskilt landsting. Konkurrensverket kommer i rapporten att lyfta fram vikten av att det regelverk som finns i LOU också följs när landstingen upphandlar ramavtal samt gör avrop och uppföljningar av leverantörer. I rapporten kommenteras valda delar som kan leda till sämre affärer för landstingen och konkurrensnedvridande effekter på marknaden.

Rapporten avgränsas till hyrläkare inom primärvården, då detta har visat sig vara ett särskilt problem som driver kostnader för i stort sett alla landsting.

## 1.2 Metod

Arbetet inleddes med en genomgång av förfrågningsunderlagen samt tilldelningsbesluten för landstingens upphandlingar av ramavtal för hyrläkare.<sup>6</sup>

Efter genomgången av förfrågningsunderlagen skickades under våren 2015 en förfrågan till samtliga landsting för att inhämta uppgifter om aktuella ramavtal och utdrag ur leverantörsreskontra för hyrläkare inom primärvården under perioden 2012–2014. 19 av 21 landsting har lämnat in dessa uppgifter.<sup>7</sup>

Under sensvåren 2015 genomfördes även telefonintervjuer med några utvalda landsting. De personer som intervjuats har varit HR-chefer, upphandlare och controllers. Telefonintervjuerna har genomförts utifrån en mall med ett frågebatteri.

Konkurrensverket har även träffat Bemanningsföretagen och Läkarförbundet under våren 2015.

---

<sup>6</sup> Uppgifterna för de 17 upphandlingarna har hämtats från Vismas databas samt från e-upphandling.se. Eftersom rapporten avsåg att studera situationen 2012–2014 och vissa landstings ramavtal då upphandlats utifrån förfrågningsunderlag från 2011 har, i denna del av studien, även dessa tagits med i de fall landstingen inte haft någon annan upphandling under perioden 2012–2014.

<sup>7</sup> Ytterligare ett landsting kom in med uppgifter i början av juli 2015, vilket var för sent för att de skulle kunna användas inom ramen för denna rapport. Underlagen från leverantörsreskontran var inte heller tillräckligt specificerade.

Från Läkarförbundet har Konkurrensverket fått tillgång till den partsgemensamma lönestatistiken i Saco Lönesök för distriktsläkare med specialitet allmänmedicin inom kommunal sektor. Därutöver har Konkurrensverket i samband med insamling av ramavtal och utdrag ur leverantörsreskontran från landstingen fått del av ramavtalspriserna för samtliga leverantörer i sju landsting.

## 2 Tillgång på läkare inom primärvården

I Sverige fanns det i november 2012 drygt 40 000 sysselsatta läkare. Av dem var drygt 6 000 specialister inom allmänmedicin. Det finns tydliga regionala skillnader när det gäller tillgången på läkare. Stockholmsregionen har högst läkartäthet i landet, 327 specialistläkare per 100 000 invånare, och lägst har Norra regionen med 249 specialistläkare per 100 000 invånare.<sup>8</sup>

Enligt Socialstyrelsen kännetecknades arbetsmarknadsläget i oktober 2014 av att efterfrågan översteg tillgången på många personalgrupper, i synnerhet specialiserade läkare och sjuksköterskor. Tillgången på specialister inom allmänmedicin och psykiatri är fortsatt otillräcklig.<sup>9</sup>

Antalet läkarbesök i landstingsdriven primärvård sjunker medan antalet läkarbesök hos andra utförare ökar. Den landstingsdrivna primärvården är dock störst – landstingets läkare tar emot cirka två miljoner fler patienter än andra utförare gör. År 2013 gjordes 8,6 miljoner läkarbesök inom primärvården i landstingets regi.<sup>10</sup>

### Många allmänspecialister arbetar deltid

Enligt en undersökning som Distriktsläkarföreningen gjorde 2012 är allmänspecialister den specialitet som jobbar mest deltid. Det innebär konkret att det kan bli svårare för vårdcentralerna att schema-

---

<sup>8</sup> Socialstyrelsen, NPS-registret.

<sup>9</sup> Socialstyrelsen, Nationella planeringsstödet 2015.

<sup>10</sup> Sveriges Kommuner och Landsting "Köp av verksamhet – kommuner, landsting och regioner 2006-2013". Sid 35.

lägga sin personal. Enligt Läkarförbundet är de flesta hyrläkare en landstingsanställd läkare som har detta som bisyssla.<sup>11</sup>

## Karensregler påverkar tillgången på läkare i det egna landstinget

Konkurrensverket har i genomgången av förfrågningsunderlag kunnat konstatera att samtliga landsting har karensregler som innebär att ett bemanningsföretag inte får hyra ut en läkare som är eller har varit anställd inom samma landsting de senaste sex månaderna. Syftet med dessa karensregler är att motverka att personal från landstinget övergår till att utföra sina uppgifter hos ett bemanningsföretag. Karensreglerna hindrar dock inte en läkare från att arbeta i annat landsting.

## Möjligheten till bisyssla kan påverka tillgången negativt

Landstingen har riktlinjer som reglerar bisysslor.<sup>12</sup> Landstinget har exempelvis rätt att förbjuda bisysslor om de är av förtroendeskadande, arbetshindrande eller konkurrerande karaktär. Exempelvis hindra att en läkare hyr ut sig själv till arbetsgivaren genom ett bolag som den anställda har ägarintresse i.

Enligt Läkarförbundet har landstingen generellt sett varit mer tillåtande än privat sektor till att anställda läkare har som bisyssla att

---

<sup>11</sup> Intervju med Läkarförbundet 2015-03-11.

<sup>12</sup> I lag om offentlig anställning (LOA) regleras vad som gäller avseende anställdas bisysslor. I 7 § anges att en anställd inte får ha anställning eller uppdrag i en annan verksamhet som kan rubba förtroendet för dennes opartiskhet i arbetet eller kan skada myndighetens anseende.

vara hyrläkare.<sup>13</sup> I privat sektor ses ofta bisysslor som hyrläkare som konkurrerande verksamhet.

Trots att riktlinjer finns är det dock inte alltid uppföljning sker.

*”Vid genomgång av inkomna fakturor inom Primärvården har vi även noterat att en av landstinget anställd läkare bedriver stafettläkarverksamhet i bolagsform. Då omfattningen enbart inom landstinget uppgår till ca 4,8 mnkr bedömer vi att denna bisyssla borde prövas i enlighet med gällande regelverk. Enligt uppgift har inte ledningen godkänt bisysslan.”<sup>14</sup>*

## 2.1 Marknaden för vårdbemanning växer

Trots regelverk om karens och bisysslor växer marknaden för vårdbemanning. Vårdbemanningsföretagen<sup>15</sup> inom branschorganisationen Bemanningsföretagen hade 2014 en omsättning på totalt omkring 1,7 miljarder kronor. Det är en ökning med cirka 400 miljoner kronor jämfört med 2012.<sup>16</sup>

Vårdbemanningsföretagen stod under 2014 för åtta procent av den totala omsättningen bland Bemanningsföretagens medlemsföretag. Detta var en ökning jämfört med år 2012 då andelen var sex procent.<sup>17</sup>

---

<sup>13</sup> Intervju med Läkarförbundet 2015-03-11.

<sup>14</sup> Revisionsrapport 2009.

<sup>15</sup> Vårdbemanningsföretag är bemanningsföretag som hyr ut personal (läkare sjuksköterskor, läkarsekreterare etc.) inom vårdsektorn till landsting, kommuner och privata vårdgivare.

<sup>16</sup> Bemanningsföretagens kvartalsrapport Q4 2014. Statistiken utgår från ett urval bestående av de 35 största medlemsföretagen i Bemanningsföretagen som tillsammans stod för omkring 85 procent av branschens totala omsättning.

<sup>17</sup> Bemanningsföretagens kvartalsrapport 2014 och 2012.



Den ökande trenden för vårdbemanningsföretag fortsätter. Under första kvartalet 2015 ökade omsättningen med 17 procent, jämfört med första kvartalet 2014.<sup>18</sup>

Bemanningsföretagen organiserar enbart en liten del av alla vårdbemanningsföretag i Sverige. Bemanningsföretagen har cirka 60 vårdbemanningsföretag bland sina medlemmar, men uppskattar att det finns flera hundra andra vårdbemanningsföretag som utgörs av enskilda läkare med F-skattsedel. Omsättningen på marknaden för vårdbemanning kan därför vara underskattad.

Ett sätt att mäta marknaden på är från beställarsidan, hur mycket tjänster landstingen köper in från bemanningsföretag inom vården årligen. Konkurrensverket har samlat in uppgifter från landstingen. Landstingens kostnader för inhyrda läkare i primärvården uppgick under 2014 till 1,2 miljarder kronor<sup>19</sup>. Läkare står för den i allt väsentligt högsta andelen inhyrd personal inom primärvården.

Den inhyrda personalens andel av landstingens totala personalkostnader utgör vanligen 1–2 procent. Men andelen kan vara betydligt högre inom vissa delar av verksamheten. Inom primärvården i Dalarna så uppgår hyrläkarkostnaderna till 120 miljoner kronor av de totala personalkostnaderna som är 650 miljoner kronor<sup>20</sup>.

*”Det är dyrt, kvalitet och kontinuitet blir lidande och patientsäkerheten brister. Genom att minska ner på stafettläkarna får patienterna en säkrare vård av högre kvalitet och med bättre kontinuitet.*

---

<sup>18</sup> Bemanningsföretagens kvartalsrapport Q1 2015.

<sup>19</sup> För Jämtland och Kronoberg har Konkurrensverket använt uppgifter från SKL.

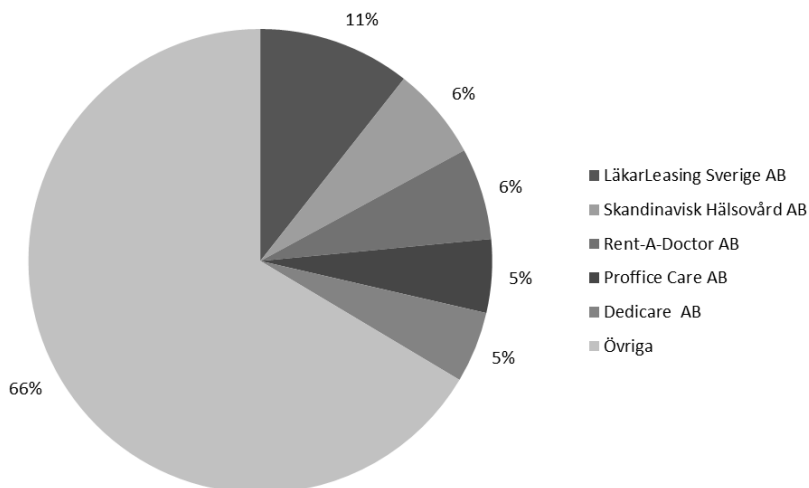
<sup>20</sup> <http://www.ltdalarna.se/Om-landstinget/Press-och-media/Nyheter/Vagen-till-ett-valvardat-Dalarna--forandringsforslag-struktur-och-forandringsplan1/>

*Dessutom får våra medarbetare en bättre arbetsmiljö, säger Ulf Börjesson, divisionschef Primärvård.*<sup>21</sup>

## 2.2 De fem största leverantörerna står för en tredjedel av kostnaderna för hyrläkare till primärvården

De fem största leverantörerna av hyrläkare till primärvården fakturerade under 2014 drygt 340 miljoner kronor för hyrläkare inom de 19 landsting som Konkurrensverket samlat in data från. Vilket motsvarar ca en tredjedel av kostnaderna, se figur 2. De största leverantörerna är verksamma i stort sett hela landet.

**Figur 2 Fem största leverantörernas andel av kostnaderna för hyrläkare till primärvård 2014**

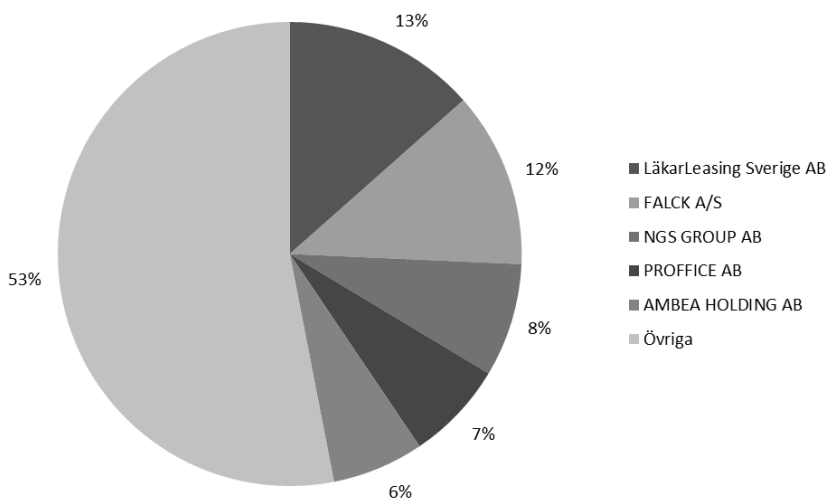


Källa: Konkurrensverket, 2015.

<sup>21</sup> <http://www.ltdalarna.se/Om-landstinget/Press-och-media/Nyheter/Vagen-till-ett-valvardat-Dalarna--forandringsforslag-struktur-och-forandringsplan1/>

Summeras istället faktureringen utifrån koncerner<sup>22</sup> är det ungefär samma företag som ligger i topp. Dock stiger de fem störstas andel av de totala kostnaderna till ca fyra tiondelar. Se figur 3.

**Figur 3** Fem största koncernernas andel av kostnaderna för hyrläkare till primärvård 2014



Källa: Konkurrensverket och InfoTorg, 2015.

## 2.3 Små skillnader i ramavtalspriser

Från sju av landstingen har Konkurrensverket fått in uppgifter om timpriser för samtliga ramavtalsleverantörer. Priserna ligger nästan uteslutande mellan 900 och 1 200 kronor per timme. Men hälften av timpriserna ligger mellan 1 100 kronor och 1 200 kronor per timme.

<sup>22</sup> Grupperingen i koncerner bygger på uppgift om koncerntillhörighet enligt InfoTorg i juni 2015.

Det kan jämföras med att det landsting som har fast pris har ett timpris på 975 kronor per timme.

## 2.4 Stor kostnadsskillnad mellan att ha anställda eller att hyra

Konkurrensverkets beräkningar visar att en hyrläkare inom allmänmedicin är mellan 1,5 och 2 gånger dyrare än att ha en anställd allmänspecialistläkare inom landstinget.

Att jämföra en specialist inom allmänmedicins månadslön med bemanningsföretagens offererade timkostnader för en hyrläkare ger dock en skev jämförelse då kostnaden för en anställd innehåller betydligt mer än enbart lönen. För att kunna jämföra priserna i olika ramavtal och lönekostnaderna har de räknats om till timpriser.

Lönestatistiken för landstingsanställda specialister inom allmänmedicin visade att för hela riket var medellönen år 2014 drygt 408 kronor per timme och medianlönen 403 kronor per timme.

Två viktiga poster att ta hänsyn till är arbetsgivaravgifterna och avsättningar till tjänstepensionen. För en detaljerad beskrivning av beräkningarna se bilaga 1.

När arbetsgivaravgifter och avsättning till tjänstepension adderas blir lönekostnaden i medeltal drygt 611 kronor per timme och mediankostnaden drygt 604 kronor per timme för landstingets allmänspecialister

Information om ramavtalspriser från sju landsting visar att timpriset för en hyrläkare med specialitet inom allmänmedicin under normal kontorstid i huvudsak ligger mellan ca 900 och ca 1 200 kronor per timme. I ett landsting är det högsta timpriset 1 450 kronor per timme men vid en jämförelse med leverantörs-

reskontran har den leverantören inte fakturerat något under hela avtalsperioden.

### 3 Landstingens upphandlingar av ramavtal

Landstingens upphandlingar av personal avser ofta flera olika typer av bemanningstjänster inom vården, både läkare och sjuksköterskor med olika specialiseringar. Detta blir tydligt vid en jämförelse av vilka CPV-koder<sup>23</sup> som används vid upphandlingarna. Som huvudobjekt har används ett flertal olika CPV-koder med åtminstone ett tilläggobjekt. Om samtliga CPV-koder i de upphandlingar vi studerat beaktas (men CPV-koder specifika för sjuksköterskor undantas) så är 79 625 000 *Förmedling av läkare* vanligast följt av 85 120 000 *Läkarvård och tillhörande tjänster*. Men ingen av dem är i närheten av att fånga in samtliga upphandlingar. Det är därför inte möjligt att utifrån CPV-koder få fram någon övergripande statistik av bra kvalitet avseende upphandling av hyrläkare inom primärvården.

Resten av detta avsnitt bygger på uppgifter från förfrågningsunderlag och tilldelningsbeslut från 17 upphandlingar. Dessa har hämtats från Visma Opic och e-avrop.se genom att söka på både CPV-koder och fritext, exempelvis landstingets namn i kombination med distriktsläkare.

#### 3.1 Ramavtalens längd

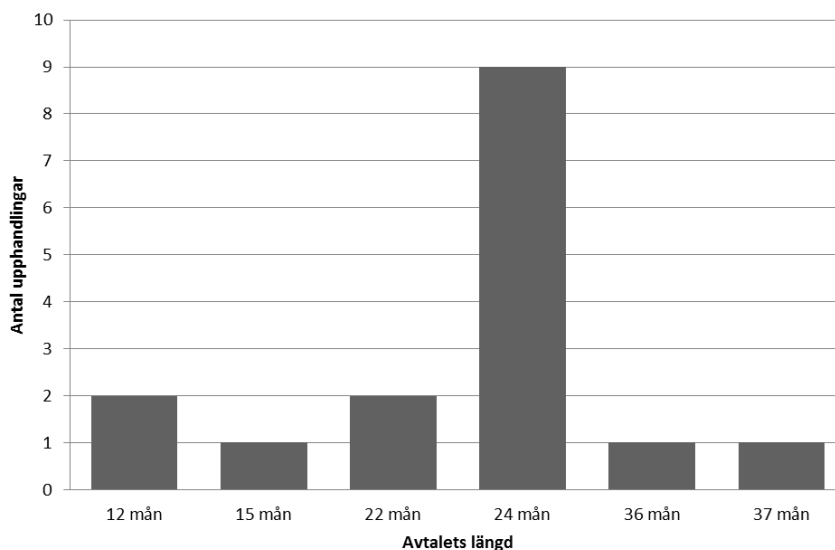
Avtalens längd varierar mellan ett och tre år. Den vanligaste avtalslängden är två år, se figur 4. Samtliga avtal har någon form av

---

<sup>23</sup> Common Procurement Vocabulary (CPV) är ett klassificeringssystem med sifferkoder som används för att beskriva det som upphandlas. Varje annons om en upphandling ska innehålla en eller flera CPV-koder. Ju fler siffror CPV-koden innehåller, desto högre detaljeringsgrad i beskrivningen av det som upphandlas. Den högsta nivån kallas CPV-huvudgrupp och beskriver i princip det som upphandlas på branschnivå (<http://www.konkurrensverket.se/upphandling/om-upphandlingsreglerna/cpv-koder/>).

option för förlängning. Den vanligaste maximala förlängningsperioden är 24 månader. Förlängningarna är antingen 24 månader direkt eller 12 + 12 månader. Det gör att den vanligaste maximala avtalslängden (inklusive förlängning) är fyra år, men den varierar mellan som minst tre och som mest fem år.

**Figur 4**      **Antal upphandlingar utifrån ramavtalets längd**



Källa: Konkurrensverket, Visma Opic och e-avrop.se, 2015.

Ett par landsting hade förlängningsmöjligheter som skiljer sig lite från de övriga. Ett landsting har tecknat ett ramavtal på ett år med en förlängningsmöjlighet på tre gånger 12 månader. Upplägget ser närmast ut som en kontinuerlig provotid där landstinget varje år har möjlighet att lämna avtalet om det inte fungerar.

Ett landsting har en extra specificerad förlängningsmöjlighet i de fall en eventuell överprövning föranleder försening av ny avtalsstart vid en kommande upphandling. Idén och avsikten är god,

men om ramavtalet med den extra förlängningen överskrider fyra år strider den mot den maximala avtalslängden enligt upphandlingsdirektivet<sup>24</sup>.

### 3.2 Lägst pris vanligaste tilldelningsgrunden

När det gäller val av tilldelningsgrund är den överlägset vanligaste lägst pris. Ekonomiskt mest fördelaktigt används enbart i ett fåtal av upphandlingarna. Ett landsting har angett ett fast pris och antar alla anbud som uppfyller kraven enligt förfrågningsunderlaget samt accepterar det erbjudna priset.

### 3.3 Antalet anbudsgivare varierar mellan 15 och 60

I en del av upphandlingarna har landstingen uppgett hur många leverantörer de avser att teckna ramavtal med. Vanligast är 5–10 stycken, men spännvidden är stor. Det finns exempel på från en till tre leverantörer, men också upp till 50 leverantörer.

Vid genomgången av tilldelningsbesluten som följde på de 17 förfrågningsunderlagen kan konstateras att det inte alltid framgår hur många av anbudsgivarna som avser enbart läkare inom primärvårdsområdet och hur många avtal som tecknats inom just det området. Antalet anbudsgivare spänner från 15 till 60.

---

<sup>24</sup> Just en förlängning över 4 år vid försenad upphandling prövades av Stockholms Kammarrätt 2011 när upphandlingen av HPV-vaccin överklagades. I förarbetena till lagen om offentlig upphandling och i det aktuella EU-direktiv som rör offentlig upphandling anges att dessa särskilda skäl som kan motivera en längre löptid än 4 år ska vara kopplade till det som upphandlas, i det här fallet vaccinet, och den aktuella upphandlingen. Eftersom klausulen om möjlighet till förlängning i sex månader kunde komma att begränsa konkurrensen på ett otillbörligt sätt kom kammarrätten fram till att upphandlingen skulle göras om. Se Målnummer 5609-5629-10.



Intressant hade varit att se hur stor andel av anbuderna som kvalificerat sig respektive tilldelats kontrakt. Men eftersom antalet anbudsgivare varierar kraftigt blir en beräkning av andelar riskabelt då en variation på en leverantör ger mycket olika resultat beroende på om det är bland 15 eller 60 leverantörer. Däremot kan konstateras att i tolv av tilldelningsbesluten finns uppgifter om anbud som inte kvalificerat sig. Totalt rör det sig om 65 företag som inte uppfyllt kraven.

### 3.4 Landstingens ramavtal har mellan 4 och 50 leverantörer

Eftersom en del landsting samarbetar<sup>25</sup> i ramavtalsupphandlingarna kan varje upphandling som genomförs leda till att ett eller flera landsting tecknar kontrakt med en eller flera leverantörer. Tilldelningsbesluten i de 17 upphandlingar som gått igenom visar att som minst tecknade ett landsting kontrakt med fyra leverantörer och som mest tecknade ett annat landsting kontrakt med 50 leverantörer. De 21 landsting tecknade totalt sett 361 kontrakt med 63 olika företag. Det vill säga i genomsnitt tecknade varje företag kontrakt med 5,7 olika landsting.

Utifrån tilldelningsbesluten kan det också konstateras att den klart vanligaste associationsformen var svenska aktieföretag (AB). Nästan samtliga landsting har också avtal med något norskt eller danskt aktieföretag.

Även om det finns lokala företag och läkare med enskilda firmor så är de i första hand inte ramavtalsleverantörer utan det är framför

---

<sup>25</sup> I Norra Regionen samarbetar Jämtland, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten i upphandlingarna. Dessutom samarbetar Kalmar och Östergötland i en gemensam upphandling.

allt större företag som innehar ramavtalen. Mindre företag och läkare med enskilda firmor är snarare underleverantörer till de större ramavtalsföretagen.

### 3.5 Rangordning vanligaste avropsmodellen

Den vanligaste avropsmodellen är rangordning men även förnyad konkurrensutsättning förekommer. Sedan finns det olika konstruktioner för såväl den förnyade konkurrensutsättningen som för hur rangordningen fungerar. Det landsting som har fast pris har som tilldelningsprincip "först till kvarn" bland de ramavtalsleverantörer som kan leverera efterfrågad tjänst och kvalitet vid respektive avropstillfälle.

### 3.6 Godkännande för att anlita underleverantörer

Samtliga landsting medger att en leverantör inom ramavtal kan anlita underleverantörer, men det krävs ett godkännande för detta. Oavsett om landstingen ställer krav på att i förväg godkänna eventuella underleverantörer tycks avtalen innehålla skrivningar att leverantören ansvarar för underleverantören och för att underleverantören uppfyller samtliga krav som ställs på leverantören.

Detta förfarande avviker inte från andra typer av upphandlingar. Det finns giltiga skäl att vilja ha kontroll över vilka underleverantörer som används, t.ex. möjligheter till uppföljning och att säkerställa att underleverantörerna har nödvändig kompetens. Ett vanligt sätt att säkerställa detta är just genom krav på att i förhand godkänna underleverantörer och att leverantören ansvarar för att även underleverantörerna uppfyller kraven i ramavtalet.

### 3.7 Vitesklausuler är vanliga

De allra flesta landstingen har klausuler rörande viten i sina ramavtal. En förhållandevis vanlig situation där vite finns är när ett bemanningsföretag har tackat ja till ett uppdrag men inte kan leverera enligt avtal.

Några av landstingen som använder rangordning som fördelningsnyckel har även lagt in en parameter att vite ska betalas när ett bemanningsföretag väljer att inte besvara ett avrop.

Storleken på vitena skiljer sig mellan landstingen. Hur effektiva viten är beror dock på i hur stor utsträckning de används vid överträdelser och hur vanligt det är att beställaren väljer att inte utkräva vite.

*"Vi har aldrig använt viten. Om det uppkommer en situationer där det hade varit aktuellt så har det löst sig ändå. T.ex. om en konsult har medfört merkostnader för oss (hur de utfört arbetet eller lämnat mycket arbete efter sig) så har bolaget vid nästa fakturering gett oss lättnader i faktureringen. Det kommer tillbaka till det här med affärsmässigheten. Vi har sagt att ett ledord för oss är partnerskap och vi försöker upprätthålla det...// Så vi riggade vår organisation utifrån det och bestämde oss för att inte gräva ned oss i vitesskyttegraven."*

### 3.8 Telefonintervjuer med några utvalda landsting

Inom ramen för denna rapport har som inledningsvis nämnts Konkurrensverket genomfört några telefonintervjuer med några utvalda landsting. Vad som framkommit vid telefonintervjuerna redovisas nedan.

Utvecklingen av användningen av hyrläkare inom primärvård över tid

I de landsting vi genomfört telefonintervjuer framkommer att användningen av hyrläkare ökar mellan 2012 och 2014, främst beroende på ökade vakanser. Ett par orsaker som nämns är pensionsavgångar och allmänt svårt att rekrytera.

*”Det stora problemet är att det saknas kompetens (läkare) i hela systemet, dvs. läkarna räcker inte även om man lägger ihop de läkare landstinget självt har med de läkare bemanningsföretagen kan hyra ut.”*

Kostnader för hyrläkare – trender

I de flesta landstingen ökar kostnaderna mellan år 2012 och 2014. Inte bara behoven ökar utan det blir även högre priser när landstingen genomför nya upphandlingar. En del landsting inför därför fast pris vid nya upphandlingar. Vid avrop blir det då principen ”först till kvarn” som gäller istället för rangordning. Den senare har visat sig fungera mindre bra i flera fall då leverantörer tackar nej eller inte alls svarar på avrop.

Behovet av hyrläkare varierar mellan olika vårdcentraler

Geografiskt är behoven störst i glesbygd men behov finns även i tätorter. Vårdcentralens rykte spelar roll, kanske större än vi trott i tidigare rapporter. Om vårdcentralen exempelvis ofta byter chef eller har dålig arbetsmiljö kan det påverka läkarbemanning och medföra ett ökat behov av hyrläkare.

*”Det finns vissa vårdcentraler som inte ens hyrläkare vill jobba på.”*

De flesta landsting anser att problemen är störst i glesbygd och socioekonomiskt tunga områden men ett landsting avviker från

denna uppfattning och uppger att det inte finns några sådana skillnader.

Inhyrning görs främst för att bemanna obesatta tjänster, men även vid semestrar. Somrarna är generellt svårare ur bemanningssynpunkt, eftersom även hyrläkare vill ha semester.

#### Hyrläkare som hyr ut sig via egna bolag till bemanningsföretag

Även bemanningsföretagen har svårt att hitta hyrläkare. Vissa hyrläkare hyr ut sig till flera olika bemanningsföretag genom sitt eget bolag och kan därigenom spela ut bemanningsföretagen mot varandra. Det blir ett trepartsscenario där bemanningsföretagen som skriver ramavtalen med landstingen inte förfogar över den resurs de tecknar avtal om att hyra ut utan är beroende av underleverantörer. Landstingen menar att detta är ett bekymmer och ett branschproblem.

*”En läkare kan komma via tre olika bolag under ett år.”*

#### Följsamhet till ramavtalen vid avrop

Följsamheten, det vill säga andelen inköp av hyrläkare från upphandlade ramavtal, varierar stort (se avsnitt 4.2). De landsting som uppger att de har gjort en grundlig benchmarking innan senaste upphandlingen anser sig ha en större följsamhet.

När nya upphandlingar görs ökar ibland kraven på leverantörerna och det är inte alltid leverantörerna klarar att leva upp till kraven vid avrop.

Ofta tackar leverantörer nej när landstingen vill göra avrop. Därför finns det även varianter där landstinget har ett stort ramavtal men

sedan gjort lokala upphandlingar för enskilda vårdcentraler, då det stora ramavtalet inte täckt upp behoven. Då har kraven satts lägre och ramavtalsleverantörerna har tillåtits att leverera på det lokala avtalet istället. Landstingen har uppmärksammat detta och denna lucka har nu täppts till. I sådant fall utesluts nu ramavtalsleverantören från det lokala avtalet.

Det förekommer även att en upphandlad leverantör först tackar nej och sedan erbjuder de samma tjänst till ett högre pris via ett syster- eller dotterbolag.

*”En tråkig variant är när upphandlade leverantörer kontaktar oss via systerbolag. Först tackar de nej via den upphandlade leverantören i avropet och sedan erbjuder de samma tjänst till ett högre pris via systerbolaget. Det är tyvärr ett ganska stort problem som hos beställarna är mycket irriterande.”*

Ett av landstingen påpekade att man måste analysera varför en leverantör inte kan leverera. Det stora problemet med hyrläkarbranschen är att de hyrläkare som leverantörerna förmedlar i huvudsak inte är fast anställda av bemanningsföretaget. Vid uthyrning av andra personalkategorier, till exempel administrativ personal i reception eller växel, är personalen i stor utsträckning anställd av bemanningsföretaget. Det finns dessutom ingen nämnvärd pris-konkurrens mellan bemanningsföretagen när det gäller förmedling av hyrläkare. Ofta ligger leverantörerna väldigt nära varandra när det gäller pris/timme i sina anbud. De sätter ofta priset för lågt, vilket gör att de inte kan leverera.

### Rekrytering av hyrläkare till fasta tjänster i primärvården

En möjlig lösning vore naturligtvis att landstingen anställde de läkare som arbetar som hyrläkare. Någon sådan rekrytering av hyrläkare till fasta tjänster görs dock inte i någon större utsträckning. Landstingen ser ingen potential i att rekrytera hyrläkare till

fasta tjänster. Bland de få landsting som ändå försökt rekrytera hyrläkare uppges att lönenivåer och arbetsmiljöfrågor har betydelse för möjligheten till rekrytering.

### Centraliserade eller decentraliserade avrop

Flera landsting har, eller är på väg att, centralisera avropen genom att inrätta bemanningsenheter för att få mer kontroll över processen men även för att avlasta vårdcentralerna, det vill säga ett chefsstöd. En sådan tjänst "*finansierar sig själv ganska snabbt*" är en synpunkt som framkommit i flera intervjuer.

### Gemensamma upphandlingar med andra landsting

Fördelen med gemensamma upphandlingar med andra landsting är att det kan generera lägre priser och möjliggöra gemensamma krav. Men det kan också uppstå en konkurrens om hyrläkarna mellan de landsting som upphandlar gemensamt. Vissa leverantörer kanske hellre levererar nära större orter än i glesbygd.

### Försök att begränsa inhyrandet genom centrala beslut

Ett landsting som har prövat att införa restriktivitet i användandet av hyrläkare konstaterade att det har varit svårt att klara detta. Trycket på politikerna att upprätthålla bemanningen och därmed tillgängligheten för medborgarna har blivit för stort, vilket gjort att landstinget inte klarat att hålla fast vid restriktiviteten.

Restriktivitet innebär ofta en låg bemanning av läkare på vårdcentralerna vilket påverkar arbetsmiljö negativt och tillgänglighet för patienterna blir sämre. Flera menar att det istället skulle behövas en nationell samordning.

*"Inhyrda konsulter har sitt värde men primärvård bygger på kontinuitet och kunskap om patienter. Jag ser hur flera läkare efter avslutad AT och ST hamnar i branschen och kommer inte vidare i specialisering."*

## Karensregler för landstingsanställda läkare

De flesta landsting har en karensregel om att den som har jobbat i landstinget inte kan hyras ut till samma landsting inom 6 månader. Däremot kan personen hyras ut till ett annat landsting under sex-månadersperioden. Trots det finns det leverantörer som erbjuder hyrläkare med karenstid.

*"I den kommande upphandlingen har vi ett nytt vite avseende karensregeln. I stort sett alla landsting har en karensregel att den som jobbat i landstinget inte kan hyras ut till samma landsting inom 6 månader. Det har vi också. Ändå ser vi tyvärr att leverantörer som är medvetna om att vi har karensregeln men erbjuder ändå de personerna med  
– Ja vi vet ju att ni har karens men jag har den här personen, vill ni inte ha honom/henne ändå?"*

## Nya sätt att formulera villkor i upphandlingen

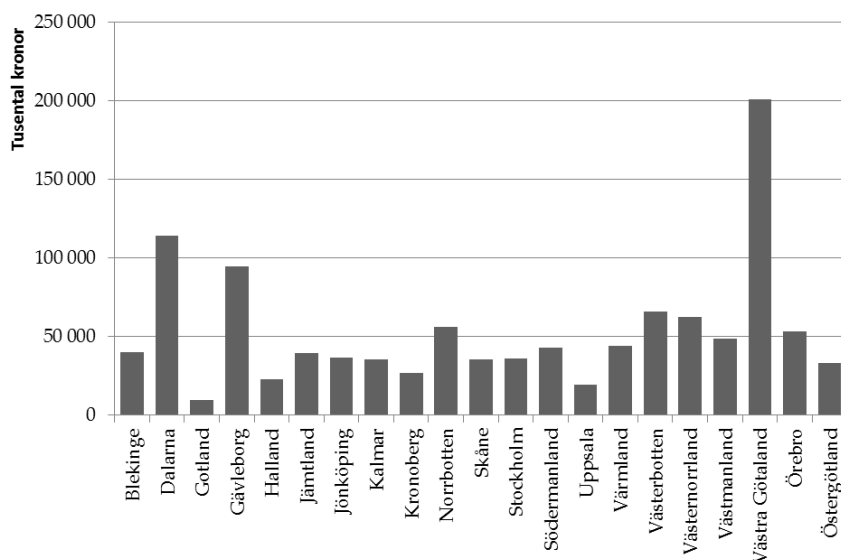
Utifrån problemen med leveransförmågan har några landsting valt att frångå modellen med rangordning. Istället införs ett fast pris, inget tak för antal leverantörer och en avropsmodell där den första leverantören som svarar och uppfyller ställda krav får avropet.



## 4 Landstingen köpte hyrläkare för mer än en miljard kronor 2014

Konkurrensverket har hämtat in uppgifter från landstingens leverantörsreskontror och SKL när det gäller köp av hyrläkare i primärvård för åren 2012–2014. Sammantaget har de köpt för ca 1,2 miljarder kronor under 2014<sup>26</sup>. Trenden är att köpen ökar något över åren.

**Figur 5 Västra Götaland hade högst kostnader för hyrläkare i primärvård år 2014**

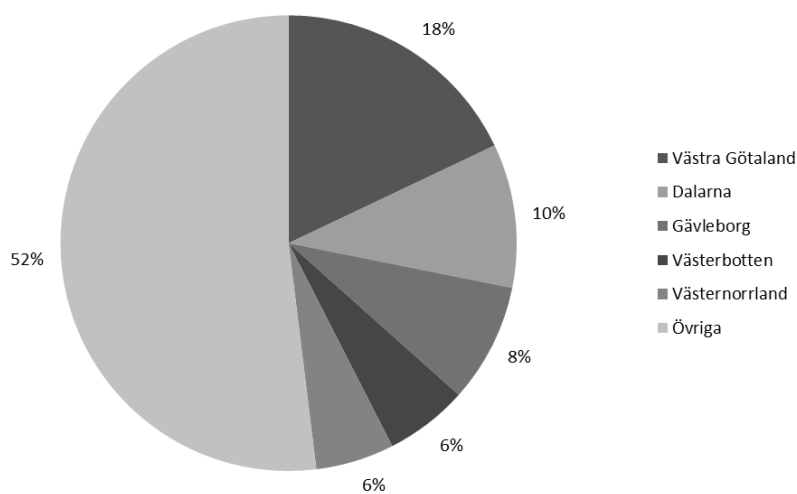


Källa: Konkurrensverket och Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.

<sup>26</sup> Uppgifter om kostnaderna kommer från Konkurrensverkets insamling av data från 19 landsting och från SKL:s sammanställning avseende Jämtland och Kronoberg. Därför blir siffran något högre, 1,2 miljarder kronor, då Jämtland och Kronoberg inte ingick i Konkurrensverkets undersökning. Konkurrensverkets uppgifter från Skåne innefattar enbart inköp från ramavtalsleverantörerna.

Fördelningen av kostnaderna i kronor räknat är förhållandevis ojämn mellan landstingen. De fem landstingen Västra Götaland, Dalarna, Gävleborg, Västerbotten och Västernorrland står för nästan 50 procent av de totala kostnaderna i kronor, se figur 6. I dessa landsting bor 28 procent av landets befolkning.

**Figur 6** Fem landsting hade nära hälften av totala kostnaderna i kronor för hyrläkare år 2014



Källa: Konkurrensverket och SKL<sup>27</sup>, 2015.

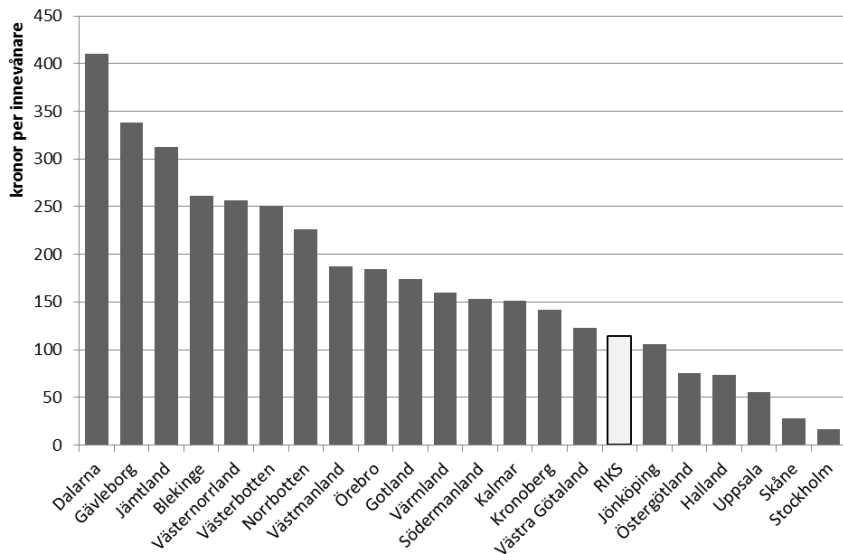
---

<sup>27</sup> Uppgifter om kostnaderna kommer från Konkurrensverkets insamling av data från 19 landsting och från SKL:s sammanställning avseende Jämtland och Kronoberg. Konkurrensverkets uppgifter från Skåne innefattar enbart inköp från ramavtalsleverantörerna.

#### 4.1 Dalarna har högst kostnader per invånare för hyrläkare

Av figur 6 framgick att Västra Götalandsregionen har störst kostnader för hyrläkare. När kostnaderna sätts i relation till antalet invånare blir bilden annorlunda och de regionala skillnaderna är betydande, se figur 7. I relation till befolkningsmängd köper Dalarna mest, följt av Gävleborg och Jämtland. Stockholms läns landsting har lägst kostnader för hyrläkare per invånare. Det finns ett tydligt mönster att användandet av hyrläkare är störst i gleset befolkade län och minst i storstadsregionerna. De län som har högst kostnad/invånare för hyrläkare är (i rangordning) Dalarna, Gävleborg, Jämtland/Härjedalen, Blekinge och Västernorrland. Lägst kostnad per invånare har Stockholm.

**Figur 7 Dalarna hade högst kostnader för hyrläkare per invånare år 2014**



Källa: Konkurrensverket, SKL och SCB<sup>28</sup>, 2015.

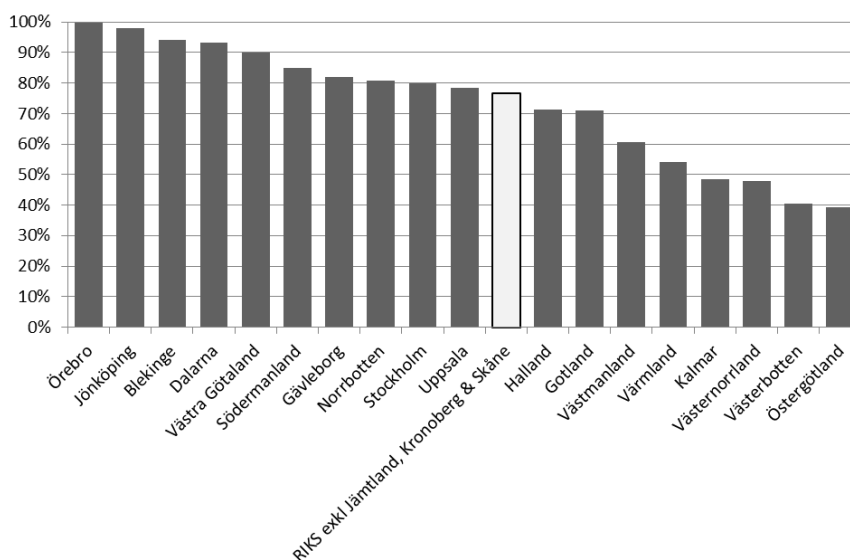
## 4.2 Bara Örebro köpte samtliga hyrläkare inom ramavtal

Vid en jämförelse mellan leverantörsreskontra och tecknade ramavtal kan konstateras att avtalsföljsamheten är högst varierande. Från strax under 40 procent upp till 100 procent av inköpen har gjorts från ramavtalsleverantörer, se figur 8.

<sup>28</sup> Uppgifter om kostnaderna kommer från Konkurrensverkets insamling av data från 19 landsting och från SKL:s sammanställning avseende Kronoberg och Jämtland. Uppgifter om befolkningens mängd har hämtats från SCB:s befolkningsstatistik.

Det material Konkurrensverket fått in ger möjlighet att för 18<sup>29</sup> av landstingen jämföra inköpen i leverantörsreskontran med vilka ramavtalsleverantörer landstinget har. Dessa 18 landsting köpte tillsammans in hyrläkartjänster till primärvården för drygt 1 miljard kronor. Av dessa utgjorde 781 miljoner kronor, eller 77 procent, inköp från ramavtalsleverantörerna.

**Figur 8 Örebro köpte 100 procent inom avtal, år 2014**



Källa: Konkurrensverket, 2015<sup>30</sup>.

<sup>29</sup> Ett av de 19 landsting som lämnat in uppgifter har endast skickat uppgifter om inköp från ramavtalsleverantörerna. Då information saknades om eventuella inköp från andra leverantörer har det landstinget inte räknats med här.

<sup>30</sup> Rikssnittet var 77 procent Här ingår inte Jämtland, Kronoberg och Skåne då det saknas tillräckliga uppgifter för att beräkna hur stor andel av inköpen som gjorts inom ramavtal.

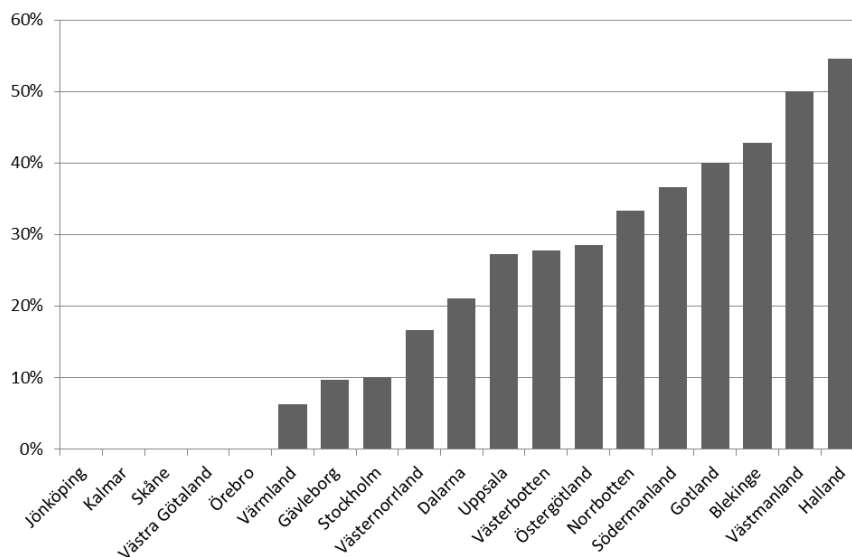
### 4.3 Halland har störst andel ramavtalsleverantörer som inte levererat hyrläkare 2014

Av jämförelsen mellan landstingens leverantörsreskontra och ramavtalen framgår att alla ramavtalsleverantörer inte har fakturerat. Variationen är stor mellan landstingen där vissa landsting har några ramavtalsleverantörer som aldrig levererar medan andra landsting har leverantörer med en leveransandel på mellan 40–50 procent. Se figur 9.

Något samband att de landsting som köper mest hyrläkare också skulle vara de som oftast går utanför ramavtalet och som har flest leverantörer som inte levererar har inte kunnat beläggas här.

I 11 av 14 landsting med rangordning som avropsmodell fanns leverantörer med rangordning 1–3 som inte fakturerat någon gång under år 2014.

**Figur 9** Andelen ramavtalsleverantörer som fakturerat 0 kr år 2014



Källa: Konkurrensverket, 2015.

I intervjuerna med landstingen framkommer en bild av att det är mycket vanligt att leverantörer tackar nej vid avrop och att inköpen antingen sker från leverantörer längre ned på rangordningen eller från leverantörer utanför ramavtalet. Utifrån dessa uppgifter kan figur 9 delvis ses som en bild över leveranssäkerheten.

## 5 Förslag och slutsatser

Landstingen bör fokusera på leveranssäkerhet snarare än pris

Konkurrensverkets kartläggning visar att behovet av hyrläkare inom primärvården ökar och att kostnaderna för inhyrning stiger. Priskonkurrensen mellan leverantörerna är svag. Eftersom bemanningsföretagen inte i första hand konkurrerar med pris utan snarare med leveranssäkerhet, menar Konkurrensverket att enbart sträva efter att få lägsta pris i upphandlingen kommer antagligen inte främja tillgången på allmänläkare. Om priset är för lågt, riskerar landstinget att få färre eller inga leveranser inom ramavtalet.

Direktupphandlingar riskerar att urholka ramavtalens legitimitet

När leverantörer på ramavtalet tackar nej på avrop tvingas landstinget i en del fall gå utanför ramavtalet för att kunna tillförsäkra invånaren vård inom rimlig tid. Förutom att direktupphandlingar av hyrläkare utanför ramavtalet tenderar att bli betydligt dyrare riskerar ramavtalens legitimitet att urholkas.

Att det sker direktupphandlingar utanför ramavtalen behöver inte innebära att upphandlingarna görs i strid med upphandlingsreglerna. Landstingens verkliga problem är snarare bristen på läkare, vilket i första hand är ett strukturellt problem snarare än ett upphandlingsproblem.

En brist att vårdbemanningsföretag inte förfogar över de läkare de förmedlar

Vårdbemanningsföretag förfogar i normalfallet inte över de hyrläkare de förmedlar, vilket är ovanligt i jämförelse med andra



yrkeskategorier bemanningsföretag förmedlar. Även bemanningsföretagen har ibland problem med tillgången på läkare. Detta är ett uttryck för att det finns en brist på allmänläkare. Bristen medför att landstingen och bemanningsföretagen konkurrerar om samma resurs, vilket i sin tur kan bidra till att hyrläkarkostnaderna för landstingen ökar.

#### Vårdbemanningsföretag ska respektera ingångna avtal

Att en del ramavtalade bemanningsföretag, försöker sälja sina tjänster direkt till vårdcentralerna är oacceptabelt i de fall vårdcentralerna inte är avropande enhet. Lika illa är det att företag som inte har ramavtal gör på samma sätt. Konkurrensverket menar att det är viktigt att ramavtalets villkor respekteras.

#### Regeringen behöver göra strukturella reformer för att öka utbudet av allmänspecialister

Konkurrensverkets ursprungliga bedömning att det finns en obalans på marknaden mellan utbud och efterfrågan har stärkts. Marknaden för hyrläkare hittar inte sitt jämnviktsläge. Det kan därför behövas strukturella reformer på nationell nivå för att komma till rätta med obalansen.

Även landstingen bör arbeta för att öka attraktiviteten att specialisera sig inom allmänmedicin och att söka sig till vårdcentraler som har svårt att rekrytera.

#### Hyrstopp är ingen lösning

Att införa hyrstopp, som har prövats vid flera tillfällen genom åren, är inte en lösning utan har snarare förvärrat situationen. Detta eftersom de landstingsanställda läkarnas arbetsbelastning istället ökat i

sådan utsträckning att de i en del landsting avslutat sin anställning och därmed ökar antalet vakanser.

Hyrläkare är en resurs i vården och inte enbart en ekonomisk belastning. De är viktiga för att säkra tillgången på vård i landstinget. Konkurrensverket anser att kostnaderna för hyrläkare bör sättas i relation till de totala personalkostnaderna i landstinget och den medicinska insats som hyrläkarna utför på vårdcentralerna.

### Fler ägarledda vårdcentraler kan minska landstingets behov av hyrläkare

I Konkurrensverkets rapport *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler*, konstaterades att i privata vårdcentraler som är ägarledda och där ägarna själva arbetar i verksamheten är behovet av hyrläkare betydligt mindre och kontinuiteten för patienterna blir därmed högre.<sup>31</sup>

Ett sätt att minska landstingets behov av hyrläkare kan vara att landstinget arbetar med att minska eventuella etableringshinder för privata ägarledda alternativ till egenregi, inklusive att kombinera valfrihetssystemen med lämpliga upphandlingslösningar.

### Följ upp krav i ramavtalen eller ta bort dem

I intervjuerna har det i en del fall framkommit att de leveranskrav och krav på viten som finns i ramavtalen inte tillämpas på det sätt som angetts. Detta innebär att konkurrensen riskerar att snedvridas eftersom leverantörerna haft olika förutsättningar att förutse vilka villkor som kommer att realiseras under avtalsperioden. Det strider

---

<sup>31</sup> Privata vårdcentraler som inte är ägarledda har ungefär samma problem med underskott som landstingsdrivna vårdcentraler, vilket tyder på att dessa har ungefär samma problem att rekrytera hyrläkare.

mot upphandlingsreglernas principer om likabehandling, öppenhet och proportionalitet.

När det gäller skrivningar om leveranskrav och sanktioner i ramavtalet är det av vikt att landstingen noga överväger vilka krav som ska ställas och sedan säkerställer att dessa krav följs upp och att eventuella sanktioner används när brister hos leverantörerna upp-dagas. Konkurrensverket anser att om landstingen gör bedömningen att viten och sanktioner är olämpliga bör det inte heller finnas några sådana villkor i ramavtalen.

#### Utveckla upphandlingarna och förbättra uppföljningen

Landstingens upphandlingar av personal avser ofta flera olika typer av bemanningstjänster inom vården, både läkare och sjuksköterskor med olika specialiseringar. Det är inte möjligt att utifrån CPV-koder få fram någon övergripande bild av landstingens upphandlingar av hyrläkare inom primärvården. En mer enhetlig användning av landstingen av CPV-koder skulle förbättra möjligheterna till en nationell uppföljning av upphandlingar av specifika kompetenser. Konkurrensverket menar att Upphandlingsmyndigheten i samarbete med SKL bör ta fram riktlinjer för vilka CPV-koder som ska användas.

Konkurrensverket har flera gånger påpekat behovet av en tydlig reglering av hur upphandlingar ska annonseras, vilka uppgifter som ska anges i annonserna och hur dessa uppgifter ska samlas in för att kunna användas för uppföljning, statistik och analyser av den offentliga upphandlingen.

I Konkurrensverkets genomgång av leverantörsreskontra kan det för en del landsting konstateras brister avseende uppgifter över vilken specialitet som köpts in och om köpet gjorts inom ramav-

talet. En utveckling av hanteringen av leverantörsreskontra kan enligt Konkurrensverket förbättra landstingens uppföljning och öka kontrollen av kostnader för hyrläkare inom primärvården.

### Välj väg för att öka leveranserna inom ramavtalen

Landstingen har i princip två alternativa vägar när det gäller att få leveranser från ramavtalen. Antingen ett ramavtal med många leverantörer som erbjuder leverera när de har möjlighet, men utan hårda krav att t.ex. erbjuda sig att leverera på varje avropstillfälle. Eller ett ramavtal med tydliga krav på att kunna leverera vid varje avrop vilka följs upp och förenas med sanktioner. Ju högre krav på att kunna leverera vid varje tillfälle, desto färre leverantörer kan antas vara intresserade.

Landstingens erfarenheter tyder på att det är svårt att kombinera dessa två olika alternativa vägar. Det är viktigt att landstingen i upphandlingen är tydliga gentemot leverantörerna med vilken av de två vägarna man har valt och under hela avtalstiden följer upp de krav som ställts. Om inte landstingen gör detta kan det leda till konkurrenssnedvridningar och onödiga kostnader.

## Bilaga 1 Beräkningar

Från Läkarförbundet fick Konkurrensverket tillgång till den parts-gemensamma lönestatistiken för distriktsläkare inom allmänmedicin utan specifik ansvarskod, det vill säga utan lednings- eller funktionsansvar, inom kommunal sektor. Statistiken kommer från SACO:s Lönesök och avser 2014. Uppgifterna om timpriser har hämtats från de ramavtal som samlades in tillsammans med utdragen ur leverantörsreskontran från landstingen.

Att jämföra en distriktsläkares månadslön rakt av med bemaningsföretagens offererade timkostnader för hyrläkare är en orättvis jämförelse då kostnaden för en anställd innehåller betydligt mer än enbart den utbetalda lönen.

### Lönekostnad för allmänspecialister inom primärvården

Eftersom kostnaderna för hyrläkare bör ses som en alternativkostnad till lönekostnaden för att anställa är två viktiga poster att ta hänsyn till arbetsgivaravgifter och avsättningar till tjänstepension. Andra kostnader för anställda som tillkommer är till exempel försäkringar, kompetensutveckling och overheadkostnader.

Eftersom övriga kostnader är svåra att uppskatta har lönekostnaden i den här jämförelsen approximerats med lön plus arbetsgivaravgifter och avsättningar till tjänstepension.

$$\frac{\text{lönekostnad}}{\text{månad}} \approx \text{månadslön} + \text{arbetsgivaravgifter} + \text{avsättning tjänstepension}$$

Uppgift om arbetsgivaravgifternas storlek 2014, se tabell 1, har hämtats från Skatteverkets hemsida och var totalt 31,4 procent.

**Tabell 1      Arbetsgivaravgifter 2014**

	<b>2014</b>
<b>Ålderspensionsavgift</b>	10,21 %
<b>Efterlevandepensionsavgift</b>	1,17 %
<b>Sjukförsäkringsavgift</b>	4,35 %
<b>Föräldraförsäkringsavgift</b>	2,60 %
<b>Arbetsskadeavgift</b>	0,30 %
<b>Arbetsmarknadsavgift</b>	2,91 %
<b>Allmän löneavgift</b>	9,88 %
<b>Summa</b>	<b>31,4 %</b>

Källa: Skatteverket.

För att uppskatta avsättningarna till tjänstepensionen har i denna beräkning använts de avsättningar som föreskrivs enligt AKAP-KL<sup>32</sup>.

- 4,5 procent av den pensionsgrundande lönen < 7,5 inkomstbasbelopp,
- 30 procent av den pensionsgrundande lönen > 7,5 inkomstbasbelopp.

<sup>32</sup> Det pensionsavtal som gäller för anställda födda 1985 eller tidigare heter KAP-KL och innehåller både en avgiftsbestämd och en förmånsbestämd pension. För arbetstagare födda 1986 eller senare gäller ett nytt pensionsavtal, AKAP-KL, som enbart innehåller en avgiftsbestämd pension. År 2014 torde visserligen majoriteten av läkarna med specialisering inom allmänmedicin varit över 28 år. Men eftersom beräkningen av avsättningar för den förmånsbestämda pensionen bland annat är beroende av respektive läkares ålder har denna beräkning utgått från förutsättningarna i AKAP-KL.

Inkomstbasbeloppet för inkomst år 2014 var 56 900 kronor<sup>33</sup>. Det innebär att 2014 var såväl medellönen som medianlönen över 7,5 inkomstbasbelopp och pensionsavgiften blir därmed 2 561 kronor per månad plus 30 procent på lönen över 35 563 kronor per månad.

Därmed kan den uppskattade lönekostnaden per månad beräknas enligt följande formel:

$$\text{månadslön} \times 1,314 + 2\,156 \text{ kr} + 1,3 \times (\text{månadslön} - 35\,365 \text{ kr})$$

Lönestatistiken visade att för hela riket var år 2012 medellönen drygt 71 700 kronor per månad och medianlönen 70 900 kronor per månad. När arbetsgivaravgifter och avsättning till tjänstepension adderas blir lönekostnaden i medeltal drygt 107 600 kronor per månad och mediankostnaden drygt 106 300 kronor per månad.

Tabell 2. Lönekostnad per månad

	Medel	Median
<b>Månadslön</b>	71 700	70 900
<b>Arbetsgivaravgifter</b>	22 514	22 263
<b>Tjänstepensionsavsättning</b>	13 402	13 162
<b>Summa lönekostnad</b>	<b>107 616</b>	<b>106 325</b>

Källa: Konkurrensverket, 2015.

Lönekostnad per timme för allmänspecialister inom landstingen

För att kunna jämföra den uppskattade lönekostnaden med priserna i ramavtalen måste de räknas om till samma enhet. Här har valts kronor per timme.

<sup>33</sup> Källa: [www.skatteverket.se](http://www.skatteverket.se)

För att räkna om månadskostnaderna till timkostnader har antagits att arbetstiden är 40 timmar per vecka och 22 arbetsdagar per månad. Det innebär en arbetstid på 176 timmar per månad och då kan lönekostnaden per timme för medel- och medianlönen beräknas enligt följande.

$$\begin{aligned} & \text{Lönekostnad per timme vid medellön (71 700 kr per månad)} \\ &= \frac{\text{lönekostnad (kr)/månad}}{\text{arbetstimmar (h)/månad}} = \frac{107\,616 \text{ kr/månad}}{176 \text{ h/månad}} = 611 \text{ kr/h} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{Lönekostnad per timme vid medianlön (70 900 kr per månad)} \\ &= \frac{\text{lönekostnad (kr)/månad}}{\text{arbetstimmar (h)/månad}} = \frac{106\,325 \text{ kr/månad}}{176 \text{ h/månad}} = 604 \text{ kr/h} \end{aligned}$$

Som synes blir skillnaderna mellan medellön och medianlön i lönekostnad per timme liten.

### Timkostnaden för hyrläkare inom primärvården

Genom insamlingen av leverantörsreskontra och ramavtal avseende inköp av hyrläkare till primärvården har Konkurrensverket från sju landsting fått tillgång till ramavtalspriserna för samtliga leverantörer, varav ett har fast pris, och från ett landsting finns ramavtalspriset för första och sista leverantören i rangordningen.

I den information som inkommit ligger timpriset för en läkare med specialitet inom allmänmedicin under normal kontorstid i huvudsak mellan ca 900 och ca 1 200 kronor per timme. I ett landsting är det högsta timpriset 1 450 kronor per timme men vid en jämförelse med leverantörsreskontran har den leverantöreren inte fakturerat något under hela avtalsperioden.



## Prisskillnader inom samma ramavtal

Vid jämförelse av priset mellan två leverantörer som i samma ramavtal har priserna närmast varandra<sup>34</sup> är skillnaden dem emellan 0–203 kronor per timme men i 96 procent av fallen ligger skillnaden i intervallet 0–25 kronor per timme. I knappt vart annat fall (46 procent) är skillnaden i pris mellan två leverantörer som i samma ramavtal har priserna närmast varandra endast 0–1 kronor per timme.

Medianen är en skillnad på 2,00 kronor per timme medan medelvärdet är 8,01 kronor per timme. Medelvärdet dras upp avsevärt då ett landsting har en differens mellan den dyraste och näst dyraste leverantören på 203 kronor per timme. I detta fall har dock inga inköp gjorts från leverantören med det dyraste timpriset. Om detta extremvärde exkluderas blir medelvärdet istället 6,45 kronor per timme.

---

<sup>34</sup> I denna jämförelse ingår inte ramavtalet med fast pris.

## Referenser

Bemanningsföretagen, *Bemanningsföretagens kvartalsrapporter Q4*, 2012, 2013, 2014.

Konkurrensverket, *Siffror och fakta om offentlig upphandling*, Rapport 2015:9.

Sveriges Kommuner och Landsting "Köp av verksamhet – kommuner, landsting och regioner 2006–2013.

Vårdanalys, *Ur led är tiden* (2013).

PricewaterhouseCoopers, *Revisionsrapport landstingsanställdas bisysslor, Norrbottens läns landsting*, 2010.

Läkarförbundet, Saco Lönesök, *Distriktsläkare utan specifik ansvarskod, Specialitet Allmänmedicin*, 2014.

Skatteverket, *Arbetsgivaravgifter*,  
<http://www.skatteverket.se/foretagorganisationer/arbetsgivare/socialavgifter/arbetsgivaravgifter>, 2015-09-14.

Skatteverket, *Hur stort är prisbasbeloppet och inkomstbasbeloppet?*,  
<http://www.skatteverket.se/privat/sjalvservice/svarpavanligafragor/beloppprocentsatser/privatbeloppfaq/hurstortarprisbasbeloppetochinkomstbasbeloppet.5.10010ec103545f243e800031.html?q=inkomstbasbelopp>.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Överenskommelse om Avgiftsbestämd Kollektiv-Avtalad Pension (AKAP-KL)*, 2013.

Sveriges Kommuner och Landsting, *KAP-KL Överenskommelse om KollektivAvtalad Pension*, 2005.



I denna rapport beskriver vi upphandlingsmarknaden för hyrläkare i Sverige. Rapporten innehåller en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader för hyrläkare. Rapporten innehåller också Konkurrensverkets kommentarer kring de problem som en del landsting har i samband med upphandling av hyrläkare.



**Adress** 103 85 Stockholm

**Telefon** 08-700 16 00

**Fax** 08-24 55 43

konkurrensverket@kkv.se

[www.konkurrensverket.se](http://www.konkurrensverket.se)