



LUND UNIVERSITY

Är kundval applicerbart i äldreomsorgen?

Edebalk, Per Gunnar; Svensson, Marianne

Published in:
Konkurrensverkets rapportserie 2002:2 (Bilaga 2)

2002

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Edebalk, P. G., & Svensson, M. (2002). Är kundval applicerbart i äldreomsorgen? In *Konkurrensverkets rapportserie 2002:2 (Bilaga 2)* Konkurrensverket. http://www.kkv.se/bestall/pdf/rap_2002-2.pdf

Total number of authors:
2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Bilaga 2 Äldreomsorg och kundval

Per Gunnar Edebalk ¹⁾ och Marianne Svensson ²⁾

1) Socialhögskolan i Lund, Box 23, 221 00 Lund

2) Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE)

Box 2127, 220 02 Lund

Är kundval applicerbart i äldreomsorgen?

1 Bakgrund och syfte

Kundval tillämpas idag i en begränsad del av den svenska äldreomsorgen. Hur många kommuner som har infört eller beslutat om att införa kundval i äldreomsorgen vet man inte exakt. Enligt Svenska Kommunförbundet (2001a) är det för närvarande nio kommuner i Sverige som har beslutat att införa eller har infört någon form av kundval i äldreomsorgen. Dessa kommuner är Huddinge, Järfälla, Sigtuna, Nacka, Danderyd, Trosa, Solna, Strängnäs och Skövde. Till dem kan vi också föra Stockholm stad, Täby och Lunds kommun. En del av kommunerna har haft kundval under många år och har i takt med ökade erfarenheter byggt ut systemen till att gälla allt fler äldreomsorgstjänster.

Motiven att införa kundval kan vara flera (Svenska kommunförbundet, 2001b, Kastberg, 2001). Det grundläggande motivet är att öka vårdtagarnas valfrihet, både vad gäller att välja utförare och till viss del verksamhetens innehåll och inriktning. Ett annat är att kundvalet skall leda till fler aktörer på marknaden och stimulera konkurrensen mellan utförarna. Ett tredje argument är att skapa ett system som bygger på långsiktighet. Till skillnad från entreprenadupphandling ser man kundvalet som ett system som värnar om långsiktig kontinuitet på utförarsidan.

År 2000 genomförde IHE, med stöd från Konkurrensverket, en studie av processeffekter till följd av entreprenad drift inom äldreomsorgen (Svensson & Edebalk, 2001). Studien, som genomfördes tillsammans med Socialhögskolan i Lund, byggde på dels en litteraturstudie, dels en intervjustudie i sex kommuner. Resultaten pekade på att en del av entreprenadavtalen framöver sannolikt kommer att ersättas med s.k. ramavtal med privata vårdgivare.

I korthet innebär ett ramavtal att kommunen upphandlar ett pris på den särskilda boendeenhet som kommer att gälla i händelse av vård. Skillnaden gentemot en anbudsupphandling är att bolaget inte garanteras några vårdtagare. Ramavtal innebär därigenom en större risk för bolaget jämfört med entreprenadavtal. Samtidigt kan deras marknad utökas eftersom bolaget för en och samma enhet kan teckna ramavtal med flera kommuner. Som motiv till utvecklingen nämndes i intervjuerna bl.a. att entreprenadavtalen inte ger entreprenörerna möjlighet att utveckla verksamheten i ett långsiktigt perspektiv. Det gäller utvecklingen av t.ex. arbetsmetoder, personalens kompetens och arbetsmiljö utifrån bolagets egen verksamhetsidé.

Genom långsiktighet kan man skapa kontinuitet, inte minst gentemot vårdtagarna, vilket har ett kvalitativt värde för dem. I takt med att likheterna mellan utförarna avseende pris och arbetsmetoder blivit stora såg man andra faktorer som viktiga konkurrensmedel framöver, t.ex. arbetsmiljö. Bolagen kanske inriktar sig på vissa vårdformer där man bedömer att kommunernas utbud är begränsat. Ett annat motiv som talar för utvecklingen mot ramavtal är att framtida vårdtagare sannolikt kommer att kräva större inflytande och valfrihet jämfört med dagens vårdtagare. Kundvalsmodeller sågs här som ett alternativ. Även Svenska Kommunförbundet gjorde samma bedömning vid denna tidpunkt (Kommunförbundet, 1999).

1990-talets strukturförändringar med ökat inslag av alternativa driftsformer är sannolikt inne i en ny fas där entreprenadavtalen sannolikt till viss del ersätts med ramavtal. Diskussionen om privat och offentligt i det svenska välfärdssystemet har förts på många håll, inte bara vad gäller produktionen av tjänster utan också dess finansiering (Söderström, m.fl., 2001, Westerberg, 2000, Grip & Örtendahl, 2000, Kommunal, 2001). Samtidigt tycks diskussionen om kundval ha accentuerats i kommunerna. Erfarenheterna, både internationellt och nationellt, är dock begränsade beträffande kundvalssystemens effekter i äldreomsorgen.

År 1996 genomfördes en utvärdering av kundvalssystemet i Danderyds kommun. Den visade bl.a. att hemtjänsttagare i huvudsak valde den utförare som vårdtagaren hade hjälp av innan systemet infördes (Utredarhuset, 1996). Det innebär att flertalet av vårdtagarna har valt det kommunala alternativet. Vid utvärderingstillfället tre år efter start, fanns det sju auktoriserade privata bolag,

men det var endast två av dem som anlätades av hemtjänsttagarna. Endast en mindre del av vårdtagarna som anlitat privat utförare använde sig av systemet med checkar, dvs. att vårdtagaren genom rekommenderat brev erhåller en check för att därefter betala utförelsen. Systemet upplevdes som krångligt, varför socialnämnden beslutade att betalningen kunde ske direkt mellan kommunen och företaget. I utredningen påtalades att kommunen, trots förhållandevis stora informationsinsatser, hade haft svårt att nå ut med information till berörda vårdtagare. Samtidigt påpekades att kommunen i sin roll som både biståndsbedömare och producent hade ett informationsövertag gentemot vårdtagarna.

Vårt huvudsakliga syfte med denna studie är att diskutera kundvalsmodellens möjligheter och svårigheter i svensk äldreomsorg utifrån de förutsättningar som kan förknippas med kundval och kvasimarknader. Med äldreomsorg avses den vård och omsorg som enligt socialtjänstlagen är en primärkommunal angelägenhet. Studien, som bygger på en litteraturgenomgång, har gjorts på uppdrag av Konkurrensverket. I brist på utvärderingar av systemen har kommuners eget utredningsmaterial inför nämndbesluten om kundval legat som underlag för diskussionen.

2 Kvasimarknader och kundval

En s.k. kvasimarknad är en marknad med både offentliga och privata inslag. Ordet kvasi är synonymt med orden sken och oäkta och används för att betona att verksamheter inom en kvasimarknad verkar under andra förutsättningar än på den fria marknaden. Begreppet kvasimarknad används ofta för att beskriva den organisationsform som införts i den sociala sektorn i Storbritannien under 1990-talet. Storbritannien var förhållandevis tidigt ute att introducera marknadsliknade inslag i bl.a. primärvård och äldreomsorg. Motiven bakom reformerna var flera, inte minst ideologiska. Som på många håll i Europa befarande man finansiella svårigheter på grund av ett framtida ökat vårdbehov i takt med att andelen äldre ökade. En marknadsanpassning av välfärdstjänsterna sågs som ett alternativ för att uppnå ökad effektivitet i produktionen och stärka brukarnas inflytande över verksamheten.

Det finns en omfattande litteratur som beskriver och analyserar de marknadsmässiga reformerna i Storbritannien (se t.ex. Le Grand & Bartlett, 1993, Bartlett m.fl., 1994, Glennerster & Le Grand, 1995, Wistow m.fl., 1996, Bartlett m.fl., 1998). En central målsättning

med reformerna var att gå från en utbudsstyrd till en mer beställarstyrd verksamhet där den enskilde vårdtagaren skulle ges större inflytande (Bartlett m.fl., 1994). En annan var att uppmuntra en struktur som hade mer marknadsmässiga inslag. Kommunerna skulle minska sin roll som utförare och istället beställa vård och omsorg av oberoende utförare.

Anledningen till att separera beställaren från utföraren var inte enbart att öka träffsäkerheten i vården, dvs. att utbudet av vård och omsorg anpassades efter vårdtagarnas behov, utan också att skapa förutsättningar för konkurrens mellan utförare. Konkurrensen förväntades öka såväl kostnadseffektiviteten som valfriheten i äldreomsorgen. Denna decentraliserade marknadlikande konkurrenssituation kännetecknar den kvasimarknad som växte fram i Storbritannien (Glennerster & Le Grand, 1995, Bartlett m.fl., 1998).

Även i Sverige har det skett en marknadsanpassning av äldreomsorgen (SOU 2000:38). Det förändringsarbete som inleddes i början av 1990-talet utgick både från ett konsument- och ett producentperspektiv (Ds 1992:108). Målsättningen var att konsumenten skulle ges möjlighet att välja mellan olika utförare samtidigt som det skulle finnas både privata och offentliga producenter. Från politiskt håll eftersträvades en ökad kundanpassning och en större mångfald i vård och omsorg och genom konkurrens (såväl intern som extern) skulle den offentliga produktionen utvecklas och effektiviseras. Med en allt mer ansträngd ekonomi i kommunerna sökte staten olika lösningar för att förbättra de förtroendevaldas möjligheter att styra och leda verksamheten (SOU 1993:90).

Under 1980-talet växte en ny politikerroll fram. De förtroendevalda skulle lägga fast målen för verksamheten, medan förvaltningarna skulle välja metoder och arbetsformer för att nå målen. Under 1980-talets senare hälft pågick i Sverige det s.k. frikommunförsöket som gav deltagande kommuner fria händer att anpassa sin organisation till lokala förhållanden för att åstadkomma samordning och effektivitet i den kommunala sektorn (SOU 1993:90). Erfarenheterna från försöket kom att påverka beslutet om en fri nämndorganisation i 1991 års kommunallag. Genom förändringar i kommunallag och socialtjänstlag fick kommunerna möjlighet att förändra sin nämndorganisation och införa alternativa driftsformer.

Under 1990-talet vidgades det kommunala ansvaret på många sätt. Verksamhetsgränser flyttades mellan landsting och kommun genom

t.ex. ädel- och psykiatrireformerna. Staten frånsade sig ett centralt styrmedel genom att flertalet specialdestinerade statsbidrag ersattes med ett generellt, vilket låg i linje med förändring av kommunallag och decentralisering av huvudmannaskap (SOU 2001:52). Dessa ändrade förutsättningar resulterade i en rad nya produktions- och styrformer i den kommunala äldreomsorgen. Verksamheten orienterades allt mer efter marknadsliknande villkor för att göra den mer kundorienterad (Ds 1993:27).

Offentlig verksamhet kan innehålla både privata och offentliga inslag. Blandformer brukar beskrivas utifrån två dimensioner: produktion och finansiering (Rehnberg & Garpenby, 1995, Söderström m.fl., 2001). Med offentlig finansiering menas alla typer av kollektiv finansiering t.ex. finansiering via skatter eller obligatoriska försäkringspremier. En direkt betalning vid ett vårdtillfälle eller en inbetalning till en privat frivillig försäkring är exempel på privat finansiering. Äldreomsorgen finansieras både via skatter och egenavgifter i händelse av vård.

På samma sätt verkar offentliga och privata driftsformer parallellt inom äldreomsorgen idag. I en kommun kan t.ex. både hemtjänstdistrikt som drivs som resultatenheter och hemtjänstdistrikt på entreprenad förekomma samtidigt. En resultatenhet är en alternativ produktionsform i egenregi, dvs. en driftsform med både offentlig produktion och finansiering, medan en entreprenad är en driftsform där verksamheten produceras privat men på uppdrag av en offentlig finansär.

Den marknadsanpassning som skett i svensk äldreomsorg, och också i Storbritannien, berör främst produktionen och inte själva finansieringen. Denna marknadsanpassning behöver dock inte innebära att de privata inslagen eller att konkurrensen i verksamheten ökar. Införandet av resultatenheter kan ses som ett exempel på detta. En resultatenhet är en lokalt avgränsad enhet med självständigt budget- och resultatansvar och dessa kan vara mer eller mindre marknadsmässiga till sin karaktär. Enheten kan t.ex. finansieras med anslag eller mer marknadsmässigt efter prestation enligt en prislista.

Entreprenaddrift förutsätter däremot att en konkurrenssituation existerar vid upphandlingstillfället. Anbudskonkurrens ställer krav på att det finns ett flertal bolag på marknaden och att nya bolag kan tillkomma (Svensson & Edebalk, 2001). Om man inte når en

konkurrenssituation kan en dominant utförare utnyttja sin monopolställning för att höja priset, eller sänka kvaliteten. Utan ett konkurrenshot finns risk att utföraren inte tillgodoser vårdtagarens eller beställarens önskemål.

Dessa exempel visar att med nya produktionsformer införs nya former för själva styrningen av produktionen, t.ex. genom prestationsbaserade ersättningar eller intern/extern konkurrens. Införandet av beställar- och utförarsystem är ett annat exempel på styrmedel som kan gälla oavsett om produktionen sker i privat eller offentlig regi.

Konsumtionen i dagens äldreomsorg är i huvudsak offentlig. Genom politiska beslut, som grundar sig på de äldres behov, kommunalekonomiska ramar och ideologiska målsättningar, bestäms vilka tjänster som skall produceras och omfattningen av dessa. Genom de förtroendevalda ställer konsumenterna indirekt krav på verksamhetens innehåll och kvalitet. Konsumtionen regleras både genom nationella lagar och kommunala beslut för att säkra att verksamheten uppfyller olika mål om t.ex. tillgänglighet och kvalitet. Utgångspunkten är att vi har en solidarisk finansiering för att kunna tillgodose behoven bland äldre medborgare - behov som inte nödvändigtvis behöver sammanfalla med efterfrågan på äldreomsorg.

Kundval kan ses som ett led att utöka det privata inslaget i konsumtionen (Söderström m.fl. 2001). Genom kundval överlåter politikerna styrningen av produktionen till medborgarna som genom sina ”köp” av service och omvårdnad styr omfattningen och fördelningen av produktionen mellan olika utförare. Efter en bedömning av den enskildes behov får han/hon en s.k. voucher. Vouchern är en form av ett värdebevis och kallas ibland för ”check” eller ”peng”. Vouchern är emellertid inte en check i verklig bemärkelse utan ett bevis för att den valde producenten berättigas till offentlig finansiering. Vem som skall utföra tjänsten får den äldre fritt (dock inom vissa gränser) välja själv.

Rent principiellt behöver inte ett kundvalssystem innebära att det finns en stor andel privat produktion. Däremot förutsätter kundvalsmodeller att det finns en marknad för tjänster med t.ex. olika inriktning. Kundval skall därför betraktas som en form av marknadsanpassning av både konsumtion och produktion medan entreprenadupphandling, som nämndes tidigare, endast är en form av marknadsanpassning av produktionen.

3 Principer för kundval

Den svenska äldreomsorgen finansieras idag via skatter och avgifter, där skatten är den klart dominerande finansieringskällan. Detta innebär att äldreomsorg är en subventionerad verksamhet för de vårdtagare som berörs av tjänsten. I viss utsträckning varierar subventioneringsgraden mellan olika vårdtagare, eftersom egenavgifterna oftast är differentierade efter den enskildes inkomst.

Rent principiellt skulle man kunna tänka sig att låta subventionen tillfalla vårdtagarna direkt i form av en voucher, dvs. en ”öronmärkt peng” för vilken vårdtagaren kan köpa olika omsorgstjänster på en marknad. Tanken är att valfriheten ökar för den äldre och vårdtagarens val styrs av hans/hennes egna preferenser (önskemål). Genom dessa val får producenterna sådan information som på sikt kan främja vad man brukar kalla ett effektivt resursutnyttjande, dvs. en sammansättning av resurser som ger största möjliga välfärd.

En kommun har i princip fyra olika metoder att fördela själva subventionsmedlen till de äldre vårdtagarna (Ds Fi 1985:11). Detta kan ske genom en:

- inkomstförstärkning,
- direkt tilldelning,
- subventionerad avgift och
- voucher i kombinationer med icke-subventionerad avgift.

Låt oss börja med att studera ett enkelt fall med fördelning av en specifik äldreomsorgstjänst för en konsument. Kommunen antas ha som mål att en viss nivå av tjänsten skall nås för denna person. Med en inkomstförstärkning utgår subventionsdelen som ett bidrag. Genom att förstärka den enskildes inkomst ger man individen förutsättningar att inte bara konsumera den aktuella äldreomsorgstjänsten utan också mer av andra tjänster vid sidan om denna. Detta innebär att kommunens möjligheter att styra konsumtionen uteblir. För att kommunen skall nå sitt mål (t.ex. en viss nivå hemtjänst) krävs en inkomstförstärkning som motsvarar ett högre belopp jämfört med ett system med t.ex. direkt tilldelning. Direkt tilldelning innebär att den önskade kvantiteten av tjänsten tilldelas den äldre.

Direkt tilldelning är således en form av paternalistisk detaljstyrning, både avseende mängden insatser och vilken producent som är aktuell. Till skillnad från en inkomstförstärkning blir därmed precisionen i styrningen högre vid direkt tilldelning. Om vi håller oss till en specifik tjänst, som utförs av en specifik producent sammanfaller vouchermetoden i praktiken med direkt tilldelning. Givet priset på tjänsten kan exakt samma kvantitet nås med ett vouchervärde som svarar mot pris multiplicerat med kvantitet.

Tänker vi oss en modell med subventionerad avgift, men fortfarande en tjänst och en producent, skulle det i princip kunna bli än billigare för kommunen jämfört med ovanstående alternativ. Anledningen är att kommunen med förhållandevis god precision kan anpassa subventionen efter individens individuella förutsättningar (t.ex. inkomst och behov) och på så sätt styra honom/henne att konsumera en viss nivå av tjänsten.

Låt oss nu i stället anta att vi har flera äldre, som kan välja mellan olika tjänster och producenter. Det är i detta, mer realistiska, perspektiv som en vouchermodell kan bli fördelaktig. Med en voucher får vårdtagaren en möjlighet att utifrån sina egna preferenser välja kvantitet och kvalitet. Edebalk och Petersson (Ds Fi 1985:11) kallar detta ”styrning genom valfrihet”. Detta skall jämföras med direkt tilldelning eller subventionerade avgifter där vi inte vet de enskildas preferenser.

Allmänt sett kan sägas att ju mer komplicerad bilden blir (många äldre, många tjänster och många producenter) desto dyrare blir informations- och administrationskostnaderna med dessa båda tilldelningssystem. En inkomstförstärkning beaktar i och för sig den enskildes önskemål, men som tidigare påpekats sprids inkomstförstärkningen på flera nyttigheter, medan vouchern innebär en styrning mot vissa tjänster. Som påpekades i föregående kapitel är vouchermodeller (kundval) ett styrsystem där styrningen av produktionen överläts till konsumenterna. Hur styrande vouchern är beror i sin tur på hur den konstrueras.

Låt oss t.ex. anta att var och en av vårdtagarna tilldelas samma vouchervärde, givet sitt behov. Det innebär att vissa vårdtagare får en högre betalningsförmåga än andra och kan med hjälp av vouchern köpa en högre kvantitet än vad kanske vouchern egentligen avsåg att räcka till. Att tillåta ”extra köp” kan därför ge ett segregationsproblem, eftersom höginkomsttagare får en än högre

betalningsförmåga och därigenom kan köpa en högre kvantitet (eller kvalitet) av tjänsten jämfört med en låginkomsttagare. När efterfrågan på tjänsten ökar, och en fri marknad gäller, höjer producenten sannolikt priset på tjänsten. Prishöjningen kan i sin tur innebära att ekonomiskt svaga grupper av vouchermottagare trängs undan. En sådan prisanpassning kan knappast tillåtas i äldreomsorgen. Om vi utgår ifrån att priset på tjänsten måste vara fixerat, blir andra ransoneringsstrategier aktuella, t.ex. ett kösystem.

En möjlighet är att inkomstrelatera vouchervärdet. De med höga inkomster får ett lägre vouchervärde jämfört med dem med låga inkomster. Detta kan ske på olika sätt, t.ex. att bestämma värdet efter den enskildes inkomst eller att göra vouchern beskattningsbar. Jämfört med en inkomstrelaterad voucher blir enhetsvouchern dyrare för kommunen. Å andra sidan förstärks den s.k. margineffekten (dvs. summan av den skattechöjning, bidragsminskning och avgiftshöjning som följer av en inkomstökning) av ett inkomstrelaterat system. Vid höga margineffekter ökar t.ex. incitamenten för den enskilde att visa på lägre inkomster, eftersom vouchervärdet styrs av inkomsten. En alternativ metod är att prissätta vouchern. Det pris, som vårdtagaren skall betala, kan då ses som en form av "självrisk" eller ransoneringsinstrument för att hämma överefterfrågan. Priset i sig kan av fördelningspolitiska skäl vara inkomstrelaterat. Effekter härav blir desamma som om vouchern är inkomstrelaterad.

Man tänka sig olika utformningar av en äldreomsorgsvoucher. Den "öronmärkta peng" som den äldre tilldelas kan motsvaras av ett:

- visst belopp (check eller konto),³⁶⁵
- antal timmar,
- antal sysslor eller
- en kombination av dessa.

Beroende på voucherns utformning blir valfriheten mer eller mindre inskränkt (Queisser, 2001). Utgångspunkten för resonemangen nedan är att en biståndsbedömning har gjorts och att den enskilde utifrån sitt behov tilldelats en voucher. Med en check kan den

³⁶⁵ Skillnaden mellan check eller konto rör transaktionen mellan kommun och utförare och behandlas inte närmare här.

enskilde välja att kontakta de producenter som på något sätt auktoriserats av kommunen. Hur checken utformas kommer att styra den enskildes möjligheter att välja. Om checken motsvarar ett visst belopp är det upp till den enskilde att bestämma dels utförare, dels vad som skall utföras och mängden insatser. Om vouchern uttrycks i antal hemtjänsttimmar är omfattningen bestämd, men den enskilde har fortfarande möjlighet att bestämma utförare och att tillsammans med utföraren bestämma vilka sysslor som skall göras inom den angivna tiden. I det sistnämnda fallet av checksystem, begränsas den enskildes valfrihet till att endast gälla valet av producent. Vilka sysslor som skall utföras framgår av checken.

Sammanfattningsvis skall noteras att idén med ett vouchersystem i äldreomsorgen är att den äldre förväntas med hjälp av sin voucher ”köpa” tjänster från den producent som han/hon värdesätter högst. Givet personens funktionsnivå, hans/hennes budgetram och priset på tjänsten, är det den äldres preferenser som styr hur mycket som köps och till vilken kvalitet. Valet ger i sin tur information om hur resurserna bör fördelas, vilket antas främja ett effektivt resursutnyttjande.

Voucheridén förutsätter att de äldres val återspeglas av rationella bedömningar av de tjänster och producenter som erbjuds. För personen ifråga måste det klart framgå vilka valmöjligheter man har och vilka konsekvenser valet kan få. Detta ställer i sin tur krav på informationen om tjänsterna: att den är innehållsrik, mångsidig, lättförståelig och tillförlitlig. Vissa äldre kan på grund av sin hälsa vara beroende av ett personligt ombud som kan tillvarata den enskildes intressen och följa den enskildes situation och övervaka att det sker en kontinuerlig anpassning av insatserna i förhållande till behovet. Utifrån den internationella litteraturen (se t.ex. Lewis & Glennerster, 1997) kan man urskilja åtminstone tre olika modeller av system med s.k. case-managers; 1) biståndshandläggare eller ”husläkare”, 2) ”advokat” eller 3) ”mäklare”.

Som mäklare är ombudets roll att förmedla de platser/tjänster som finns att tillgå. Som advokat verkar ombudet som den enskildes advokat i förhandlingar gentemot myndighet och vårdgivare. I det förstnämnda fallet, biståndshandläggare eller husläkare, blir ombudets roll att tillgodose den enskildes vårdbehov och öka träffsäkerheten i vårdplaneringen. Vilken modell som används beror i stor utsträckning på hur vårdsystemen är uppbyggda.

4 Exempel på utformningar

För att knyta an till de resonemang som fördes i de två tidigare kapitlen redovisas i detta kapitel några exempel på utformningar av kundvalssystem. Redovisningen har ingen ambition av att vara komplett vad gäller olika kundvalssystem som idag har införts eller planeras att införas i Sverige. Underlagen för redovisningen av de olika systemen har till övervägande del hämtats ur de utredningar som legat till grund för nämndbesluten. Det material vi har haft tillgång till framgår av referenslistan. I vissa avsnitt beskrivs olika delar i de äldrevårdsförsäkringar som i dag finns i bl.a. Tyskland och Japan för att belysa alternativa modeller till de vi ser i Sverige idag.

4.1 Voucherns omfattning

Kundvalssystemens omfattning varierar mellan de kommuner som idag har kundval i äldreomsorgen eller som planerar att införa detta. En sammanfattande bedömning är att kundvalet i äldreomsorgen vanligtvis införs i etapper på så sätt att kundvalet till en början omfattar delar av äldreomsorgen, t.ex. serviceinsatser inom hemtjänsten, för att därefter utökas i takt med att kommunens erfarenheter ökar.

Sigtuna kommun exempelvis har idag kundval vad gäller s.k. serviceinsatser såsom städning, tvätt, inköp av dagligvaror och post/bankärenden. Från och med årskiftet 2001/2002 kommer kundvalet att även innefatta personlig omvårdnad i hemmet. I t.ex. Lund, där man nyligen har beslutat att införa kundval i hemtjänsten, inryms både omvårdnad och serviceinsatser i kundvalet. Även kundvalet i Stockholm avser hemtjänst i ordinärt boende. Motsvarande omfattning gäller i Järfälla där kundvalet startade i september år 2001. I Nacka infördes, utöver kundval i hemtjänsten, kundval i särskilt boende i januari 2001. Ett motsvarande system skall införas i Danderyd och Täby under kommande år. Dessa kommuner har haft kundval inom hemtjänsten under stora delar av 1990-talet. Stockholm fortsätter arbetet att utreda möjligheterna att införa kundval i särskilt boende.

I Tyskland infördes i mitten av 1990-talet en äldrevårdsförsäkring (Edebalk & Svensson, 2000). Försäkringen gäller i första hand hemsjukvård och personlig omvårdnad i den enskildes hem eller särskilt boende. Hemtjänst täcks endast av försäkringen om insat-

serna kombineras med hemsjukvård eller omvårdnad. Även Japan har infört en äldrevårdsförsäkring, men till skillnad från den tyska inkluderas även hemtjänstinsatser i försäkringen (Edebalk & Svensson, 2000).

I Israel har det funnits en äldrevårdsförsäkring för service och omvårdnad i ordinärt boende sedan 1988 (Lowenstein, 2000).

I Valencia, Spanien, finns sedan fem år tillbaka s.k. sjukhemsvou-chers (Tortosa & Granell, 2000). Personer som är 60 år eller äldre och är i behov av en sjukhemsplats, men som inte själva har ekonomiska förutsättningar att betala vården, är berättigad till en sjukhemsvoucher. Även korttidsvård på sjukhem inkluderas i voucher-systemet.

4.2 Tilläggstjänster

I de svenska kundvalsmodellerna finns exempel på system där utförare har rätt att erbjuda s.k. tilläggstjänster (se t.ex. Stockholm). En tilläggstjänst kan dels vara en tjänst som ingår i biståndsbeslutet men som vårdtagaren vill utöka på något sett (t.ex. hur ofta tjänsten utförs), dels tjänster som inte ingår i biståndsbeslutet.

Tilläggstjänsterna baseras på en överenskommelse mellan vårdtagaren och utföraren och betalas av vårdtagaren själv. Att beställa tilläggstjänster är frivilligt och bara för att den äldre väljer en viss utförare har han/hon ingen skyldighet att teckna sig för några ytterligare tjänster.

4.3 Att bestämma vouchervärdet

Värdet på vouchern bestäms utifrån dels den äldres vårdbehov, dels beräknade kostnader för de resurser som tas i anspråk för att tillgodose behoven. Vi återkommer till det sistnämnda.

Det behovsbedömningssystem som används i Nacka för personer som är aktuella för plats i särskilt boende kan exemplifiera hur ett system kan utformas i Sverige. Bedömningen utgår från personens fysiska status, demensstatus, psykiska status samt medicinska insatser. Det mätinstrument som används framgår av tabell 4.1. Vårdtyngdsmätningen genomförs av socialtjänstens biståndsbedömare. Inom en tremånadersperiod efter inflyttning till särskilt boende genomförs en revidering av bedömningen tillsammans med den personal som omger vårdtagaren. Individens vårdbehov poängsätts

till maximalt 24 poäng. Vårdbehovet grupperas därefter i åtta olika vårdnivåer som kopplas till ersättningen (se avsnitt 4.4 nedan)

Tabell 4.1 Metod för vårdbehovsmätning, exempel från Nacka kommun

Fysisk status (Katz)	Bergerskalan
<i>Badning</i>	0
Får ingen hjälp eller övervakning	Mentalt klar
Får tvätt hjälp med ryggen	
Får hjälp att ta sig till tvättplats eller vatten framburet	
<i>På- och avklädning</i>	I
Får ingen hjälp eller övervakning	Har vissa minnessvårigheter
Får hjälp att knyta skor	
Får hjälp att hämta kläder eller med på- och avklädning	
<i>Toalettbesök</i>	II
Får ingen hjälp eller övervakning	Något rumligt desorienterad. Förlägger föremål. Kan gå vilse. Har svårt att hitta ord.
Får hjälp att ta sig till toaletten	
Får hjälp eller övervakning, kan inte ta sig till toaletten	
<i>Förflyttning</i>	III
Får ingen hjälp eller övervakning	Behöver vägledning och råd för att klara vardagsaktiviteter.
Får hjälp av annan person	
Sängbunden	

<p><i>Kontinens</i></p> <p>Kontinent; Hinner inte till toaletten</p> <p>Inkontinent; Får ständigt tillsyn eller hjälp av annan</p> <p><i>Födointag</i></p> <p>Får själv in maten i munnen och sväljer</p> <p>Får hjälp att skära kött, öppna matförpackningar</p> <p>Får hjälp att få in maten i munnen eller sondmatas</p>	<p>IV</p> <p>Kan inte handla utifrån enbart muntliga instruktioner. Desorienterad i tid och rum</p> <p>V</p> <p>Kan inte kommunicera begripligt med ord. Har påtagliga minnesluckor</p> <p>VI Är neurologiskt utslagen. Behöver beröringsstimulans för att reagera.</p>
<p>Psyisk status</p>	<p>Medicinska insatser</p>
<p>0 Ingen särskilt psyksikt omvårdnad</p> <p>1 Allmänt inriktade insatser</p> <p>2 Kräver individuellt riktat bemötande och omvårdnad</p>	<p>1 Ingen särskild medicinsk omvårdnad</p> <p>2 Lättare medicinsk omvårdnad (kan delegeras till undersköterska/vårdbiträde)</p> <p>3 Kvalificerad medicinsk omvårdnad (kan endast utföras av sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut.</p>

3	Vandrande. Rymningsbenägen	4	Högkvalificerad medicinsk/ teknisk omvårdnad (kan endast utföras av sjuksköterska)
4	Verbalt aggressiv		
5	Fysiskt aggressivt beteende		
6	Socialt avvikande beteende		
7	Motsätter sig vård		

Källa: Nacka Kommun (2000)

I Danderyd och Täby inkluderas i stort sett samma parametrar i behovsbedömningen som i Nacka kommun. Parametern psykisk status bedöms däremot inte. Poängsättningen skiljer också jämfört med systemet i Nacka. Vårdbehovet grupperas i tre nivåer som tar sin utgångspunkt i den enskildes hjälpbehov enligt Katz- index. Varje vårdnivå motsvarar en ersättningsnivå. Förekommer omvårdnadsbehov till följd av mental åldersförändring (demens) erhålls ett generellt tillägg.

I den tyska äldrevårdsförsäkringen klassificeras den enskilde försäkringstagarens vårdbehov i tre nivåer. En läkare bedömer den enskildes medicinska behov och avgör om ersättning till försäkringstagaren är aktuell eller ej och i så fall vilken vårdnivå som personen tillhör. I mångt och mycket ersätter försäkringen omvårdnadsinsatser vilket till viss del förklarar varför läkares uttåtande väger tungt i bedömningen. Systemet har dock mötts av kritik, inte minst mot bakgrund av att den äldres kognitiva förmåga inte bedöms.

I den japanska motsvarigheten till Tysklands äldrevårdsförsäkring utgår man från en bredare definition av behovet; såväl fysisk som kognitiv förmåga samt medicinska och sociala behov bedöms. Behovsbedömningen genomförs av ett team med både social och medicinsk kompetens. Totalt görs bedömningen utifrån 85 variabler som grupperas i sex olika vårdnivåer. I Israel gör en distriktssköterska en första bedömning av den enskildes vårdbehov för att se om ersättning från försäkringen skall utgå. Därefter genomförs

en vårdplanering av ett lokalt team med socialarbetare och sjuksköterska (Lowenstein, 2000).

4.4 Ersättningsnivå

Ersättningen till utförarna kan bestå av dels det belopp som producenten garanteras via vouchern, dels avgifter från den enskilde. I de svenska kundvals-systemen betalar den enskilde vårdtagaren en avgift för att få tillgång till vouchern. Egenavgiften betalas till kommunen och är oberoende av voucherns värde. Avgiftsnivån beror istället på den enskildes inkomst och följer socialtjänstlagens föreskrifter om ett ekonomiskt förbehållsbelopp. Kundvals-systemet i sig innebär därmed inte att egenavgifterna i äldreomsorgen förändras. Avgifterna styrande effekt, dvs. att vårdtagaren väger in avgifterna i sitt val av tjänster, är densamma som tidigare och oberoende av kundvals-systemet.

I tabell 4.2 redovisas de ersättningsnivåer som producenter i Nacka kommun får för insatser i särskilt boende via vouchern. Ersättningen bygger dels på en framräknad kostnad för basbemanningen på enheten, dels den kostnadsförändring som uppkommer till följd av ökat vårdbehov hos vårdtagaren. Ersättning inkluderar både personalkostnader, lokalkostnader samt övriga omkostnader. Till skillnad från Nacka inkluderar ”äldrepenge” i Täby och Danderyd inte kostnader för lokaler eller inventarier. Ersättning för inventarier utgår däremot till vårdgivaren med 18 kr per boende och dygn samt för lokalkostnad för gemensamhetsutrymmen till fastighetsägare i privat regi. Ersättningen utgår också från färre vårdnivåer och föreligger ett ökat vårdbehov till följd av demens ges ett generellt tillägg till utföraren.

Tabell 4.2 Vårdbehov grupperat efter ersättningsnivå i Nacka kommun, särskilt boende, 2001 års priser

Checkgrupp	1	2	3	4	5	6	7	8
Vårdbehov – poäng	1-6	7-8	9-10	11-14	15-16	17-19	20-21	22-
Kronor/dygn	666	750	857	965	1 050	1 128	1 255	1 400

Källa: Nacka kommun (2000)

Stockholms stad avvaktar med att införa ett kundvals-system för särskilt boende på grund av svårigheten att bestämma voucher-

värdet. Att utgå från nuvarande ersättningsnivåer till äldreboende i Stockholms olika stadsdelar är inte aktuellt. Både ersättningsmodeller och vilka kostnader som skall täckas av ersättningen varierar mellan de olika stadsdelarna. Prisbilden inom en typ av boendeform t.ex. gruppboende för dementa, kan variera mer än skillnaderna mellan olika typer av boendeformer, t.ex. sjukhem och gruppboende. Enligt Stockholm Stad påverkas ersättningsnivån av om verksamheterna har upphandlats och om detta har skett nyligen eller för ett par år sedan.

Nacka kommun har sedan januari i år två ersättningsnivåer i hemtjänsten; en för servicetjänster, en för omvårdnadsinsatser. En servicetimme ger idag lägre ersättning än en omvårdnadstimme eftersom den senare kräver mer kvalificerad personal och dubbelbemannad arbetstid.

I Nacka kommun anges checken i antal hemtjänsttimmar som skall utföras. För att erhålla ersättning från kommunen måste utföraren fylla i en tidrapport som signeras av vårdtagaren som en bekräftelse på att tjänsten har utförts. I Stockholm däremot gör biståndshandläggaren en bedömning av vilken tid som hjälpinsatserna kan ta att utföra. I biståndsbeslutet anges den hjälp som vårdtagaren är berättigad till, medan checken gentemot utföraren anger vilken ersättningsnivå som detta motsvarar (1-18 nivåer). Bedömningen av hemtjänsttiden görs dels utifrån hemtjänstens art men också utifrån personens individuella egenskaper, individens bostad och närmiljö. Samma typ av hjälpinsats kan därmed innebära olika tidsbedömningar för två olika personer. Bedömningen av tiden är ett sätt att bestämma ersättningsnivån och inte hur mycket tid som utföraren skall lägga ner på uppdraget. Oavsett hur mycket tid som läggs ner på varje hemtjänstuppdrag, givet att utföraren genomför sitt uppdrag, utgår ersättningen enligt den nivå som biståndsbedömaren uppskattat.

Genom denna bedömning sker indirekt en anpassning av ersättningen till utförarens kostnad för att utföra tjänsten. Biståndsbedömaren kan höja ersättningsnivån om t.ex. restider blir förhållandevis långa eller om bostadsmiljön påverkar möjligheten att hjälpa. Ersättningsnivåerna i Nackas hemtjänst är däremot inte differentierade efter geografisk tillgänglighet. I detta sammanhang kan nämnas att i det tyska försäkringssystemet differentieras ersättningen inte enbart efter den enskildes vårdbehov utan också om hjälpen utförs av professionella eller informella vårdgivare.

I det valenciska vouchersystemet erhåller utföraren ersättning dels genom vouchern, dels genom egenavgift från den enskilde vårdtagaren. Den sammanlagda ersättningen av voucher och egenavgifter är densamma oavsett utförare och varierar i viss utsträckning efter vårdtagarens vårdbehov. Däremot kan egenavgiftens del av den sammanlagda ersättningen variera. Liksom i Sverige är egenavgiften inkomstrelaterad och regleras i lag. En skillnad är dock att egenavgiften betalas direkt till vårdgivaren, vilket innebär att voucherns värde minskar i takt med att den enskilde vårdtagarens betalningsförmåga ökar. En annan skillnad är att även vårdtagarens barn måste betala en egenavgift om hushållets årsinkomst överstiger en viss nivå. Även deras avgift är inkomstrelaterad. År 1998 finansierades knappt två procent av sjukhemskostnaden via anhöriga och drygt 30 procent av vårdtagaren själv.

I Sverige är egenavgiften kopplad till den enskildes betalningsförmåga. Syftet är att den enskildes ekonomiska förutsättningar inte skall styra valet av tjänster/utförare eller den enskildes möjlighet till vård. Alternativet till detta är att istället utgå från vårdkostnaden. I den japanska äldrevårdsförsäkringen är självriskan tio procent av vårdkostnaden för det vårdalternativ som väljs. Självriskan är det belopp som vårdtagaren måste betala utöver den ersättning som försäkringsgivaren (i detta fall kommunen) ger vid eventuell vård. Om personen inte kan betala får han/hon avstå från hjälpen eller ansöka om socialbidrag.

I den tyska försäkringen erhåller utföraren en fast ersättning per vårdtagare. Denna ersättning ger inte utföraren full kostnadstäckning för de insatser som utförs. För att täcka sina kostnader debiteras den enskilde och kan inte han/hon betala får den enskilde ansöka om socialbidrag av kommunen. Egenavgiftens storlek varierar beroende på vilken utförare som den enskilde väljer och utförarens prisnivå på tjänsten.

4.5 Fria eller fixerade priser?

I de svenska kundvalsmodellerna accepteras inte en fri prissättning av omvårdnadstjänsterna. Prisnivån beslutas av kommunen och anges som ett fast pris per hemtjänsttimme. Priset är således densamma oavsett vilket företag som studeras. En fast prissättning används även i t.ex. Valencia.

4.6 Tillåtna producenter

I nuvarande kundvalssystem förekommer någon form av reglering av vilka utförare som vårdtagaren kan välja mellan. Grunderna för regleringen skiljer däremot. Det råder delade meningar om kommunen kan avstå från upphandling enligt lagen om offentlig upphandling i en kundvalsmodell. Om vouchern ses som ett uppdragsförhållande mellan kommunen och den privata utföraren så är det fråga om en verksamhet som utförs på kommunens uppdrag. Kommunen köper en tjänst och lagen om offentlig upphandling skall tillämpas (Svenska kommunförbundet, 2001).

Om vouchern istället betraktas som ett individuellt förhållande mellan vårdtagaren och utföraren, uppstår inget uppdragsförhållande mellan kommunen och vårdgivaren. Det skulle i så fall innebära att lagen om offentlig upphandling inte behöver tillämpas. Båda tolkningarna förekommer idag; i Stockholm kommer upphandlingar att genomföras för att godkänna privata utförare, medan det i t.ex. Nacka, Täby och Danderyd sker ett kommunalt godkännande genom s.k. auktorisation. Även i Lund föreslås en auktorisation.

Auktorisationen innebär att kommunen godkänner utförare utifrån vissa kriterier som kommunen beslutat om. Grunden för godkännandet är att den privata utföraren har länsstyrelsens tillstånd att driva verksamheten. En auktorisation ges på obestämd tid. Utföraren förlorar auktorisationen om de inte uppfyller villkoren för godkännandet eller att verksamheten inte kan verka på grund av för lågt kundunderlag.

Om upphandlingslagen tillämpas gäller bestämda avtalsperioder och återkommande upphandlingstillfällen. I Stockholm skall centrala upphandlingar genomföras årligen. Kommunen tecknar ettåriga ramavtal utan volymgarantier med vårdgivare som antas i upphandlingen. Motiven bakom ettåriga avtal är att skapa möjligheter till in- och utträde på marknaden, att utveckla ersättningsmodeller eller att vid en eventuell ändring av upphandlingslagen kunna förändra systemet för godkännandet av utförare.

Stockholm stad bedömer att det idag krävs en upphandling för att kommunen skall kunna ställa krav på verksamheten och utförarna. Utan ett avtal kan kommunen få det svårt att agera direkt mot vårdgivaren om brister i vården uppstår. Utan upphandling saknas denna

möjlighet och eventuella klagomål blir en angelägenhet mellan den enskilde vårdtagaren och utföraren.

I Stockholm skall det också vara möjligt att använda hemtjänstchecken till anställning av anhöriga. Anställningen, som sker i samråd med vårdtagaren, kan antingen göras inom kommunen eller hos en privat utförare. I den tyska äldrevårdsförsäkringen finns också en möjlighet att betala anhöriga. Försäkringstagare kan ta ut ersättningen kontant och det är upp till den enskilde vårdtagaren om han/hon vill använda pengarna till att ersätta en professionell utförare eller ersätta anhöriga för deras insatser. Ersättningen till anhöriga är pensions- och semestergrundande.

För att garantera en viss kvalitetsnivå i informella insatser skall de som valt kontantersättning betala för ett eller två hembesök av en auktoriserad utförare. Dessa besök betalas av försäkringstagaren. I den japanska försäkringen avstod man från att ge de äldre möjlighet att ersätta anhöriga. Det ansågs viktigt att bryta med tidigare system där familjen var en central vårdgivare och i stället underlätta för kvinnorna att delta i arbetslivet.

För att stärka sin kompetens eller för att kunna tillgodose en viss kapacitet kan utförare i Stockholms stad anlita en underentreprenör. Det skall klart framgå av avtalet med vilka underentreprenörer som utföraren kommer att samarbeta. Även i de andra kommunerna ges denna möjlighet. Utföraren ges också möjlighet att begränsa sitt geografiska etableringsområde, t.ex. att endast ta uppdrag som ligger inom kommunens centralort.

4.7 Hur informeras de äldre?

Kommunens biståndshandläggare beslutar om en enskild person har behov av hemtjänst eller plats på särskilt boende. Bedömning sker i samråd med den person som ansöker om hjälp. Biståndshandläggaren upplyser därefter den enskilde om vilka utförare i kommunen som har den kompetens och de tjänster som kan tillgodose hans/hennes behov. Utifrån tillgänglig information väljer sedan den äldre utförare.

Om han eller hon inte kan välja överlåts valet till anhöriga. Saknas denna möjlighet överlåts valet till biståndshandläggaren som i samråd med vårdtagaren väljer utförare. Biståndshandläggaren får då rollen som stödperson. I Sigtuna menar man däremot att om den

enskilde inte kan göra ett aktivt val på egen hand, skall kommunen inte erbjuda den äldre någon valmöjlighet utan överlåta ansvaret för vård och omsorg till den kommunala hemtjänsten.

I t.ex. Nacka är det den äldre själv som tar kontakt med utföraren och beställer de tjänster som enligt biståndsbeslutet skall utföras. I hemtjänsten sker denna överenskommelse muntligen mellan vårdtagaren och utförarna. Skriftliga kontrakt mellan vårdgivare av särskilt boende och vårdtagaren planeras i Danderyd och Täby. Motsvarande ambition finns i Nacka kommun. I Danderyd och Täby poängteras dessutom att det av överenskommelsen också skall framgå vilken form av gottgörelse som kan bli aktuell från vårdgivaren om inte villkoren uppfylls.

I Stockholm är det biståndshandläggaren som efter det att den äldre valt utförare kontaktar aktuell utförare och gör ett s.k. avrop på det ramavtal som tecknats mellan kommunen och utföraren. Inom tio arbetsdagar efter det att biståndshandläggaren gjort beställningen skall utföraren skicka en arbetsplan till handläggaren. Arbetsplanen skall ha upprättats tillsammans med den enskilde och eventuellt anhöriga och skall vara undertecknad av den enskilde vårdtagaren och/eller anhörig samt vårdtagarens kontaktperson hos vårdgivaren.

I den japanska äldrevårdsförsäkringen kan den äldre få hjälp av ett personligt ombud, en s.k. care manager som kan föreslå lämpliga vård- och omsorgsalternativ. Att kontakta en care manager i Japan är frivilligt och den äldre behöver inte acceptera det förslag som läggs fram. Hittills har det varit svårt att tillgodose kraven på en oberoende care manager i den japanska försäkringen. På grund av personalbrist kan det förekomma att en och samma person har både rollen som behovsbedömare, producent och ombud. Denna opartiskhet har mött kritik. Någon motsvarighet till care managers finns inte i den tyska försäkringsmodellen.

4.8 Hur hanteras bristlägen?

I princip gäller i de svenska kundvalssystemen att utföraren inte får vägra att utföra beslutade och beställda hemtjänstinsatser. Utföraren skall inte kunna välja bort vissa personer utan vara beredd att ta emot samtliga uppdrag om de har kapacitet att klara åtagandet. I Stockholm uppmanas utförarna att ange ett kapacitetstak för hur många uppdrag de är beredda att ta emot. Ändras utförarens förut-

sättningar kan taket justeras. Motsvarande kriterier förväntas gälla i Lund.

Vid platsbrist i särskilt boende får den enskilde ställa sig i kö för en eventuell plats. I Nacka kommun erbjuds i första hand de med stora omvårdnadsbehov, en svår social situation eller som vistas på sjukhus och är medicinskt färdigbehandlade plats. Någon inbördes ordning mellan dessa föreligger inte. Någon anpassning av prisnivån för att hantera bristlägen accepteras således inte. I t.ex. Valencia överlåter man till de enskilda vårdhemmen att besluta vilka vårdtagare som skall ges plats om överefterfrågan bildas. Man har således inget uttalat kösystem för att hantera detta.

5 Några reflektioner

Det saknas en samlad utvärdering av de kundvalssystem som tillämpats i svensk äldreomsorg under 1990-talet. Att ge en sammanfattande analys av kundvalssystemens effekter i svensk äldreomsorg är därför inte möjligt att göra. Som framgick av kapitel 2 och 3 förutsätter ett effektivt resursutnyttjande i princip att voucherstagarna gör ett val och att det finns valmöjligheter. I detta kapitel skall vi diskutera om dessa förutsättningar uppfylls inom nuvarande system och försöka urskilja några problem som vi bedömer angelägna att arbeta vidare med i utvecklingen av en kundvalsmodell.

Genom kundval försöker kommunen överlåta styrningen av produktionen av äldreomsorgstjänster till den äldre konsumenten. En central fråga är därför om styrningen kan överlåtas till de äldre och deras anhöriga. För att styrningen skall bli verklighet krävs att den enskilde gör ett val. I Nacka kommun är det ca 35 procent av hemtjänsttagarna som säger att de själva valt vårdgivare. Orsakerna till att de äldre avstår kan vara flera, t.ex. den äldres hälsa eller vilja, att den äldre har svårt att utifrån tillgänglig information bedöma vilka utförare som bäst tillgodoser hans/hennes behov eller önskemål eller att det saknas information som skulle kunna vara relevant för valet (t.ex. utförares personalomsättning eller kontakter med andra vårdgivare). I nuvarande system får biståndshandläggaren en viktig roll vid valet, inte minst att förmedla information till den äldre och vara behjälplig inför valet. Biståndshandläggaren tycks inte enbart vara myndighetsutövare utan i hög grad också en informationsmäklare och ett personligt ombud för den äldre.

En intervjustudie i Nacka bekräftar att valet ofta görs i samråd med biståndshandläggare och att tjänstemännen ofta tar beslutet själv (Kastberg, 2001). Vilken utförare som blir aktuell styrs då i huvudsak av tillgänglighet, dvs. vem som med förhållandevis kort varsel kan hjälpa den äldre, inte driftsformen för verksamheten. I Sigtuna kommun fräntas de som inte kan göra ett val möjligheten att välja och den enskilde får hjälp av kommunens utförare (Sigtuna, 2001). Ett motiv bakom detta agerande är att handläggaren inte får gå in och rekommendera och agera som kund, eftersom det då föreligger en risk att tjänsten måste upphandlas. Att någon måste åta sig rollen som personligt ombud är i vissa fall en självklarhet i äldreomsorgen. Frågan kvarstår om biståndshandläggaren är rätt person eller om ett mer opartiskt ombud måste finnas.

Själva idén om kundval bygger på att den äldre med sin voucher inte bara har rätt att välja utförare initialt, utan också att kunna byta utförare om man skulle vilja. Hittills tycks det vara få som väljer utförare och än färre som utnyttjar möjligheten att byta utförare – åtminstone i hemtjänsten (Kastberg, 2001). Än svårare torde det vara att byta från en särskild boendeenhet till en annan. Vistelse-tiden på en särskild boendeenhet kanske är för kort för att man som äldre och vårdkrävande skall orka att byta.

I ett snävt perspektiv kan man ifrågasätta om kundvalssystemen uppfyller kravet på att val sker. Det tycks vara en mindre andel av vårdtagarna som gör ett eget val eller byter utförare. Samtidigt saknar vi uppgifter om hur många äldre som t.ex. aktivt överlätit sitt val till någon annan. I en sådan situation har den äldre förstått att man har en valmöjlighet, men av olika anledningar överlåter valet till någon annan. Ett val kan vara mer eller mindre aktivt.

Frågan är hur aktivt valet bör vara för att vi skall säga att själva kundvalet uppfylls. Om syftet är att öka konkurrensen och mångfalden på utförarsidan ställs sannolikt högre krav på aktiva val för att företag skall vara intresserade av att etablera sig i kommunen. I det fortsatta arbetet syns det angeläget att ta reda på varför man avstår från att välja utförare eller, om det förekommer, aktivt överlåter valet till någon annan. Detta för att kunna utveckla ett system som underlättar valet t.ex. att tydligt definiera vem som kan hjälpa den äldre att välja eller vilken information som är mest relevant för att man skall kunna göra sitt val och förstå konsekvenserna av det.

Skall den äldre kunna göra ett val krävs också att det finns valmöjligheter. I de svenska kundvalsmodellerna är syftet att främja en konkurrenssituation och att alternativa utförare vid sidan om de kommunala ingår i systemet. I Nacka kommun finns det ett 30-tal utförare att välja bland för hemtjänsttagarna (Kastberg, 2001). Det tycks således ha skett en utbudsanpassning på så sätt att antalet utförare ökat. Även i t.ex. Tyskland tycks antalet utförare ökat till följd av införandet av försäkringslösning. Samtidigt är det viktigt att notera att äldreomsorgen jämfört med svenska förhållanden inte är lika utbyggd, vilket naturligtvis påverkat utvecklingstakten. Vissa delar i de svenska kundvalssystemen främjar mångfalden, andra inte. Vi skall försöka peka på några punkter.

Kundval genom auktorisation främjar långsiktighet i högre grad än t.ex. anbudsupphandlingar där kontraktstiden regleras. Detta kan stimulera alternativa utförare att etablera sig i kommunen och utveckla verksamheten (Svensson & Edebalk, 2001, Svenska kommunförbundet, 2001, PLS Rambøll, 2001). Så länge som de äldre väljer en viss utförare och utföraren tillgodoser kraven på auktorisation, får de vara kvar på ”marknaden”. Samtidigt innebär ett avtalslöst system mellan kommun och utförare en politisk risk för utföraren (Kastberg, 2001). Kommunen kan när som helst besluta om att upphöra med kundval. På motsvarande sätt kan utföraren lämna kommunen.

Förutom ett kundunderlag är vouchervärdet avgörande för om utföraren kan överleva rent ekonomiskt. Värdet på vouchern bör bestämmas utifrån dels den äldres vårdbehov, dels den beräknade kostnaden för de resurser som tas i anspråk för att tillgodose behoven. Idag pågår ett omfattande arbete i kommunerna dels för att utveckla ett standardiserat system för vårdbehovsbedömning, dels för att fastställa kostnader för de resurser som tas i anspråk vid en behovsförändring. Hur effektivt vouchersystemet blir i ett resursfördelningsperspektiv beror på hur bra vårdtagarnas vårdbehov kan definieras och mätas och om resursinsatsen för resp. vårdnivå kan identifieras.

Hur vouchervärdet beräknas är en mycket central del i själva kundvalsmodellen och kräver fortsatt uppföljning och utvärdering av de modeller som idag används i äldreomsorgen. Om priset på omvårdnadstjänsten inte överensstämmer med produktionskostnaden, utan hamnar på en lägre nivå, kan det inte bara få konsekvenser för utföraren utan också för vårdtagaren. Ersätts inte förhållandevis

höga restider till och från vårdtagaren är det sannolikt att få utförare etablerar sig i kommunens glesbygdsområden. Detta påverkar i sin tur den äldres valmöjligheter. Nacka har t.ex. nyligen differentierat ersättningen för hemtjänsten i syfte att anpassa den till skillnaden i produktionskostnad mellan service och omvårdnad. Enligt Kastberg (2001) var detta ett resultat av att en större privat vårdgivare lämnade kommunen.

Till skillnad från de ersättningsnivåer som förhandlas fram vid entreprenadupphandling eller i ett internprissättningssystem i allmänhet, måste ersättningen i ett kundvalssystem kompensera utförarna för den risk de utsätts för i och med att ingen garanteras några volymer. Detta är inte minst viktigt för att få nya bolag på marknaden. Behovet av ”riskkompensation” borde vara störst för omvårdnadstjänster, där företagets marknad i huvudsak är koncentrerad till kommunens äldreomsorgstagare. För servicetjänster borde behovet av riskkompensation vara lägre, eftersom det finns en alternativ marknad för t.ex. städtjänster och matdistribution.

För att stimulera utbudssidan är det viktigt att det råder konkurrensneutralitet mellan utförarna. Ingen av dem skall missgynnas eller gynnas av systemet. Intervjustudien i Nacka tyder dock på vissa brister i detta avseende (Kastberg, 2001). Idag är det skillnader i uppdrag. Några utförare är för små för att kunna åta sig vissa omvårdnadsinsatser eller för att hjälpa äldre inom vissa geografiska områden. Med ett fast pris per hemtjänststimme har detta lett till förluster för egenregin eftersom det var den som haft kapaciteten att genomföra dessa förhållandevis dyra insatser.

Hittills har det varit förhållandevis små bolag som etablerat sig i Nacka. Med mindre företag ökar mångfalden (åtminstone sett till antalet bolag) och fler företag konkurrerar i kommunen om vårdtagarna, vilket överensstämmer med systemets intentioner. Men det finns också risker med små bolag. Ett litet bolag med en begränsad verksamhet kan snabbare få finansiella problem när kundunderlaget sviktar. Deras sårbarhet påverkas också av t.ex. sjukfrånvaro bland vårdpersonal och personalomsättning, vilket kvalitativt kan påverka de äldre.

Bristlägen hanteras idag genom ett administrativt kösystem. Eftersom kundvalsmodellerna utgår från fixerade priser kan ingen pris-anpassning ske när efterfrågan ökar på t.ex. särskilda boendeplatser. Detta innebär att det måste finnas administrativa ransonerings-

system. Här kan man tänka sig olika system där t.ex. först till kvarn kan gälla eller att den som har störst vårdbehov prioriteras. Eventuella köer blir en signal till utförarna att antingen utöka sin verksamhet eller till andra företag att etablera sig i kommunen. Bristlägen i hemtjänsten är sannolikt inte ett så stort problem. Vi saknar däremot kunskap om i vilken utsträckning som köer finns i hemtjänsten idag och om signalerna fungerar när köer uppstår. Sker utbudsanpassningen överlag, dvs. oavsett utförarens driftsform, eller sker den främst i egenregi?

Kundval i äldreomsorgen tycks uppfylla kravet på valmöjligheter, åtminstone om man ser till antalet företag som etablerar sig. Däremot tycks valmöjligheterna begränsas på olika sätt, inte minst beroende på geografisk tillgänglighet eller utförarnas tjänsteinnehåll. Hur vouchervärdet definieras och vilka incitament det ger är angeläget att studera närmare. Blomqvist & Rothstein (2000) menar att marknadsmodellens betydelse beträffande dess förmåga att anpassa utbudet tycks vara överskattad. Är syftet med kundval att öka mångfalden för att därigenom kunna tillmötesgå de äldres önskemål har kommunen en viktig roll att skapa ett system som främjar denna målsättning, åtminstone inledningsvis.

Som framgått finns det både politiska och marknadsmässiga risker för utförarna som på kort sikt påverkar den äldres valmöjligheter. Hur kundvalssystemet utformas kan också påverka de äldre. Till exempel kan vouchers utformning få betydelse för äldreomsorgens kvalitetsutveckling. Stockholm stad menar att en ersättning som kopplas till antalet utförda timmar inte ger utföraren några incitament till verksamhetsutveckling (Stockholm stad, 2001).

Med ett fast pris per utförd timme blir det viktigt för utföraren att begränsa lönekostnaderna, vilket kan få negativa konsekvenser på kompetenssäkring. Även med Stockholm stads ersättningsmodell, dvs. ersättning per bedömd tid, finns en risk att kvaliteten åsidosätts. Samtliga sysslor som skall utföras enligt biståndsbeslutet ges till vårdtagaren, men ersättningssystemet ger utföraren incitament att utföra sysslorna så snabbt som möjligt för att därigenom reducera kostnaderna.

Hur vårdarbetet skall utföras planeras gemensamt mellan utförarens kontaktperson och den äldre. Därigenom borde den enskildes inflytande över vardagen stärkas. Med kundvalet blir det viktigt för utföraren att tillgodose den enskildes behov. Risker är annars att

den äldre byter utförare. Samtidigt finns en risk att vårdgivarens egenintressen till viss del styr arbetsplanen och att den äldre ger vika på grund av sin beroendeställning till kontaktpersonen. Även om möjligheten finns, kan steget kännas stort att byta utförare när hälsan sviktar. Med de löpande kontakter som biståndshandläggare förväntas ha med utförarna, bl.a. för att följa upp biståndsbeslutet, uppdragas sannolikt den här typen av problem.

Ett annat kvalitativt problem som nämns är att helhetssynen på den äldre vårdtagaren kan gå förlorad i samband med kundval (Svenska kommunförbundet, 2001). När antalet utförare ökar i kommunerna kan det försvåra kontakterna med andra vårdgivare i kommunen, t.ex. allmänläkare och psykiatriska öppenvårdsteam. Idag rapporteras om svårigheter att kunna skapa fungerande vård- och omsorgskedjor och att problem uppstår till följd av bristande helhetssyn för äldre med komplexa vård och omsorgsbehov (Gurner, 2001). Om utföraren endast ersätts för den definierade tjänsten enligt biståndsbeslutet finns risken att utförare inte medverkar i andra verksamheter som indirekt berör vårdtagaren, t.ex. vårdplanering eller samverkansgrupper (Lund, 2001a, Kastberg 2001).

Förekomsten av tilläggstjänster ger den äldre ökade valmöjligheter och i takt med att olika tjänster efterfrågas förväntas utförarna anpassa utbudet. Förekomsten av tilläggstjänster kommer att bero på de äldres betalningsvilja och -förmåga. Ur detta perspektiv finns en risk för segregering mellan äldre med förhållandevis höga och låga inkomster.

En annan tänkbar effekt av tilläggstjänster är att kommunens goodwill (förtroende) gentemot de äldre och dess anhöriga kan förbättras. Tjänster som efterfrågas blir tillgängliga, vilket kan upplevas positivt. Det blir också tydligare vad som är kommunens basåtagande och vilka tjänster som de äldre och anhöriga själva får ansvara för när tilläggstjänsterna definieras och beskrivs för allmänheten. Med ökade ekonomiska krav finns samtidigt en risk att kommunerna snävar in sitt basåtagande ytterligare, eftersom man har möjlighet att hänvisa till tilläggstjänsterna.

En annan aspekt är att utföraren kan använda tilläggstjänsterna som ett konkurrensmedel gentemot andra utförare och på så sätt få fler vårdtagare att välja just dem. Att erbjuda tilläggstjänster kan också vara ett sätt för utförarna att själva påverka sin ekonomi. Omvårdnad är en personalintensiv verksamhet, främst under vissa tider på

dygnet då behoven är som störst. I det perspektivet kan utförarna vara intresserade av att erbjuda olika tjänster vid de tidpunkter då bemanningen i förhållande till omvårdnadsbehovet är lågt. Motivet bakom ett system med tilläggstjänster ligger i linje med kundvalsmodellens syfte, dvs. att marknadsanpassa konsumtionen.

En negativ effekt av kundvalsystemet är den ökade administration som följer av systemet (Kastberg, 2001). Samtidigt framkommer av studien i Nacka att ingen av de tillfrågade upplever att administrationen har påverkat effektiviteten i verksamheten så negativt att ett annat system vore att föredra. Hittills har priset på insatserna varit fasta och inte differentierade utifrån utförarnas produktionskostnader i särskilt stor omfattning. Vi har påpekat vilka problem detta kan ge. Å andra sidan påverkar en differentierad ersättning administrationskostnaderna negativt.

Hur kommunens kostnadsutveckling påverkas av ett kundval vet vi inte idag. Å ena sidan skapas en kvasimarknad där konkurrensen mellan utförarna kan förbättra kostnadseffektiviteten i verksamhet (givet en godtagbar kvalitet). Å andra sidan kanske kommunen måste tillåta en viss riskkompensation till utförarna när inga volymgarantier utgår i samband med ett kundval. Nettoeffekten av detta vet vi inget om. Riskkompensationen storlek är dels beroende på bristläget av t.ex. vårdplatser, dels vilken alternativ marknad utföraren har för sina tjänster.

Referenser

Bartlett, W, Propper, C, Wilson, D & Le Grand, J. – Quasi-markets in the welfare state : The emerging findings. Bristol, SAUS Publications, 1994.

Bartlett, W, Roberts, J & Le Grand, J. – A revolution in social policy : Quasi-markets reforms in the 1990s. Bristol, The Policy Press, 1998.

Blomqvist, P. & Rothstein, B. – Välfärdsstatens nya ansikte : Demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn. Stockholm, Agora, 2000.

Danderyd och Täby kommun. – Kundval inom äldreomsorgen/särskilt boende i Danderyds och Täby kommuner. Tjänsteutlåtande daterat 2000-12-15

Ds 1992:108 – Alternativa verksamhetsformer inom vård och omsorg. Stockholm, Allmänna förlaget, 1992. (Socialdepartementet)

Ds 1993:27 – Alternativa produktionsformer i kommunal verksamhet : Vem utför och på vilka villkor?. Stockholm, Fritzes, 1993 (Civildepartementet)

Ds Fi 1985:11 – Sociala avgifter – problem och möjligheter inom färdtjänst och hemtjänst. Stockholm, Finansdepartementet, 1985 (Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi)

Edebalk, P.G. & Svensson, M. – Äldrevårdsförsäkring, Lund, IHE, 2000.

Eliasson, L & Spånt Enebuske, A. – Äldres önskemål och behov för god livskvalité : Boende och hemtjänst. Stockholm, Kooperativa institutet, 2001. (Äldreomsorgsprojektet)

Glennerster, H & Le Grand, J. – The development of quasi-markets in welfare provision in the United Kingdom. *International Journal of Health Services*, Vol 25:2 (1995):203-218

Grip, G. & Örtendahl, C. – Lovar och försäkrar...: de äldres välfärd i en balanserad samhällsekonomi. Stockholm, Sveriges försäkringsförbund, 2000.

Gurner, U. – Dirigent saknas! 26 fallstudier av multisjuka 75+ - behov och konsumtion av sluten- och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt informella insatser. Stockholm, Äldrecentrum, 2001. (Rapport/stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2001:6)

Järfälla kommun. – Kundval i hemtjänsten – valet är ditt. Internetsida. www.jarfalla.se

Kastberg, G. – A tool for influence : The effects of introducing a voucher system into inhome elderly care. Göteborg, Förvaltningshögskolan, 2001

- Kommunal. – Solidaritet och valfrihet i välfärden. Stockholm, Kommunal, 2001 (Kongressrapport)
- Le Grand, J & Bartlett, W. – Quasi-markets and social policy. London, Macmillan, 1993
- Lewis, J. & Glennerster, H. -Implementing the new community care. Buckingham, Open University Press, 1997
- Lowenstein, A. – A Legislative Infrastructure that fosters case management : The Israeli long-term care insurance law. Care Management Journals, Vol 2:1 (2000): 15-20
- Lunds kommun. – Kundvalssystem i hemvården : Lunds kommun maj 2001. (Vård- och omsorgsförvaltningen)a
- Lunds kommun. – Kundvalssystem i vård och omsorg. Tjänsteutlåtande daterat 2001-11-14 (Vård och Omsorgsförvaltningen)b
- Nacka kommun. – Förslag till kundvalssystem avseende särskilt boende för äldre. Tjänsteutlåtande daterat 2000-11-10 (Socialförvaltningen)
- Nacka kommun. – Rätt att välja särskilt boende för äldre, Informationsbroschyr, 2001
- Nacka kommun. – Rätt att välja hemtjänst, ledsagning och avlösning, Informationsbroschyr, 2001
- PLS Rambøll management. – Utvärdering av konkurrensutsättning i Stockholm stad : Sammanfattning. Stockholm, PLS Rambøll management A/S, 2001
- Queisser, M. – Privatization: More Individual Choice in Social Protection. I: Scheil-Adlung, X. Ed. –Building Social Security: The challenge of Privatization. London, Transaction Publishers, 2001 (International Social Security Series Volume 6)
- Rehnberg, C & Garpenby, P. –Privata aktörer i svensk sjukvård. Stockholm, SNS förlag, 1995. (SNS-serie: Den svenska sjukvården)
- Sigtuna kommun. – Kundval inom hemvården : november 2000. Tjänsteutlåtande daterat 2001-05-23. (Socialförvaltningen)

SOU 1993:90. – Lokal demokrati i utveckling. Slutbetänkande av lokaldemokratiutredningen. Stockholm, Fritzes 1993 (Civildepartementet)

SOU 2000:38. – Valfärd, vård och omsorg. Stockholm, Fritzes, 2000.

SOU 2001:52 – Valfärdstjänster i omvandling. Stockholm, Fritzes, 2001

Stockholms stad. – Valfrihet inom äldreomsorg och omsorgen om funktionshindrade. Tjänsteutlåtande daterat 2001-03-26. (Stadsledningskontoret, finansavdelningen)

Stockholms stad. – Förfrågningsunderlag för upphandling av hemtjänst i ordinärt boende avseende såväl omvårdnadsinsatser som servicetjänster i Stockholm stad. Underlag daterat 2001-09-19. (Stadsledningskontoret, finansavdelningen)

Svenska Kommunförbundet. – Konkurrens för fortsatt välfärd? : om förekomst, omfattning, effekter och erfarenheter av konkurrensutsättning och alternativa driftsformer. Stockholm, Kommentus förlag, 1999 (Valfärdsprogrammet)

Svenska kommunförbundet. - Valfrihetssystem. Internetsida uppdaterad 2001-10-22, www.svekom.se/ekonomi/Konkurrens/valfrihet.htm, 2001a

Svenska Kommunförbundet. – Valfrihet och kundvalssystem i kommunal verksamhet – underlag för lokala bedömningar. Stockholm, Svenska Kommunförbundet, 2001b

Svensson, M. & Edebalk, P.G. – 90-talets anbudskonkurrens i äldreomsorgen : några utvecklingstendenser. Lund, IHE, 2001 (IHE arbetsrapport 2001:1)

Söderström, L, Andersson, F, Edebalk, P.G. & Kruse, A. – Privatiseringens gränser : perspektiv på välfärdspolitiken. Stockholm, SNS förlag, 2001. (Valfärdspolitiska rådets rapport 2000)

Tortosa, M.A. & Granell, R. – Quasi-markets in social services: The use of nursing-home vouchers in Spain. University of Valencia, Department of Applied Economics, 2000. (Draft!)

Utredarhuset. – Utvärdering av kundvalsreformen : Huvudstudie
Danderyds kommun. Uppsala, Utredarhuset, 1996

Westerberg, B. – Har vi råd med äldrevård när 40-talisterna blir
gamla?. Stockholm, Pensionsforum, 2000.

Wistow, G, Knapp, M, Hardy, B, Forder, J, Kendell, J & Manning,
R. – Social Care Markets : progress and prospects. Buckingham,
Open University Press, 1996.