

Avdelningen för ledningsstöd
Emma Ovenius Ejermark

Minnesanteckningar – gemensam upphandling av hyrpersonal

Öppen Dialog med bemanningsleverantörer 2021-10-12 och 2021-10-13

Medverkande:

Christian Törnqvist, Moderator

Helena Thunblad, Ansvarig Upphandlare

Stefan Petersson, Projektledare för gemensam upphandling, SKR

1. Inledning

Christian Törnqvist hälsade alla välkomna, presenterade sig och berättade att han är från Region Västmanland där han till vardags arbetar som HR-strateg inom kompetensförsörjning, idag som moderator för mötet. Projektledare för upphandlingen är Stefan Petersson och ansvarig upphandlare är Helena Thunblad.

Det är sammanlagt ett 70-tal personer som anmält sitt intresse till dialogmöte den 12 och den 13 oktober. Mötet kommer att spelas in för att bättre kunna ta minnesanteckningar, vilka kommer att läggas upp på SKR:s hemsida ”Bemanningsrend inhyrd personal”.

Christian presenterade mötesagendan som är uppdelad i två delar med möjlighet att ställa frågor under två perioder.

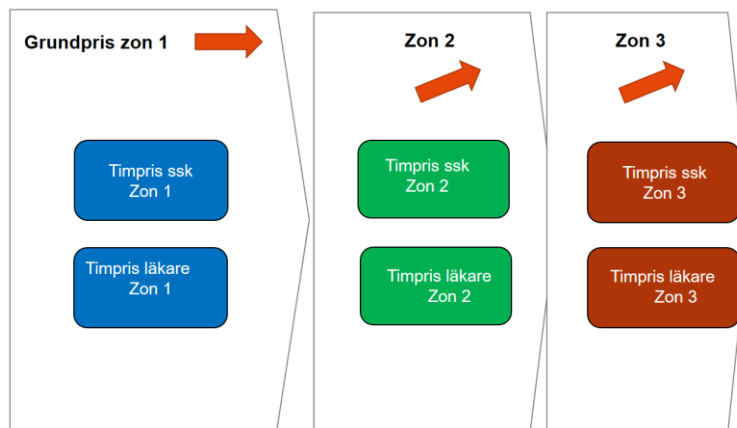
2. Pris- ersättningsmodell

Christian redogjorde för pris- och ersättningsmodellens grundprinciper och poängterar att förslaget är ett utkast. Inom ramen för projektet har en intern marknadsanalys genomförts för att se över nuvarande pris- och ersättningsnivåer i regionerna. Resultatet visade att priserna är mycket varierande över landet, och att det är svårt att hitta någon logik och mönster som kan utvecklas i ett nationellt avtal. Sammanfattningsvis finns det goda

förutsättningar, utan hänsyn till historiska prissättningar, att föreslå något helt nytt.

Prismodell

Förslaget är en ersättningsmodell med tre olika prisnivåer-som vi kallar för zon 1, zon 2 och zon 3. I zon 1 tillämpas ett grundpris och utifrån grundpriset ökas ersättningen i zon 2 och 3.



Kommungruppsindelning

I modellens utgångsläge klassificeras alla kommuner i norra sjukvårdsregionen (Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland, Jämtland Härjedalen) tillsammans med kommunerna i Region Dalarna, Värmland, Gävleborg och Gotland in i zon 2. Alla dessa Regioner tillämpar zon 2 som sitt ”grundpris”.

Därefter tillämpas ersättningsmodellen på kommunnivå.

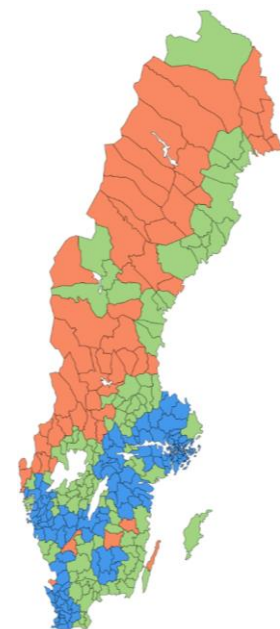
Kommunindelningen bygger på SKR:s

kommungruppsindelning, ett system med alla 290 kommuner som finns för att kunna göra jämförelser kommuner emellan.

SKR:s kommungruppsindelning har 9 olika nivåer. Vi har för ersättningsmodellen sammanfattat dem i tre områden:

- Zon 1: Storstadskommuner och storstadsnära kommuner
- Zon 2: Större städer och kommuner nära större städer
- Zon 3: Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner

Det finns regioner som har alla tre zoner inom regionens gränser (ex. Västragötalandsregionen), regioner som enbart har zon 2 och 3 (ex. Region Dalarna) samt enbart zon 1 och zon 2 (ex. Region Kronoberg).



- Zon 1: Mellan- södra sv; storstad, större städer
- Zon 2: Norregioner, Dalarna, Värmland, Gotland. Mellan- södra sv; mindre städer
- Zon 3: Landsbygd hela sv

Zon-uppräkning

Storleken på kvotuppräknigen i zon 2 och 3 föreslås vara 15% inom området sjuksköterskor och 25% inom området läkare.

	Zon 1	Zon 2	Zon 3
	Ssk grundpris Läk grundpris	Ssk + 15% Läk + 25%	Ssk + 15% Läk + 25%
Exempel !!	Ssk 100 kr/tim Läk 200 kr/tim	Ssk 115 kr/tim Läk 250 kr/tim	Ssk 132 kr/tim Läk 313 kr/tim

Förslag på zon-uppräkning: om timpriset i zon 1 skulle vara 100 kr/tim inom område sjuksköterskor och 200 kr/tim inom område läkare skulle timpriset i zon 2 och 3 ökas enligt bilden ovan.

Gruppering av ersättning inom delområden sjuksköterskor och läkare

Vi föreslår två grupperingar inom området sjuksköterskor, en för allmänsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor med ett grundpris och ett något högre grundpris för specialistsjuksköterskor och barnmorskor.

Inom område läkare förslår vi två, eventuellt tre olika grupperingar för de 60-talet olika läkarinriktningarna. Majoritet av läkarinriktningarna föreslås vara i en och samma grupp med ett grundpris. Och bara ett fåtal, i en eller två andra grupper med ett något högre grundpris.

3. Frågor

Christian besvarade skriftliga frågor från chatten. (Frågorna återfinns sist i dokumentet).

4. Ytterligare förslag

Stefan Petersson presenterade sig och betonade att man uppskattar återkoppling från mötesdeltagarna. Arbetsgruppen vill skapa ett attraktivt avtal för alla parter och huvudsyftet är att regionerna ska slippa göra direktupphandlingar.

Helena Thunblad presenterade sig och berättade att man reviderat kraven för volym- och erfarenhet efter den feedback man fått från förra dialogmötet. Leverantören får även tillgodoräkna sig antal timmar som är utförda i Norden, inte endast i Sverige. För delområdet läkare gäller samma antal timmar som för sjuksköterskor. Vidare gav hon förslag på leverantörens tillgänglighet

samt förslag om beställarens möjlighet till avbokning, uppsägning och omdisponering av pågående uppdrag. Karenstiden är 12 månader, vite ska utgå om detta inte efterlevs.

5. Tidplan

Stefan visade preliminär tidplan – förskjuten en månad framåt – som man avser att hålla. Han berättar att upphandlingsgruppen har alla delarna på plats och att man är inne i en slutfas i projektet.

6. Frågor

Skriftliga frågor från chatten besvarades av presentatörerna. (Frågorna återfinns sist i dokumentet).

Det finns även möjlighet skicka frågor och synpunkter till projektledare stefan.pettersson@skr.se och ansvarig upphandlare helena.thunblad@skane.se.

Kommungruppsindelningen:

<https://skr.se/skr/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/kommungruppsindelning.2051.html>

Presentatörerna tackade för allas deltagande och engagemang samt synpunkter och frågor.

Besvarande frågor och synpunkter – dialogmöte 2021-10-12

Besvarade frågor punkt nr 2 (rörande Pris- ersättningsmodell), 2021-10-12

- Vad händer om ni har stora behov med bristande leverans i ett område där ni har ett som det visar sig för lågt pris?

När vi väl har fastslagit hur vi vill klassificera respektive kommun så kommer vi att upprätta hålla ersättningssystemet och inte göra någon förändring.

- Vid prisanalysen, har hänsyn tagits till att vissa regioner (t.ex. Gotland) idag bekostar boende åt bemanningspersonal?

Vi har tagit hänsyn till detta.

- Vid de tillfällen då inhyrd personal reser långväga ifrån kan boendekostnaderna bli en faktor som försvårar möjligheterna för bemanningsbolagen att erbjuda personal. Är detta något ni har tagit med i pris-diskussionen?

Vi har tagit med detta utifrån angreppssättet att kommuner som ligger långt bort – där man exempelvis får veckopendla – oftast har ett högre pris.

- Ni pratar om att i mindre orter där man är "enskild/isolerad" och inte väntas pendla till jobbet. Hur tänker ni kring att sätta en karens som då tvingar oss att ta in personal långväga (ökade kostnader för resa och boende) och då riskera?

Vi återkommer om karens längre fram i mötet.

- Många regioner använder sig idag av sommar-tillägg gällande pris. Är detta något ni kommer ta med er in i denna upphandling?

Som förslaget ser ut nu så är det ett och samma pris året om.

- Nu, till viss del som följd av pandemin, finns väldigt stora behov i områden som faller in i zon 1. Med lägre pris där framöver så kommer ni antingen få allvarlig brist på sjuksköterskor och läkare, alternativt bli tvungna att direktupphandla. Hur ser ni på det?

Vi tänker att vi hittar ett pris som i sitt grundutförande tar hänsyn till vårt behov av leverans. Vi utgår att vi inte ska behöva direktupphandla.

- Skriver om min fråga: Ni pratar om att i mindre orter där man är "enskild/isolerad" och inte väntas pendla till jobbet. Hur tänker ni kring att sätta en karens som då tvingar oss att ta in personal långväga (ökade kostnader för resa och boende)?

Vi återkommer om karensfrågan men i prismodellen är vi beredda att betala mer i kommuner som ligger långt bort. Vi hoppas att detta ska vara motiverande för era anställda konsulter och att man på så sätt får ersättning för högre omkostnader.

- I ert förslag på zon-uppräknning har ni olika procentsatser för läkare resp ssk. Jag har svårt att förstå den skillnaden. Omkostnaderna som varierar beroende på region är ju lika oavsett yrkeskategori. Kan du berätta mer om hur ni tänkt där?

Utgångsläget i prissättningen är att vi – både köpare och säljare – är vana vid att ha större prisdifferens för tjänster där det är som svårast, exempelvis vårdcentraler på landsbygden. För att hamna så rättvist det går så har vi valt att göra denna skillnad. Vi vet generellt att sjuksköterskor har sin arbetsmarknad i ett snävare område än vad läkare har. Enligt vår erfarenhet – och det har vi fått bekräftat från er – reser en läkare längre än en sjuksköterska. I och med det borde ni inte ha lika stora omkostnader för sjuksköterskor.

- Idag har regionerna samma pris för en konsult som har 2 års erfarenhet som en med 15 års erfarenhet. Det är stor skillnad på kompetens mellan dessa personer, kan ni tänka er betala mer för högre kompetens (dvs högre kvalitet)?

Vårt förslag bygger på att vi inte differentierar ersättningen för konsulter med mer än grundkravets två års yrkeserfarenhet. Däremot kommer erfarenheten ha betydelse när vi har fler konsulter att välja på – vi tittar på kvalitet och erfarenhet – men i själva ersättningen och prissättningen gör vi ingen skillnad.

- En utmaning är att inom som exempelvis region Stockholm och inom en och samma zon kan det vara väldigt stor skillnad på attraktiviteten som inte alls har med storlek på kommun eller närhet till storstad att göra, det kan ha med socioekonomiska förutsättningar, ledarskap och allt annat som skapar attraktivitet. Detta system ni har tagit fram kan mot ge tendenser att de mindre attraktiva som ändå ligger väldigt bra geografiskt kommer

ha väldigt svårt att få den hjälp de behöver. Geografin är en stor faktor men absolut inte allt.

Vi har valt att inte ta hänsyn till olikheter i verksamheternas socioekonomiska patientunderlag utan endast utgått ifrån kommunkvalificering i detta förslag.

Vi har dock funderat över denna fråga, om man exempelvis tar vårdcentraler som har ett socioekonomiskt tyngre ansvar så är det ett svårare uppdrag och generellt svårare att få konsulter. Men vi får ställa förhoppningen till att, som i Stockholmsexemplet, det finns tillräckligt med konsulter för att också kunna täcka våra behov även där. Dessutom är det så att våra verksamheter som har svårt att få konsulter till sig behöver kanske presentera sin verksamhet på ett bättre sätt för er när de lägger sina beställningar.

- Kan ni säga något kring prisläget? Finns det någon ambition av att ligga något över zonernas nuvarande priser i syfte att minska risken för direktavtal?

Vi kan inte besvara den frågan. Vi är beredda att ha stor prisskillnad, i synnerhet i zon 3 där man kan anta att prissättning utifrån den här modellen kommer att vara attraktiva.

- Tappar man inte grundsyftet att konkurrensutsätta och låta marknaden prissätta och hitta den rätta prisbilden? med den befintliga indelningen finns det stor risk för att antingen fördyra en hel del jämfört med dagens priser eller att det blir för lågt på vissa ställen vilket leder till direktavtal

Vi tror inte det, i de fall vi prövat med förnyad konkurrensutsättning så leder det till prisspiral som ger ökade lönekostnader vilket inte är bra för vare sig er eller oss. Vi vill pröva den här delen med ett fast pris med en differentiering på kommunnivå som är bra mycket mer flexibel.

- Vid prisanalysen, har hänsyn tagits till det faktiska pris regionen hyr in till (direktupphandlingar) eller har ni enbart tittat på de upphandlande priserna?

Vi har tittat på helheten, den sammanfattande prisbilden och jämfört mellan regionerna. Vi vävde in alla priser i detta och har inte bara tittat på regionernas lägst angivna priser.

- Kan ni motivera varför vi har en ökning per zon om 25% på läkare men 15% på sjuksköterskor, då grundersättning för sjuksköterskor alltid är lägre?

Prissättning i zon 3 handlar ofta om hälso- och vårdcentraler, där bemanningen är väldigt beroende av inhyrd personal, därför är det motiverat med en skillnad mellan läkare och sjuksköterska.

- Vilka läkarkategorier tänker ni skall särskiljas och ha ett högre pris?

Vi tar gärna in förslag vilka läkar-kategorier som ska särskiljas. Man bör ta hänsyn till specialister som är väldigt smala och där det nationellt finns väldigt få.

- Tillgång till boende på Gotland är en förutsättning för leverans idag, hur kommer detta att fungera i det nya avtalet?

Gotland hittar boende till konsulter idag och detta kommer att man fortsatt kunna göra med det nya avtalet. Men ni kommer att få betala för detta själva, den faktiska kostnaden.

- Detta utkast har fokus på kommun istf region. Är detta ett försteg för att även kommuner ska kunna nyttja avtalet?

Nej, vi har enbart tittat på kommunnivå för att skillnaderna inom en region är så stora.

- Ang. minimikravet 2 år så är det mycket vanligt att enheter godkänner nyspecialiserade läkare pga stora bristen. tex anestesi, medicin m.m.

Avtalet kommer att omfatta specialistläkare med två års erfarenhet inom respektive verksamhetsområde för sjukhusläkare . Däremot har vi tittat på en öppning inom vård- och hälsocentraler som möjliggör avrop av närliggande specialitet och leg/ST-läkare.

- Kommer ni skapa möjligheten i ramavtalet för er som köpare att justera en kommuns zon-tillhörighet i det fall ni ser att det aktuella prisläget inte resulterar i leverans?

Den frågan får vi återkomma till. Innan vi kommer att fastslå den här ersättningsmodellen så kommer respektive region också att få titta på hur zon-tilldelningen ser ut, med möjlighet att återkomma med synpunkter till oss.

- Antal leverantörer, har ni någon plan att delge för det? Vi ser gärna en gräns på 20st leverantörer för att kunna skapa en närmare relation mellan kund och leverantör.

Vi kommer inte ha någon gräns, alla som klarar kvalifikationerna kommer att kunna vara med.

- Vad händer om ni p.g.a. något oväntat sker inte. Får leverans alls? Kommer det då finnas möjlighet till förnyad konkurrensutsättning för de ram-avtalade likt hur det ser ut i många avtal idag?

Svårt att veta, detta ska vara hållbart men kommer det en pandemin eller liknande så får man tänka om.

- Tack för svaret men vi tror att prissättningsproblematiken är den mest strategiska delen i denna upphandling och vi märker av att både vi och flera branschkollegor ser risker med er befintliga modell och som vi bör ha djupare dialog kring. exemplet med förnyad konkurrensutsättning talar för sig själv att den modellen är prishöjande vilket vi avrådde upphandlarna och SKR från tidigare i samband med andra upphandlingar

Vi tror att den här ersättningsmodellen vi föreslår är mindre prishöjande än en modell med förnyad konkurrensutsättning.

- Kan ni lägga ut texten lite kring hur hög tröskel ni kommer ha för att skriva direktavtal när detta avtal är igång? Är de upp till respektive region?

Vi gör den här upphandlingen för att leverantörerna som kommer med i upphandlingen ska leverera till oss, inte för att skaffa system för direktupphandlingar. Det kommer vara mycket höga trösklar för direktupphandlingar och det kommer inte vara upp till respektive region att göra avsteg.

- Kommer det att vara prisavdrag vid leverans av annan specialitet, exempelvis leverans till vårdcentral av internmedicin med god erfarenhet av primärvård?

Vi har tittat på en öppning för vård- och hälsocentraler som möjliggör avrop av närliggande specialitet och leg/ST-läkare. Dessa tankar lutar åt att vi kommer föreslå en lägre ersättning för närliggande specialistläkare, leg/ST-läkare än specialistläkare i allmänmedicin.

- Har ni funderat något kring hur prisjustering kommer ske och hur ofta?

Det kommer att finnas med men vi har inget förslag just nu.

- Hur kommer regionernas efterlevnad följas upp under ramavtalsperioden?

Vi kommer att skaffa en organisation kring hanteringen av avtalet, grundtanken är ett centralt stöd då regionerna kommer att följa upp detta gemensamt och hjälpas åt även under avtalets gång.

- Kommer ni ha möjlighet att redigera i zonindelningen under avtalstiden, säg att en zoon 1 kund får extremt låg leverans, kan den då uppgraderas på premissen låg leverans till att bli en zoon 2. Vice versa om det är hög leverans till en zoon 3 kund kan den bli graderad till zoon 2 som exempel. Då finns det en viss dynamik och säkerheten i leveransen över tid kan troligtvis bli högre. Även nedåt så klart om en zoon 3 får otroligt bra leverans så kan dom bli zoon 2 eller 1 tom (finns svar på denna?)

Efter att respektive region fått titta på föreslagen om zonindelning så ska zonindelningen gälla, det är grundtanken.

- Vilken jourersättningsmodell föreslår ni? SKR allmänna bestämmelser eller annan variant?

Vi har inte landat kring dessa frågor ännu, ber att få återkomma om detta.

- Vi förstår att ni har för avsikt att alla ska hålla sig till det stora ramavtalet. Jag ser en risk att direktupphandlingar kommer att ske från bolag som ligger utanför detta avtal som det ser ut rätt ofta idag. Ibland är det till och med en fördel att inte vara upphandlad på ramavtal. Hur ser ni på det?

De här är ett avtal och höga trösklar för direktupphandlingar. Det är *ni* som väljer att teckna avtal med oss som *vi* vill göra affärer med.

- Bara så att jag förstår dig rätt, direktupphandlingar är ju en möjlighet för verksamheterna att gå ut på fria marknaden (utanför avtalet) om det är så att de inte får leverans av ram-avtalen. Detta för att säkerställa patientsäkerheten. Om jag förstår dig rätt så kommer regionerna inte ha detta mandat då utan att detta kommer regleras centralt kring bemanning av den personal som omfattas i detta avtal?

Gör vi en gemensam upphandling så behöver vi alla tro på denna, grundtanken är att det inte ska vara ett fritt val för regionerna att göra direktupphandlingar. Vi vill göra affärer med er som vill bli våra framtida ramavtalsleverantörer

- Vad menar du när du säger "höga trösklar"?

Vi gör inte avtal för att öppna upp för en affärsmodell för att gå utanför avtalet. Vi gör inte en nationella upphandling för att berätta hur man ska gå utanför avtalet, vi vill göra affärer med våra ramavtalsleverantörer. Det kommer inte att vara ett fritt val för den enskilda verksamheten att gå utanför ett nationellt avtal.

- Det är vanligt vissa bolag erbjuder en konsult som är populär hos värdenheten, via systerbolag då prissättningen i grundavtalet kan vara lagom eller för lågt. Hur kommer ni att hantera detta?

När vi lägger ett avrop så beställer vi kompetens, mer och mer sällan kommer ni se att vi söker en namngiven person. Vi köper inte personkännedomkompetens.

- Jag tycker föregående talare har en poäng med direktupphandlingar och patientsäkerhet. Nu under pandemin har direktupphandlingar räddat tusentals liv

Verksamhetschefen och verksamheten har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten, man ska lösa uppdraget med alla till buds stående medel. Kan man inte med inhyrd personal lösa detta så får man hitta ordinarie personal att lösa detta. Vi kan inte med hänvisning till patientsäkerhet förbise en nationell upphandling, vi gör inte avtal för att vi ska bryta det.

- Vi förstår vad ni menar, men eftersom det inte har fungerat hittills på alla de ramavtal som är aktiva idag, så är det intressant att höra varför ni tror att detta ramavtal skulle kunna undvika direktupphandlingar?

Vi har gjort en genomgående analys och ger regionerna möjlighet att vara med, vi tror på att vi kan undvika direktupphandlingar.

- Kommer varje region att få en zontillhörighet eller kommer orten för uppdraget definiera vilken zon uppdragsgivaren hamnar i?

Det är på kommunnivå, kommunen är zontillhörigheten.

- Hur säkerställer ni kvalitet och kontinuitet om ni inte kommer att efterfråga namngivna konsulter?

Vi gör en värdering vid varje enskilt avrop, vi sätter inga avrop utifrån namngivna konsulter.

- Känd på enheten och vissa individer prioriteras idag- allt för kontinuitetens skull. Här kringgås de flesta urvalsmetoder. Först till kvarn, rangordning etc allt kommer efter huruvida man gillar den individen eller inte. Hur säkerställer ni en bra avropsordning?

Det kommer att framgå i beskrivningen av vår avropsordning.

- Hur involverade vill ni att vi leverantörer ska vara i att landa i ett rimligt utgångspris för Zon 1? Jag ser gärna att vi i ett så tidigt läge som möjligt kan få en indikation från er så en gemensam dialog kan föras. Hur ser processen ut? Kommer ni enskilt förmedla detta i FFU när upphandlingen sätter igång eller finns en annan plan?

Det kommer att komma i RFI:n och då finns det goda möjligheter att återkomma till oss.

- Har ni undersökt den tuffa arbetsmiljön för beställare som hanterar liknande avtal idag? dvs fast pris med många leverantörer? många hinner inte med flödet och det leder till att grundavtalet inte alltid följs

Oavsett tuff arbetsmiljö etc. så måste vi hålla oss till vårt avtal. Många verksamheter har möjlighet att använda sig av centrala avrop där verksamheten kan få avlastning av en central avropsenhet som kan avtalet.

Besvarade frågor punkt nr 6 (rörande Ytterligare förslag), 2021-10-12

- Då kan det i praktiken innebära att bolag som inte alls bemannat i Sverige utan enbart Norden antas? Hur motiveras det?

Arbetsgruppen har tittat på den tjänsten som utförs och det ser ungefär likadan ut i de nordiska länderna.

- Kan vi då ställa samma krav på tillgänglighet på era bemanningsenheter? Många enheter är svåra att komma i kontakt med innan kl 07 eller efter kl 16.

Det är verksamheten som behöver komma i kontakt med leverantörerna på de här utökade tiderna.

- Hur många leverantörer räknar ni med att teckna avtal med? Och, hur många leverantörer tror ni att ni behöver teckna avtal med för att täcka behoven?

Vi kommer att teckna avtal med samtliga anbudsgivare som uppfyller kvalificeringskraven, och hur många det kommer att vara vet vi först vid tilldelningen. Vi vill ha kvalitativa leverantörer så vi kan inte svara på hur många leverantörer vi behöver.

- Vad är syftet med att ge vite till leverantör om vi presenterar kandidat med karens? Ni kan väl bara säga "tack men nej tack"? :)

Vi kan ta med oss den frågan – vite är instrument för att avtalet ska följas.

- Vad menas ni med arbetsort, när ni pratar om omdisponering av konsult under uppdrag?

Om Jönköping har avropat och uppdraget ska utföras i Jönköping så ska även det nya, uppdraget, utföras inom Jönköping.

- Motivera gärna vad som gör en leverantör kvalitativ och leveranskraftig i Sverige bara för att man levererat i andra länder?

Nej, man behöver inte ha levererat i andra länder. Men vi har tittat på antal levererade timmar och om en leverantör levererat i de andra nordiska länderna så räknar vi det som likvärdigt Sverige. Vi fick in en synpunkt från er leverantörer att vi borde ha Norden istället för enbart Sverige.

- Har ni haft enskilda fördjupade dialogmöten?

Ja, vi har haft enskilda fördjupade dialogmöten med fem leverantörer och med Almega kompetensföretagen.

- Rent hypotetiskt kan massa utländska bolag vinna upphandlingen då och man lutar sig på att leverantörer utan större leverans mot Sverige ska klara uppdraget?

Det var en synpunkt som plockades upp på förra mötet där det sågs som en begränsning att inte kunna ta med erfarenhet från Norden.

- Ni nämnde på förra mötet om kvalificeringskrav som t.ex. ISO-kvalitet, ISO-miljö och kollektivavtal. Har ni kommit fram till något där som ni kan dela med er av i nuläget? Är det fortfarande tanken att det kommer vara krav på ISO-kvalitet?

Förslaget som var ISO 9001 eller likvärdigt certifiering – detta är fortfarande tanken. Och vad gäller kollektivavtal har vi inget att delge för närvarande.

- Kan ni motivera varför ni har en karenstid? Samt även förklara varför den ska vara så lång som 12 månader?

Ur regionernas arbetsgivare- och patientperspektiv har vi sett det som nödvändigt med krav på karenstid. Karenstid minskar risken för dålig arbetsmiljö. Man vill inte gynna en för stor personalomsättning eller få sämre kontinuitet och därmed äventyra patientsäkerhet. Regionerna har behovet av en stabilitet med medarbetare som står för patientkontinuitet, att man tar ansvar för vårdens utveckling samt bidrar till den medicinska utvecklingen. Vi vill vara tydliga med att det ska vara karenstid.

- Hur kontrollerar ni antalet levererade timmar?

Ber att få återkomma, det är en punkt som vi inte är klara med.

- Vad föranledde beslutet att anta samtliga leverantörer som uppfyller kvalificeringskraven?

Det finns ett stort behov av personal, vi behöver många leverantörer och det är viktigt att leverantörerna håller en viss kvalitet. Vi får i dagsläget inte tillräckligt med hjälp från de leverantörer vi har i landet, det är stor efterfrågan och detta hänger samman ändringen angående Norden, det vill säga att leverantörer även kan redovisa erfarenhet från Norden – inte bara Sverige.

- Finns det möjlighet att få ett fördjupat dialogmöte nu? Hur har SKR valt ut de fem ni har haft sådana möten med? När skedde dessa?

Vi gick ut med en förfrågan till leverantörerna under första dialogmötet i april (frågan låg även på SKR:s hemsida). Vi gjorde ett urval genom lottning bland både stora och små leverantörer. Mötena med de utvalda leverantörerna ägde rum i april och maj månad i år.

- Varför sänker ni kraven på leverantörerna när ni ändå vill ha en kvalitativ leverans?

Tillägget med Norden gjorde vi utifrån att vi hämtade intryck från synpunkter från förra dialogmötet.

- Vilka leverantörer har ni haft fördjupad dialog med?

- Kan ni offentliggöra vilka bemanningsföretag som har fått fördelen att vara med i dessa särskilda möten?

Dedicare, Dignus Medical, Läkarjouren, NGS Group, Sjuksyrra AB samt Almega Kompetensföretagen.

- Finns det några andra betydande krav ni kommer ställa på leverantörer för att komma med i upphandlingen?

De krav vi hittills har ställt har vi redogjort för men vi är inte riktigt klara med upphandlingen än. Det kommer att komma en extern remiss och där kommer det slutgiltiga förslaget.

- Kommer regioner som har egna avtal idag kunna säga upp dessa och ansluta till detta?

Respektive region kommer inte avsluta sina avtal i förtid, de ansluter till nationella ramavtalet när deras regionala ramavtal löper ut.

- Skulle ni ha krav på kollektivavtal (vilket inte är tillåtet enligt LOU) så skulle det utesluta majoriteten av alla bemanningsföretag - hur ser ni på det?

Vi kan inte ställa krav på kollektivavtal, det är inte tillåtet enligt LOU.

- Vi ber om att få ta del av era anteckningar från dessa fördjupade dialogmöten?

Skicka e-post till Stefan Petersson eller Helena Thunblad för att få ta del av det.

- Jag förstår det ändå som att det fortfarande finns en möjlighet att kollektivavtal kan bli ett skall-krav? I och med att ni nämnde att ni fortfarande kollar på dessa delar?

Vi har inte möjlighet att ställa kollektivavtal.

- Vi har ju ett gemensamt ansvar och intresse av att det ska vara attraktivt att arbeta inom vården, att ha en lång karens främjar ju inte detta. Hur ser ni på detta?

Vi kommer att se er som samarbetspartner och vi har alla ett intresse av att det här är ett bra avtal, att vi kan få leverans på det och att det är schyssta villkor.

- Undrar om vi kommer att få ta del av fullständigt upphandlingsdokument inklusive bilagor inom ramen för RFI?

Ja.

- Dialogmötens finns det ett stort intresse av vilket är väldigt positivt och känns som att många faktiskt vill genuint hjälpa till att skapa en riktigt bra upphandling, nationell upphandling är framtiden och kommer ni ha fler dialogmöten med fler leverantörer?

Dialogmötena skapar energi och bra input till oss i arbetsgruppen. Vi har inte planerat in något ytterligare dialogmöte men om det visat sig vara en framgångsfaktor så kanske man ska ha ytterligare dialogmöte, vi tar med oss detta!

- Förra mötet nämnde ni krav på medicinsk kompetens i företaget, men kunde inte riktigt svara då på hur detta skulle se ut. Kan ni utveckla det i nuläget?

Det är ett krav som har revideras, det har tagits bort.

- I samband med att vi diskuterade frågan om att prissättningen inte tar hänsyn till kandidatens kompetens och erfarenhet nämnde Christian att beställaren har möjlighet att välja den kandidat de anser bäst lämpad för uppdraget. Om jag inte missminner mig var ni i förra mötet inställda på att använda er av "först till kvarn" som tilldelningsmetod. Är detta inte längre fallet?

Det vi presenterade förra gången var fördelningsnyckel bäst lämplig för aktuellt uppdrag.

- Hur många bolag kommer ni ta in? Kommer det finns ett max antal leverantörer?

Så som det ser ut idag kommer vi inte att ha ett maxtak för antal leverantörer.

Frågor som fick felaktigt svar eller inte blev besvarade 2021-10-12

- Tröskelvärdena är väl lagstiftade och sätts varje år utifrån vissa bestämda premisser?

Troligen missuppfattades frågeställningen, OM frågan avsåg tröskelvärden för tillåtna direktupphandlingarna i enlighet med LOU, skulle svaret vara att tröskelvärdet inte är avgörande för att göra avsteg ifrån det framtida nationella avtalet. Det avgörande är att vi som köpare håller oss till avtalet med respekt för er leverantörer som har tecknat avtal med oss.

- Tolkade vi er rätt i att ISO 14001 inte kommer att vara ett krav i upphandlingen? ISO 14001 är alltså ISO miljö. Är ISO eller liknande avseende miljö ett krav? ISO 14001 är alltså ISO miljö

Ingen information om detta i nuläget.

- Är ISO eller liknande avseende miljö ett krav?

Ingen information om detta i nuläget.

Synpunkter 2021-10-12

- Ni har tidigare meddelat att ni troligtvis kommer ha två anbudsområden, ett för sjuksköterskor och ett för läkare. Det innebär att man inte kan välja att lämna anbud på vissa av dessa zoner? Kan ni ta en funderare på om det inte vore bra att anbud kan lämnas på olika zoner för olika kompetenser?

- Jag tror nog att patientsäkerheten är överordnad ett ramavtal?

- Tack för era svar. Jag tycker att ni borde tänka till en extra gång gällande att ni inte vill betala mer för mer erfaren personal. Med nuvarande tänk gör ni inte någon skillnad på en konsult med 2 års erfarenhet jämfört med en konsult med 15 års erfarenhet men det är stor skillnad i kompetens.

- Vi förstår tanken att man "hamnar i den zon man är i", men att ge er själva möjligheten att justera zonen är enbart en fördel, ni är ju inte tvingade att justera men har samtidigt möjligheten om behovet kraftigt skulle förändras i ett specifikt område!

- En synpunkt är att det kan vara bra att ha med sig att priset är en faktor gällande om behov av direktavtal uppstår. Där vi har sett i Stockholm och Karolinska t.ex. där de prispressat hårt, men då också har haft väldigt mycket oreglerade direktupphandlingar.

- Men varför skapa avtal som inte håller i praktiken? Om arbetsmiljön för centrala bemanningsenheter blir överbelastade så är det farligt

- Desto lägre pris desto större risk för att direktupphandlingar blir nödvändiga oavsett vad ambitionen är - tror det är bra om ni väger in det

- Med dessa 7 dagar sätter ni antingen era leverantörer i en extremt tuff situation alt leverantörernas konsulter, tryggheten blir extremt låg för konsulterna som med samma upplägg då blir uppsagda på 7 dagar. Kutym är 1 månad enligt svensk lag och detta blir ett sätt att undvika svensk arbetsrätt. Viktigast att tänka på här att de flesta privata aktörerna på marknaden som kan ses på vissa sätt som era konkurrenter om konsulterna erbjuder ofta 1 månad vilket gör dem direkt mer attraktiva och humana i sin approach, hur ser ni på detta?

- Gällande leverantörernas tillgänglighet så hoppas jag att ni är medvetna om bemanningsenheternas tillgänglighet och svarstider varierar kraftigt mellan regionerna. Detta önskar jag att ni tar med er och ställer krav på regionerna framåt.

- Gällande karenstid är vårt förslag att timanställda som jobbar upp till 50% ska ha lägre karenstid . förslagsvis 3 månader. det ökar er möjlighet att anställa läkarna direkt då det minskar deras rädsla för att teckna anställningsavtal om de får så lång karenstid.

- Gällande omDispositionering av personal så skulle vi gärna se en skrivelse om att omDispositionering kan ske till likvärdiga arbetsplatser/avdelningar. Det ska exempelvis inte vara fritt för beställare att flytta en konsult från en kirurgi-avdelning till en covid-avdelning. Frågan kan såklart alltid ställas men utan krav på godkänd förflyttning.

- Men om en annan nordisk leverantör vinner upphandlingen kan de säkert leverera över tid då de kan processen men kommer troligtvis inte kunna göra det initialt, det kommer säkert ta minst 12-18 månader innan ni kan förvänta er större leverans från en aktör som inte är van vid leverans mot Sverige.

- Syftet med EU:s så kallade bemanningsdirektiv är att skydda de bemanningsanställda och att erkänna bemanningsföretag som arbetsgivare. Om bemanningsföretaget har kollektivavtal, kommer de grundläggande arbets- och anställningsvillkoren att regleras av detta kollektivavtal. Lagen innebär då inga ändringar gentemot de regler som gäller för bemanningsföretag idag. Bemanningsföretaget behöver inte tillämpa lagens likabehandlingsprincip eftersom den anses inarbetad i branschens kollektivavtal. Om SKR håller fast vid tillämpning av karenstid anser vi att det är regionerna som bryter mot gällande lag, inte leverantörerna.
- Gällande karenstid är vårt förslag att timanställda som jobbar upp till 50% ska ha lägre karenstid. Förslagsvis 3 månader. Det ökar er möjlighet att anställa läkarna direkt då det minskar deras rädsla för att teckna anställningsavtal om de får så lång karenstid, - håller med om detta fullt ut, många konsulter som vill ta en timanställning i regionen vågar inte då de begränsar deras möjlighet att konsultera.
- Jag tror att skillnaden i syn på hur många timmar i Norden ska räknas eller inte har att göra med om ens eget företag bemannar i Norden eller inte. Helt enkelt svårt att tillfredsställa alla och inte konstigt att ni får olika input från oss 😊
- Kommer ni att ställa krav på en viss erfarenhet för interna bemanningen? Dvs minst antal konsultchefer som har ett visst antal års erfarenhet av branschen? Text 3-5 st för att bevisa bolaget har kapacitet att hjälpa er.
- Vi ser gärna att ni har ett ytterligare dialogmöte efter RFI:n!
- Instämmer med ovan
- Vi ser helst fler fördjupade dialogmöten innan ni skickar ut RFI:n!
- Viktig punkt, ta gärna en runda till och fundera på hur dom privata aktörerna jobbar och utformar sina avtal, ser det väldigt viktigt att ni inom SKR på bemanningssidan är attraktiva eller minst på samma nivå som dom privata aktörerna så inte den bästa kompetensen faller över till de privata vårdgivarna
- Vill tacka för att ni gör ett bra jobb och vi uppskattar verkligen möjligheten att få möta er så här och ge input. Stort tack!

- Instämmer, väldigt bra att ni för dessa dialoger! Tack för bra dragning/dialog!
- Tack för er transparens och vi ser fram emot ett fördjupat dialogmöte! Innan RFI:n publiceras
- Tack för transparens och dialog, uppskattas!

Besvarande frågor och synpunkter – dialogmöte 2021-10-12

Besvarande frågor punkt 2, rörande Pris- ersättningsmodell, 2021-10-12

- Hur tänker ni kring rese- och boendeersättning, är det exklusive eller inklusive?

Priser inkluderar resor, boende och annat. Vi gör ingen annan slags prissättning där vi har för avsikt att betala boende och annat.

- Spontant, även om man inte hunnit reflektera än, låter detta bra. Allt beror ju på vilka prisnivåer ni lägger er på till att börja med. Sedan tillkommer kostnader för oss som är auktoriserade och har kollektivavtal.

Grundtanken med prisindelning och den kraftiga uppräknig på zon 3 är att det ska vara ett pris som till viss del tar höjd för era extra omkostnader, ex. resor.

- Tänker ni ha någon flexibilitet i att flytta, ni hade 50 läkar-specialiseringar, till en prisgrupp? Säg att det är en väldigt låg tillsättningsgrad på en viss specialisering, tänker ni att man ska ha en flexibilitet i att flytta upp den? Säg exempelvis att ögonläkare skulle vara svårt att få tag i. Det vill säga att det finns en rörelse eller en flexibilitet. Det skulle även kunna gälla den här uppdelningen man gjort där man ser att någon kommun har hamnat i en priskategori, men man ser att de har svårt med tillsättningen. Det är en öppen fråga till er, vill ni skapa den flexibiliteten?

Vad gäller kommungruppindelningen, så kommer alla regioner att få gå igenom förslaget och göra en analys. Det kan vara så att någon region tycker att kategoriseringen inte överensstämmer med hur det ser ut i verkligheten och i

ingångsläget har vi då en möjlighet att göra ändringar. Men under en avtalsperiod så ser vi inte att man kommer att behöva ändra detta. I arbetsgruppen har vi diskuterat, exempelvis vad gäller läkare, att vid behov kunna göra justeringar (om det är möjligt enligt avtalet) om man har missat någon specialitet som under tid blir väldigt svårt att få avropssvar på.

- Hur ser ni på jour avtal för läkare. Stora variationer idag.

Vi har tittat på detta men det finns inget färdigt förslag för närvarande. Det är stora variationer idag och vi kommer i vårt nationella avtal att ha samma jourersättning inom delområdet läkare. Det är ungefär samma sats som ob-ersättning för sjuksköterskor, även där finns en stor variation.

- Vad gäller sliden när du visade uppräknigen, zon 1 och zon 2 osv, ska det vara 25% där, i sliden så såg det ut som 15%?

Då har vi lagt på ett felexempel, det ska vara 25% på läkare.

- För framförallt sjuksköterskor är det stor skillnad personalbehovet på sommaren jämfört med övriga året. Många avtal idag, speciellt på kommunsidan men även inom regioner, tillämpar därför sommarpåslag. Har ni tänkt något kring detta?

Ett och samma pris ska vara giltigt året om.

- Viktigt att ta i beaktning att det är en tredjedel av alla bemanningsbolag idag som har kollektivavtal. Man bör tänka på detta när det gäller ersättning till sjuksköterskor. Exempelvis har vi som har kollektivavtal röda siffror för vid ob-ersättning eftersom vi har tjänstepension. Vi har ett påslag som täcker in tjänstepension och det är viktigt att ta det i beaktning. Det krävs en samverkan här, att det ska vara bra arbetsförhållanden även om man jobbar som inhyrd sjuksköterska.

Vi har en ganska god bild av vad det kostar för ett bemanningsbolag att ha ett kollektivavtal, det kostar mer, vi ska försöka hitta ett utgångsläge där man har förutsättningar att hitta schyssta villkor för sina medarbetare.

- Viktig aspekt att trycka på det här med kollektivavtal (en tredjedel av alla bemanningsbolag har kollektivavtal), det handlar om en långsiktigt, ex. vad vi gör med våra skattemedel och att ge patienter den bästa vården. Det är en fråga om social hållbarhet och ekonomisk hållbarhet.

Vi tycker att det är viktigt att man tillämpar den svenska modellen och att era anställda också får en trygghet.

Besvarande frågor punkt 6 (rörande Ytterligare förslag), 2021-10-12

- Vad gäller sista anbudsdag, betyder det i slutet av januari eller mitten av februari?

Vi tänker oss slutet januari, eller början av februari. Behöver vi justera något i underlaget under anbudstiden kan vi eventuellt behöva förlänga avtalstiden. Riktmärke är jan/feb månadsskiftet.

- Om allt går enligt plan när börjar det första avropen, var det sommaren 2022? Vet man redan nu vilka regionerna är som är först ut?

Vi håller den tidplanen, tanken är att första avropen skulle kunna ske i juni månad 2022. I samband med att vi skickar ut annonseringar så kommer det att finnas en fullständig lista över vilka regioner som kommer att ansluta sig och när deras egna avtal går ut.

- Gäller samma karensregler för ålderspensionärer som slutar arbeta?

Vi har inget svar just nu utan det kommer vi att återkomma med.

- Gäller de 20 000 timmarna för sjuksköterskor både timmar från region, kommun och privat. Sliden försvann så fort =). Kan ni länka var man får tag på presentationsbilderna?

De här 20 000 timmarna är erfarenheter som man kan tillgodogöra sig i nordan, såväl hos kommuner, regionalt eller privat. Bilderna kommer att bli tillgängliga på vår hemsida.

- Jag tänkte på det här med egenanställda kontra relationen till kollektivavtal och plattformslösningar. Hur tänker ni där vad gäller skallkraven, det vill säga hur man ska kontrollera sina anställda. Tänker ni göra någon skillnad där? Det finns ju lösningar idag, ex. GIG-företag, egenanställda och plattformsföretag. Sådana företag finns också som vård-bemanningsföretag och där skiljer sig lösningarna åt. Det finns också avropsplatser där det känns som osund konkurrens. Det kan vara värt att titta på det!

Vi gör inte ett ramavtal för att vi ska ta in egenanställda på egna bolag. Tack för inspel!

Moderator frågor om mötesdeltagarna om gruppering av specialistläkare; om man ska bryta ut några specialiteter – där det är svårt att hitta kompetens utifrån behov – vad skulle det vara?

Svar från flera mötesdeltagare:

- Ögonläkare, Bröstradiologer, Patologer, barnneurologer, Radiologer, BUP

- Vad gäller frågan ovan om specialistläkare så tror jag att det kan vara som någon nämnde tidigare, titta exempelvis på hur VGR gör idag med specialister som är svåra att tillsätta. Då går man till och med ut med direktupphandlingar ibland för att det är så svårt att tillsätta vissa specifika specialiteter. Jag tror att ni skulle behöva ha något i avtalet som gör att ni kan höja en priskategori för att få leverans. Exempelvis är ögonläkare svårt. Det ni skulle kunna göra är att begära ut de som har fria prissättningar och kolla på vad prissättningen ligger.

Tack för era inspel! Utmaningen är att hantera avvikelserna, det som är sällan förekommande.

- Relativt sett är väl distriktsläkare den största bristen relaterat till efterfrågan, där använder man istället leg/andra Spec som substitut.

Ja, det stämmer, ibland är man tvingade att använda andra specialiteter än specialist i allmänmedicin. Vi kommer att öppna upp en möjlighet att kunna avropa leg./ST-läkare och närliggande specialistläkare. Det kommer då att bli ett något lägre pris än för specialist i allmänmedicin.

- Utbud och efterfrågan vad gäller prissättningen; öppnar man upp för nya kranar så kommer man halka in fel i prissättning direkt. Det finns en oseriös gren i branschen, som alla vet, och man ska komma ifrån den med det här avtalet. Börjar man öppna upp för subspecialiteter där det är svårt att bemanna så tror jag att man kan halka snett. Det gäller att vara försiktig med det här att det finns "special special". Jag tror att det är utbud och efterfrågan som gäller och att det är de krafterna som styr det här. Om man håller sig till att "nu gäller det här" så vet vi att det blir bra, exempelvis som i Örebro och Jönköping. Jag kanske har fel men jag tror att alla kommer in i fällan?

Att det finns en anpassning under resans gång?

- Ja, annars blir det väldigt osunt.

- Jag har en reflektion; det här med prissättning och att dela in i stora grupper är ju väldigt svårt, det förstår vi alla. Ett exempel när man bakar in för mycket specialiteter i en grupp, exempelvis Region Västerbotten där vi har ett nytt avtal. Det är ett ganska trevligt avtal men det är mycket specialiteter som är inbakade på samma pris. De får inte leveranser inom de svåra områdena och då görs det direktupphandlingar istället. När ni nu gör det här avtalet så kommer ni få in många kvalificerade leverantörer men sedan kanske ni inte får leverans. Vi ska ju säkra det här att alla kan få den vård de behöver. Risken som vi ser är att man – precis som Region Västerbotten – går ut och göra direktupphandlingar och då blir det ofta att det är den person som har sitt bolag på fickan, den enskilda doktorn som får uppdraget. Vi som bolag ställer oss tveksamma till detta och vill att ni tar detta i beaktning. Om ni inte gör ett avtal där det är möjligt att göra avsteg att göra något för oss som är upphandlade – om det blir problem med prissättningen – då måste ni gå utanför ram och då kan det bli de här enskilda läkarbolagen, som ett exempel. Det händer som sagt redan idag, viktigt att inte det blir ett system!

Tack för inspel! I Västerbotten har man alltså klumpat ihop alltihopa, även ögonläkare och patolog?

- Ja, man har man klumpat ihop alla! Det såg man på en gång att det inte skulle gå, sen kan prislappen vara tillräcklig på väldigt många specialiteter men tyvärr blir det ett för lågt pris på de som är svåra. Då blir det direktupphandlingar och då tar de läkare som har ett eget bolag.

Det här är en del som vi har med oss i hela upphandlingsarbetet, vi vill undvika direktupphandlingar och skapa bra villkor för de som är ramavtalsleverantörer för att få leverans av dessa.

- Jag vill knyta an till den här diskussion, det var jag som ställde frågan om sommarpåslag tidigare, detta kan få samma effekt på det området. Jag tror att det hjälper att det blir en och samma marknad, det är vi som i någon mån blir marknaden. Men pratar man om sjuksköterskor på sommaren så är det också kommunerna som inte ingår i det här marknaden, liksom att ha egen semester eller att åka till Norge och jobba, privat vårdgivare etc. Eftersom hela den marknaden för sjuksköterskor

innebär en högre ersättning så är jag rädd för att, om man inte använder någon form av anpassning (eller möjliggör anpassning), i vissa områden där det är svårrekryterat får minst leverans när ni behöver den som mest. Jag vill lyfta detta – inte i syfte att tjäna mer pengar på sommaren – utan i en vetskap om hur marknaden ser ut, och som jag tror att det kommer att se ut även om alla regioner har samma prismodell. Den här upphandlingen ska fungera från start och vara hållbar. Det är en liten anpassning utifrån att det faktiskt finns en annan marknad och en annan konkurrenssituation på sommaren, jag pratar specifikt om sjuksköterskor.

Tack för synpunkt!

- Ofta så har direktupphandlingar också möjlighet för högre pris vilket också skapar utmaningar.

Detta bekräftar diskussionen som vi har.

- Har ni haft några tankar omkring prisnivå?

Har tänkt mycket på prisnivå men inte redo att presentera det för närvarande. Priset ska avspegla behovet av leverans.

- Håller med inlägg om sjuksköterskor på sommaren. Det finns två marknader för sjuksköterskor som vissa konsulter hoppar mellan. De som även jobbar i kommun kommer välja det alternativet på sommaren om de erbjuds högre sommarlön där.

Vi har tidigare haft regionpriser men nu är vi inne på kommunnivå men 290 kommuner. Vi tror att vi har hittat en väldigt bra modell och att den håller över tid, även om det kan finnas justeringar.

- Fråga om prissättning när det kommer till kommuner: Tittar ni på hur stora skillnaden det kan bli i jämförelse med nuvarande avtal i prissättning, i exempelvis en region eller på ett visst ställe? Säg att man har en plats idag där man har 1400 kr i debitering och så skulle ert pris hamna på 1250 kr, då skulle det bli svårt att bemanna det framöver – just för att många som jobbat där får gå ner i pris. Har ni tittat på detta i er modell?

Det kommer naturligtvis vara en förändring som ser olika ut beroende på ursprungspriset. Som beskrevs i inledningen så är prissättningen i landet väldigt varierande och inte helt logisk. Vilket pris vi än sätter kommer någon region i något läge få ett annat pris. Då gäller det att vi som köpare håller ut och att ni som har kompetensen och personerna anställda hos er kan beskriva det på ett

tydligt sätt; om man vill arbeta i den stora staden men närhet till boende etc. så gäller det *här* priset, tar man ett uppdrag där det är mer resor etc. så kan man få möjlighet till det *här* priset.