

GERT PAULSSON

Organisation och styrning av vårdval i primärvården

- Erfarenheter från Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen

SKRIFTSERIE 2013:2



INSTITUTET FÖR EKONOMISK FORSKNING
VID LUNDS UNIVERSITET

Produktion: KEFU Skåne

FÖRORD

Föreliggande rapport är ett resultat av den uttalade forskningspolicy som KEFUs styrelse arbetat med sedan några år tillbaka. I korthet går denna ut på att KEFUs FoU-medel primärt skall satsas på initiering och fördjupning av forskning inom hälso- och sjukvård, skola och omsorg. Satsningarna skall baseras på de kunskaps- och kompetensplattformar inom kommunal ekonomi som KEFU representerar.

Våren 2007 beslutade KEFUs styrelse att finansiera uppbyggnad av ett forskningsprogram om primärvårdens organisation och styrning. Satsningen har bland annat resulterat i två Vårdvalsrapporter (Anell, 2008 och 2009) som beskriver och jämför de modeller som tillämpas i primärvården och ett flertal KEFU seminarium på temat Vårdval. Vidare var kunskap och erfarenheter från satsningen viktig input i den ansökan som VINNVÅRD beviljade 2009. Förutsättningarna för att bedriva forskning om lednings- och verksamhetsfrågor av vården vid Ekonomihögskolan samt Medicinska fakulteten, Lunds universitet är nu mycket goda.

Föreliggande rapport är ett resultat av dessa gemensamma ansträngningar och har finansierats inom ramen för Vinnvård. Organisation och styrning av vårdval i primärvården står i fokus och studiens utgångspunkt är ledande aktörers uppfattningar om befintliga vårdvalsmodeller och vad de tror om den framtida utvecklingen av dessa. Via intervjuer och dokumentstudier genereras bl.a. en referensram som kan vara ett stöd i framtida utvärderingar av vårdvalsmodeller. Som brukligt svara författaren ensam för de värderingar och slutsatser som görs i rapporten.

Lund i oktober

Ulf Ramberg

KEFU

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Kapitel 1 Sammanfattande inledning	1
Kapitel 2 Metod	3
2.1 Datainsamling	3
2.2 Referensram för analys	4
Kapitel 3 Fallstudie 1: Region Halland	9
3.1 Bakgrund och historik	9
3.2 Beskrivning av modellen	9
3.2.1 Mål och andra utgångspunkter för reformen	9
3.2.2 Invånarnas valmöjligheter	10
3.2.3 Organisation	11
3.2.4 Ersättningsmodell och kostnadsansvar	11
3.2.5 Krav på vårdgivarna	12
3.2.6 Planering och uppföljning	14
3.2.7 Egenregiverksamheten	16
3.3 Modellens konsekvenser	17
3.3.1 Branschens utveckling	17
3.3.2 Roll- och ansvarsfördelning	19
3.3.3 Konkurrensneutralitet och övriga villkor	21
3.3.4 Ersättningssystem och kostnadsansvar	24
3.3.5 Processer för uppföljning och utvärdering	29
3.3.6 Samverkan i vårdkedjan	30
3.3.7 Styrning av regionens egenregiverksamhet	31
3.4 Viktiga framtidsfrågor	32
Kapitel 4 Fallstudie 2: Region Skåne	37
4.1 Bakgrund och historik	37
4.2 Beskrivning av modellen	37
4.2.1 Mål och andra utgångspunkter för reformen	37
4.2.2 Invånarnas valmöjligheter	38
4.2.3 Organisation	39
4.2.4 Ersättningsmodell och kostnadsansvar	40
4.2.5 Krav på vårdgivarna	41
4.2.6 Planering och uppföljning	42
4.2.7 Egenregiverksamheten	43
4.3 Modellens konsekvenser	44
4.3.1 Branschens utveckling	44
4.3.2 Roll- och ansvarsfördelning	45
4.3.3 Konkurrensneutralitet och övriga villkor	46
4.3.4 Ersättningssystem och kostnadsansvar	47
4.3.5 Processer för uppföljning och utvärdering	50
4.3.6 Samverkan i vårdkedjan	50
4.3.7 Styrning av egenregiverksamheten	53
4.4 Viktiga framtidsfrågor	55
Kapitel 5 Fallstudie 3: Västra Götalandsregionen	59
5.1 Bakgrund och historik	59
5.2 Beskrivning av modellen	59

5.2.1 Mål och andra utgångspunkter för reformen	59
5.2.2 Invånarnas valmöjligheter	60
5.2.3 Organisation.....	60
5.2.4 Ersättningsmodell och kostnadsansvar	62
5.2.5 Krav på vårdgivarna	63
5.2.6 Planering och uppföljning.....	64
5.2.7 Egenregiverksamheten.....	65
5.3 Modellens konsekvenser	65
5.3.1 Branschens utveckling	66
5.3.2 Roll- och ansvarsfördelning.....	68
5.3.3 Konkurrensneutralitet och övriga villkor.....	69
5.3.4 Ersättningssystem och kostnadsansvar	70
5.3.5 Processer för uppföljning och utvärdering	70
5.3.6 Samverkan i vårdkedjan	71
5.3.7 Styrning av egenregiverksamheten.....	72
5.4 Viktiga framtidsfrågor	73
Kapitel 6 Lärdomar från vård- och hälsoval.....	77
6.1 Branschens utveckling.....	77
6.2 Roll- och ansvarsfördelning.....	79
6.3 Konkurrensneutralitet och övriga villkor	81
6.4 Ersättningssystem och kostnadsansvar	82
6.5 Processer för uppföljning och utvärdering	84
6.6 Samverkan i vårdkedjan	85
6.7 Styrning av egenregiverksamheten.....	86
Kapitel 7 Framtidens utmaningar	89

KAPITEL 1

SAMMANFATTANDE INLEDNING

Införandet av vårdmodeller¹ i den svenska primärvården inleddes 2007 när Landstinget Halland införde Vårdval Halland. Därefter följde Västmanlands läns landsting och Stockholms läns landsting 2008, och ett stort antal landsting 2009, däribland Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Från och med 2010 är det obligatoriskt för landsting och regioner att tillämpa Lag (2008:962) om valfrihetssystem, och således arbeta med någon form av vård- och hälsoval i primärvården (se t.ex. Anell och Paulsson, 2010).

Ett antal studier har gjorts som visar att det finns såväl likheter som skillnader mellan de vårdvalsmodeller som införts (se t.ex. Anell 2008 och 2009, Sveriges Kommuner och Landsting, 2012). Den allmänna bilden från dessa studier är att flertalet landsting och regioner har valt likartade lösningar när det gäller centrala delar i modellerna, t.ex. uppdragets omfattning, ersättningssystem och kostnadsansvar.

Det projekt som redovisas i denna rapport är en del i ett större forskningsprogram som genomförts av forskare vid Ekonomihögskolan och Medicinska fakulteten vid Lunds universitet, och som har finansierats av Vinnvård. Programmet omfattar flera projekt, och har genomförts i samarbete med Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Det är också dessa regioner som står för det primära empiriska materialet.

Rapporten handlar om olika inslag i vårdvalsmodellerna, hur berörda aktörer ser på dessa modeller, och vilka frågor som är viktiga för branschens framtida utveckling. Projektet har huvudsakligen omfattat intervjuer med politiker, tjänstemän och representanter från privata och offentliga vårdenheter. Det som har fångats under intervjuerna är till stor del deras *uppfattning* om vårdvalsmodellerna. Utöver intervjuer har en dokumentstudie genomförts i de tre regionerna i syfte att identifiera hur

¹ Vissa landsting och regioner använder benämningen "Vårdval", medan andra landsting och regioner använder benämningen "Hälsoval". I den här rapporten används benämningen "Vårdval" i de fall det inte explicit handlar om Region Skåne där man benämner vårdvalet Hälsoval Skåne.

modellerna rent formellt är tänkta att utformas och fungera. Andra forsknings- och utredningsrapporter kring vårdval har också studerats.

Resultatet som presenteras i rapporten omfattar någon form av löslig referensram över de frågeområden som diskuteras i samband med vårdval. Referensramen är empiriskt genererad i meningen att det är de frågeområden som tagits upp av intervjupersonerna som finns med. Ett annat viktigt inslag i resultatet är de framtidsfrågor som intervjupersonerna har lyft fram som extra viktiga i den fortsatta utvecklingen av vårdvalsmodellerna. Framtidsfrågorna är naturligtvis relaterade till referensramen över ”heta” frågeområden, men det görs inte några explicita kopplingar.

Rapporten inleds med en kortfattad beskrivning av metoder för datainsamling samt den referensram som ligger till grund för diskussionen om de tre fallen (kapitel 2). Därefter följer tre kapitel (3-5) som presenterar fallstudierna från de tre regioner som medverkat i programmet. I det följande kapitlet (kapitel 6) sammanställs de lärdomar som kommit fram i de tre fallstudierna. Utgångspunkten för sammanställningen är den referensram som presenteras i kapitel 2. Avslutningsvis (kapitel 7) följer en presentation av de utmaningar inför framtiden som intervjupersonerna har lyft fram som särskilt viktiga.

Det ska noteras att den empiriska studien är omfattande, vilket innebär att data har samlats in vid olika tidpunkter i de tre regionerna. De tre regionernas vårdvalsmodeller har också utvecklats under projektets genomförande. Detta är dock inte något problem i det här sammanhanget eftersom de genomförda förändringarna har handlat om mindre justeringar i befintliga modeller, snarare än om fundamentala omsvängningar i de grundläggande principerna bakom modellerna.

KAPITEL 2

METOD

2.1 DATAINSAMLING

Datainsamlingen i projektet har omfattat tre huvudsakliga delar – dokumentstudier, intervjuer samt genomgång av forsknings- och utredningsrapporter med fokus på vårdval i primärvården.

Dokumentstudier

Genomgången av dokument syftar huvudsakligen till att beskriva hur vårdvalsmodellerna formellt sett ser ut i de tre regionerna. En del av dokumenten är formella beslut, medan andra mer är av karaktären arbetsmaterial som kontaktpersonerna i respektive region har lämnat ut. Avslutningsvis har olika typer av mer eller mindre publika informationsmaterial studerats. Dokumenten refereras till som ”Diverse internt material” från respektive region, utan mer specificerade referenser till de enskilda dokumenten.

Intervjuer

Intervjuer har genomförts med sammanlagt ca 50 aktörer i vård- och hälsovalen i de tre regionerna. Det handlar om politiker, tjänstemän samt företrädare för vårdenheter i såväl privat som offentlig regi. Intervjupersonerna återfinns i bilaga 1. Huvuddelen av intervjuerna har genomförts under 2011 och 2012, och intervjupersonerna har valts ut i samråd med referenspersonerna från de medverkande regionerna.

Intervjuerna har varit relativt öppna och har fokuserat på hur intervjupersonerna *uppfattar* vårdvalen, vilka problem och möjligheter man upplever samt vilka utmaningar vårdvalsbranschen står inför i ett längre perspektiv. Inom ramen för dessa övergripande frågeställningar är det till stor del intervjupersonerna som har bestämt vilka mer specifika frågor som diskuterats, och som därmed behandlas i rapporten. Rapportens innehåll och struktur är m.a.o. till stor del empirigenererad.

Intervjuerna har varat mellan 45 minuter och två timmar, och har genomförts hos respektive intervjuperson.

Genomgång av forsknings- och utredningsrapporter

I de tre regioner som ingår i studien har det under projektets genomförande även gjorts revisioner, uppföljningar, utvärderingar och andra granskningar. Rapporter från sådana aktiviteter har också studerats. Avslutningsvis har rapporter från vårdval i andra delar av landet studerats.

2.2 REFERENSRAM FÖR ANALYS

Utifrån dokumentstudier och intervjuer har ett antal frågeområden lyfts fram som speciellt viktiga när man ska studera organisation och styrning av vårdval i primärvården. Dessa områden beskrivs kortfattat nedan i något som kommer att fungera som en referensram för fallbeskrivningarna och diskussionen om lärdomar. Referensramen har växt fram under arbetets gång och har således påverkats av intervjupersonerna, referensgruppen från de tre medverkande regionerna, olika typer av dokument, samt seminarier och andra fora där vård- och hälsoval diskuteras. Referensramen är, som nämnts ovan, en del av resultatet av studien.

Branschens utveckling

En viktig fråga är hur ”primärvårdsbranschen” utvecklas när ett vårdval införs. Detta kan studeras från såväl ett utbuds- som ett efterfrågeperspektiv. Det förstnämnda handlar om hur antalet vårdenheter utvecklas, men också om det sker en utveckling av hur man arbetar internt på vårdenheterna. Exempel på frågor som har med utbudet att göra är om arbetsformerna på vårdenheterna ändras, om man anställer fler organspecialister, och om man samverkar man med andra aktörer på ett annorlunda sätt än man gjorde innan införandet av vård- och hälsoval.

När det gäller efterfrågeperspektivet är det framför allt intressant att se om invånarna utnyttjar sina möjligheter att välja. Denna fråga kan studeras antingen med hjälp av tillgänglig statistik över gjorda ny- och omval, eller genom att invånarna tillfrågas om de anser sig ha gjort ett aktivt val av vårdenhet.

Roll och ansvarsfördelning

Roll- och ansvarsfördelning är direkt kopplad till den organisation man har valt. Det handlar om såväl den *politiska organisationen* som *tjänstemannaorganisationen*. I båda dessa organisationer finns det i sin tur en uppdelning i olika roller. Rollerna varierar något mellan olika landsting och regioner, och en och samma roll kan dessutom benämnas på olika sätt. I den här rapporten görs huvudsakligen en uppdelning mellan fyra roller:

- *Huvudmannarollen* som handlar om att utveckla och vaka över den producentneutrala ”marknaden” för vårdval i form av regler för

ackreditering, ersättningsprinciper, krav på resultatinformation, listningsförfarande m.m.

- *Ägarrollen* som omfattar frågor som har att göra med den övergripande infrastrukturen för vårdvalet.

- *Beställarrollen* som handlar om den producentneutrala löpande relationen till vårdenheterna som omfattar avtalsslutande, uppföljning, medicinsk revision och motsvarande.

- *Utförarrollen* som handlar om styrningen av den verksamhet som bedrivs i egen regi i regionerna. Denna roll skiljer sig således från de tre övriga genom att den inte omfattar privata aktörer. Utförarrollen handlar om att utveckla och styra egenregiverksamheten på ett sätt som gör att den blir så konkurrenskraftig som möjligt

Med utgångspunkt i de roller som kortfattat berörts ovan, är det möjligt att se på roll- och ansvarsfördelningen i vård- och hälsoval i två dimensioner i enlighet med tabell 1.

Tabell 1: Roll- och ansvarsfördelning i vård- och hälsoval

	Huvudmannarroll	Ägarroll	Beställarroll	Utförarroll
Politisk organisation				
Tjänstemannaorganisation				

När man tittar på roll- och ansvarsfördelning är det viktigt att skilja mellan den formella och den informella fördelningen. Den förstnämnda kan man i allmänhet utläsa ur officiella dokument som beskriver hur modellerna ser ut. Den mer informella fördelningen kommer i första hand fram i intervjuer, men i vissa fall även i granskningar, utvärderingar m.m. som gjorts av vårdvalet i de tre regionerna.

Konkurrensneutralitet och övriga villkor

En viktig utgångspunkt för vårdvalsmodeller är att det ska råda konkurrensneutralitet mellan vårdenheterna. Det innebär att *modellerna* ska utformas på ett sätt som gör att ingen enskild vårdenhet eller grupp av vårdenheter gynnas eller missgynnas.

I diskussioner kring konkurrensneutralitet i vid mening är det emellertid ofta en annan typ av frågor som lyfts fram, som har att göra med hur *villkoren i allmänhet* skiljer sig åt mellan olika enheter. Det kan handla om regelverket kring offentliga och privata enheter, t.ex. att privata enheter lätt kan sluta samarbetsavtal med andra privata aktörer, medan offentliga

enheter som vill sluta motsvarande avtal måste följa lagen om offentlig upphandling.

Det kan även handla om hur man inom regionerna faktiskt agerar inom ramen för modellerna, t.ex. vilka frihetsgrader man ger egenregiverksamheten och hur man hanterar roll- och ansvarsfördelning inom regionen. Avslutningsvis handlar det ibland om skillnader i finansiella muskler mellan små och stora privata enheter samt skillnader i förutsättningarna att rekrytera läkare beroende på om man verkar i stad eller på landsbygd, etc.

I den här rapporten försöker vi att tydligt skilja mellan vårdvalsmodellernas inverkan på konkurrensneutraliteten, och de övriga villkor som påverkar vårdenheternas förutsättningar att bli framgångsrika.

Ersättningssystem och kostnadsansvar

Utformningen av ersättningssystem och kostnadsansvar är viktiga när det gäller förutsättningarna för vårdgivarnas möjligheter att bedriva verksamhet inom vårdvalsmodellerna. Detta är därför områden som diskuterats mycket i anslutning till reformens genomförande, och det är också områden som till viss del diskuteras fortfarande.

När det gäller ersättningssystemet låg fokus inledningsvis i hög grad på frågan om man ska ha en stor andel kapitationsersättning eller en stor andel prestationsersättning. De lösningar som valts i olika landsting och regioner är nästan undantagslöst relativt kapitationsorienterade. Stockholms läns landsting är egentligen det enda tydliga undantaget i det sammanhanget. Av det skälet har fokus i flertalet landsting och regioner istället flyttats till hur man kan konstruera kapitationsbaserade ersättningssystem som skapar så goda incitament som möjligt. Lämpligheten i att inkludera någon form av socioekonomisk faktor, t.ex. Care Need Index, CNI, och/eller någon form av diagnosrelaterad faktor, t.ex. Adjusted Clinical Groups, ACG, är exempel på frågor som diskuteras i det sammanhanget².

En annan fråga som diskuteras när det gäller ersättningsmodeller är förutsättningarna för att arbeta med någon form av målrelaterad ersättning. Avsikten med sådana lösningar är att aktörerna i vårdvalen ska få tydliga incitament att fokusera på frågor som är högt prioriterade av den politiska ledningen. Hög tillgänglighet, satsningar på förebyggande insatser samt

² Care Need Index, CNI, är ett index som utifrån socioekonomiska förhållanden ska hjälpa till att identifiera risk för ohälsa, och därmed behov av vård.

Adjusted Clinical Groups, ACG, är en form av diagnosgrupper som bidrar till att beräkna hur mycket resurser individer med en viss diagnos kommer att kräva av hälso- och sjukvården.

följsamhet till läkemedelsrekommendationer är exempel på mål som ingår i ersättningssystemen i flera landsting och regioner.

När det gäller kostnadsansvar handlar diskussionerna primärt om omfattningen på ansvaret. En viktig fråga i det sammanhanget har att göra med behovet av att följa den s.k. påverkbarhetsprincipen som innebär att chefer enbart ska hållas ansvariga för konsekvenser som man har möjlighet att påverka med sitt eget beslutsfattande. Diskussioner som ofta kommer upp i det sammanhanget handlar om det kostnadsansvar som vårdenheterna har för sina listade patienter när de väljer att konsumera vård på andra enheter i primärvården och därmed orsakar ”sin” vårdenhet en kostnad.

Processer för uppföljning och utvärdering

Processer för uppföljning och utvärdering handlar om de aktiviteter som genomförs i syfte att bedöma om vårdenheterna har fullgjort sina åtaganden och ytterst ska få fortsätta verka inom ramen för vårdvalen. I ett lite mera kortsiktigt perspektiv handlar det om bl.a. i vilken utsträckning man uppnått de mål, t.ex. vad avser täckningsgraden, som har inverkan på ersättningen. Också när det gäller andra mål än de som är direkt kopplade till ersättningssystemet sker det en löpande uppföljning med tillhörande dialog. Dessa uppföljningar och dialoger kan se olika ut i olika landsting och regioner.

En annan fråga som diskuteras när det gäller uppföljning och utvärdering är behovet av medicinsk revision, och hur denna ska organiseras och genomföras.

Samverkan i vårdkedjan

Samverkan handlar i den här rapporten om två frågor. För det första om hur olika aktörer i hälso- och sjukvården samverkar och i vilken utsträckning införandet av vårdval har påverkat incitamenten och förutsättningarna i allmänhet för sådan samverkan. Detta är en viktig fråga när det gäller utformningen av framtidens hälso- och sjukvård, och en viktig aspekt i sammanhanget är hur förekomsten av ett större antal, privata och offentliga, aktörer påverkar samverkan.

För det andra handlar samverkan om i vilken utsträckning patienterna kommer in i sjukvårdssystemet på rätt ställe. En viktig utgångspunkt i många landsting och regioner är att man som patient ska komma in i systemet på lägsta effektiva nivå³, vilket exempelvis innebär att man inte

³ Förr kallades detta ofta för LEON-principen, Lämpligaste (alt. Lägsta) Effektiva OmhändertagandeNivå.

ska komma till akuten på något av sjukhusen om man kan få adekvat hjälp på den primärvårdsenhet där man är listad.

Styrning av egenregiverksamheten⁴

Avslutningsvis handlar rapporten om en fråga som ligger lite vid sidan om övriga frågor i referensramen - styrning av egenregiverksamheten. Anledningen till att denna fråga är något perifer, är att övriga frågor handlar om regionernas roll som huvudman, och således om hanteringen av hela vårdvalsmarknaden, medan denna fråga har fokus på den del av vårdvalet som bedrivs i egen regi. Orsaken till att frågan har berörts i projektet är att den uppmärksammats av många intervjupersoner. Det som diskuterats är bl.a. den interna organisationen och ansvarsfördelningen med fokus på spänningen mellan ”koncernperspektivet” och ”vårdenhetsperspektivet”.

⁴ Med ”egenregi” och ”egenregiverksamhet” avses i den här rapporten den verksamhet som drivs i regionernas egen regi.

KAPITEL 3

FALLSTUDIE 1: REGION HALLAND

3.1 BAKGRUND OCH HISTORIK

Fakta om Region Halland:

- Befolkning: ca. 300 000 invånare i sex kommuner som omfattar både glesbygd och stad
- Historik: Region Halland bildades 2011 genom en ombildning av Landstinget Halland.
- Hälsa- och sjukvården: 2 akutsjukhus, 48 vårdcentraler
- Antal anställda: ca 7 000
- Införande av Vårdval Halland: 1 januari 2007

Region Halland (då Landstinget Halland) införde vårdval i primärvården den 1 januari 2007, och man var därmed det första landsting i Sverige som genomförde en sådan reform. Bakgrunden var att man ville ge invånarna i Halland ökad valfrihet i den nära vården, öka förtroendet för den vården och därmed göra den till hallänningarnas naturliga förstahandsval. Ett led i att öka valfriheten var att tillåta privata aktörer att etablera sig. För att minska barriärerna för dessa aktörer valde man att införa ett ackrediteringsförfarande som innebär att alla privata aktörer som klarar dessa landstinget uppsatta kriterierna fick möjlighet att etablera sig. Det traditionella upphandlingsförfarandet användes således inte.

Beslutet att införa Vårdval Halland fattades i stor enighet, och det politiska stödet för reformen har fortsatt att vara brett, även om det under senare år har varit en diskussion om hur ersättningsmodellen ska vara utformad.

3.2 BESKRIVNING AV MODELLEN

3.2.1 Mål och andra utgångspunkter för reformen

Det yttersta målet med Vårdval Halland är att skapa goda förutsättningar för att den nära sjukvården ska kunna bidra till de landstingsövergripande målen (interna dokument):

- God hälsa;
- Nöjda och engagerade invånare;
- God vård;
- Stark ekonomi;
- Stolta och engagerade medarbetare;

Vårdval Halland bygger därutöver på några grundläggande utgångspunkter:

- Hallänningarna ska ha frihet att välja vårdvalsenhet och ingen får nekas sitt val;
- Vården ska präglas av god kontinuitet;
- Vården ska ha hög kvalitet;
- Ersättningssystemet ska vara rättvist, oavsett driftsform;
- Vårdval Halland ska vara det naturliga förstahandsvalet;
- Invånarnas behov av vård ska mötas tidigt, genom att fler specialister ska vara verksamma i den nära vården;
- Samverkan mellan olika vårdgivare ska öka, med utgångspunkt i invånarnas behov;
- Vårdvalsenheterna ska ges utökade frihetsgrader att utforma sin verksamhet, utifrån invånarnas behov;
- Ersättningsmodellen ska vara enkel att förstå;
- Vårdvalsenheterna ska ta ett helhetsansvar och ska fungera som invånarnas ”lots” i hälso- och sjukvården;
- Tillgängligheten till vårdvalsenheterna ska styras av invånarnas behov;

3.2.2 Invånarnas valmöjligheter

Invånarna i Halland väljer vårdenhet i närsjukvården. Genom detta val betalas en hälso- och sjukvårdspeng till den valda vårdgivaren. I en modellbeskrivning av Vårdval Halland anges också följande; ”Invånaren förklarar även att han eller hon har för avsikt att i första hand vända sig till vårdenheten och dess samverkanspartners vid behov av vård”. Invånaren har dock, oberoende av vilken vårdenhet man har valt, rätt att gå till vilken vårdenhet man vill inom Region Halland när man har behov av vård.

Vid införandet av Vårdval Halland fick alla invånare ett brev där man uppmanades att välja vårdenhet. Av brevet framgick också att om man inte skickade in den medföljande blanketten skulle man listas på den enhet som låg närmast den adress man var mantalsskriven på. Vile man däremot byta vårdenhet skulle man ange det på blanketten och skicka den till Landstinget Halland.

Nyinflyttade får på motsvarande sätt information via brev om att de ska välja vårdenhet, och vilka vårdenheter de kan välja mellan. Om den nye invånaren inte gör något val inom tre månader listas han eller hon på en vårdenhet i sitt geografiska närområde.

Byte av vårdenhet görs skriftligen på en valblankett som finns tillgänglig på vårdenheterna och på Region Hallands hemsida på internet.

I syfte att hjälpa invånarna att göra ett informerat val, har Region Halland infört en jämförelsetjänst på internet där vårdenheterna i vårdvalet kan jämföras i ett antal dimensioner.

3.2.3 Organisation

Region Halland har en politisk organisation och en tjänstemannaorganisation. I den *politiska organisationen* är Regionfullmäktige högsta beslutande organ. På nästa nivå i organisationen återfinns Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Som framgår av namnet är det den senare som har huvudansvar för hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har i sin tur en struktur med lokala nämnder, en för varje kommun i Halland, som ska göra bedömningar av vårdbehovet, och en struktur med indelning i specialiserad sjukvård, psykiatri och vårdvalsverksamhet i egen regi. Den senare strukturen fungerar som utförare av vård och benämns Driftnämnd Närsjukvård.

Tjänstemannaorganisationen är kopplad till de olika politiska beslutsnivåerna. För utförarsidan - Driftnämnden för närsjukvård - finns en förvaltningsorganisation - Närsjukvården Region Halland, NSVH – som har en förvaltningschef som i sin tur har ett kansli med ekonomi-, personal- och utvecklingsfunktioner. Man har vidare delat in driften av vårdenheterna i tre affärsområden för vårdvalsverksamheten och ett affärsområde för folktandvården. Samtliga egenregienheter inom Vårdval Halland har egna chefer.

Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har en förvaltningsorganisation kallad Regionkontoret som är uppdragsgivare för bl.a. Vårdval Halland och som ägnar sig åt målstyrning, uppföljning och redovisning för hela Vårdval Halland, såväl privat verksamhet som egenregiverksamhet.

Förvaltningarna för driften av närsjukvården inklusive tandvården i egen regi har sitt säte i Falkenberg, vilket även Psykiatriförvaltningen har. Regionkontorets huvudsakliga placering är däremot i Halmstad.

3.2.4 Ersättningsmodell och kostnadsansvar

Vårdenheterna i Vårdval Halland ersätts till största delen med en hälso- och sjukvårdspeng per listad invånare. Hälso- och sjukvårdspengen är differentierad i fyra ålderskategorier, och Regionfullmäktige bestämmer årligen pengens storlek. Hälso- och sjukvårdspengen kan även påverkas av bristande måluppfyllelse i några avseenden. För det första får vårdenheterna ett avdrag på hälso- och sjukvårdspengen om man inte når det av Regionfullmäktige beslutade målet om en täckningsgrad på 80%⁵. För det andra får vårdenheterna avdrag på hälso- och sjukvårdspengen om de inte

⁵ Täckningsgraden beräknas som andelen patientbesök i öppen vård som vårdenhetens invånare gör på närsjukvårdsnivå.

följer Läke-medelskommittén Hallands rekommendationer avseende terapeutiska kvoter. Avdragen för bristande måluppfyllselse kommer troligtvis att förändras över tiden, beroende på bl.a. vilka problem regionen upplever att man har inom Vårdval Halland.

Hälso- och sjukvårdspengen ska finansiera alla kostnader som har att göra med åtagandet sådant det beskrivits ovan. Det gäller t.ex. lokaler, personal, utrustning, medicinsk service samt ersättning till andra vårdgivare som enhetens invånare besöker, t.ex. andra vårdvalsenheter, allmänläkare enligt lagen om läkarvårdsersättning, samt sjukgymnaster enligt lagen om ersättning till sjukgymnaster. Däremot ingår inte läkemedel i kostnadsansvaret.

Utöver hälso- och sjukvårdspengen får vårdenheterna behålla patientavgiften⁶, och man får därutöver en besöksrelaterad ersättning när man tar emot patienter som är listade på någon annan vårdenhet i Vårdval Halland. Den senare ersättningen baseras på prislistan för enstaka akutbesök som Regionfullmäktige årligen fastställer. Vid anlitan- de av tolk får vårdenheten därutöver dubbel kompensation för extrakostnaderna för tolken. Anledningen till att man valt att ge dubbel ersättning är att man vill kompensera för dels den direkta kostnaden för tolken, dels för att besök som kräver tolk tar längre tid för personalen på vårdenheten.

Avslutningsvis kan en vårdenhet i Vårdval Halland åta sig att utföra s.k. särskilda uppdrag, t.ex. allmäntjänstgöring (AT) för läkare, generella läkarinsatser i kommunernas särskilda boende för äldre, läkarinsatser i kommunens korttidsboende, specialisttjänstgöring (ST) för läkare i allmänmedicin, studierektorskap för ST-läkare samt sjuksköterske- och specialist-sjuksköterskeutbildning. För sådana uppdrag får vårdenheterna en särskild ersättning.

3.2.5 Krav på vårdgivarna

Samtliga aktörer som är intresserade av att verka inom ramen för Vårdval Halland måste godkännas av Regionfullmäktige. I godkännandet ingår en diskussion om etableringsbehovet i det geografiska område där vårdgivaren vill verka. Kraven på vårdgivarna fastställs sedan i ett avtal per vårdenhet.

Privata vårdleverantörer som vill ingå i Vårdval Halland måste ha en stabil ekonomisk bas, vilket bl.a. innebär en soliditet på minst 15%.

⁶ Om patienter har befrielse från patientavgiften kompenserar regionen vårdenheten för den uteblivna avgiften.

Samtliga vårdenheter är skyldiga att vara samordnade i valet av IT-lösningar. Man är också skyldig att följa författning SOSFS 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Därutöver finns mer specificerade krav på att vårdenheterna ska följa vårdprogram och vårdöverenskommelser, ska delta i Nationella diabetesregistret m.m., och att vårdenheternas "bas" ska utgöras av läkare med specialistexamen i allmänmedicin.

Uppdraget

De övergripande kraven på vårdenheter som ska ingå i Vårdval Halland formuleras på följande sätt i Modellbeskrivning för Vårdval Halland:

- ”- Vårdenheten ska vara ett naturligt förstahandsval för invånarna, såvida dessa inte drabbas av sådana akuta och planerade tillstånd som kräver sjukhusens resurser.
- Vårdenheten ska ge hälso- och sjukvård med god kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet. Den ska också ha en helhetssyn, vilket innebär att beakta de biologiska, psykologiska och sociala faktorer som samverkar vid ohälsa.
- Vårdenheten ska dessutom vara patientens samordnare och lots i den sammanhållna hälso- och sjukvården
- Patienten ska vara delaktig i sin egen vård och en förutsättning för detta är att vårdenheten informerar om alternativ och val utifrån patientens behov.”

Utöver de övergripande kraven finns det ett antal punkter som anger åtagandets omfattning:

- ”- Ta emot de invånare som väljer vårdenheten senast inom tre månader.
- Ta emot och bedöma, och utifrån kompetens, behandla akut sjuka och skadade, oavsett om de valt vårdenheten eller inte.
- Ansvara för vård till invånarna i enlighet med det samhällsmedicinska ansvaret.
- Ansvara för sjukdomsförebyggande metoder och insatser.
- Bedriva barnhälsovård enligt gällande riktlinjer och utifrån barnets och familjens behov.
- Ansvara för rehabilitering enligt gällande föreskrifter.
- ansvara för att bedriva hemsjukvård enligt gällande avtal med Hallands kommuner.
- Erbjud medicinsk service i enlighet med gällande vårdöverenskommelser.
- Utfärda intyg såsom vårdintyg, rättsintyg, dödsbevis, i förekommande fall medicinskt underlag till Försäkringskassan samt övriga patientrelaterade intyg.
- Vårdenheten ska ha ett öppethållande som motsvarar invånarnas behov av hälso- och sjukvård. Detta kan innebära deltagande i gemensam kvälls- och helgverksamhet.
- Beredskapstjänstgöring för läkare ska finnas i varje kommun.
- Samverka med specialistvård vid sjukhus, psykiatri, habiliteringen och andra för patienten viktiga vårdaktörer samt kommun och Försäkringskassa med flera.
- Handleda vårdpersonal under klinisk utbildning enligt föreskrifter.
- Tillföra kompetens till övergripande uppföljnings- och förbättringsarbete.

- Ha erforderlig kompetens, legitimerad hälso- och sjukvårdsutbildad eller psykologiskt eller psykosocialt utbildad personal samt den personal som erfordras för patientens hälso- och sjukvård.
- Förskriva läkemedel enligt upprättade föreskrifter.
- Följa lagar, förordningar, föreskrifter, råd och rekommendationer som gäller för hälso- och sjukvården. Vårdenheten har det medicinska ansvaret för uppdragets genomförande och är underställd Socialstyrelsens tillsyn.
- Delta i och tillhandahålla information till de uppföljningar som regionen beslutar om.”

Punkterna ovan beskriver grunduppdraget för en vårdvalsenhet i Region Halland. Särskilt noterbart är att barnvårdscentraler och rehabilitering redan sedan starten av Vårdval Halland 2007 ingår i uppdraget.

Utöver dessa uppdrag, har vårdgivare som ingår i Vårdval Halland, som nämnts ovan, möjlighet att åta sig s.k. särskilda uppdrag som ger extra ersättning.

3.2.6 Planering och uppföljning

En viktig del i planeringen av Vårdval Halland inför ett nytt år är Regionkontorets uppdatering av modellbeskrivningen som anger villkoren för vårdvalet. Därefter fattar Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslut om modellbeskrivningen, medan det är Regionfullmäktige som beslutar om mål och hälso- och sjukvårdspeng för det kommande året. Mot bakgrund av dessa beslut sluts sedan avtal med samtliga vårdenheter som ingår i Vårdval Halland, privata såväl som offentliga.

Vårdleverantörens verksamhet granskas i fördjupade uppföljningar vartannat år, om det inte framkommer något som föranleder en extra uppföljning vid annan tidpunkt.

Planering och uppföljning av Vårdval Halland fokuserar således på att sätta mål och följa upp dem. Utgångspunkten är de fem regionövergripande mål som formulerats. Nedan listas exempel på mer konkreta mål som har formulerades för Vårdval Halland inför 2011. Målen kan variera något över tiden, men flertalet ligger fast.

”Nöjda och engagerade invånare

- Minst 90% av patienterna ska uppleva tillgängligheten som god.
- Vårdenheten ska delta i den nationella väntetidsmätningen.
- Vårdenheten ska ha följsamhet mot de nationella projektet om vårdgaranti.
- Hög tillgänglighet till andra kompetenser än läkare ska säkerställas.
- Vårdenheten ska nås via e-post eller webblösning.”

”God vård

Samverkan

- Barn och unga med psykisk ohälsa ska tillförsäkras grundläggande insatser i den nära hälso- och sjukvården (första linjens vård). Vårdenheten ska ha tydliga riktlinjer och rutiner för samverkan med Barn- och ungdomspsykiatri och elevhälsan.
- Vårdenheten ska säkerställa att patienter med behov får tillgång till multimodal rehabiliteringsbedömning och multimodala rehabiliteringsinsatser av flerprofessionellt team under dagtid, klockan 08.00-17.00.

Kvalitet

- Kvalitetsvärdet för patientupplevd kvalitet i hälso- och sjukvårdsinsatser ska vara minst 80 (Nationella patientenkäten, max är 100).
- Vårdenheten ska ha tydliga riktlinjer och rutiner för hälsofrämjande insatser generellt. Dessa ska harmoniseras med nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.
- 100 procent av patienterna som upplever behov av särskilt stöd för hälsosamma levnadsvanor ska erhålla detta.
- Alla patienter som har behov av logopedi ska erbjudas insatser på basal nivå.
- Vårdenheten säkerställer i samverkan med övriga vårdgivare tidiga sjukdomsförebyggande och behandlande insatser mot hjärt- och kärlsjukdomar bland patienter med psykisk ohälsa eller sjukdom. Detta för att på sikt kunna minska den överdödlighet som patientgruppen har i dessa sjukdomar.
- Vårdenheten samverkan med andra berörda vårdgivare för att säkerställa god följsamhet mot nationella riktlinjer för beroendevård.
- Vårdenheten säkerställer effektiva vårdkedjor i samverkan med specialistsjukvården.
- Alla patienter som skrivs ut från sjukhus efter stroke får uppföljande läkarbesök i den nära vården.
- Vårdenheten säkerställer, i samarbete med andra vårdgivare, mycket god följsamhet mot nationella riktlinjer för diabetesvård, framför allt gentemot vård av Diabetes typ 2. Målet för 2011 var att kvaliteten i vården av diabetes typ 2 i Halland skulle vara bland de 10 bästa i Öppna jämförelser.
- Vårdenheten säkerställer tydliga rutiner för tidig identifiering av patienter med ökad risk för diabetes.

Säker vård

- All personal vid vårdenheten följer av regionen fastställda hygienrutiner och klädregler

Effektiv vård

- Målet är att 80 % av vårdenhetens invånares konsumtion av öppen hälso- och sjukvård ska tillgodoses hos den valda vårdenheten, hos de med vårdenheten samverkande aktörerna eller hos övriga vårdenheter inom närsjukvården
- Målet är 100 % följsamhet mot de av Läke-medelskommittén Halland fastställda läkemedelskvoterna.”
- Att minst två tredjedelar av vårdenhetens läkare, distriktssköterskor och sjuksköterskor med förskrivningsrätt deltar i utbildningar som ges av Läke-medelskommittén Halland.
- Vårdenhetens deltagande i regiongemensamma utvecklingsuppdrag.
- Vårdenheten säkerställer en likvärdig sjukskrivningsprocess för kvinnor och män med hög kvalitet i de medicinska underlagen.

Merparten av målen följs upp och eventuella avvikelser diskuteras med berörda vårdenheter. Bristande uppfyllelse av vissa mål leder, som nämnts ovan, dessutom till ett avdrag på hälso- och sjukvårdspengen. Under 2011 kunde bristande uppfyllelse av följande mål ge avdrag: Täckningsgrad, samt följsamhet mot Läke-medelskommittén Hallands läke-medelskvoter. Ambitionen är att gradvis öka antalet mål som kopplas till ersättningssystemet på motsvarande sätt, och redan under 2012 görs avdrag för bristande målfyllnad vad gäller hembesök hos nyfödda, samt följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Det finns ingen formell medicinsk revision i Region Halland, men diskussioner har förts om att samarbete med andra landsting och regioner när det gäller sådan verksamhet. Dock genomför man i Region Halland redan kontroller som har karaktären av medicinsk revision, när det gäller t.ex. läke-medelsgenomgångar där förskrivningsmönster studeras.

3.2.7 Egenregiverksamheten

Driftnämnden för Närsjukvården och dess förvaltning är ansvarig för styrning av de vårdvalsenheter som drivs i Region Hallands regi. Driftnämnden rapporterar till Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, medan förvaltningen lyder under Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

2011 och 2012 fanns det 24 vårdcentraler i förvaltningen, fördelade på samtliga sex kommuner i Region Halland. Förvaltningen leds av en förvaltningschef som har tre affärsområdeschefer – en i norr, en i mellersta Halland och en i söder. Som nämnts ovan fanns det vid tidpunkten för den empiriska studien i Region Halland ännu inte någon formell delegation av ekonomiskt ansvar och personalansvar till dessa chefer. Förvaltningschefen har stora frihetsgrader när det gäller driften av vårdvalsenheterna i egen regi. Dock måste sammanslagningar och nedläggningar beslutas av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen på delegation från Regionfullmäktige. Styrningen handlar till stor del om uppställande av och uppföljning mot budget och de mål som gäller för hela Vårdval Halland och som årligen fastställs av Regionfullmäktige (se 2.2.6).

Ekonomiska över- eller underskott på enskilda enheter hanteras av förvaltningschefen så länge förvaltningens totala ekonomi är i balans. Förvaltningen betraktas m.a.o. till stor del som en ”koncern”. Principen är dock att enskilda enheter ska få behålla 30 % av över- och underskott.

Från och med 2010 har man inom Närsjukvårdsförvaltningen för egenregi, en s.k. riskfond som omfattar vårdvalsverksamheten. Avsikten med fonden är att det ska finnas utrymme för ”strategiska och framtidsytande satsningar”. Ansökan om medel från riskfonden görs två gånger per år. Det

handlar m.a.o. inte om att täcka underskott i driften på enskilda enheter. Målet är att riskfondens storlek inte ska understiga 1,5 % av de årliga intäkterna från den hälso- och sjukvårdspeng egenregionen erhåller. Om riskfonden understiger detta belopp ska avsättningar göras.

3.3 MODELLENS KONSEKVENSER

I avsnitt 3.3 diskuteras utvecklingen av Vårdval Halland. Avsnittet baseras huvudsakligen på intervjuer, samt i någon utsträckning olika typer av uppföljningsdokument.

3.3.1 Branschens utveckling

När det gäller *utbudet* av vårdgivare i närsjukvården fanns det vid införandet av Vårdval Halland 25 offentliga och 12 privata vårdenheter. Redan 2007 tillkom det åtta nya privata vårdenheter, och sedan dess har det tillkommit ytterligare några. Sammantaget fanns det 2011 24 offentliga och 24 privata enheter. Det handlar således om en fördubbling av antalet privata enheter, och en minskning med en offentlig enhet. Flertalet av de nya privata enheterna har tillkommit i Halmstad, men samtliga kommuner har fått åtminstone en ny privat enhet.

När vårdval infördes fanns det allmänt sett en förhoppning att det inte bara skulle bli fler vårdenheter utan att det också skulle ske en differentiering av verksamheten så att vissa enheter profilerar sig mot t.ex. barnfamiljer, diabetiker eller äldre. Tittar man på Region Hallands jämförelsetjänst⁷, kan man också se att olika vårdenheter har delvis olika resurser till sitt förfogande, och därmed förefaller ha profilerat sig något. Några intervjupersoner påpekade också att man som ett resultat av införandet av Vårdval Halland har fått fler specialister i närsjukvården. Sammantaget pekade dock flera intervjupersoner på att det ännu så länge inte hade blivit så mycket profilering. Tvärtom menade de att man inte ”har tagit fram innovationskraften på den lokala nivån”. Några intervjupersoner menade dock att man nog har blivit lite mer ”entreprenöriell” i största allmänhet i och med att man utsatts för konkurrens.

En ambition med att låta invånarna lista sig på vårdenhet och inte på läkare var att man ville ge vårdenheterna ett brett uppdrag, och dessutom skapa incitament till en diskussion om vilka åtgärder läkare behöver göra och vilken typ av åtgärder andra personalkategorier med fördel kan göra. En orsak till att man ville ha en sådan diskussion är att det råder brist på

⁷ <http://www.regionhalland.se/sv/vard-halsa/regler-och-rattigheter/vardval-halland/jamfor-vardenheter/?unitplaces=Halmstad&submitunitview=Visa>

specialistutbildade allmänläkare. Flera intervjupersoner menade dock att antalet läkarbesök istället ökar och att vårdenheterna tenderar att se det som en konkurrensfördel att erbjuda ett möte med läkaren eftersom patienterna tycks vilja träffa just läkaren när man går till sin vårdenhet. Av samma skäl erbjuder flera vårdenheter i praktiken invånarna att lista sig på läkare, även om det inte finns något sådant krav.

När det gäller *efterfrågeperspektivet* finns det skäl att titta på bl.a. om invånarna utnyttjar sina möjligheter att välja. Rent allmänt är det viktigt att komma ihåg att det trots det ökade utbudet av vårdenheter, fortfarande är olika grad av valfrihet i olika kommuner i Halland. Noterbart är dock att det även i den minsta kommunen i Halland - Hylte med 10 000 invånare - finns två vårdenheter.

När det gäller invånarnas faktiska agerande finns det åtminstone två sätt att studera det på. Det första innebär att man tittar i Region Hallands statistik över hur många aktiva om- eller nyval⁸ som gjorts. En utvärdering av Vårdval Halland t.o.m. 2009 visade att det fram till dess gjorts drygt 100 000 sådana val (Paulsson (2010)). Det ska betonas att det handlar om antalet *val*, inte antalet *individer* som gjort ett val. Om vi utgår ifrån att relativt få individer gjort mer än ett val, pekar siffrorna på att ca 1/3 av befolkningen skulle ha gjort om- eller nyval. En uppenbar nackdel med en sådan ansats är att man missar alla invånare i Halland som har tittat på det förslag till vårdenhet som man fick vid införandet av Vårdval Halland, eller när man flyttade till Halland, och gjort bedömningen att förslaget är i överensstämmelse med vad man vill. Dessa invånare har onekligen gjort ett aktivt val, men finns inte med i den statistik som det refereras till ovan, eftersom de inte har skickat in någon blankett och därför inte heller registrerats i statistiken.

Det andra sättet man kan ta reda på invånarnas vilja att välja, är att fråga dem. Det har gjorts av Glenngård m.fl. (2011), som i en enkätstudie har frågat invånarna i Halmstad, Hylte och Falkenberg om man anser att man "har gjort ett val av vårdcentral eller mottagning". På den frågan var svaren i de tre kommunerna i genomsnitt 63 %, med 74 % i Halmstad, 64 % i Falkenberg och 47 % i Hylte. Mot bakgrund av de två studierna kan man konstatera att det är betydligt fler hallänningar som anser att de har gjort ett aktivt val, än de som återfinns i statistiken över om- och nyval.

⁸ Med om- eller nyval menas i det här fallet hur många hallänningar som varit listade på en vårdenhet som har listat om sig samt hur många nya invånare som lämnat in en blankett för val av vårdenhet.

Avslutningsvis väckte några intervjupersoner två frågor som har att göra med invånarnas valmöjligheter. Den ena frågan handlar om huruvida det är rimligt att invånarna först ska välja vårdenhet och sedan ska ha full frihet att välja bland alla aktörer i den nära vården i Halland när man är i behov av vård. Flera av de problem och utmaningar som kommer att uppmärksammas senare i denna rapport är direkt eller indirekt kopplade till denna frihet. Detta är dock ytterst en politisk fråga och det tycks finnas en mycket bred uppslutning bland politikerna i Region Halland för att invånarna ska ha dessa frihetsgrader och att man t.ex. inte ska införa remisstvång. Den andra frågan är om vårdenheterna borde ha möjligheter att sätta ett tak för hur många invånare man vill ha listade på sin enhet. De intervjupersoner som lyfte denna fråga representerade vårdenheter, och menade att det vore bra om man hade möjlighet att profilera sig som ”den lilla och familjära enheten” och att det kanske skulle passa en del invånare som prioriterar kontinuitet och småskalighet i största allmänhet. Man menade dessutom att det på kort sikt i praktiken kan bli svårt att öka antalet listade patienter dramatiskt om t.ex. en grannvårdenhet läggs ned. Tidigare fanns regler som innebar att en vårdenhet hade tre månader på sig att ge plats för en ny listad. Numera ska den regeln användas mycket restriktivt, och endast vid nystart och stora förändringar. Det ska noteras att diskussionen naturligtvis inte handlar om huruvida vårdenheterna ska kunna välja vilka invånare som ska få lista sig på enheten, utan istället om huruvida man skall få lov att etablera en kölista som bygger på principen om ”först till kvarn”. Intervjuerna pekade dock inte på att det skulle vara aktuellt med en sådan taklösning.

3.3.2 Roll- och ansvarsfördelning

Roll- och ansvarsfördelningen mellan politiker och tjänstemän, och mellan beställarfunktion och utförarfunktion, är i allt väsentligt tydlig i de dokument som beskriver Vårdval Halland. Där framgår också att Region Halland har valt att inte ha en särskild ägarroll.

Den övergripande bilden som intervjupersonerna gav är också att man i Region Halland hanterar roll- och ansvarsfördelningen på ett bra sätt, och att det framför allt finns en stark vilja från såväl politiker som tjänstemän att hantera denna viktiga fråga väl. Några intervjupersoner menade att det var en del inkörningsproblem som framför allt handlade om att vissa politiker och tjänstemän i beställarfunktionen hade svårt att släppa frågor som har med egenregion att göra, och att det över huvud taget fanns bristande insikt om att det i ett vårdval faktiskt finns olika roller som måste hållas isär. Enligt samma intervjupersoner var dessa problem till stor del lösta.

Det fanns dock intervjupersoner som väckte frågor kring hur man hanterar roll- och ansvarsfördelning i regionen, inte minst med tanke på att Region

Halland är en förhållandevis liten organisation och att det därför är svårt att ha helt separata strukturer för de båda rollerna. En frågeställning som väcktes i det sammanhanget var att Region Halland ju till stor del bestämmer reglerna för vårdvalet, och att man kan fråga sig om det arbetet verkligen kan göras utan att man sneglar på hur olika regler påverkar egenregin. Det ska dock påpekas att det inte fanns några exempel på att detta skulle vara ett problem i praktiken. En annan allmän synpunkt var att enskilda handläggare kan hamna i situationer där de båda rollerna riskerar att komma i konflikt med varandra. Det kan handla om t.ex. vilken information man kan lämna till vårdenheter i egen regi och vilka utredningsresurser man ska ställa till deras förfogande. Problemet förefaller dock vara relativt begränsat, och den allmänna bedömningen bland intervjupersonerna var, som nämnts ovan, att regionen hanterar dessa situationer på ett bra sätt.

En fråga som väcktes var hur förvaltningschefen för egenregiverksamheten var placerad i organisationen. Några intervjupersoner menade att i och med att förvaltningschefen ingår i "koncernledningen" för Region Halland, kommer egenregin att ha ett informationsöverläge och tidigt känna till eventuella förändringar i Vårdval Halland. Ett exempel som nämdes var att införande av Vårdval Plus rimligtvis får återverkningar också för vårdvalsenheterna. Andra intervjupersoner menade dock att regionledningen gör ett bra jobb när det gäller informationsspridning till alla berörda aktörer, och att representanter för de privata enheterna numera bjuds in i olika sammanhang där framtidsfrågor diskuteras. Vidare påpekade flera intervjupersoner att regionen försöker hantera förvaltningschefens roll på ett så tydligt sätt som möjligt, och att lokaliseringen av förvaltningsledningen till Falkenberg istället för Regionhuset i Halmstad är ett exempel på det.

Det är uppenbart, och oundvikligt, att roll- och ansvarsfördelning går ihop längst upp i såväl den politiska organisationen som tjänstemannaorganisationen. Den allmänna uppfattningen bland intervjupersonerna var dock att denna problematik hanteras på ett bra sätt i Region Halland. Samtidigt var det några intervjupersoner som varnade för att det kan bli problem i framtiden. På den högsta nivån i organisationen är man nämligen ansvarig för alla hallänningars rätt till en god nära vård. Om det visar sig att det finns geografiska områden där varken privata vårdenheter eller egenregienheter vill verka kommer beställarfunktionen med nödvändighet behöva agera, vilket kan leda till att man pekar med hela handen och tvingar egenregiverksamheten att finnas kvar, eller etablera sig om man inte redan verkar inom området. Detta upplevdes dock ännu så länge vara ett

hypotetiskt problem, och det finns alternativa sätt att hantera det på om det i framtiden blir ett reellt problem.

Avslutningsvis förde flera intervjupersoner en diskussion kring om man skulle kunna renodla roll- och ansvarsfördelningen ytterligare genom att bolagisera egenregiverksamheten. Som vi kommer att se fanns det dock olika uppfattningar i denna fråga.

3.3.3 Konkurrensneutralitet och övriga villkor

Såväl dokumentstudier som diskussioner med intervjupersoner i Region Halland ger en tydlig bild av en vårdvalsmodell som är *konkurrensneutral* i meningen att den ger alla vårdvalsenheter samma förutsättningar vad gäller t.ex. ersättningar, åtagande och ansvar. Likaså fanns det en uppfattning bland ett stort antal intervjupersoner att regionen på ett tydligt sätt höll isär ersättningen för vårdvalsverksamhet och ersättningen för annan verksamhet i egenregienheterna, och att de ekonomiska villkoren som följer av själva vårdvalsmodellen därmed var konkurrensneutrala.

De fåtaliga kritiska synpunkter som framfördes när det gäller konkurrensneutralitet handlade snarast om införandet av Vårdval Halland. Här framförde företrädare för några privata enheter att det initiala listningsförfarandet gynnade enheter, främst egenregienheter, som redan var etablerade. En intervjuperson menade att ”man borde kastat upp alla patienterna i luften när man införde Vårdval Halland”. Däremot hävdade flera intervjupersoner att egenregienheterna ibland behandlades lite onödigt styvmoderligt i övrigt i anslutning till införandet eftersom politiker och ledande tjänstemän var extra angelägna om att inte gynna de egna enheterna. Sammantaget föreföll dock intervjupersonerna vara relativt eniga om att själva vårdvalsmodellen i allt väsentligt var konkurrensneutral.

Diskussionen ovan handlar om den formella vårdvalsmodellen. Det fanns emellertid en del synpunkter på villkoren i stort som bl.a. handlade om skillnader i befogenheter mellan privata enheter och enheter i egen regi. Frågan om hur regionen styr de senare enheterna återkommer vi till i avsnitt 3.3.7. I detta avsnitt begränsar vi oss därför till att titta på de inslag i denna styrning som leder till skillnader i villkoren mellan privata enheter och egenregienheter.

En fråga som lyftes fram av flera intervjupersoner var de begränsningar som finns när det gäller förvaltningschefens möjligheter att lägga ned, slå samman och filialisera egenregienheterna. Dessa begränsningar bedömdes av flera intervjupersoner skapa problem eller åtminstone fördröjningar om förvaltningschefen vill ta mer långsiktiga grepp om verksamheten. Likaså innebar de att förvaltningschefen kan tvingas driva enheter vidare som inte

hade ekonomiska förutsättningar att klara sig med det ersättningssystem och det åtagande som finns i Vårdval Halland. Flera intervjupersoner menade att det innebär att egenregiverksamheten har andra villkor än privata enheter som kan vara mer ”snabbfotade”.

Det finns vidare ytterligare begränsningar i egenregins frihetsgrader som kan påverka villkoren för verksamheten. Flera intervjupersoner nämnde exempelvis att egenregin i vissa fall bedrev verksamhet i lokaler som var för stora och för dyra, eller i övrigt inte var ändamålsenliga för den aktuella verksamheten, men att man hade begränsade möjligheter att byta till andra lokaler. När det gäller den frågan har dock regionledningen skapat förutsättningar för att man i vissa fall ska kunna minska sina lokalytor och därmed få en lägre hyra. Likaså nämndes egenregins begränsade möjligheter att anlita privata laboratorier och röntgenenheter som en nackdel.

En fråga som väcktes av några intervjupersoner var om offentliga enheter har ett informationsövertag när det gäller t.ex. förändringar i regelverket för Vårdval Halland, utvecklingen av vårdvalsverksamheten genom Vårdval Plus, och förändringar i övriga delar av sjukvården som har bäring på verksamheten i vårdvalsenheterna. Det tycktes dock inte finnas någon mera omfattande oro för detta, och flera intervjupersoner nämnde också de informationsmöten som representanter för Region Halland regelbundet höll med samtliga vårdvalsenheter. En brist i det sammanhanget, som uppmärksammades av några intervjupersoner, var att det tidigare inte fanns någon branschorganisation för de privata vårdvalsenheterna. En sådan organisation är nu etablerad, och kan förhoppningsvis underlätta den mer löpande dialogen mellan de privata enheterna och regionen.

Det nämndes också i några intervjuer att offentliga enheter kunde ha en fördel av att vara en del av regionorganisationen eftersom de på ett naturligt sätt ”hänger på” det som händer i sjukvården i övrigt. Exakt vad det innebär är lite oklart, men det kan handla om förändringar i övriga delar av sjukvården i Halland enligt vad som berörts ovan.

Egenregins ekonomiska situation diskuterades också. Som nämnts ovan fanns det en utbredd uppfattning att regionen hanterade ersättningen till vårdenheter på ett bra sätt. Däremot har det diskuterats i vilken utsträckning det är ett problem att vissa enheter i egen regi går med ständiga underskott som täcks av andra enheter i egen regi. Det tycktes dock finnas en relativt stor enighet om att detta är rimligt så länge inte ”egenregikoncernen” totalt sett gynnas av ersättningssystemet.

Avslutningsvis menade vissa intervjupersoner från egenregin att man faktiskt inte utnyttjade alla de möjligheter man har. Exempelvis menade

man att man skulle kunna vara mer "aggressiva" när det gäller marknadsföring av den egna verksamheten, och att man inte heller i övrigt utnyttjade de fördelar man har som stor aktör på vårdvalsmarknaden i Halland. Det tycktes dock finnas en uppfattning att ökad "aggressivitet" skulle kunna leda till kritik från regionledningen eftersom det skulle kunna uppfattas som att man överutnyttjar sin dominerande ställning.

Utöver skillnader i villkor som beror på hur vårdvalsmodellen tillämpas i Region Halland, fördes en del diskussioner bland intervjupersonerna om i vilken utsträckning "regelverket" som omgav offentliga organisationer påverkade villkoren för verksamheten på ett sätt som skiljer sig från villkoren i privata enheter. Exempel som nämndes i det sammanhanget var att offentliga enheter inte fick bredda sin verksamhet på ett sätt som gör att man konkurrerar med privata aktörer inom angränsande områden. Det var t.ex. inte tillåtet för offentliga enheter att starta gym i anslutning till sina vårdenheter, eller att sluta avtal med Friskis & Sveltis eller det lokala hotellet och därmed bredda erbjudandet till de listade invånarna.

På samma sätt var det på grund av reglerna för offentlig upphandling betydligt mer komplicerat för offentliga enheter att sluta samarbetsavtal med privata aktörer, t.ex. sjukgymnaster, röntgen och laboratorier. Några intervjupersoner menade att detta är en klar nackdel för egenregienheterna, särskilt i situationer där det är kö till t.ex. sjukhusens medicinska service, och då privata vårdenheterna kunde erbjuda sina patienter snabbare diagnostik. Andra intervjupersoner menade dock att det troligtvis var ett mindre problem vad gäller "rättviseaspekten" eftersom flertalet privata enheter trots allt väljer att anlita laboratorierna som drivs i regionens regi. Ett annat konkret exempel var en enhet i egenregi som ville ta hjälp av en konsult för att "trimma" verksamheten, men där upphandlingen av konsulten tog ett helt år.

När det gäller regelverket nämnde några intervjupersoner även att offentlighetsprincipen kan skapa konkurrensfördelar för privata vårdenheter eftersom de hade access till information om egenregienheternas ekonomiska resultat och löner, medan motsvarande information inte gick att få fram vad gäller privata enheter. Frågan om i vilken utsträckning privata enheter utnyttjar dessa möjligheter kvarstår dock att besvara, men det är uppenbart att man har möjlighet att skaffa konkurrensfördelar genom att utnyttja sitt potentiella informationsövertag.

Avslutningsvis tog några intervjupersoner upp andra skillnader, som dock är svårare att bedöma. Det gäller t.ex. att små enheter, både privata och egenregienheter, kunde ha svårt att hantera bredden på åtagandet, och även kraven på administrativa rutiner, deltagande i olika typer av

samverkansaktiviteter, etc. Det fanns också en uppfattning bland en del intervjupersoner från egenregienheterna att deras enheter i en del fall i praktiken tog hand om ett ”tyngre” patientklientel, och att det bl.a. berodde på att man var lokaliserade i geografiska områden med ”tyngre” patienter som var och kommer att förbli ”olönsamma” i Vårdval Halland och där privata aktörer aldrig kommer att etablera sig.

Det fanns även intervjupersoner som menade att egenregiverksamheten alltid kommer att vara någon form av ”sista utpost” och att det kommer att göra att man får ta hand om en del ”olönsam” verksamhet. Det konkreta exempel som nämndes var arbetet med krisberedskap, men det tycktes finnas en allmän oro att motsvarande kan komma att ske inom andra områden, även om frågan ännu inte hade ställts på sin spets.

3.3.4 Ersättningssystem och kostnadsansvar

Utformningen av ersättningssystem och kostnadsansvar upplevdes vara mycket viktiga för både vårdenheternas ekonomiska förutsättningar och den övergripande ekonomin i Vårdval Halland. Av det skälet var just det områden som intervjupersonerna hade många, men också delvis olika, synpunkter på.

Som framgår av avsnitt 3.2.4 har Region Halland valt ett relativt sett enkelt system med en åldersviktad hälso- och sjukvårdspeng som huvudsaklig ersättning. Den allmänna uppfattningen tycktes vara att fördelen med en sådan lösning är att den är transparent och överblickbar. Den nackdel som en del intervjupersoner lyfte fram har att göra med att modellens enkelhet innebär att den inte tar hänsyn till skillnader i ”patienttyngd” som inte är direkt kopplad till patientens ålder, och att den inte heller har någon större ”aktivitetskopplad” komponent. I det befintliga ersättningssystemet var det endast patientavgiften och i någon mån täckningsgraden som hade någon direkt koppling till den vård enheterna producerar.

Allmänt sett kan man konstatera att en stor majoritet av centralt placerade politiker och tjänstemän försvarade den nuvarande ordningen. Deras huvudsakliga argument var att modellen var transparent, att det inte fanns några riktigt bra metoder att fånga ”patienttyngd”, att kopplingen mellan en sådan ”tyngd” och resursförbrukningen var oklar, att modellen inte uppmuntrade till onödiga besök, och att den skapade goda förutsättningar för totalkostnadskontroll. Därutöver framförde några intervjupersoner att man ville undvika att stigmatisera människor genom att dela in dem i

socioekonomiska grupper. Man hade dock tittat på såväl ACG som CNI⁹ och man hade även gjort en del beräkningar på vilka konsekvenser införande av de systemen skulle få på ersättningarna till olika vårdenheter. Man hade dock, med ovan nämnd argumentation, landat i att man vid tidpunkten för den empiriska studien skulle avstå ifrån att införa dem. Följande citat är exempel på kommentarer som speglar dessa uppfattningar:

”Är människor i socioekonomiskt tunga områden verkligen mer sjuka än andra?”

”Vad använder vårdenheterna ’extrapengarna’ till i de landsting där man justerar ersättningen med hjälp av CNI?”

”Inför man ACG får man omedelbart diagnosglidning – alla blir sjukare.”

”Välskötta patienter blir lönsamma även om de har astma eller diabetes.”

När man talade med intervjupersoner på vårdenheterna var uppfattningarna om ersättningssystemet mer varierande. Det tycktes finnas en relativt allmän uppfattning att det befintliga ersättningssystemet inte på ett bra sätt speglade resursåtgången för olika grupper av patienter, även om man inte tycktes se detta som ett stort problem. Följande synpunkter lyftes dock fram av flera intervjupersoner.

För det första menade vissa intervjupersoner att ”socioekonomiskt tunga” individer också blir resurskrävande patienter eftersom de har med sig en mer allmän problematik som man inte kan negligera i primärvården. En konsekvens av detta ansågs bli att dessa patienter gör fler besök än genomsnittspatienten och att varje besök tar längre tid.

För det andra hävdade flera intervjupersoner att avsaknaden av en ordentlig ersättning per besök gjorde att alla individer som konsumerade vård blev olönsamma. Detta behöver inte vara något ekonomiskt problem om man även har en grupp listade individer som inte konsumerar någon vård, men det ansågs trots det skapa incitament att hålla nere vårdproduktionen på ett sätt som inte nödvändigtvis är optimalt för individer med ett vårdbehov. Centralt placerade intervjupersoner menade att marknadskrafterna tar om hand en del av det problemet och att man i övrigt, i enlighet med ”tillitsmodellen” i Region Halland, litade på att vårdenheterna sköter detta på ett bra sätt. Företrädare för vårdenheterna var mera tveksamma till om detta löser alla problem, särskilt när det kommer många nya aktörer och

⁹ CNI och ACG beskrivs mera utförligt i avsnitt 2.2. under rubriken Utformning av ersättningssystem och kostnadsansvar

ekonomin i vissa fall blir pressad. En intervjuperson uttryckte det drastiskt och menade att det bästa man kunde göra för att få en god ekonomi var att stänga mottagningen. Argumentet var att de enda som märker att det är stängt är de som kommer till mottagningen för att konsumera vård, och de är ändå olönsamma. Om de blir arga och listar om sig har man bara kvar de individer som aldrig kommer till mottagningen, d.v.s. de som är lönsamma.

För det tredje menade en del intervjupersoner att patienter som har ett stort vårdbehov, t.ex. kroniker var olönsamma eftersom vårdenheterna inte fick någon ersättning alls kopplad till diagnos. Dessa personer menar att ACG eller något liknande system vore bra. Några intervjupersoner menade att avsaknaden av sådana system också riskerade att minska intresset bland vårdenheterna för att profilera sig mot olika grupper av kroniker. Någon ställde den retoriska frågan vad man hade för incitament att anställa en astmasjuksköterska och locka till sig astmatiker när de nästan undantagslöst är olönsamma för enheten. En intervjuperson menade att man för att komma till rätta med incitamentsstrukturen och ändå undvika att det genereras många onödiga besök och att man glider på diagnoserna, borde ge någon form av fast och årlig extraersättning för vissa grupper av kroniker.

En annan del i ersättningssystemet som några intervjupersoner tog upp är de målrelaterade komponenterna som är kopplade till täckningsgrad och följsamhet till Läkemedelskommittéen Hallands rekommendationer avseende terapeutiska kvoter. I båda fallen gjordes det avdrag på hälso- och sjukvårdspengen om vårdenheterna inte nådde vissa i förväg uppställda mål. En synpunkt som några intervjupersoner förde fram var att det var mer stimulerande med belöningar än bestraffningar i form av avdrag. De var naturligtvis medvetna om att detta inte har någon ekonomisk betydelse, men menade att det hade varit en mera positiv ansats. Från centralt håll menade man dock att systemet med avdrag var bättre med hänsyn taget till Region Hallands övergripande ekonomiska ramar. Ett system med avdrag innebär ju att man på förhand vet vad de totala kostnaderna maximalt blir.

En annan synpunkt som flera intervjupersoner förde fram är att det var svårt att påverka den s.k. täckningsgraden eftersom invånarna har frihet att gå till vilken enhet som helst i den nära vården, oberoende av var man är listad. Att öka tillgängligheten och höja kvaliteten på verksamheten i den egna enheten bör i och för sig påverka täckningsgraden positivt, men i vissa fall kan den gå ned trots att man ökade antal besök på den egna enheten. Det blir fallet om vårdenhetens listade individer ökade sina besök mer på andra vårdenheter än man ökade sina besök på den vårdenhet där man var listad.

En tredje synpunkt som framfördes av intervjupersoner på olika nivåer var att det vore bra med ytterligare komponenter i den målrelaterade ersättningen. Ett exempel som nämndes i det sammanhanget är hälsofrämjande arbete. Andra intervjupersoner varnade dock för alltför många målrelaterade komponenter eftersom de försvårar överblickbarheten och därmed möjligheterna att planera sin ekonomi ute på vårdenheter.

Sammantaget fanns det således en relativt utbredd uppfattning bland intervjupersoner som kommer från vårdenheter att ersättningsmodellen gjorde vissa patientgrupper olönsamma och att det i sin tur på längre sikt kan leda till att man försöker göra sig av med de grupperna. Det fanns redan anekdoter om hur det går till – ”på vår vårdenheter har vi ingen specialkompetens på diabetes, så vi rekommenderar dig att lista dig på vårdheten X istället där de har sådan kompetens.” Någon intervjuperson menade att den totala ersättningen för flertalet vårdenheter kanske inte skulle bli så väldigt annorlunda om man reformerade ersättningssystemet genom att inkludera ACG i beräkningen av hälso- och sjukvårdspengen, men att det ”skulle upplevas som mera rättvist”. Därutöver fanns det en diskussion om den målrelaterade komponenten i ersättningssystemet, men förutom vad gäller de begränsade möjligheterna att påverka täckningsgraden tycktes den nuvarande lösningen i den delen inte föranleda någon direkt kritik.

Också när det gäller vårdenheters *kostnadsansvar* fanns det ett stort antal synpunkter från aktörer på olika nivåer i Region Halland. Det handlade inte minst om vilka möjligheter man hade att verkligen påverka allt det man hade ansvar för. Företrädare för vårdenheter menade att det var mycket svårt att påverka hur deras listade invånare väljer att konsumera vård, och att det valet på ett påtagligt sätt kan påverka vårdenheters ekonomi. Det handlar i första hand om invånarnas val att gå till taxeläkare, andra vårdvalsenheter samt privata sjukgymnaster. En intervjuperson berättade att det hade kommit en faktura från en privat sjukgymnast i norra Skåne. Orsaken till det var att en kvinna som var listad på den aktuella vårdheten tillfälligt arbetade i norra Skåne och nu hade besökt en sjukgymnast där. Till saken hör att kvinnan aldrig besökt den vårdheten i södra Halland där hon var listad. Den enheten hade således inte haft möjlighet att ”marknadsföra” sin egen sjukgymnast, och i det aktuella fallet hade det förmodligen inte haft någon betydelse p.g.a. det geografiska avståndet. Exemplet illustrerar hur svårt vårdenheter upplevde att det vara att hålla nere kostnaderna för den vård deras listade invånare konsumerar på annat håll, och som de faktiskt hade ett ekonomiskt ansvar för.

Centralt placerade politiker och tjänstemän var medvetna om att fördelningen av det ekonomiska och verksamhetsmässiga ansvaret inte följde den s.k. påverkbarhetsprincipen i dess snäva mening. Däremot menade de att det trots allt var mycket man kunde göra, och att det framför allt handlade om att bedriva en så bra verksamhet att de invånare som var listade på ens enhet väljer den enheten när man blir patienter och behöver konsumera vård. Det handlar således om att göra ett bra arbete, men också om att marknadsföra de tjänster man erbjuder, något som man till viss del får hjälp att göra i den jämförelsetjänst som Region Halland erbjuder invånarna och som har berörts kortfattat i avsnitt 3.2.2. Därutöver fanns det naturligtvis andra möjligheter att marknadsföra sin verksamhet och därmed åtminstone reducera risken för att någon av ens listade invånare väljer att gå till en annan vårdgivare när man blir sjuk. Däremot fick man inte direkt rikta sig direkt till de invånare som var listade på ens enhet och som valt att gå till någon annan vårdgivare som omfattas av kostnadsansvaret. Det fanns dock anekdoter om att vårdenheter trots det försökte uppmuntra sina patienter att inte gå till sjukgymnaster ”på stan”. Det man fick göra var att kontakta vårdgivaren, t.ex. en sjukgymnast som går på den nationella taxan, och diskutera den fortsatta behandlingen av patienten. Det har även diskuterats om det ska tas fram någon form av riktlinjer för hur många, t.ex. 7-8 besök hos en sjukgymnast en patient får göra innan sjukgymnasten är skyldig att återkoppla till den vårdenhet patienten är listad på.

Intervjupersoner på central nivå i Region Halland menade dock att problemet i det stora hela bör vara relativt begränsat, även om enskilda enheter kan drabbas. Man påpekade också att läkare på den nationella taxan håller på att ”fasas ut” ur systemet, och att eventuella problem inom det här området kommer att bli allt mindre efterhand som tiden går. Det tycktes däremot finnas politisk enighet om att det inte är aktuellt att begränsa invånarnas valfrihet, och därmed styra patienterna till den vårdenhet där man är listad eller att införa remisstväng.

Kostnadsansvaret för vårdenheterna omfattade även medicinsk diagnostik, t.ex. röntgen och laborieanalyser. Flertalet intervjupersoner från vårdenheterna menade att påverkbarheten var rimlig när det gäller den typen av tjänster. Undantaget var när patienter som var listade på ens enhet remitterades till röntgen eller fick sina prover skickade till något laboratorium av läkare på andra vårdenheter än den egna. I sådana fall upplevde man att man hade väldigt begränsad påverkan på kostnaderna. Den problematiken hänger dock samman med den som diskuterats i avsnittet ovan. Avslutningsvis nämnde några intervjupersoner från vårdenheterna att det ibland kunde vara ett dilemma att man å ena sidan

tycker att det kan vara bra att ta ett visst prov, men att man å andra sidan inte vill dra på sin enhet kostnader i onödan. Dessa personer påpekade dock att det ju är ett dilemma man ställs inför i alla delar av vården, och att det endast blivit lite mera påtagligt i och med utformningen av det ekonomiska ansvaret i Vårdval Halland.

3.3.5 Processer för uppföljning och utvärdering

Det här avsnittet handlar om de processer som pågår före, under och efter ett visst verksamhetsår, och som har fokus på att kommunicera information om hur det har gått i verksamheten och vilka åtgärder som eventuellt behöver vidtas. Det handlar till stor del om kommunikation från vårdenheterna till regionledningen, och det förekom en hel del kritik mot detta inslag i styrningen av Vårdval Halland.

Inledningsvis finns det dock skäl att lyfta fram något som påpekades av flera intervjupersoner på olika positioner i Vårdval Halland och som har bäring på hur man arbetade med uppföljning och utvärdering, och det är den s.k. ”tillitsmodellen”. Den modellen innebär i all sin enkelhet att man litar på varandra. Om man verkligen gör det är det uppenbart att den formella styrningen med hjälp av uppföljningar och utvärderingar får en något annorlunda roll i organisationen. Samtidigt påpekade några intervjupersoner att det ökade antalet vårdenheter i Region Halland i kombination med privata enheters vinstintresse innebar att uppföljning och utvärdering hade blivit allt viktigare, och att ”tillitsmodellen” därför kan förväntas få en mindre framträdande roll i framtiden.

Den kritik som framfördes mot den nuvarande uppföljningen hade flera olika inslag. För det första framförde intervjupersoner från flera vårdenheter att rapporteringskraven var betungande och att man inte förstod vad regionledningen använde informationen till. En intervjuperson menade att ”tjänstemännen vill ha sitt, och politikerna vill ha sitt” och att det sammantaget ledde till omfattande informationskrav. Det framfördes också av några intervjupersoner från vårdenheterna att framför allt små enheter hade svårt att klara kraven, och att det borde gå att ta fram en del data direkt ur ”systemen” istället för att samla in den från vårdenheterna.

Flera intervjupersoner på olika nivåer i organisationen framförde att det fanns kvalitetsbrister i informationen. Man påpekade dock att det kunde vara ”barnsjukdomar” och att det kan bli bättre när uppföljningsrutinerna etablerats. Samtidig menade flera intervjupersoner att en del aspekter av verksamheten som man skulle vilja titta närmare på var genuint svåra att ta fram robust information kring. Det gällde inte minst kvaliteten på

verksamheten. Å andra sidan påpekade några intervjupersoner att man hade samma problem innan Vårdval Halland infördes.

De problem som diskuteras ovan har att göra med den löpande skriftliga rapportering som sker i Vårdval Halland. Som nämnts tidigare i rapporten menade flera intervjupersoner att den informationen säkert kan bli bättre i framtiden vad avser såväl innehåll som form. Det flera intervjupersoner därutöver lyfte fram var möjligheterna att hitta kompletterande former för uppföljning och utvärdering. En intervjuperson ansåg att man borde göra nedslag på några vårdenheter i taget och kanske titta på speciella delar av verksamheterna – ”kanske kan man göra oanmälda kontroller och be att få titta på de 10 senaste journalanteckningar för diabetespatienter.”

Ett förslag som också lyftes fram var att man skulle inrätta en medicinsk revision av den typ som finns i flera andra landsting och regioner. En intervjuperson menade att man även skulle kunna samverka över regiongränserna kring en sådan revision. Det fanns också ett nätverk för erfarenhetsutbyte mellan Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen där man förde diskussioner kring detta. Det fanns därutöver planer på att handla upp tjänsten från privata företag som har utvecklat kompetens och verktyg inom området.

3.3.6 Samverkan i vårdkedjan

Frågan om samverkan mellan vårdenheter i olika delar av Region Halland handlar dels om samarbetet mellan enheterna i största allmänhet, dels om i vilken utsträckning patienterna kommer in på rätt nivå och får sin behandling där. Det är uppenbart att det fanns olika uppfattningar mellan intervjupersonerna i båda dessa frågor. När det gäller samverkan i stort menade en del intervjupersoner att det på det hela taget fungerade relativt bra, även om sjukhusen tycktes anse att de tar emot en del patienter som egentligen borde gått till primärvården först. Andra menade att sjukhusen egentligen inte arbetade aktivt för att motverka utvecklingen eftersom man hade incitament att ta emot många patienter. Likaså fanns det intervjupersoner som menade att samverkan hade blivit sämre eftersom det var svårare att göra vårdöverenskommelser m.m. när flera aktörer kommer in i systemet. Några intervjupersoner menade också att det fanns ”svartepetter-tendenser” som innebar att alla aktörer försökte slippa betala för dyra undersökningar m.m. Återigen fanns det dock en motbild bland intervjupersoner som menade att det i och för sig inte var bra, men att det inte varit bättre tidigare och att ett grundläggande problem har att göra med en mera latent konflikt mellan allmänläkare och organspecialister. Det fanns dock en bred uppslutning kring att mer kan göras och att regionledningen måste ta ett ansvar för att det ska hända.

Vissa intervjupersoner talade om behovet av en ”sammanhållande länk” som tar ett helhetsperspektiv på samverkan. Exempelvis är det viktigt att man skapar rutiner som gör att ambulanserna inte slentrianmässigt kör till sjukhusens akutmottagningar. Ett led i en sådan ”länk” kan, enligt några intervjupersoner, vara någon form av branschråd som inkluderar alla aktörer i Vårdval Halland. Likaså pågick ett arbete med att länka samman organspecialister och den nära vården för att tydliggöra gränserna mellan de olika verksamheterna.

En fråga som intervjupersonerna lyfte fram som ett utvecklingsbehov var jourverksamheten, och en annan var hur man hanterar psykiatripatienter. Den senare patientgruppen ansågs av flera intervjupersoner utgöra ett problem när det gäller samverkan. Ett förslag som lyftes fram av flera intervjupersoner när det gäller förutsättningarna för samverkan i allmänhet var att det finns ändamålsenliga it-lösningar.

Den andra frågan som rör samverkan i vårdkedjan handlar om i vilken utsträckning patienterna kommer in på rätt nivå och får sin vård där. Det är uppenbart att det fanns olika uppfattningar bland intervjupersonerna också i denna fråga, kanske till och med vad gäller det önskvärda utfallet. En vanligt förekommande idé var att det är bra om patienterna i så stor utsträckning som möjligt behandlas i närsjukvården. Samtidigt fanns det intervjupersoner som menade att det saknades incitament i Vårdval Halland att anställa organspecialister i den delen av sjukvårdssystemet, och det har särskilt lyfts fram att små vårdenheter skulle missgynnas om det ställdes tydliga krav på en sådan ordning.

En del intervjupersoner menade att alltför många patienter kommer in på sjukhusens akutmottagningar, medan andra menade att det verkliga problemet var att man i alltför stor utsträckning träffade läkare istället för annan personal när man kommer till primärvården. Anledningen till att det kan vara ett problem är att det finns en stor brist på allmänläkare. Det problemet är dock något mindre i Halland än i många andra landsting och regioner. I och med att många vill träffa läkare upplevde vårdenheterna, enligt intervjupersonerna, att det kunde vara en konkurrensfördel att erbjuda ett sådant möte även om det inte var medicinskt motiverat.

3.3.7 Styrning av regionens egenregiverksamhet

Styrningen av regionens egenregiverksamhet är en fråga som ligger utanför de övriga teman som behandlas i denna rapport eftersom rapporten i övrigt fokuserar på hela vårdvalsmodellen utan hänsyn till i vems regi verksamheten bedrivs. Icke desto mindre är det en fråga som diskuterades bland representanter för egenregins vårdcentraler, och det kan därför finnas

skäl att beröra den i en rapport som handlar om organisation och styrning av vårdval i primärvården.

En fråga som lyftes fram av flera intervjupersoner är vilka enheter som ska betraktas som ”resultatenheter” och som långsiktigt måste gå ihop för att överleva. Det fanns en uppfattning att det vid införandet av Vårdval Halland var fokus på den enskilda vårdcentralen som ”resultatenhet”, medan det under tiden som har gått sedan dess blivit allt mer fokus på hela förvaltningen för egen region som en ”resultatenhet”. Det innebär att man i ökad utsträckning borde samarbeta med varandra istället för att konkurrera. Det tycktes dock inte finnas någon entydig uppfattning om vilket fokus som är bäst, även om det är uppenbart att omsvängningen har lett till en diskussion om vad som gäller.

Hur man ser på frågan om ”resultatenheten” får också konsekvenser för exempelvis vilka möjligheter man har att låta långsiktigt lönsamma enheter vara med och finansiera långsiktigt olönsamma enheter. Just frågan om hur man hanterar över- och underskott på enskilda enheter var över huvud taget något som diskuterades bland företrädare för egenregiverksamheten. Det tycktes dock finnas en utbredd uppfattning att en lösning som innebär att man får behålla 30 % av ett över- eller underskott är rimlig. Dock framfördes en del synpunkter på att man skriver av underskott efter några år, trots att man tidigare sagt att det långsiktigt är oacceptabelt med underskott på enskilda enheter.

En annan fråga som diskuterades bland företrädare för egenregiverksamheten var vilka frihetsgrader man hade. Om vi börjar på förvaltningsnivå, fanns det en uppfattning att förvaltningschefen hade stora frihetsgrader när det inte handlar om nedläggningar, sammanslagningar eller andra strukturåtgärder. Den senare typen av åtgärder ställer krav på politiska beslut, och strukturfrågor hade ännu inte riktigt varit aktuella. Likaså uttryckte flera chefer på vårdcentraler att man upplevde att man hade relativt stora frihetsgrader inom givna ekonomiska och andra ramar för verksamheten. Vissa personalpolitiska frågor måste dock hanteras på samma sätt inom alla delar av ”koncernen”, men det föreföll inte var särskilt kontroversiellt.

3.4 VIKTIGA FRAMTIDSFRÅGOR

Under intervjuerna diskuterades även vilka frågor som är viktiga inför framtiden. Nedan redovisas i korthet några sådana frågor som lyftes fram av intervjupersonerna.

Branschens utveckling

En fråga som lyftes fram av flera intervjupersoner är hur ”vårdvalsbranschen” kommer att utvecklas i Region Halland. Det handlar bl.a. om det kommer att tillkomma nya enheter, och om de i sådana fall är privata eller offentliga, om enheter kommer att slås samman eller läggas ned och om det i sådana fall är privata eller offentliga enheter. När det gäller tillkommande enheter tycktes det finnas en relativt stor samstämmighet i att det kommer att bli svårt att etablera sig. Orsaken till det, som flera intervjupersoner lyfte fram, var dels att nya enheter börjar från noll listade invånare vilket är en utmaning i sig, dels att ersättningssystemet i Region Halland försvårar för nya enheter att etablera sig. Det senare ansågs hänga samman med att man måste ha en relativt stor andel listade invånare som inte konsumerar någon vård om man ska få verksamheten att gå ihop ekonomiskt. Om man nyetablerar en verksamhet är det emellertid troligt att man i första hand kommer att lista invånare som är vårdkonsumenter, eftersom det är de som är mest benägna att lägga ned energi på att lista om sig. Sammantaget fanns det dock en allmän uppfattning bland intervjupersonerna att det nog inte kommer att ske så stora förändringar i vårdvalsbranschen i Region Halland. Någon intervjuperson menade att det riskerar att leda till stagnation, medan andra intervjupersoner menade att det inte är ett problem så länge hallänningarna är nöjda med sin primärvård, och det dessutom ständigt finns hot om konkurrens om man inte gör ett bra jobb.

Utförsäljning av egenregiverksamhet är på formella grunder inte ett alternativ. Däremot är det möjligt att lägga ned de egna enheterna, och direkt eller indirekt uppmuntra privata aktörer att etablera sig. Flera intervjupersoner framförde dock att det nog också i framtiden kommer att finnas en eller flera egenregienheter i varje kommun.

En fråga som diskuterades i anslutning till vårdvalsbranschens framtida utveckling är om egenregiverksamheten ska bolagiseras. Syftet med en sådan åtgärd anges ibland vara att det skulle skapa en tydligare rollfördelning mellan ”beställare” och ”utförare”. I Region Halland föreföll detta dock inte vara en aktuell fråga. I de intervjuer där bolagisering togs upp var reaktionen i flertalet fall att det är svårt att se vad en sådan åtgärd skulle bidra med.

När det gäller utvecklingen av privata aktörer lyfte flera intervjupersoner fram frågan om stora aktörer kommer att köpa upp befintliga enheter, och om det således kommer att bli en oligopolsituation där t.ex. stora internationella riskkapitalister blir ägare. Ännu så länge fanns det, enligt dessa intervjupersoner, inga direkta tecken på att en sådan utveckling var på

gång och det fanns inte heller i övrigt någon tydlig uppfattning om den fortsatta utvecklingen av det privata inslaget i övrigt.

Profilerings och innovativa arbetssätt

En fråga som är kopplad till branschens utveckling och som lyftes fram av en del intervjupersoner, är att ”verklig” valfrihet för invånarna i Region Halland förutsätter att vårdenheterna, åtminstone på de lite större orterna, profilerar sig så att invånarna inte bara får fler enheter att välja mellan, utan också enheter med olika profil och inriktning, t.ex. enheter med olika organspecialiteter. Enligt flera intervjupersoner hade man dock inte sett någon mer omfattande utveckling i den riktningen, och en fråga inför framtiden var om det fanns något inslag i den halländska vårdvalsmodellen som motverkade en profilering av verksamheten.

I anslutning till frågan om profilering, framförde flera intervjupersoner även att det är angeläget att man på vårdenheterna försöker hitta innovativa arbetssätt, och t.ex. tänker igenom vilka personalkategorier som ska träffa en patient med en viss åkomma. En grundtanke bakom det resonemanget var att endast de patienter som verkligen behöver träffa en läkare ska göra det. Det var emellertid uppenbart att den typen av utveckling inte hade kommit till stånd. Exempelvis har såväl läkarbesöken som besöken hos distriktssköterskor gått upp sedan Vårdval Halland infördes. Några intervjupersoner framförde att den utvecklingen hänger samman med att många patienter vill träffa en läkare, och att vårdenheterna därför upplever att det är en konkurrens fördel att erbjuda den tjänsten, även om det inte är motiverat ur medicinsk synpunkt.

”Modelltekniska” frågor

Avslutningsvis lyftes några mer ”tekniska” frågor fram av intervjupersonerna som viktiga att hantera inför framtiden. Den första har att göra med ersättningssystemet. Det var framför allt avsaknaden av såväl diagnosrelaterad ersättning som viktning av ersättningen för socio-ekonomiska faktorer som diskuterades i det sammanhanget. Som nämnts tidigare i denna rapport är det ett starkt stöd för den nuvarande ordningen. Icke desto mindre kommer frågan om eventuella justeringar i ersättningsmodellen också fortsättningsvis att diskuteras och erfarenheterna från andra landsting och regioner att studeras.

Ett annat frågeområde av mer ”teknisk” natur som flera intervjupersoner lyfte fram är hur man genom ackrediteringskrav, uppföljningar och utvärderingar säkerställer att kvaliteten i vården är hög och att samverkan i hela vårdkedjan fungerar på ett bra sätt.

Vårdval plus effekter på Vårdval Halland

En fråga som togs upp av flera intervjupersoner är vilka effekter Vårdval Plus kommer att få för utvecklingen av den befintliga vårdvalsverksamheten. Det är visserligen en fråga som inte förutsätter någon förändring i vårdvalet, men intervjupersonerna menade att det trots allt kan kräva förändringar eftersom de olika delarna av hälso- och sjukvården i Halland hänger ihop och att förändringar i en del av systemet därmed också påverkar övriga delar.

Övrigt

En avslutande fråga som några intervjupersoner lyfte fram är om vårdvalstanken verkligen fungerar tillsammans med den i det närmaste totala frihet invånarna i Region Halland har när det gäller vilken vårdgivare man ska gå till när man är i behov av primärvård. Det är dock alldeles uppenbart att politikerna i regionen åtminstone så långt inte var beredda att inskränka valfriheten för invånarna.

KAPITEL 4

FALLSTUDIE 2: REGION SKÅNE

4.1 BAKGRUND OCH HISTORIK

Fakta om Region Skåne:

- Befolkning: ca 1,2 miljoner invånare i kommuner som omfattar både glesbygd och storstad
- Historik: Region Skåne bildades 2000 genom en sammanslagning av Malmöhus läns landsting och Kristianstad läns landsting.
- Hälso- och sjukvården: 9 sjukhus och ca. 170 vårdcentraler
- Antal anställda: ca 32.000. De flesta är anställda inom hälso- och sjukvården.
- Införande av Hälsoval Skåne: 1 maj 2009

Utvecklingsarbetet som föregick införandet av Hälsoval Skåne inleddes efter ett beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden i mars 2007. I september 2008 fattade Regionfullmäktige det avgörande beslutet, och i maj 2009 infördes Hälsovalet.

Utgångspunkten för utvecklingsarbetet var att varje skåning skulle få möjlighet att välja vårdenhet i primärvården. I syfte att öka den reella valfriheten för individen skulle privata aktörer få en möjlighet att etablera sig, förutsatt att man levde upp till vissa krav. För att hantera en sådan situation infördes en form av ackrediteringsförfarande som till sin karaktär skiljde sig från de regler som följer av Lag (2009:1091) om offentlig upphandling.

4.2 BESKRIVNING AV MODELLEN

4.2.1 Mål och andra utgångspunkter för reformen

I Förutsättningar för ackreditering och avtal för vårdenhet i Hälsoval Skåne anges bl.a. följande övergripande mål för utvecklingen av hälso- och sjukvården i stort i Region Skåne:

”Målet för utvecklingen av hälso- och sjukvården är att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa bland befolkningen genom bl.a. en trygg och tillgänglig hälso- och sjukvård. Verksamheten ska bedrivas utifrån de krav som anges i hälso- och sjukvårdslagen om en för alla människor god vård med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människan värdighet.” (s. 6)

I samma dokument lyfts även fram några värdeord som ska genomsyra all verksamhet – tillgänglighet, kontinuitet, helhet och trygghet.

En övergripande målsättning med införandet av Hälsoval Skåne var att stärka patientens ställning och ”att Skånes medborgare ska ges bästa möjliga vård och omsorg”. Detta skulle vidare åstadkommas genom ökad tillgänglighet och ”en större mångfald av aktörer”. Motsvarande idéer framfördes redan i rapporten från utredningen som föregick införandet av hälsovalet.

I samma rapport angavs ett antal ”effektmål” som är uppdelade i tre perspektiv – medborgaren, verksamheten och ekonomin. Nedan är ett antal exempel på mål som togs upp under respektive perspektiv:

Medborgaren

- Medborgaren ska få en starkare ställning genom ökad valfrihet.
- Närsjukvården ska arbeta förebyggande och hälsoinriktat.
- Tillgängligheten ska vara god.
- Vård ska ges på lika villkor.

Verksamheten

- Närsjukvårdens andel av hälso- och sjukvårdens resurser ska öka.
- En ökande andel av den öppna vården ska ske i närsjukvården.
- Vårdenheterna ska ha professionell frihet att möta medborgarnas behov.

Ekonomin

- Kostnadskontroll ska uppnås
- Ersättningen till vårdenheterna ska vara producentneutral
- Ersättningsystemen till sjukhusen och primärvården ska vara ”synkroniserade” mot en gemensam målbild.

4.2.2 Invånarnas valmöjligheter

Redan innan införandet av Hälsoval Skåne var ca 80 % av invånarna listade på vårdcentraler, familjeläkarenheter eller motsvarande enhet i primärvården. I samband med införandet fick dessa personer information om att man hade möjlighet att välja annan vårdenhet än den man var listad på. Samtidigt blev övriga 20 % av invånarna informerade om sina möjligheter att välja vårdenhet. Om de senare inte aktivt valde vårdenhet, listades man på den enhet som låg närmast den adress man var folkbokförd på. Alla medborgare i Region Skåne blev därmed listade på en vårdenhet. Man valde också fortsättningsvis fritt mellan alla vårdenheter i primärvården som är ackrediterade av regionen inom ramen för Hälsoval Skåne samt familjeläkarenheter med vårdavtal, och man har obegränsade möjligheter att byta vårdenhet.

Vid omval anger invånarna sitt val av vårdenhet på en blankett som skickas till den valda vårdenheten, eller via en internetbaserad tjänst med hjälp av e-legitimation.

Nyinflyttade får information om sin rättighet att lista sig. Om de trots det inte listar sig aktivt, blir de passivt listade på den vårdenhet, privat eller offentlig, som fågelvägen ligger närmast den adress de är folkbokförda på.

Information om hälsovalsenheterna kan invånarna i Skåne hitta på regionens hemsida där det även finns en tjänst som heter Hitta och jämföra vård, där man kan jämföra kvaliteten på vårdenheterna i ett antal dimensioner. Man kan även hitta information på 1177.se

4.2.3 Organisation

Region Skåne har en politisk organisation och en tjänstemannaorganisation som hanterar frågor som rör Hälsoval Skåne. Båda organisationerna har en uppdelning mellan en beställarfunktion och en utförarfunktion. Nedan beskrivs dessa båda funktioner översiktligt.

I den *politiska organisationen* är Regionfullmäktige och Regionstyrelsen högsta beslutande organ för såväl beställar- som utförarfunktionen. På nästa nivå i beställarfunktionen finns Hälso- och sjukvårdsnämnden, och när det gäller frågor som rör Hälsoval Skåne är det sedan Närsjukvårdsutskottet/-beredningen som beslutar om avtal och överenskommelser med vårdenheterna i Hälsoval Skåne samt familjeläkarmottagningarna som regionen har avtal med. Den politiska organisationen för utförarfrågor utgörs av Vårdproduktionsberedningen och Vårdproduktionsutskottet. Den förstnämnda bereder och samordnar bl.a. frågor kring de regiondrivna enheterna i Hälsoval Skåne, medan Vårdproduktionsutskottet fattar beslut i vissa frågor på delegation från Regionstyrelsen.

Tjänstemannaorganisationen leds av regiondirektören med kansli. I beställarfunktionen finns det en Hälso- och sjukvårdsdirektör som har en Hälso- och sjukvårdsavdelning med ansvar regionens beställarfunktion gentemot såväl vårdenheter i egen regi som privata vårdgivare som bedriver verksamhet som Region Skåne är huvudman för. Ansvaret för beställningar inom ramen för Hälsoval Skåne vilar på Enheten för uppdragsstyrning.

I utförarfunktionen finns det en produktionsdirektör med ansvar för egenregiverksamheten. När det gäller primärvården finns det en förvaltningsdirektör som har ansvar för samtliga regiondrivna enheter i Hälsoval Skåne. Förvaltningsdirektören har fyra chefer under sig med ansvar för vars ett geografiskt område. Avslutningsvis finns det chefer för

vårdcentralerna i egen regi. Egenregins organisation var dock föremål för omorganisation i anslutning till författandet av denna rapport.

4.2.4 Ersättningsmodell och kostnadsansvar

Ersättningsmodellen i Hälsoval Skåne innehåller flera komponenter: För varje invånare som är listad på en vårdenhet, får vårdenheten en månatlig ersättning som är viktad 80% efter vårdbehov med hjälp av Adjusted Clinical Groups (ACG) och 20% efter risk för ohälsa som en följd av socioekonomiska variabler med hjälp av ett Care Need Index (CNI). ACG-vikten beräknas med utgångspunkt i medicinska diagnoser.

För varje listad invånare får vårdenheterna därutöver en särskild läkemedelsersättning avseende förmånskostnaden för läkemedel. Läkemedelsersättningen är viktad på samma sätt som vårdersättningen, d.v.s. 80 % efter ACG och 20 % efter CNI. Vårdenheterna har sedan kostnadsansvar för s.k. basläkemedel.

Utöver vårdersättning och läkemedelsersättning får vårdenheterna en målrelaterad ersättning som för 2012 var ca 2,8 % av vårdersättningen. Ersättningen fördelas i stort sett jämnt mellan 11 kvalitetsområden, t.ex. systematiskt arbete med levnadsvanor, förskrivning av lämpliga läkemedel, utförande av demensutredningar, registreringsgrad i det Nationella Diabetesregistret, och deltagande i fortbildning. Tillägg och avdrag på vårdersättningen ges även om en vårdenhet avviker från det av Region Skåne angivna måttalet för täckningsgraden¹⁰.

Vårdenheter inom Hälsoval Skåne får ingen rörlig besöksrelaterad ersättning för patienter som är listade på vårdenheten. Inte heller patientavgiften tillfaller vårdenheten. Däremot får de en ersättning för patienter som är listade på annan vårdenhet, men som besöker den egna enheten. Ersättningen följer den s.k. generella kravspecifikationen. Likaså erhåller man en rörlig ersättning för patienter från andra län.

Avslutningsvis kan en vårdenhet inom Hälsoval Skåne få separat ersättning för utbildning av ST-läkare, samt för vissa förebyggande insatser.

När det gäller vårdenheternas kostnadsansvar är utgångspunkten att de har ansvar för samtliga insatser på primärvårdsnivå som avser de invånare som är listade på enheten. I dokumentet Förutsättningar för ackreditering och avtal för vårdenhet i Hälsoval Skåne gällande 2012 specificeras ett antal insatser som omfattas av kostnadsansvaret; medicinsk service som

¹⁰ Med täckningsgrad avses i Hälsoval Skåne andelen av de listade invånarnas totala volym av öppenvårdsbesök som sker på primärvårdsnivån.

vårdenheten har ordinerat, kostnader för tolkinsatser, basläkemedel och förbrukningsartiklar som omfattas av läkemedelsförmånen, samt besök vid andra enheter på primärvårdsnivån. Från den övergripande utgångspunkten om kostnadsansvaret görs sedan ett antal undantag:

- Dietistverksamhet inklusive kostbidrag och kosttillägg.
- Medicinsk fotvård.
- Mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning och sexuell hälsa samt gynekologisk cellprovtagning enligt den organiserade screeningen för livmoderhalscancer.
- Barnhälsovård inklusive barnpsykologverksamhet.
- Logopedi.
- Specialiserad palliativ verksamhet.
- Ungdomsmottagning.

4.2.5 Krav på vårdgivarna

Kraven på vårdgivare som vill bedriva verksamhet inom ramen för Hälsoval Skåne framgår till stor del av dokumentet Förutsättningar för ackreditering och avtal för vårdenhet i Hälsoval Skåne. För privata vårdgivare anges kraven i det avtal respektive vårdenhet har med Region Skåne. För egenregiverksamheten specificeras samma krav i en överenskommelse per vårdenhet.

För att en vårdenhet ska få bedriva verksamhet inom ramen för Hälsoval Skåne krävs att uppdragsgivaren godkännt verksamheten i enlighet med Lag (2008: 962) om valfrihetssystem. Innan ett avtal upprättas ska det även ske en dialog om den geografiska placeringen av verksamheten.

I Förutsättningar för ackreditering och avtal för vårdenhet i Hälsoval Skåne specificeras en rad krav på vårdenheten, som bl.a. innebär att man måste ha en ekonomi i balans och att personer i ledande ställning inte får vara dömda för något brott med direkt eller indirekt koppling till verksamheten vid vårdenheten. Dessa krav bygger till viss del på krav som återfinns i Lag (2007:1091) om offentlig upphandling.

I samma dokument presenteras det övergripande uppdrag en vårdenhet i Hälsoval Skåne har:

”Vårdenheten ska utan avgränsning vad gäller såväl fysiska som psykiska sjukdomar, ålder eller patientgrupper efter professionell bedömning, tillgodose/svara för individens behov av medicinsk rådgivning, diagnostik, behandling, omvårdnad, förebyggande och rehabiliterande åtgärder som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser, annan särskild kompetens eller som täcks av annan huvudmans ansvar.”

Utöver denna övergripande formulering av uppdraget fanns en mer specificerad lista, med kompletterande information för följande punkter:

- Hälsoinriktat arbetssätt
- Medicinskt åtagande
- Åtagande om psykisk ohälsa
- Rehabiliteringsåtagande
- Ordination av tjänster/artiklar – hjälpmedel
- Samverkan
- Medverkan vid katastrofberedskap
- Läkarmedverkan för råd, stöd och utbildning till personal i den kommunala hälso- och sjukvården
- Verksamhetsförlagd utbildning samt AT/ST
- Forskning och utbildning”

Det anges även att merparten av vården ska ske på den geografiska adress som anges i avtalet mellan vårdenheten och uppdragsgivaren, d.v.s. Region Skåne. Dock har vårdenheten möjlighet att arbeta med underleverantörer som verkar på en annan adress.

Avslutningsvis betonas på flera ställen i Förutsättningar för ackreditering och avtal för vårdenhet i Hälsoval Skåne att primärvårdens arbetssätt ska innehålla ett gränsöverskridande samarbete med andra vårdgivare för att åstadkomma sammanhållna vårdprocesser. För att ytterligare tydliggöra detta krav finns det en komponent i den målrelaterade ersättningen med fokus på just detta samarbete. Det lyfts särskilt fram att man ska medverka i det pågående arbetet med patientprocesser i Region Skåne som bl.a. omfattar på stroke, ledplastik, cancer och de mest sjuka äldre.

4.2.6 Planering och uppföljning

Region Skåne anger mål för uppföljning, och vårdenheterna är skyldiga att redovisa mot dessa mål enligt de anvisningar regionen anger. Utgångspunkten för uppföljningen är de kvalitetsområden som anges av God vård. Uppdragsgivaren har också i övrigt rätt att granska verksamheten vid vårdenheterna.

Inför 2012 tog Region Skåne därutöver fram uppföljningsindikatorer för 7 kvalitetsområden:

- I. Hälsoinriktad hälso- och sjukvård
- II. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- III. Säker hälso- och sjukvård
- IV. Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- V. Effektiv hälso- och sjukvård
- VI. Jämlig hälso- och sjukvård
- VII. Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Den medicinska revisionen är en viktig del i Region Skånes arbete med att följa upp kvaliteten i verksamheten. Verksamheten är organiserad under Enheten för uppdragsstyrning. Den medicinska revisionen arbetar med samtliga hälsovalsenheter, privata och offentliga. Man har drygt två tjänster fördelade på distriktssköterska, sjukgymnast och läkare. I samtliga fall är det personer med lång och bred erfarenhet.

Avsikten är att årliga besök ska göras på enheterna, men p.g.a. verksamhetens begränsade omfattning har man inte möjlighet att besöka samtliga enheter varje år. För närvarande gör man därför ett urval av enheter varje år. Man har vidare delat in besöken i fyra olika typer:

- *Verifikationsbesök*, inför öppnandet av en ny enhet, där man framför allt tittar på vilka förutsättningar som finns på enheten, och om man mot bakgrund av resurserna kan förväntas leva upp till Region Skånes krav på hälsovalsenheterna.
- *Systematisk revision* som årligen ska ske på alla enheter men, som nämnts ovan, av resursmässiga skäl inte görs så frekvent på samtliga enheter.
- *Temarevisioner* där man väljer ut någon typ av verksamhet, t.ex. alla familjecentraler och gör en jämförande studie av dem.
- *”På förekommen anledning”*, d.v.s. när man får information om att något inte står rätt till på en enhet. Som en följd av sådan revision har två enheter tvingats stänga eftersom de inte uppfyllde kraven.

Besöken med anledning av de tre första typerna av revision förbokas i allmänhet. Däremot kan besök ”på förekommen anledning” vara oanmälda. Den medicinska revisionen återför sina resultat såväl ”inåt” till berörda enheter, som ”utåt” till regionens beställarfunktion.

4.2.7 Egenregiverksamheten

Avdelningen för produktionsstyrning med dess produktionsdirektör har ansvar för de hälsovalsenheter som drivs i egen regi. Under produktionsdirektören finns en chef för hela förvaltningen, d.v.s. för det som kallas Primärvården Skåne, som omfattar ca 90 vårdcentraler som är spridda över hela regionen. Vårdcentralerna leds av vårdcentralerchefer.

För att skapa goda förutsättningar för styrning av verksamheten har förvaltningschefen fyra närsjukvårdschefer med ansvar för vårdcentralerna i olika geografiska delar av Skåne – Helsingborg, Lund/Ystad, Malmö och Kristianstad. Närsjukvårdscheferna ingår tillsammans med förvaltningschefen och cheferna för några av Primärvården Skånes administrativa enheter i förvaltningens ledningsgrupp. (Se dock notering i avsnitt 4.2.3 om den förestående omorganisationen.)

4.3 MODELLENS KONSEKVENSER

I avsnitt 4.3 diskuteras kortfattat utvecklingen av Hälsoval Skåne. Avsnittet baseras huvudsakligen på intervjuer, och i någon utsträckning olika typer av uppföljningsdokument.

4.3.1 Branschens utveckling

När det gäller branschens *utbudssida* hade antalet enheter ökat från 125 före införandet av hälsovalet till 153 år 2011. Före införandet var 90 vårdenheter offentliga och 35 privata. År 2011 hade fördelningen förändrats så att 87 var offentliga och 66 privata. Det hade således skett en förändring från fördelningen 72 % - 28 % till fördelningen 57 % - 43 %. Notera dock att siffrorna avser antal enheter som är offentliga respektive privata, inte antal invånare som är listade på respektive enhet.

I en granskningsrapport från Region Skånes revisorer (Region Skåne, 2009) några månader efter införandet av Hälsoval Skåne konstaterades att det redan då tillkommit 12 nya enheter varav tre etablerats i Malmö och en i Helsingborg. Övriga åtta enheter var spridda på mindre orter i en stor del av Skåne. I granskningsrapportens bedömning anges därför följande: ”Fördelningen av etableringen av nya vårdenheter inom hälsovalet har inte inneburit att delar av Skåne saknar tillgång till privata alternativ. Däremot kommer den egentliga friheten att välja mellan olika vårdenheter att vara begränsad till de som bor i tätbefolkade delar av Skåne eller är geografiskt rörliga.” (sid. 16).

Efterfrågesidan kan studeras på olika sätt. Glenngård och Anell (2011) har genomfört en enkätstudie i tre kommuner i Region Skåne - Malmö, Örkelljunga och Bromölla - och har bland annat ställt följande fråga: ”Har du gjort ett val av vårdcentral eller mottagning i samband med införandet av vårdval i ditt landsting/region?”. Det handlar således om att ta reda på i vilken utsträckning befolkningen upplever att man har gjort ett aktivt val, oberoende av om valet innebär att man behåller den vårdenhet man sedan tidigare är listad på, eller att man byter vårdenhet.

Studien visade att 61 % av respondenterna i Malmö, 62 % av respondenterna i Örkelljunga och 60 % av respondenterna i Bromölla svarade ja på frågan. En klar majoritet av befolkningen i de tre kommunerna ansåg således att de hade gjort ett aktivt val i anslutning till införandet av Hälsoval Skåne. Det är vidare noterbart att det inte var någon större skillnad mellan de tre kommunerna, trots att de praktiska förutsättningarna för att välja vårdenhet inom ett rimligt geografiskt område är betydligt bättre i Malmö än i de två övriga kommunerna.

4.3.2 Roll- och ansvarsfördelning

När det gäller roll- och ansvarsfördelningen så menade flertalet intervjupersoner att den åtminstone på ett formellt plan var tydlig och klar i Region Skåne, med en uppdelning i en beställarfunktion och en utförarfunktion i såväl den politiska strukturen som tjänstemannastrukturen.

Några intervjupersoner menade dock att förståelsen för den nya rollfördelningen lämnade en del i övrigt att önska när Hälsoval Skåne infördes. Exempelvis förekom det att enheter som drevs i egen regi gick direkt till Hälsovalskontoret med frågor som egentligen skulle hanteras av Primärvårdsförvaltningen eller andra enheter i utförarstrukturen. Likaså förekom det att andra aktörer i Region Skåne gick till Primärvårdsförvaltningen med frågor som egentligen skulle hanteras av Hälsovalskontoret. Flera intervjupersoner framförde också att framför allt vissa politiker hade svårt att tydligt agera i enlighet med de delvis nya roller de fått. Det tycktes dock finnas stor enighet om att dessa problem var av övergående natur och att rollfördelningen numera i allt väsentligt är tydlig och klar. Enda explicita undantaget som lyftes fram var att tjänstemän i Centrum för verksamhetsplanering och analys (CVPA) ibland fick frågor från egenregiverksamheten som man inte visste om man ska svara på eller inte.

I den granskning som Region Skånes revisorer gjorde under hösten 2009 lyfte flera intervjupersoner särskilt fram att det Hälsovalskontor som bildades i anslutning med införandet av Hälsoval Skåne hela tiden på ett mycket tydligt sätt hade agerat i enlighet med den roll de skulle ha och hade varit mycket noga med att behandla alla parter på samma sätt. Däremot konstaterade revisorerna att det i det tidigare skedet av implementeringen fortfarande fanns en viss osäkerhet bland övriga aktörer vilken roll Hälsovalskontoret hade, i förhållande till t.ex. ledningen för primärvårdsförvaltningen.

Några intervjupersoner påpekade att ansvaret för beställning och utförande naturligtvis går ihop i toppen på såväl tjänstemannaorganisationen som den politiska organisationen, men att det är oundvikligt, även om det i vissa fall skulle kunna skapa problem.

När det gäller de enskilda rollerna lyftes det också fram att beställarfunktionen var relativt svag, och att den framför allt blandades ihop med rollen som väktare av producentneutraliteten. Några intervjupersoner menade vidare att beställarfunktionen hade försvagats ytterligare i och med att vissa beslut, t.ex. om ackrediteringsvillkor, hade centraliserats i organisationen. Andra personer menade dock att denna förändring kan vara

en styrka eftersom den förbättrar förutsättningarna för samordning med bl.a. sjukhusen.

Med viss koppling till frågan om beställarfunktionen framförde några intervjupersoner att man borde utveckla en ägarfunktion¹¹. Exakt vilken roll en sådan funktions skulle ha tycktes det dock inte finnas någon samstämmig uppfattning om.

4.3.3 Konkurrensneutralitet och övriga villkor

Flera intervjupersoner i Region Skåne påpekade att det är viktigt att skilja mellan frågor som har att göra med konkurrensneutralitet, och frågor som har att göra med skillnader i villkor i största allmänhet. Gör man en sådan distinktion handlar det förstnämnda om huruvida hälsovalsmodellen med ersättningssystem, kostnadsansvar, åtagande m.m. är lika för alla enheter, medan andra villkor, som inte har med hälsovalets utformning att göra, t.ex. kan vara vårdenhetens storlek, antal invånare i vårdenhetens geografiska närhet, om man är en ny eller väletablerad enhet etc.

När det gäller konkurrensneutralitet i den mening som beskrivs ovan, fanns det en mycket utbredd uppfattning att utformningen av Hälsoval Skåne i allt väsentligt fungerade bra. Däremot framfördes en del synpunkter på hanteringen av den ”infrastruktur” som omger hälsovalet. Det exempel som flest intervjupersoner lyfte fram var de problem regionen hade med att förse privata enheter med ett ändamålsenligt it-stöd för hantering av den administration som omger hälsovalet. Konkreta problem i det sammanhanget var t.ex. att privata enheter tvingades till en tidsödande dubbelregistrering, att man inte hade tillgång till information om användning av laboratorier och röntgen, och att man inte kunde se på fakturorna vilka patienter som har gått till annan vårdgivare, sjukgymnast eller motsvarande. Det senare gällde dock samtliga vårdenheter i Hälsoval Skåne, både privata och offentliga. Det var dessutom ofta lång eftersläpning på fakturorna. I det avseendet ansåg ett antal intervjupersoner att egenregiverksamheten hade bättre villkor än de privata enheterna i Hälsoval Skåne.

Å andra sidan lyfte främst företrädare för egenregin fram en del problem som ansågs följa av att man tillhör den politiskt styrda regionen. Exempelvis påpekade flera intervjupersoner att det fanns en tröghet i den politiska processen som gjorde att egenregiverksamheten inte kunde agera så ”snabbfotat” som man hade velat. Det lyftes bl.a. fram att

¹¹ I Region Skåne finns en direktör med ansvar för ägarfrågor, men den funktionen arbetar med med andra frågor, t.ex. styrningen av regionens bolag.

förvaltningsledningen förmodligen skulle slagit samman eller lagt ned några enheter som man inte tyckte hade förutsättningar att klara sig själv, men att man inte fick fatta den typen av beslut och att den politiska ledningen var obenägen att göra det.

Likaså lyfte några intervjupersoner fram att man i egenregiverksamheten i vissa fall hade problem med sina lokaler eftersom man satt fast i äldre fastigheter. Man vill flytta, men det gick inte eftersom ”de politiska kvarnarna som mal långsamt”. En annan fråga som några intervjupersoner lyfte fram som en nackdel för egenregin var att man inte hade samma frihetsgrader som de privata konkurrenterna när det gäller lönesättning. I vissa fall hade det inneburit att man har tappat personal till privata enheter. Ytterligare en fråga på samma tema som togs upp är att egenregin upplevde att man i vissa fall bidrog till bemanningen av centrala arbetsgrupper m.m. i större utsträckning än privatägda vårdenheter, och att det tog tid och drog resurser från den intäktsgenererande kärnverksamheten.

Samtidigt som en del intervjupersoner tog upp negativa aspekter av att vara en del av Region Skånes produktionsapparat var det andra som menade att det också kan vara en fördel. Inte minst eftersom Primärvården Skåne är en stor och dominerande aktör på hälsovalsmarknaden i Skåne och att det skapar förutsättningar för samarbete som kan vara till nytta för verksamheten.

4.3.4 Ersättningssystem och kostnadsansvar

Den samlade bilden är att intervjupersonerna i allt väsentligt ansåg att ersättningssystemet fungerade bra. En intervjuperson uttryckte det till och med som att ”detta är det mest rättvisande ersättningssystem vi haft i Region Skåne”. De problem som lyftes fram var därför i huvudsak av den karaktär och den omfattning att de kunde hanteras inom ramen för den övergripande modell som redan valts. Den kritik som framfördes mot ersättningssystemet handlade främst om att ersättningen var för låg. Region Skåne hade nationellt sett en låg ersättning per invånare till primärvården, och det slog igenom också när Hälsoval Skåne infördes. Ersättningen var på väg upp, men Region Skåne låg fortfarande lågt i en nationell jämförelse.

Merparten av intervjupersonerna menade att användandet av ACG och CNI var väl fungerande, och att den befintliga fördelningen med 80 % ACG och 20 % CNI var rimlig. Detta har också visats i statistiska studier i Region Skåne.

Det flera intervjupersoner lyfte fram som ett problem med ACG var att det fanns en risk för diagnosglidning som innebär att man diagnossätter fel för att få en bättre ersättning. Det hade också visat sig att enheter som tidigare

varit dåliga på att registrera hade ökat sin registrering efter införandet av Hälsoval Skåne. Flera intervjupersoner menade dock att det är en positiv utveckling så länge det handlar om korrekt registrering. Orsaken till det är att ökad diagnosregistrering kan bidra till att förbättra vårdkvaliteten. Om det däremot handlar om registrering av diagnoser som patienten inte har är det självklart negativt, men då handlar det om rent bedrägligt beteende. Det påtalades också att ersättningssystemet innebar att diagnosglidningen får ekonomiska konsekvenser också för de enheter som inte fått någon sådan glidning. Orsaken till det var att ersättningssystemet i Hälsovalet var ett ”slutet system” vilket innebär att ACG-ersättningen sjönk för många enheter när diagnosregistreringen förbättrades totalt sett.

Utöver ersättningen för ACG och CNI fanns det i Hälsoval Skåne en viss (2,3 %) målrelaterad ersättning. Det tycktes finnas en politisk vilja att på sikt öka denna andel något, men det fanns också intervjupersoner som menade att man först borde utveckla bra system för att mäta måluppfyllelsen, och att man också med hjälp av förbättrade jämförelser mellan olika enheter och vidareutvecklade utdatasystem kunde skapa starkare incitament för vårdenheterna att nå målen. Avslutningsvis framfördes att ersättningssystem med väldigt många målrelaterade ersättningskomponenter riskerade att bli komplexa och svåröverblickbara. En intervjuperson uttryckte det som att man riskerar att ”inte kunna se skogen för alla träden”. Regionledningen var dock medveten om detta problem och hade av det skälet begränsat antalet indikatorer.

Frågan om komplexitet väcktes av flera intervjupersoner också när det gällde det nuvarande ersättningssystemet. Det lyftes bl.a. fram att ACG-komponenten gjorde ersättningssystemet svåröverblickbart, vilket innebar att det exempelvis var svårt att räkna på de ekonomiska konsekvenserna av en viss nischning av verksamheten.

En viktig fråga när det gäller ersättningssystem i största allmänhet är om de bidrar till att vissa patientgrupper blir ”lönsamma” och andra blir ”mindre lönsamma”. Det fanns, av naturliga skäl, en gemensam uppfattning bland flertalet intervjupersoner att grupper som inte konsumerar någon vård alltid var lönsamma, och någon intervjuperson menade att man nog behövde ca 1/3 listade patienter som tillhör den gruppen för att man skulle få en vårdenhet i Hälsoval Skåne att gå ihop ekonomiskt.

I övrigt fanns det skilda uppfattningar bland intervjupersonerna om det fanns lönsamma och olönsamma grupper, och i sådana fall vilka de var. Några intervjupersoner menade att ersättningssystemets uppbyggnad nog gjorde att det knappast finns några lönsamma och olönsamma grupper, någon menade att ”far-illa-grupperna” troligtvis var olönsamma, och någon

annan ansåg att multisjuka äldre förmodligen var en relativt olönsam grupp. Avslutningsvis menade en intervjuperson att den nuvarande kombinationen av ACG och CNI möjligen överkompenserade för ”tunga grupper”. Exemplet som togs var att vårdcentralen i Rosengård går bra, medan flera vårdenheter i mer ”välmående” områden har en svagare ekonomi. Sammantaget var det omöjligt att säkert säga hur det förhöll sig med eventuella lönsamma och olönsamma grupper, men en intervjuperson menade att man borde göra någon form av uppföljning så att eventuella skevheter i ersättningssystemet kan åtgärdas.

En fråga som många intervjupersoner diskuterade var det breda kostnadsansvaret vårdenheterna hade, och vilka möjligheter man faktiskt hade att påverka de kostnader man hade ansvar för. Rent allmänt tycktes det finnas ett starkt stöd för ett brett ansvar, men det fanns också en betydande kritik när det gällde påverkansmöjligheterna. Det som framför allt lyftes fram var att vårdenheterna hade svårt att påverka sina listade patienters konsumtion av vård hos andra vårdgivare i primärvården. Kritiken gällde främst besök hos privata sjukgymnaster på orter där det fanns många sådana. Den granskning av Hälsoval Skåne som Regionens revisorer gjorde under hösten 2009 (Region Skåne, 2009) bekräftade denna bild. Utöver besök hos privata sjukgymnaster, har det framförts synpunkter på påverkbarheten vad gäller vårdenhetens listade patienters besök hos taxeläkare och på sjukhusens öppenvårdsmottagningar samt kostnaderna för de läkemedel dessa aktörer skriver ut. Någon intervjuperson menade att vårdenheter som behandlar andras listade patienter borde vara skyldiga att återkoppla till den vårdenhet där patienten är listad, inte minst för att skapa en kontinuitet och helhetssyn på patientens problem och behandling. En annan intervjuperson menade att det skulle sättas ett tak på antalet besök (t.ex. 7-8 st) och att det därefter skulle krävas någon form av återkoppling till den enhet där man är listad.

Några intervjupersoner menade att det är ett extra stort problem att man inte ens har information om hur ens listade patienter konsumerar vård hos andra aktörer. Även om man inte hade kunnat kontakta patienterna och försöka påverka dem, menade man att det är rimligt att man, för att kunna vidta andra åtgärder, har tillgång till sådan information. Någon intervjuperson menade dock att Qlickview skapar förutsättningar för bättre information, och att man redan till stor del kunde se var ens listade patienter söker vård utanför den egna vård enheten, men att alla berörda ännu inte kunde hantera systemet på ett bra sätt.

Avslutningsvis ska det dock noteras att flera intervjupersoner påpekade att problemen med påverkbarheten till stor del är ett storstadsproblem, vilket företrädare för vårdenheter på mindre orter bekräftade.

4.3.5 Processer för uppföljning och utvärdering

När det gäller processer för planering och uppföljning i Hälsoval Skåne, så framfördes ett antal relativt spridda synpunkter. Även om någon intervjuperson menade att det fanns tillgång till relevant information, handlade synpunkterna till stor del om att man borde sträva efter att i olika avseenden förbättra såväl informationsinnehållet som uppföljningsprocesserna. Regionen hade också anlitat en konsult som skulle driva ett förbättringsarbete inom området.

Det som fanns som en bas var 40-50 kvalitetsindikatorer samt ett gemensamt journalsystem. Samtliga vårdenheter som verkade inom ramen för Hälsoval Skåne var skyldiga att delta i detta system. De förbättringar som nämndes var bl.a. att man borde försöka koppla det regionala kvalitetsregistret till det nationella, att man borde ta fram index för en del sjukdomar, t.ex. diabetes, och att befintliga kvalitetsindikatorer borde utvecklas och förbättras successivt.

Samtidigt påpekade flera intervjupersoner att det gäller att tänka igenom vilken information man verkligen behöver på regional nivå. Risken för kostsam byråkrati är annars uppenbar. En intervjuperson uttryckte det som att ”nån måste ju jobba”.

Avslutningsvis lyfte flera intervjupersoner fram den medicinska revisionen som ett viktigt komplement till den löpande uppföljningen. Det påpekades bl.a. att revisionen faktiskt bidragit till att två vårdenheter har stängts p.g.a. att man inte klarade de av regionen uppställda kvalitetskraven.

4.3.6 Samverkan i vårdkedjan

Samverkan handlar i den här rapporten om dels var i hälso- och sjukvården patienten kommer in, dels hur relationerna mellan olika vårdenheter ser ut när patienten väl har kommit in i systemet.

När det gäller det förstnämnda är det inledningsvis noterbart att det fanns en politisk ambition i Region Skåne att patienterna i ökande utsträckning skulle ha sin inledande vårdkontakt på hälsovalsenheterna och att en så stor del som möjligt av vården skulle ske där. Det innebar också att man hade ambitionen att på sikt föra över resurser från den specialiserade vården till primärvården. Frågan är då hur införandet av Hälsoval Skåne påverkade denna utveckling.

Den allmänna uppfattningen bland de intervjupersoner som berörde frågan var att det inte hade hänt så mycket. Statistiken pekade istället på att antalet besök ökade i alla delar av hälso- och sjukvården i Skåne. En granskningsrapport från Region Skånes revisorer i december 2009 (Region Skåne, 2009) bekräftade den bilden. Där konstaterades att något ”planmässigt” arbete för att åstadkomma en sådan utveckling egentligen inte pågick under den tid granskningen genomfördes. Inte heller vid en motsvarande granskning under hösten 2010 (Region Skåne, 2010) kunde revisorerna identifiera några direkta förändringar inom området. Frågan är vilka orsaker det finns till detta.

En fråga som många intervjupersoner lyfte fram var att man inte hade ett ersättningssystem som stödde en sådan utveckling. Huvudproblemet ansågs vara att hälsovalsenheterna egentligen hade begränsade ekonomiska incitament att förhindra att patienterna gick direkt till sjukhusen samtidigt som sjukhusen i sin tur fick någon form av prestationskopplad ersättning och därför hade incitament att ta emot patienter som egentligen borde gå till hälsovalsenheterna. När det gäller hälsovalsenheternas incitament var ett exempel som togs upp att avdraget för minskad täckningsgrad när en patient går till sjukhusens akutmottagning var 300 kr, men att kostnaden för att röntga patienten om man själv tog emot den var 400 kr.

Sammantaget menade flera intervjupersoner att regionen måste införa ett ersättningssystem som fungerar för helheten och inte bara för de enskilda delarna av hälso- och sjukvården, och att det systemet måste utformas så att det skapar incitament till den utveckling mot ökad andel vård på hälsovalsenheterna som politikerna sade sig vilja åstadkomma.

En annan problematik som flera intervjupersoner lyfte fram var att triageringen på sjukhusen inte fungerade på det sätt som vore önskvärt, och att patienter som kom till akutmottagningarna alltför ofta erbjöds vård på sjukhuset istället för att skickas till sin hälsovalsenhet. En intervjuperson uttryckte det dock som att ”kunden går aldrig fel” och att det istället är sjukvården som måste vara på rätt ställe med rätt insatser, alternativt styra patienten rätt i systemet. Några intervjupersoner menade vidare att jourläkarverksamheten på helger, kvällar och nätter nog behövde ses över, och att det också åtminstone till viss del var ett informationsproblem som gjorde att invånarna helt enkelt inte visste vart de skulle gå när de blev sjuka. Samtidigt påpekade några intervjupersoner att detta inte var ett problem som uppstått i samband med införandet av Hälsoval Skåne, utan att det hade funnits i vissa geografiska områden under många år och att det var svårt att veta om hälsovalet i sig hade förbättrat eller försämrat situationen.

I övrigt tog olika intervjupersoner upp flera faktorer som påverkar utvecklingen. En utbredd uppfattning var t.ex. att det till viss del handlade om kultur, och att särskilt invånarna i regionens större städer av gammal vana gick direkt till sjukhusen när man blev sjuka. En intervjuperson påpekade att ett skäl till att det gick långsamt var att det fanns brist på specialister i allmänmedicin och att hälsovalsenheterna av det skälet inte klarade av ett större åtagande. En annan intervjuperson menade att det saknades ekonomiska incitament att anställa andra specialister än allmänmedicinare, eftersom de med stor sannolikhet skulle generera högre kostnader för medicinsk service. Avslutningsvis var en intervjuperson tveksam till hur långt det är lämpligt att gå med överföring av verksamhet från sjukhus till primärvård. Tveksamheten grundade sig i att akutsjukhusen också i framtiden måste ha en ”kritisk massa” för att fungera på ett effektivt sätt.

När det gäller den andra huvudfrågeställningen i detta avsnitt - hur samverkan mellan olika vårdenheter ser ut när patienten väl har kommit in i systemet - så fanns det olika uppfattningar bland intervjupersonerna. Flera personer menade att samverkan behöver förbättras och att det inte bara gällde samverkan med sjukhusen inom Region Skåne, utan också kontakterna med kommunerna när det gäller hemsjukvården. Det påpekades dock att denna samverkan fungerade olika bra inom olika områden.

Några intervjupersoner menade att hälsovalet i sig inte inneburit någon förändring i den delen utan att den samverkan som fungerade bra tidigare fortfarande fungerade bra medan den samverkan som fungerade mindre bra tidigare fortfarande fungerade mindre bra. Ett undantag, som några intervjupersoner lyfte fram, var att det möjligen var lite mer ”tjafs om pengar” än det var tidigare. Det gällde t.ex. kostnader för medicinsk diagnostik. Den intervjupersonen menade vidare att det över huvud taget fanns vissa ”svartepetter-tendenser” som innebar att man gärna ville att patienter med ett stort utredningsbehov skulle hanteras på andra enheter än den egna. Inom vissa områden fanns det tydliga överenskommelser som reglerade sådana situationer, medan motsvarande överenskommelser saknades på andra områden.

Några intervjupersoner menade att det ökade antalet aktörer i primärvården i sig skapade större utmaningar när det gällde samverkan. Exempel som gavs var att ett äldreboende i och med hälsovalet kunde ha boenden som tillhörde olika hälsovalsenheter, vilket innebar att man måste ha kontakt med flera enheter istället för som tidigare med en vårdenhet. Likaså nämndes att när specialister inom olika områden skulle gå ut med behandlingsrekommendationer till primärvården måste man i och med

hälsovalet kontakta betydligt fler enheter än tidigare. Den nya organisationen för mödravården där basmödravård bedrivs vid 39 ackrediterade barnmorskemottagningar medan specialistmödravård även fortsättningsvis ska bedrivas i sjukhusens regi, ansågs därutöver kunna skapa nya samordningsproblem.

Avslutningsvis påpekade flera intervjupersoner att det pågick aktiviteter för att förbättra samverkan. Exempel som gavs var att representanter för hälsovalsenheterna träffade representanter för akutmottagningarna för att diskutera hur man på bästa sätt skulle samverka, och att det överhuvudtaget handlade mycket om att hitta mötesplatser för hälso- och sjukvårdens olika aktörer. Den organisation som diskuterades 2013 syfte bl.a. till att förbättra samverkan mellan hälsovalsenheterna och sjukhusen.

En fråga som berördes av flera intervjupersoner var försöken i Stockholms läns landsting med ”aktiv hälsostyrning” med hjälp av hälsocoacher för de mest sjuka som konsumerar mycket vård. Diskussioner om den typen av lösningar pågick även i Region Skåne men inga beslut hade fattats.

4.3.7 Styrning av egenregiverksamheten

Avsnittet om styrning av egenregin handlar i första hand om hur förvaltningsledningen i Primärvården Skåne styr sina vårdcentraler. Frågor som har att göra med regionens styrning av förvaltningen har till viss del behandlats i avsnittet om konkurrenssituationen. Det ska dock nämnas att ett antal intervjupersoner menade att förvaltningschefens begränsade möjligheter att fatta beslut i främst strukturfrågor var ett problem som även påverkade förutsättningarna för den interna styrningen i förvaltningen. En annan fråga som explicit nämndes som ett problem när det gäller regionens styrning av förvaltningen, och den interna styrningen i förvaltningen, var att regionen hade en avtalsrelation med de enskilda vårdcentralerna, och inte med ledningen för Primärvården Skåne. Några intervjupersoner tog upp detta som en något märklig ”governance-struktur”, medan andra påpekade att beställaren måste kunna ta tag i enskilda vårdenheter som i något avseende inte klarar sitt uppdrag, utan en mellanhand i form av förvaltningschefen, precis på samma sätt som man kunde göra med privata vårdenheter som ingår i en större kedja.

Ett stort antal intervjupersoner på olika nivåer i Region Skåne vittnade om att det fanns mycket stora förhoppningar ute på regionens vårdcentraler att införandet av Hälsoval Skåne skulle leda till kraftigt ökade frihetsgrader för ledningen på vårdcentralerna, men att den faktiska utvecklingen efter införandet inte hade motsvarat dessa förväntningar, och att det framför allt initialt skapade irritation och besvikelse i organisationen. Detta bekräftades

också av den granskning av Hälsoval Skåne som Regionens revisorer genomförde relativt snart efter införandet av Hälsoval Skåne (Region Skåne, 2009). I rapporten konstaterades bl.a. följande; ”Primärvårdsförvaltningens ledning fortsätter i för stor utsträckning att styra verksamheten enligt en traditionell förvaltningsmodell.” (sid 6). I en motsvarande granskning ca ett år senare (Region Skåne, 2010) konstaterades att ett arbete var på gång med att utveckla den interna styrningen i förvaltningen, men att mycket återstår att göra och att koncernperspektivet fortsatt var starkt. Mot den bakgrunden gjorde rapportens författare bl.a. bedömningen att ”Frihetsgraderna för verksamhetscheferna bör öka samtidigt som målen tydliggörs och stödet till verksamhetscheferna förstärks.” (sid 4). Man hänvisade bl.a. till en enkätstudie som genomfördes inom ramen för granskningen och som visade att 51 % av verksamhetscheferna vid egenregionheterna ansåg att de var ”begränsade av rutiner, regelverk och beslut av andra” medan motsvarande siffra bland chefer i privata enheter var 15 %.

Revisorernas granskning (Region Skåne, 2009) pekade särskilt på att hanteringen av över- och underskott på enskilda vårdenheter var en fråga som intervjupersonerna i den studien lyfte fram som problematisk. Det var också en fråga som flera intervjupersoner i den här studien lyfte fram. Företrädare för enheter som gick bra ekonomiskt menade att en lösning som innebar att man ska vara med och finansiera vårdcentraler som har ekonomiska problem på sikt skapar incitament att återgå till den s.k. ”julhandeln”. Alla som berörde frågan var dock överens om att det är viktigt att förvaltningsledningen i första hand arbetar aktivt med de enheter som har ekonomiska problem så att de blir mindre beroende av ”bidrag” från andra enheter. Samtidigt angav flera intervjupersoner att bristen på allmänläkare och därmed behovet av stafettläkare var det enskilt största problemet för ekonomiskt svaga enheter, och att det problemet är svårlöst.

Också i övrigt fanns det synpunkter på hur administrationen fungerade och vilket stöd man vårdcentralerna fick. Det fanns dock förhoppningar bland flera intervjupersoner att nya datorbaserade system, förbättrad nyckeltalsstyrning och bättre möjligheter att jämföra olika enheter, vidareutvecklat incitamentssystem och samlokalisering av de administrativa funktionerna skulle leda till bättre service. Den nya ordningen med områdeschefer som hade bredare och tydligare ansvar och befogenheter angavs också av några intervjupersoner som positiv.

4.4 VIKTIGA FRAMTIDSFRÅGOR

Branschens utveckling

Det fanns olika uppfattningar bland intervjupersonerna om hur hälsovalsbranschen i Region Skåne kommer att utvecklas. Några intervjupersoner menade att egenregiverksamheten kommer att få svårt att klara sig i framtiden om de inte får utökade möjligheter att vara snabbfotade och vidta de åtgärder de anser vara nödvändiga för att man ska bli konkurrenskraftig. Exakt vad som menades med ökade frihetsgrader var dock något oklart.

Det fanns också intervjupersoner som menade att privata aktörer, främst de stora bolagen, på sikt kommer att köpa upp enheter som drivs i egen regi. En sådan utveckling förutsätter dock politiska beslut, och det ansågs vara mer osäkert om och i sådana fall när sådana beslut skulle komma att fattas. Vissa diskussioner fördes dock. Det framfördes att en sådan förändring inte är enkel att genomföra, och att det åtminstone inte går att låta privata enheter ta över listade patienter från andra enheter.

Samtidigt som det fanns uppfattningar att privata enheter på sikt kommer att få en ökad marknadsandel menade andra intervjupersoner att det kommer att bli svårt för nya aktörer att etablera sig eftersom man ”börjar från noll”. De som ändå trodde att det kommer att ske nyetableringar menade att det kommer att bli på större orter och av de stora vårdbolagen som har finansiella muskler att överleva en tid med ekonomiska underskott. Om detta visar sig vara korrekt är det främst redan etablerade bolag som kommer att ta större marknadsandelar. Noterbart är dock att det fortfarande skedde en nyetablering, dock främst i Malmö.

När det gäller utvecklingen av egenregiverksamheten så är den, som nämnts ovan, beroende av politiska beslut. En möjlig utveckling som diskuterades av flera intervjupersoner var bolagisering. De intervjupersoner som tog upp den frågan var dock av olika uppfattning när det gäller sannolikheten för en sådan reform. Ett syfte med att bolagisera är att hålla politiken på armlängds avstånd från egenregiverksamheten. Flera intervjupersoner påpekade dock att man kan åstadkomma samma effekt med andra medel än bolagisering.

En viktig fråga för branschens utveckling ansågs vara om det kommer till stånd någon form av profilering av verksamheten. Fram till nu ansågs det inte ha skett någon mer omfattande profilering, och uppfattningen bland intervjupersonerna tycktes vara att incitamenten för en sådan utveckling måste bli starkare om den ska komma till stånd. Någon intervjuperson menade att patientföreningar och andra aktörer på efterfrågesidan borde

engagera sig mer i profileringsfrågorna för att stödja sina medlemmar. Flera intervjupersoner påpekade också att det inte är någon större skillnad mellan privata och offentliga aktörer i det avseendet utan att det helt enkelt handlar om att sjukvårdsorganisationen är svår att förändra.

En annan fråga som diskuterades var en breddning av hälsovalet. Exempelvis diskuterades om kataraktoperationer skulle omfattas av hälsovalet. En sådan utveckling förutsätter dock, enligt flera intervjupersoner, att en del verksamhet flyttas från sjukhusen till hälsovalsenheterna, och då krävs det också en ekonomisk reglering av reformen. Samtidigt som en breddning diskuterades både i Skåne och på andra håll i landet ansåg flera intervjupersoner att en sådan reform måste utredas ytterligare innan den kan sjösättas eftersom konsekvenserna är oklara.

Hälsovalets utformning

Utvecklingen av Hälsoval Skåne hänger till stor del samman med hur man utformar modellen. Exempelvis påpekade flera intervjupersoner att en breddning som innebär att hälsovalsenheterna får ett ännu större åtagande, riskerar att leda till att barriärerna mot inträde ökar och att dynamiken i branschen därmed bli sämre.

Den totala valfriheten för invånarna lyftes även fram som ett potentiellt problem, och en tänkbar utveckling som några intervjupersoner framhöll var att på sikt använda någon form av styrmedel så att patienterna, när det är möjligt och lämpligt, går till sin hälsovalsenhet när man är i behov av primärvård. Styrformer av det slaget, t.ex. remisstväng till specialister är dock en åtgärd som ogillades av politikerna i Region Skåne.

Ersättningssystemet

Ersättningssystemet var en fråga som diskuterades mycket bland intervjupersonerna. Det handlade dock inte om förändringar av det mer övergripande upplägget, utan i första hand om utvecklingen vad gäller den målrelaterade ersättningen. Denna komponent var relativt liten, men diskussioner fördes om den möjligen borde öka på sikt. Flera intervjupersoner framförde dock att det är viktigt att det inte blir alltför många mål, eftersom ersättningssystemet då riskerar att bli svåröverblickbart.

När det gäller mer tekniska framtidsfrågor så lyfte flera intervjupersoner fram it-systemens utveckling som en viktig fråga. De problem som funnits inom det området ansågs vara väldigt viktiga att lösa för att underlätta arbetet på vårdenheter, och även öka styrbarheten i stort.

Övrigt

Flera intervjupersoner menade att den fortsatta utvecklingen av Hälsoval Skåne måste ske i dialog med hälsovalsenheterna, och att det är viktigt att skapa fora för en sådan dialog med samtliga enheter, privata så väl som offentliga. De privata enheterna hade också tidigare bjudits in då och då, men det faktiska inflytandet upplevdes vara begränsat. Det branschråd man hade etablerat ansågs kunna vara ett steg i rätt riktning.

Avslutningsvis fanns det en bred uppfattning bland intervjupersonerna att Hälsoval Skåne är här för att stanna, och att framtidsfrågorna snarast handlar om hur modellen ska utformas.

KAPITEL 5

FALLSTUDIE 3: VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

5.1 BAKGRUND OCH HISTORIK

Fakta om VG Regionen:

- Befolkning: ca 1.600.000 invånare i 49 kommuner som omfattar både glesbygd och storstad
- Historik: VG Regionen bildades 1999 genom en sammanslagning av Landstinget Skaraborg, Landstinget i Älvsborg, Bohuslandstinget och Göteborgs stad.
- Hälsa- och sjukvården: 18 sjukhus, och ca. 200 vårdcentraler
- Antal anställda i hälso- och sjukvården: ca 48.000
- Införande av Västra Götalandsregionens vårdval, VG Primärvård: 1 oktober 2009

I anslutning till budgetarbetet 2007 beslutade hälso- och sjukvårdsutskottet att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att inleda ett arbete med att ta ett samlat grepp om primärvårdens utvecklingsfrågor. Den 2 april 2008 överlämnade hälso- och sjukvårdsdirektören Idéskiss för utveckling av primärvården i Västra Götalandsregionen, utkast till Kravbok samt Handlingsplan för införandet. Efter beredning och fortsatt utredningsarbete beslutade Regionfullmäktige i februari 2009 att Västra Götalandsregionens vårdvalsmodell ”VG Primärvård” skulle införas den 1 oktober 2009, och att den skulle utformas ”i enlighet med lag om valfrihetssystem (LOV)”.

5.2 BESKRIVNING AV MODELLEN

5.2.1 Mål och andra utgångspunkter för reformen

Bakgrunden till beslutet att ta fram en idéskiss om primärvården i Västra Götalandsregionen var att man önskade ”stärka medborgarnas ställning, öka förtroendet för primärvården och möta framtidens utveckling”. Det var också en uttalad avsikt att bygga vidare på de reformer som redan hade genomförts inom området, med bl.a. fritt vårdval, prioriteringar, ersättningsmodeller, ökat kostnadsansvar, nya samverkansformer samt kvalitetsuppföljningar. Sammanfattningsvis anges syftet med VG Primärvårdsmodellen vara att;

- Stärka patientens ställning
- Öka invånarnas förtroende för primärvården
- Primärvården ska vara patienternas fasta kontakt i hälso- och sjukvården och primärvårdens andel av vårdkontaktarna i den öppna vården ska öka upp mot ca 80%
- Primärvården ska bedrivas med hög kvalitet och uppdraget ska utföras på lika villkor i varierande regi
- Primärvården ska vara en tilltalande arbetsplats och antalet specialister i allmänmedicin i primärvården ska öka.

5.2.2 Invånarnas valmöjligheter

Invånarna i Västra Götalandsregionen väljer vårdenhet. Därutöver har man rätt att få en fast vårdkontakt, läkare eller annan person, inom vårdenheten. Det finns ingen begränsning av hur många val en invånare får göra per år.

Invånare som inte aktivt väljer vårdenhet ansluts till den vårdenhet som inom samma kommun är geografiskt närmast belägen invånarens folkbokföringsadress. Detta är ett s.k. icke-valsalternativ.

En vårdenhet som ingår i VG Primärvård har inte rätt att neka någon invånare i Västra Götalandsregionen att välja vårdenheten. Man får inte heller sätta något tak för hur många invånare som får ansluta sig. Regionen kan dock besluta om en tillfällig begränsning av vårdvalsutrymmet om vårdenheten av något skäl inte kan garantera den medicinska säkerheten p.g.a. lokalbrist, personalbrist eller motsvarande

Invånarna får information om sina rättigheter och vilka alternativa vårdenheter det finns på www.vard.vgregion.se samt på 1177.se. Det finns även möjligheter att lista om sig elektroniskt om man har tillgång till e-legitimation.

5.2.3 Organisation

I Västra Götalandsregionen har man en politisk organisation och en tjänstemannaorganisation. I båda strukturerna gör man en uppdelning i ägarroll, beställarroll, och utförarroll.

Regionfullmäktige är den högsta beslutande instansen, och den *politiska organisationen* under Regionfullmäktige är uppdelad i de tre rollerna.

Ägarrollen utövas av regionstyrelsen som är regionens ledande politiska förvaltningsorgan och som ansvarar för beredningen av ärenden till regionfullmäktige. Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för bl.a. regionens hälso- och sjukvårdsfrågor inklusive strukturfrågor. Regionstyrelsen har också ett övergripande ansvar som arbetsgivare för regionens personal och ansvarar för övergripande strategiska arbetsgivarfrågor. Den politiska beredningen av ärenden till regionstyrelsen

sker huvudsakligen via regionstyrelsens tre utskott: hälso- och sjukvårdsutskottet, ägarutskottet och personalutskottet. Hälso- och sjukvårdsutskottet bereder övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor och svarar bl.a. för införande, utformning och utveckling av valfrihetssystem samt utveckling av regiongemensamma ersättningssystem och uppföljning av dessa. Ägarutskottet har bl.a. som uppgift att samordna egenregi-verksamheten vad gäller t.ex. större strukturella frågor och styrfrågor medan personalutskottet samordnar och bereder regionens övergripande arbetsgivarfrågor.

Beställarrollen i den politiska organisationen hanteras av 12 hälso- och sjukvårdsnämnder som lyder under Regionfullmäktige och som har ansvar för beställning av merparten av all vård i Västra Götalandsregionen (undantag högspecialiserad vård som samordnas av regionstyrelsen samt VG Primärvård där förfrågningsunderlag och budget fastställs av regionfullmäktige). Nämnderna är befolkningsföreträdare och är geografiskt indelade.

Utförarrollen för regionens egen primärvård, inkl. VG Primärvård hanterades t.o.m. 2011 av fem primärvårdsstyrelser som var geografiskt indelade: Göteborg, Fyrbodals, Skaraborg, Södra Bohuslän och Södra Älvsborg. Styrelserna hade ansvar för drift och förvaltning av all primärvård som bedrivs i egen regi i respektive geografiskt område. Styrelserna hade vidare egna primärvårdsförvaltningar (se nedan).

Fr.o.m. år 2012 har de fem utförarstyrelserna ersatts av två utförarstyrelser; en för VG Primärvård (Primärvårdsstyrelsen) och en för övrig primärvård (Styrelsen för beställd primärvård).

När det gäller VG Primärvård fastställs den s.k. Krav- och kvalitetsboken (förfrågningsunderlaget), som anger förutsättningar och regler för VG Primärvård av regionfullmäktige, medan Regionstyrelsen godkänner de vårdgivare som ansöker om etablering. Hälso- och sjukvårdsnämnderna tecknar kontrakt/avtalen med de godkända vårdgivarna och svarar för avtalsuppföljningen.

Inom *tjänstemannaorganisationen* hanteras ägarrollen av regionkansliet. Hälso- och sjukvårdsavdelningen ingår i regionkansliet och bereder hälso- och sjukvårdsfrågor till hälso- och sjukvårdsutskottet på en övergripande nivå. Inom hälso- och sjukvårdsavdelningen svarar vårdvalsenheten för utveckling och utformning samt tillämpning och uppföljning av vårdvalsmodellen för VG Primärvård. Vårdvalsenheten bereder också inkomna ansökningar om etablering inför beslut i regionstyrelsen.

Beställarrollen i tjänstemannaorganisationen hanterades före 2012 av hälso- och sjukvårdskansliet och som svarade för 2-5 hälso- och sjukvårdsnämnder var. Kanslierna var geografiskt indelade - Göteborg, Uddevalla, Borås, Mariestad. Från och med 2012 är kanslierna samlade inom en gemensam förvaltning med en förvaltningschef.

Utförarrollen för primärvården inom tjänstemannaorganisationen sköttes före 2012 av fem av primärvårdsförvaltningar som var direkt kopplade till de dåvarande fem primärvårdsstyrelserna. Fr.o.m. 2012 har all primärvård samlats inom en gemensam förvaltning (Primärvårdsförvaltningen) som lyder under de två nya utförarstyrelserna. Förvaltningen svarar för all primärvård i regionens egen regi. Inom förvaltningen görs en tydlig uppdelning i dels VG Primärvård, dels övrig primärvård.

5.2.4 Ersättningsmodell och kostnadsansvar

Ersättningssystemet i VG Primärvård ser likadant ut för alla vårdenheter – offentliga såväl som privata och innehåller följande komponenter:

- Primärvårdspeng (ca 85 % av total ersättning) som följer med invånarnas val av vårdenhet och som baseras på antalet vårdvalspoäng vilka i sin tur beräknas utifrån ålder, kön och vårdtyngd (enligt ACG).
- Målrelaterad ersättning (4,3 % 2011) för täckningsgrad samt (ca 40) kvalitetsindikatorer
- Särskild ersättning för vårdenhetens geografiska och socioekonomiska förutsättningar.
- Särskild tolkersättning
- Ersättning för eventuella särskilda uppdrag

Vårdenheterna ska ta ut en patientavgift i enlighet med Västra Götalandsregionens beloppsregler. Patientavgifterna avräknas sedan mot de ersättningar vårdenheterna får från regionen.

Den ersättning som utbetalas till en vårdenhet ska täcka samtliga kostnader som uppkommer genom uppdraget, d.v.s., drift av den egna vårdenheten, inkl. hälsofrämjande och förebyggande insatser, samverkan med andra aktörer, personal, lokaler, läkemedel (förskrivarbaserat), medicinsk diagnostik, it-stöd, och respektive organisations overhead kostnader. Därutöver har vårdenheterna kostnadsansvar för vård som deras listade invånare får hos andra primärvårdsenheter. Kostnadsansvaret för besök hos andra vårdgivare omfattar besök:

- vid andra vårdenheter eller jourmottagningar inom VG Primärvård
- hos vårdgivare med vårdavtal gällande insatser som ingår i vårdenhetens uppdrag
- hos specialist i allmänmedicin som bedriver verksamhet enligt nationella taxan
- hos vårdgivare i andra landsting, för insatser som ingår i vårdenhetens uppdrag
- läkemedel och medicinsk diagnostik som förskrivs på vårdenheten

Vårdenheten hade däremot vid studiens genomförande inget ansvar för kostnader för förskrivna hjälpmedel. Avslutningsvis kan ekonomiska sanktioner inträda om det är brister i vårdenhetens rapportering m.m.

5.2.5 Krav på vårdgivarna

Vårdenheterna i VG Primärvård har ett brett åtagande som beskrivs på följande sätt i Krav och kvalitetsboken: ”Vårdenheter med avtal i VG Primärvård ska utan avgränsningar vad gäller såväl fysiska som psykiska sjukdomar, ålder eller patientgrupper efter professionell bedömning, tillgodose/svara för individens behov av medicinsk rådgivning, diagnostik, behandling, omvårdnad, förebyggande eller rehabiliterande åtgärder som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser, annan särskild kompetens eller som täcks av annan huvudmans ansvar.” Man anger också att ”Vårdenheten ska integrera ett hälsofrämjande och förebyggande förhållningssätt i alla kontakter och i all vård och behandling samt verka för en god och jämlik hälsoutveckling hos befolkningen.”

Uppdraget preciseras sedan i ett antal punkter i Krav- och kvalitetsboken:

- ”Hälsofrämjande och förebyggande insatser
- Allmänmedicin inklusive
 - åtagande om psykisk och somatisk ohälsa och sjukdomar
 - medicinsk fotvård
 - läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård
 - samverkan
 - närområdesansvar
 - jourverksamhet, inkl. läkare i beredskap
- Barnhälsovård
- Utbildningsplatser och handledning
- Utvecklingsarbete och FoU.”

I Krav- och kvalitetsboken anges också att vårdenheten vid förskrivning av läkemedel ska följa Västra Götalandsregionens läkemedelsrekommendationer och medicinska riktlinjer, att man ska svara för att relevanta laboratoriemedicinska och röntgendiagnostiska undersökningar görs, och att ändamålsenliga hjälpmedel förskrivs. Därutöver finns det skrivelser om en rad områden, t.ex., hantering av tolkar, informationsmöten och samråd, katastrofmedicinska beredskap, vårdhygien, ledningssystemunderleverantörer, patientenkäter, journaler, och IT-stöd. Det finns även villkor kring hjälpmedel, tolk, informationsmaterial, smittskydd m.m.

I Krav- och kvalitetsbok finns även följande centrala punkter:

- ”En leverantör får bedriva vård vid angiven vårdenhet inom VG Primärvård under förutsättning att leverantören godkänns av Västra Götalandsregionen. Efter godkännande tecknas kontrakt mellan Västra Götalandsregionen genom respektive hälso- och sjukvårdsnämnd och leverantör.”
- Ekonomisk stabilitet är en viktig fråga i samband med godkännandet. Leverantören måste också i sin ansökan visa hur man tänker leva upp till kraven i Krav- och kvalitetsboken.”
- ”Ekonomisk stabilitet är en annan viktig fråga i samband med godkännandet.
- Leverantören måste även visa hur man kommer att bemanna och driva verksamheten så att man lever upp till kraven i den aktuella Krav- och kvalitetsboken.
- Utöver ovan nämnda krav finns det ett antal IT-relaterade krav som preciseras i Krav- och kvalitetsboken”.

Efter godkännande tecknas kontrakt mellan Västra Götalandsregionen och respektive leverantör. Från regionens sida hanteras kontraktstecknandet av Hälso- och sjukvårdsnämnderna.

I Krav- och kvalitetsboken behandlas också vad som kan leda till att en leverantör utesluts ur vårdvalet. Det gäller exempelvis konkurser och likvidation samt allvarliga fel i yrkesutövandet.

5.2.6 Planering och uppföljning

En viktig del i planeringsarbetet i Västra Götalandsregionen är när politikerna i juni månad fattar beslut om budgetmedel samt Krav- och kvalitetsboken. Besluten föregås av seminarier samt en form av remisshantering med hälso- och sjukvårdsnämnderna. Det finns även ett dialogforum som används som ett remissorgan bland vårdgivarna.

När det gäller uppföljning och utvärdering finns följande krav i Krav- och kvalitetsboken:

- VGR äger rätt att genomföra verksamhetsgranskningar för att säkerställa att vårdenheterna följer reglerna i Krav- och kvalitetsboken. VGR äger vidare rapporterna från verksamhetsgranskningarna.
- Vårdenheten ska samverka med VGR i arbetet med att genomföra patientenkäter. VGR har rätt att anvisa metod, frågeställningar och tidpunkt för enkäterna. Enkätresultaten publiceras på bl.a. Vårdportalen.
- Gemensamma mätningar tillsammans med Nationella patientenkäten kommer att göras.
- VGR gör uppföljning av vårdenheternas verksamhet i fem dimensioner: kvalitet, behov, prestation, effekt och kostnad. Data hämtas från nationella och regionala register, filer som lämnas till VGR, samt från inmatning i webformulär. Detaljerade specifikationer för datainsamlingen finns på VG Primärvårds hemsida. Resultatet av uppföljningen ska återkopplas till vårdenheten som underlag för verksamhetsutveckling, men kommer också att redovisas för invånarna.

Västra Götalandsregionen gör uppföljning av vårdenheternas verksamhet i fem dimensioner: kvalitet, behov, prestation, effekt och kostnad.

Uppföljningen omfattar ca 140 mått. Resultatet av uppföljningen publiceras i olika rapporter till bl.a. Hälso- och sjukvårdsutskottet, och återkopplas men återkopplas framför allt till vårdenheten som underlag för verksamhetsutveckling. Vårdenheterna har därmed möjlighet att fortlöpande följa utvecklingen vad gäller måtten och relatera dem till de mål som finns uppställda. Därigenom skapas förutsättningar för att vidta åtgärder om man kan identifiera avvikelser löpande under året.

Inom Västra Götalandsregionen finns en enhet för medicinsk revision som är en del av Regionkansliet och som har till uppgift att systematiskt och regelbundet granska vårdenheternas verksamhet med avseende på medicinsk kvalitet, service och säkerhet. Man ska även göra ad hoc-mässiga granskningar. Vårdenheterna är skyldiga att bistå den medicinska revisionen med de uppgifter den behöver för att utföra sina uppdrag. De medicinska revisorerna gör en kontinuerlig återrapportering av sina granskningar till vårdenheterna.

Vårdenheten ska även samverka med Västra Götalandsregionen i arbetet med att genomföra patientenkäter. Regionen har rätt att anvisa metod, frågeställningar och tidpunkt för enkäterna, och resultaten publiceras i bl.a. Vårdportalen. Avslutningsvis görs det gemensamma mätningar tillsammans med Nationella patientenkäten.

5.2.7 Egenregiverksamheten

Alla förvaltningar i Västra Götalandsregionen tar fram formella delårsrapporter i april och september samt helårsrapporter som lämnas till regionstyrelsen. Detta gäller även primärvårdsförvaltningen. Primärvårdsförvaltningens rapporter är uppdelade på VG Primärvård och övrig primärvård.

Den offentliga primärvården har under en övergångsperiod haft ett visst omställningsbidrag. Bidraget har dock inte fått användas i vårdvalsverksamheten, utan skulle istället täcka kostnader för bl.a. tomställda lokaler samt personal som blivit övertalig.

Vårdenheter som bedrivs i regionens regi har ett avkastningskrav på ca 2 % som ska betalas in till förvaltningsledningen för finansiering av bl.a. förvaltningsgemensamma utvecklingsprojekt, interna omfördelningar och centrala kostnader. Förvaltningen har dessutom ett avkastningskrav till ägaren (regionstyrelsen) på ca 0,5 %.

5.3 MODELLENS KONSEKVENSER

I avsnitt 5.3 diskuteras utvecklingen av VG Primärvård i ett antal dimensioner som har kommit fram under den empiriska studien. Den senare

har huvudsakligen omfattat intervjuer med aktörer med olika roller, men har till viss del även inneburit genomgångar av dokument som har bäring på modellens konsekvenser.

5.3.1 Branschens utveckling

Branschens utveckling sedan införandet av VG Primärvård kan diskuteras utifrån såväl ett utbuds- som ett efterfrågeperspektiv. När det gäller *utbudsperspektivet* kan vi inledningsvis konstatera att det vid ansökningsperiodens slut fanns 272 privata vårdenheter som ansökte om att få etablera sig. Vid införandet den 1 oktober 2009 ingick sammanlagt 205 enheter i VG Primärvård. Av dessa var 57,6 % (119 st) i egen regi, och 42,4% (86 st) privata. Motsvarande siffra före införandet var sammanlagt 143 enheter av vilka 82 % (117 st) drevs i egen regi och 18 % (26 st) var privata. Den 30 oktober 2010 var motsvarande siffror 200 enheter (57,5 % offentliga och 42,5% privata). Man kan således tydligt se att intresset för att etablera sig i VG Primärvård var stort, och att fördelningen mellan enheter i egen regi och privata enheter förändrades dramatiskt i samband med införandet.

Det är dock viktigt att komma ihåg att situationen var olika i olika delar av Västra Götalandsregionen, att historiken vad gäller primärvården var olika och att förutsättningarna framöver på motsvarande sätt varierade. Tidigare hanterade exempelvis vårdcentralerna i Göteborg i mindre utsträckning barn, som istället gick till speciella Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar som inte hade någon direkt koppling till vårdcentralen. Övriga landsting som nu ingår i Västra Götalandsregionen hade ett annorlunda upplägg i den delen. Numera måste alla vårdcentraler i VG Primärvård ta emot barn. Historiskt sett hade primärvården också i övrigt haft ett bredare uppdrag på landsbygden där man har långt till sjukhusen.

Enligt en intervjuperson fanns det trots varierande historik och förutsättningar en ambition att det i framtiden skulle finnas en vårdcentral per kommun. Vad som händer om man inte klarar att leva upp till den ambitionsnivån var enligt samma intervjuperson oklart, men en möjlighet var att lyfta ut den aktuella kommunen från vårdvalsmodellen och t.ex. handla upp verksamheten enligt lagen om offentlig upphandling. Samma intervjuperson framförde även att det är viktigt att grundåtagandet inte blir så stort att endast stora vårdenheter klarar att leva upp till det. Om så blir fallet blir det nämligen svårt att ekonomiskt bedriva verksamhet på mindre orter.

När man införde vårdval i Västra Götalandsregionen fanns det även en idé att man skulle få till stånd en ökad mångfald i utbudet av vårdenheter. Den

bild som tecknas ovan indikerar att så också har skett, åtminstone vad gäller ägandet av vårdenheter. En intressant fråga är dock om det också innebär att verksamheten är mer varierad än tidigare. Vid införandet av vårdvalet fanns det exempelvis en förhoppning att vårdenheterna i ökande utsträckning skulle fundera igenom vilka personalkategorier olika patienter och patientgrupper skulle träffa, och att det inte minst ansågs vara intressant att se om annan personal än allmänläkare skulle kunna hantera en del av de besök som de läkarna traditionellt sett hanterat. Bakgrunden till denna tanke var att det på många håll i landet rådde brist på specialistutbildade allmänläkare. I VG Primärvård konstaterade man emellertid att antalet läkarbesök i primärvården istället hade ökat. En förklaring till detta var att antalet läkare som var verksamma i VG Primärvård var fler än tidigare. Särskilt hade antalet ST-läkare ökat kraftigt. Enligt en intervjuperson kunde ökningen av läkarbesök bero på att patienterna gärna ville träffa just en läkare och att vårdenheterna därför uppfattade det som att läkarkontakt var en konkurrensfördel. Om så är fallet har det visserligen skett en viss förändring i verksamheten, men inte i den riktning som var önskvärd.

Också i övrigt fanns det en förhoppning om att fler enheter skulle profilera sig och erbjuda invånarna i Västra Götaland alternativa lösningar. En positiv effekt av vårdvalet var att flera nya vårdcentraler hade etablerats i invandrartäta områden. Flera intervjupersoner menade dock att profileringen hade gått trögt, mycket beroende på en ovana att tänka på det sättet, men att det under de senaste åren fanns exempel på vårdenheter som hade profilerat sig mot t.ex. kvinnosjukdomar, äldre och HBT-personer.

När det gäller *efterfrågeperspektivet* var en viktig fråga om invånarna i Västra Götaland verkligen ville välja. Detta kan man studera exempelvis genom att titta på antalet aktiva val och omval som gjorts. Sedan VG Primärvård infördes görs i genomsnitt 12 000 – 13 000 aktiva val eller omval per månad. Relaterat till antalet listade i respektive nämndområde varierade antalet omlistningar år 2012 mellan 5 % i nämndområde Dalsland och 13 % i nämndområde nordöstra Göteborg. En annan möjlighet om man vill studera invånarnas benägenhet att välja är att fråga dem om de har gjort något aktivt val. Inom ramen för en studie i det här forskningsprogrammet har denna fråga ställts till ett urval av invånare i Göteborg, Uddevalla och Skövde. Resultatet visar att andelen invånare som hade svarat Ja på frågan var 57 %, 56 % respektive 62 %. Sammantaget fanns det således indikationer på att viljan att välja vårdenhet i primärvården var relativt utbredd.

5.3.2 Roll- och ansvarsfördelning

Roll- och ansvarsfördelning mellan beställare och utförare och mellan politiker och tjänstemän var relativt klar och tydlig i de formella dokument som studerades. Den bilden bekräftades av flertalet intervjupersoner, varav några särskilt lyfte fram att politikerna i ökande utsträckning började hitta sina delvis nya roller. En intervjuperson menade dock att det hade varit en ”smärtsam resa” för många politiker.

En fråga som diskuterades av flera intervjupersoner var beställarfunktionens roll. Det framfördes bl.a. att hälso- och sjukvårdsnämndernas roll var kraftigt förändrad och något oklar vad gällde primärvården, som dock var den minsta delen av deras uppdrag. Det framfördes också att det skett en maktförskjutning från regionens beställare till invånarna, och att den egentliga beställningen var begränsad till att fastställa den årliga Krav- och kvalitetsboken, och att hälso- och sjukvårdsnämnderna inte hade något direkt inflytande över den boken, även om de hade fått den på remiss innan den fastställdes. Dock gjorde tjänstemän i beställarfunktionen besök på vårdenheter och diskuterade, med utgångspunkt i Krav- och kvalitetsboken, vad som eventuellt behövde åtgärdas på enheten. Andra intervjupersoner menade dock att det har skett en förskjutning i fokus från beställning *ex ante*, till uppföljning *ex post*. Åter andra intervjupersoner menade att hälso- och sjukvårdsnämnderna hade sin viktigaste uppgift i anslutning till nyetableringar. En ytterligare uppfattning var att beställarfunktionen borde utgå ifrån dels hälsoekonomiska aspekter dels befolkningens önskemål och behov, men att man vid tidpunkten för intervjuerna i liten utsträckning hade sett några sådana inslag i deras verksamhet. En intervjuperson menade att det hade varit enklare att åstadkomma en sådan ordning om man hade en beställarfunktion såväl på den politiska sidan som på tjänstemannasidan. Sammantaget fanns det således många och olika uppfattningar om beställarfunktionens roll och funktionssätt. Det ska dock avslutningsvis noteras att det också framfördes att den rådande ordningen i allt väsentligt fungerade bra, dock främst p.g.a. att de flesta aktörer var pragmatiska och hittade praktiska lösningar.

I en diskussion om rollfördelning finns det även anledning att se på frågor som har med utförarna att göra. I det sammanhanget var det intressant att notera att de privata vårdgivarna i VG Primärvård hade etablerat en branschorganisation, Primör, som fungerade som en diskussionspart till vårdvalsenheten. Primör hade även en funktion att fylla i de dialogmöten som vårdvalsenheten hade med privata och offentliga aktörer.

5.3.3 Konkurrensneutralitet och övriga villkor

Frågan om konkurrensneutralitet har delvis att göra med hur regionen hanterar rollfördelningen. Det innebär att en del frågor som berörs i detta avsnitt delvis överlappar frågor som behandlades i avsnitt 5.3.2. Det är dessutom åter viktigt att betona att man måste skilja mellan modellens neutralitet mellan olika grupper av vårdgivare, och allmänna villkor som finns för verksamheter (se vidare avsnitt 2.2.1), och som varierar mellan olika grupper av vårdenheter, beroende på bl.a. ägarstrukturen.

När det gäller det förstnämnda fanns det en utbredd uppfattning bland intervjupersonerna att regionen hade eftersträvat att utforma en modell som är konkurrensneutral. De dokument som studerades som berör frågan stödde den uppfattningen. Det fanns t.o.m. intervjupersoner som menade att det var mer konkurrensneutralt än tidigare eftersom ersättningssystem, krav m.m. var transparenta och lika för alla.

Det fanns två undantag från dessa uppfattningar. Den första hade att göra med de omställningspengar som de offentliga enheterna fick i anslutning till införandet av VG Primärvård. Dessa pengar syftade till att skapa förutsättningar för en anpassning av verksamhetens volym till den nya situationen (notera att det blev en relativt stor tillströmning av privata aktörer i Västra Götalandsregionen). Några intervjupersoner menade att dessa pengar på ett otillbörligt sätt gynnat egenregiverksamheten eftersom privata vårdenheter aldrig skulle fått motsvarande pengar om de var tvungna att dra ned på sin verksamhet. Andra intervjupersoner menade emellertid att pengarna inte använts för förstärkning av de offentliga enheterna, utan hade finansierat tomställda lokaler och den övertaliga personal som inte längre jobbade kvar på vårdcentralerna. Orsaken till den finansieringen var bl.a. ett politiskt beslut att ingen skulle sägas upp. Den andra synpunkten som framfördes var att regionen skapade en konkurrensnackdel för egenregiverksamheten genom att man tvingade dem att anlita laboratorier m.fl. funktioner som tillhör regionen, medan privata aktörer hade möjlighet att välja bland såväl offentliga som privata underleverantörer. I det sammanhanget kommer, enligt en intervjuperson, ägaraspekterna in i bilden, eftersom det fanns en strävan att utnyttja de egna servicefunktionerna på ett så bra sätt som möjligt innan privata aktörer anlätades.

Därutöver fanns det en del synpunkter på skillnader i villkor som hängde samman med olikheter i regelverket mellan privata och offentliga verksamheter i stort. Exempelvis påtalade företrädare för egenregiverksamheten att privata enheter hade en fördel genom att de snabbare och enklare kunde sluta samarbetsavtal med andra aktörer, utan att gå vägen via

Lagen om offentlig upphandling, och att de också hade andra möjligheter än offentligt drivna enheter att erbjuda olika typer av kringtjänster. Likaså framfördes att regler kring meddelarfrihet, transparens m.m. var till nackdel för offentliga vårdenheter eftersom de privata enheterna inte hade motsvarande krav på sig.

Avslutningsvis påpekade en del intervjupersoner att offentliga enheter kunde ha en konkurrensfördel genom att de i vissa fall rent lokaliseringsmässigt hade en närhet till regionen i övrigt och därmed hade naturliga kontaktytor till regionen. Det fanns dock inga tydliga belägg för att det skett något otillbörligt gynnande av egenregiverksamheten som en konsekvens av skillnader i den typen av villkor.

5.3.4 Ersättningsystem och kostnadsansvar

Det tycktes finnas en allmänt utbredd uppfattning bland intervjupersonerna att ersättningsmodellen i VG Primärvård i allt väsentligt var rimlig. Vissa justeringar ansågs visserligen behöva göras, men dessa justeringar ansågs vara av mer marginell art. Det framfördes exempelvis att ACG + CNI + ålder i vissa fall närmast gav en överkompensation för ”tung” personer, samtidigt som vissa andra grupper var mindre väl finansierade. Exempelvis nämndes ”fyrtioåriga ensamstående mammor med psykosociala problem” av en intervjuperson som en ”mindre lönsam” grupp.

Likaså framfördes synpunkter på att den målrelaterade ersättningen, som visserligen utgör en liten del av den totala ersättningen, var väl detaljerad och därmed gjorde ekonomin svåröverskådlig. Politikernas prioriteringar ansågs helt enkelt bli otydliga p.g.a. alltför många mål.

5.3.5 Processer för uppföljning och utvärdering

Planeringsarbetet på central nivå i VG Primärvård handlar mycket om uppdatering av Krav- och kvalitetsboken. Flera intervjupersoner uttryckte att planeringsarbetet i allt väsentligt fungerade bra. Andra intervjupersoner framförde att Krav- och kvalitetsboken borde anpassas lite efter lokala förhållanden, eftersom förutsättningarna varierade mellan exempelvis olika geografiska områden.

En fråga som är viktig i sammanhanget är vilka kvalitetsindikatorer som ska ingå och som ska påverka ersättningen. Detta är en stor och viktigt fråga eftersom val av kvalitetsindikatorer anses påverka incitamenten ute i verksamheten.

När det gäller uppföljningsprocesserna i VG Primärvård framfördes synpunkter på att uppföljningen, eller snarare ansvarsutkrävandet, var lite uddlöst. En intervjuperson uttryckte det som att det ”ännu så länge mest

varit aja-baja”. Några intervjupersoner ifrågasatte också om nämnderna i sin avtalsuppföljning verkligen hade de nödvändiga verktygen för att bedöma om någon inte gjorde bra ifrån sig.

En annan kritisk synpunkt som främst framfördes av företrädare för vårdenheterna var att det skett en viss byråkratisering och att inte minst återrapporteringskraven varit betungande. Samma personer konstaterade dock att VG Primärvård fortfarande var en relativt ny företeelse och att man kan hoppas att byråkratiseringsgraden minskar när modellen har satt sig. Det började bl.a. bli möjligt att i olika databaser hitta alltmer av de data som skulle rapporteras in.

I uppföljningen och utvärderingen av verksamheten ingår även den medicinska revisionen inom vårdvalsenheten.

5.3.6 Samverkan i vårdkedjan

Det fanns lite olika uppfattningar om införandet av vårdvalsmodellen i Västra Götalandsregionen hade påverkat samverkan med andra delar av vårdkedjan. Det fanns intervjupersoner som menade att samverkan hade försämrats genom att det blivit allt svårare att samverka eftersom fler aktörer hade blivit inblandade i vårdkedjan. Samtidigt fanns det andra intervjupersoner som menade att samverkan alltid varit problematisk och att införandet av vårdval inte hade påverkat situationen i någon nämnvärd utsträckning. En intervjuperson framförde t.ex. att primärvårdens roll i vårdplaneringen efter sjukhusvård alltid hade varit undermålig. I de sammanhangen var det ofta bara sjukhusen och kommunerna som hade varit inblandade trots att primärvården ofta berördes och borde haft en viktig roll. Avslutningsvis framförde några intervjupersoner att situationen i vissa avseenden snarast hade förbättrats eftersom man under arbetet med VG Primärvård hade tvingats att tydliggöra gränssnittet mellan olika aktörer i hälso- och sjukvården.

Inom den regiondrivna primärvården fanns det en uppfattning att man arbetade mer med samverkansfrågorna och att åtminstone några primärvårdsområdeschefer hade en formaliserad och väl fungerande samverkan med sjukhusen i regionen och därmed fungerade som en värdefull brygga mellan sjukhusen och primärvården.

Några intervjupersoner menade att jourverksamheten var ett exempel på ett område där man borde utveckla och förbättra samverkan mellan olika aktörer. Det fanns visserligen krav på jourplaner m.m., men det fanns enligt dessa personer fortsatt ett utvecklingsbehov inom området.

5.3.7 Styrning av egenregiverksamheten

Diskussionerna kring styrning av egenregiverksamheten handlade om flera olika frågor. En som flera intervjupersoner lyfte fram var vilka frihetsgrader man hade på olika nivåer i primärvårdsförvaltningen. Det tycktes finnas en allmän uppfattning att förvaltningscheferna hade stora frihetsgrader och att regionledningen också ansträngde sig för att det skulle vara på det sättet. Ett exempel som en intervjuperson lyfte fram var att förvaltningschefer vid några tillfällen föreslagit förtida avslut av kontrakt för vissa vårdcentraler som exempelvis inte klarade sig ekonomisk, och att man då har fått gehör för detta. Det fanns dock även exempel på intervjupersoner som menade att det trots allt var svårt att förutse vilka beslut politikerna i primärvårdsstyrelserna skulle komma att fatta när andra liknande ärenden kommer upp i framtiden.

Relationen till den politiska styrelsen diskuterades av flera intervjupersoner. Det ifrågasattes bl.a. varför man över huvud taget skulle ha en sådan styrelse. Synpunkten var då att politikerna kanske istället skulle ägna sig åt modell och beställningar och överlåta åt ”professionella” styrelser att hantera egenregiverksamheten. Det framfördes bl.a. att det blev en viss kulturkrock eftersom primärvården ju skulle drivas affärsmässigt, samtidigt som de politiska styrelserna närmast bidrog till en viss stelbenthet. Den opolitiska styrelsen man hade under en tid hade en annan dagordning och ansågs vara betydligt mer affärsmässig.

Det som diskuteras ovan handlar om relationen mellan förvaltningsledningarna och den politiska ledningen i regionen. En annan fråga som flera intervjupersoner lyfte fram var hur man styrde internt i förvaltningarna, d.v.s., vilken relation förvaltningsledningen hade till vårdcentralcheferna. Också när det gäller den relationen fanns det en uppfattning bland en del intervjupersoner att man i relativt stor utsträckning delegerade ansvar och befogenheter, d.v.s. att vårdcentralcheferna hade relativt stora frihetsgrader.

Några intervjupersoner lyfte dock fram att man i vissa viktiga frågor hade begränsade möjligheter att bestämma på vårdcentralsnivån, och att det exempelvis gällde vissa lönefrågor. Samtidigt fanns det en förståelse bland intervjupersonerna för att det krävs en samordning i dessa frågor så att man inte får lönekonkurrens inom egenregiverksamheten.

En annan fråga som rör relationen mellan förvaltningsledningarna och vårdcentralcheferna är möjligheterna att behålla över- och underskott. Den valda ordningen innebar att vårdcentralerna behöll sina resultat efter ett koncernbidrag på 2 % förutsatt att man klarade sitt kvalitetsuppdrag. Regler

fanns dock för hur man fick använda ett överskott. Man kunde t.ex. dela ut resultatet till medarbetare enligt vissa regler. Förvaltningsledningen kunde sedan i sin tur använda de 2 % till att stödja vårdcentraler som hade tillfälliga ekonomiska problem. Dessa enheter hade sedan några år på sig att betala tillbaka det stödet.

Avslutningsvis lyfte ett antal intervjupersoner fram frågor kring chefs- och ledarskap i egenregiverksamheten. De konstaterade bl.a. att chefskompetensen varierade när man gick in i VG Primärvård, och att alla chefer inte riktigt var beredda på den nya ordningen som kräver ett delvis annat ledarskap. Detta hade man försökt att åtgärda såväl före som efter införandet, och de intervjupersoner som berörde frågan menade att det hade skett en förbättring och att man i det sammanhanget bl.a. hade arbetat med att ta fram affärsplaner för att få tillstånd en ökad grad av affärstänkande. Man hade även arbetat med varumärket, något som enligt några intervjupersoner hade fått positiva effekter både internt och externt.

5.4 VIKTIGA FRAMTIDSFRÅGOR

I samband med diskussionerna kring de frågor som berörs i avsnitt 5.3 kom intervjupersonerna även in på en rad övriga frågor som är särskilt viktiga inför framtiden. Nedan redovisas i korthet några sådana frågor, grupperade i några underteman, som delvis överlappar diskussionen i 5.3.

Branschens utveckling

En fråga som lyftes fram av flera intervjupersoner var om antalet privata aktörer kommer att öka eller om barriärerna mot inträde på marknaden var för höga. De intervjupersoner som trodde att det kommer att bli begränsat med nya aktörer, menade att kapitation och brett grundåtagande gör att det blir svårt att ta sig in på marknaden om man inte har betydande finansiella muskler. Enda sättet att etablera sig blir ju att attrahera invånare som redan är listade på en annan vårdenhet, och bedömningen var att man måste ha en mycket attraktiv produkt och kanske dessutom identifiera ett geografiskt område där det finns ett missnöje med befintliga enheter. Samtidigt var det tydligt att det fortfarande skedde ett visst inflöde av nya aktörer i VG Primärvård, vilket indikerar att privata aktörer ansåg att det trots allt var möjligt att etablera sig.

När det gäller branschens utveckling menade flera intervjupersoner vidare att det var svårt att förutse hur branschen kommer att utvecklas i övrigt, exempelvis om det kommer att bli sammanslagningar till större enheter, uppköp av privata enheter etc.

Flera intervjupersoner menade att vårdval inom flera områden är intressant, och att en sådan utveckling också kan bidra till ökad dynamik i branschen, eftersom det skapar förutsättningar för olika sammansättning av tjänsteutbudet och därmed profilering av vårdenheterna.

Egenregins utveckling

I anslutning till diskussioner om branschens utveckling i stort har togs även egenregins framtid upp av flera intervjupersoner. En fråga som kom upp i de sammanhangen var om bolagisering är en lämplig åtgärd. De intervjupersoner som argumenterar för en sådan lösning menade att det skulle skapa en tydligare rollfördelning mellan beställare, ägare och utförare och att det därmed skulle öka konkurrensneutraliteten ytterligare. Andra intervjupersoner var mer frågande till bolagisering eftersom man inte riktigt såg nytta av en sådan reform.

En annan fråga kring egenregin som lyftes fram av några intervjupersoner rör den interna styrningen av förvaltningarna. Mer explicit handlade diskussionerna kring denna fråga mycket om hur man på sikt skulle hantera vårdcentraler som inte går ihop ekonomiskt. Det var visserligen möjligt för förvaltningsledningen att driva sådana enheter vidare så länge förvaltningens totala ekonomi går ihop, men några intervjupersoner menade att det knappast kommer att vara en hållbar lösning på sikt att låta vårdcentraler med ständiga ekonomiska överskott vara med och finansiera vårdcentraler med ständiga ekonomiska underskott.

Fokus på samverkan och vårdprocesser

Som redan diskuterats i avsnitt 5.3 var samverkan i vårdkedjan en viktig fråga där flera intervjupersoner menade att det fanns en utvecklingspotential, och inte minst att privata aktörer måste komma in i de strukturer för samverkan som byggts upp inom den offentliga vården. Flera intervjupersoner menade att detta var en av de viktigaste utvecklingsfrågorna inför framtiden.

Ersättningsmodell och kostnadsansvar

Ersättningsmodell och kostnadsansvar var andra områden som lyftes fram som viktiga inför framtiden. Det tycktes dock inte finnas någon uppfattning bland intervjupersonerna att det krävs mer omfattande förändringar.

Det som diskuterades var främst hur man ska gå vidare med den målrelaterade ersättningen. En intervjuperson menade att den i ökad utsträckning måste fokusera på förebyggande åtgärder, medan en annan intervjuperson menade att det var viktigast att den målrelaterade

ersättningen blev transparent så att man förstår vad som påverkar intäkterna till vårdenheten.

Avslutningsvis var det några intervjupersoner som lyfte fram påverkbarheten som en viktig fråga att diskutera vid kommande förändringar i ersättningssystem och kostnadsansvar. Dessa intervjupersoner berörde dels påverkbarheten på intäktssidan, som till viss del är kopplad till transparensen som diskuteras i stycket ovan, dels kostnadssidan där ens listade invånares konsumtion av vård på andra enheter i VG Primärvård på sikt måste hanteras på ett annat sätt än i nuläget.

Avslutningsvis påpekade flera intervjupersoner att utvecklingen av väl fungerande IT-system var en oerhört viktig fråga.

KAPITEL 6

LÄRDOMAR FRÅN VÅRD- OCH HÄLSOVAL

Kapitel 6 ägnas åt dels en sammanfattning av de konsekvenser av vårdval som har kommit fram i de tre fallen, dels några viktiga lärdomar från projektet. Båda inslagen bygger huvudsakligen på de uppfattningar som förts fram av intervjupersonerna. Därutöver görs kopplingar till resultatet av några andra studier som genomförts med fokus på vårdval.

Det är noterbart att konsekvenser och lärdomar i de tre regionerna till stor del sammanfaller och stödjer varandra. En orsak till det är troligtvis att de studerade regionerna har valt modeller som åtminstone på en övergripande nivå är likartade. Det finns dock vissa skillnader, och i de fallen lyfts dessa skillnader fram och en diskussion förs om tänkbara orsaker till dem. Kapitlet följer strukturen på konsekvensavsnitten i de tre fallbeskrivningarna, d.v.s. strukturen i avsnitten 3.3, 4.3 respektive 5.3.

6.1 BRANSCHENS UTVECKLING

Införande av vård- och hälsoval i primärvården innebär dels att privata aktörer får bättre förutsättningar att etablera sig, dels att invånarna får en tydligare möjlighet att välja primärvårdsenhet. Vid en sådan förändring kan man förvänta sig att ”primärvårdsbranschen” förändras i olika avseenden. Diskussioner med intervjupersonerna om denna fråga har kommit att kretsa kring både utbuds- och efterfrågesidan, d.v.s. om frågor som har att göra med såväl tillkomsten av privata alternativ och eventuella förändringar i utbudet av vårdenheter i egen regi, som invånarnas agerande när valfriheten ökar. Avslutningsvis har det förts diskussioner om hur verksamheten på såväl privata enheter som vårdvalsenheter har förändrats. Förhoppningen var nämligen att olika enheter skulle profilera sig på lite olika sätt och att invånarna därmed inte bara skulle få fler enheter att välja mellan utan att dessa enheter dessutom skulle ha delvis olika erbjudanden eller profil.

När det gäller utbudssidan kan man konstatera att det har tillkommit relativt många nya privata enheter i de tre regionerna. Allra störst intresse för etablering av nya privata enheter fanns det i Västra Götalandsregionen, och en förklaring till det som nämndes av några intervjupersoner är att de ekonomiska förutsättningarna troligtvis uppfattades vara bäst där.

Den geografiska spridningen av privata enheter visar att det i samtliga tre regioner har varit störst intresse för att etablera sig på större orter. Det kan

dock konstateras att nya enheter i samtliga tre regioner har etablerats också på mindre orter. En *lärdom* av detta är således att valfrihetssystem i primärvården har goda förutsättningar att attrahera privata aktörer, och att nyetableringar inte nödvändigtvis sker enbart i stora tätbefolkade områden. En studie från Sveriges Kommuner och Landsting pekar dock på behovet av att med olika typer av ekonomiska incitament stimulera till nyetablering av enheter i vårdvalsbranschen (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012b).

Som ett resultat av det ökade antalet privata enheter har primärvårdsenheter i egen regi utsatts för ökad konkurrens, vilket har inneburit att en del enheter har tappat patienter och därmed fått en försämrad ekonomi. Ännu så länge har detta dock inte lett till nedläggning eller sammanslagning av särskilt många enheter, men flera intervjupersoner menade att det på sikt måste ske en strukturomvandling i egenregiverksamheten. En orsak till de relativt sett begränsade förändringarna i strukturen i den verksamheten är att den i samtliga tre landsting betraktas som en koncern snarare än som ett antal fristående ”företag”. Det innebär att ledningarna för egenregiverksamheten, åtminstone på kort sikt, har möjlighet att låta enheter som går bra ekonomiskt täcka underskotten i enheter som har en mera besvärlig ekonomisk situation.

En viktig *lärdom* är att ledningen för egenregiverksamheten måste ha en plan för hur man ska hantera situationer där de egna enheterna har svårt att klara konkurrensen. Erfarenheterna från de inledande åren med vårdval är att en sådan strategi har saknats, vilket flera intervjupersoner på vårdenheter har upplevt som problematiskt då det skapar osäkerhet i organisationen.

En annan viktig fråga som kommer att påverka vårdvalens framtid är i vilken utsträckning invånarna är intresserade av att välja primärvårdsenhet. Detta kan studeras på olika sätt. Exempelvis kan man titta på hur många aktiva omval som finns registrerade i regionernas register. Sådan information har dock den nackdelen att den inte fångar upp invånare som aktivt bestämmer sig för att behålla sin nuvarande vårdhet. För att få en mer komplett bild genomfördes en enkätstudie (Anell och Glenngård, 2011) i tre kommuner i var och en av de tre regionerna. Resultatet av studien visar att det i flertalet kommuner är ca 60 % av invånarna som anser att de har gjort ett aktivt val. De enda riktiga undantagen var Halmstad med 74 % och Hylte med 47 %. Förklaringen till denna skillnad är troligtvis att det fanns väsentligt fler alternativa i Halmstad än i Hylte. I övrigt var det inte någon stor skillnad mellan kommunerna även om tillgången på alternativ varierade också mellan övriga kommuner.

Det är naturligtvis en öppen fråga vad dessa siffror säger om invånarnas vilja att välja när vårdval införs i primärvården. Mot bakgrund av att en relativt stor del av befolkningen under långa perioder inte konsumerar någon primärvård, och därmed troligtvis inte funderar över var man är listad och om man är nöjd med sin vårdenhet, förefaller det dock vara en *lärdom* att invånarna i en relativt stor utsträckning vill välja vårdenhet när valfrihetssystem av det här slaget införs. Ett aktivt val behöver dock inte innebära att man väljer en ny enhet, utan kan lika väl handla om att man aktivt väljer att vara kvar på sin gamla enhet.

Den tredje frågan som nämndes i inledningen till det här avsnittet är i vilken utsträckning det skett en profilering av verksamheten så att vissa vårdenheter riktar sig till vissa patientgrupper, barnfamiljer, multisjuka äldre eller motsvarande. Den allmänna bilden från de tre regionerna var att det inte hade blivit någon mer omfattande profilering, även om det fanns vissa tendenser framför allt i Västra Götalandsregionen. Intervjupersoner från samtliga regioner menar att det finns flera tänkbara skäl till detta. Ett skäl är att primärvårdsbranschen är konservativ och att mer omfattande förändringar i verksamheten därför kan förväntas ta tid. En annan tänkbar orsak som nämndes av flera intervjupersoner var att det inte fanns några starka ekonomiska eller andra incitament till en sådan profilering, som dessutom sannolikt enbart är praktiskt möjlig i relativt tätbefolkade områden. De ekonomiska incitamenten var dock något olika i de tre regionerna eftersom en ACG-komponent i ersättningssystemen, som finns i Skåne och Västra Götalandsregionen, av flera intervjupersoner ansågs skapa något bättre förutsättningar för profilering mot olika patientgrupper än ett ersättningssystem utan en sådan komponent. I de senare fallen är alla grupper som kan förväntas konsumera vård nämligen troliga förlustaffärer.

Lärdomen av detta är att profilering inte sker av sig själv bara för att möjligheten ges. Det krävs sannolikt ekonomiska och andra incitament för att skynda på en sådan utveckling, och det finns inneboende trögheter som gör att det tar tid.

6.2 ROLL- OCH ANSVARFÖRDELNING

Frågor kring roll- och ansvarsfördelning handlar om fördelningen mellan politiker och tjänstemän, och fördelningen mellan beställare och utförare. Eftersom roll- och ansvarsfördelningen kan påverka hur konkurrensneutrala vård- och hälsovalsmodellerna är, finns det en viss överlappning mellan avsnitten 6.2 och 6.3.

Rent allmänt påpekade intervjupersoner i samtliga tre regioner att det tog tid innan alla aktörer hittade och kunde hålla isär sina nya roller, och att det

inte minst gällde politiker. Roll- och ansvarsfördelningen mellan politiker och tjänstemän ansågs dock vara relativt lätt att hantera vid införandet av vårdval.

När det gäller roll- och ansvarsfördelningen i övrigt lyfte flera intervjupersoner fram behovet av en tydlig uppdelning mellan beställare och utförare. Genomgångar av dokument från de tre regionerna tyder på att denna fördelning formellt sett var hanterad på ett bra sätt, även om rollerna naturligtvis går ihop på högsta nivå i organisationen. Allra tydligast uppdelning i den formella organisationen tycktes man ha i Skåne och Västra Götaland, medan den mindre regionen Halland åtminstone formellt sett hade lite svårare att hålla isär rollerna ända upp till landstingsledningen. Ett exempel som lyftes fram av några intervjupersoner var att förvaltningschefen för närsjukvården, som även omfattar vårdvalsenheter i egen regi, satt med i regionens koncernledning och därmed åtminstone hade ett visst informationsövertag jämfört med privata vårdvalsenheter. Inte heller i Halland ansåg intervjupersonerna, från privata enheter såväl som vårdenheter i egen regi, dock att detta var något större problem i praktiken.

Också den praktiska hanteringen av de dubbla rollerna uppgavs av flertalet intervjupersoner fungera väl. Vissa problem i inledningen av vårdvalet rapporterades, men de ansågs vara av övergående natur. Problemen handlade huvudsakligen om att olika aktörer i organisationen gick till fel personer med olika ärenden, t.ex. att man gick till förvaltningsledningen för egenregion med frågor som egentligen hade med hela vård- eller hälsovalet att göra.

En fråga som däremot lyftes fram av flera intervjupersoner på olika positioner i de tre regionerna var att beställarrollen inte var helt tydlig, och dessutom ibland upplevdes vara svag. Det förstnämnda togs framför allt upp i Västra Götaland medan det sistnämnda lyftes fram i Region Skåne.

En *lärdom* är således att det är möjligt att hantera roll och ansvarsfördelningen på ett tydligt och bra sätt vid införande av vårdval, men att det rent praktiskt är lättare i större landsting och regioner. Utöandet av beställarrollen upplevdes ha en utvecklingspotential, men en utveckling av den rollen i positiv riktning ansågs kräva att såväl politiker som tjänstemän hittar verktyg för att utöva rollen på ett tydligt sätt. I den delen hade de tre regionerna kommit olika långt, beroende på bl.a. hur tydligt uppdelade rollerna är.

Ett antal intervjupersoner i de tre regionerna tog upp frågan om en bolagisering av egenregiverksamheten skulle bidra till att tydliggöra rollfördelningen mellan beställare och utförare ytterligare. *Lärdomen* är

dock att det finns olika uppfattningar i frågan, men att den vid tidpunkten för intervjuerna inte låg högt på den politiska dagordningen i de studerade regionerna.

Avslutningsvis finns det en tredje tänkbar roll i ett vård- och hälsoval - ägarrollen. En sådan roll fanns redan i Västra Götalandsregionen, och flera intervjupersoner i Region Skåne pekade på att detta var en intressant fråga. När frågan väckts i Halland menade några intervjupersoner att det naturligen är den yttersta ledningen i regionen som har en sådan roll.

6.3 KONKURRENSNEUTRALITET OCH ÖVRIGA VILLKOR

Inledningsvis är det viktigt att betona att man måste skilja mellan hur konkurrensneutral vårdvalsmodellerna är, och hur villkoren i övrigt skiljer sig åt mellan olika vårdenheter. När det gäller det förstnämnda fanns det en mycket utbredd uppfattning att modellerna var konkurrensneutrala och att de tre regionerna verkligen hade ansträngt sig för att åstadkomma en sådan situation. En farhåga som några intervjupersoner från samtliga regioner framförde var att det breda åtagande man hade, och den utökning av åtagandet som kan komma om man breddar vårdvalet ytterligare, skapade en konkurrensnackdel för mindre enheter och därmed motverkar att sådana enheter etableras i framtiden. Denna synpunkt var dock inte i första hand en kritik mot de nuvarande modellerna, utan snarare just en farhåga inför framtiden.

De fåtaliga kritiska synpunkter som framfördes i övrigt handlade främst om hur modellerna tillämpades i praktiken, t.ex. att omställningspengarna i Västra Götalandsregionen och förseningarna vad gäller it-stödet till privata enheter i Region Skåne åtminstone tillfälligt hade snedvridit konkurrensen. En likande diskussion förs i en rapport till Landstinget Västernorrland (Landstinget Västernorrland, 2012).

Lärdomen är att det är möjligt att utforma vårdvalsmodeller som är konkurrensneutrala.

När det gäller andra villkor för verksamheten, som inte har att göra med hur själva modellerna är utformade, fanns det betydligt fler synpunkter. En synpunkt, som var relativt vanligt förekommande under intervjuerna, var att egenregiverksamheten hade en nackdel av att man inte kunde fatta strukturbeslut utan att den politiska ledningen blev inblandad. Detta ansåg många intervjupersoner gör egenregiverksamheten mindre ”snabbfotad” än privata enheter. En annan nackdel för egenregiverksamheten, som nämndes av flera intervjupersoner, var att dess chefer inte kunde fatta beslut om

lokaler, löner, leverantör av medicinsk service m.m. på samma sätt som privata enheter. När det gäller det senare diskuteras i en rapport till Landstinget Västernorrland möjligheterna att åtminstone i vissa fall anlita externa serviceleverantörer också för egenregiverksamheten (Landsting Västernorrland, 2012). Vid tidpunkten för intervjuerna var det dock inte fallet i någon större utsträckning i de tre studerade regionerna.

Å andra sidan framförde ett antal intervjupersoner att egenregienheterna kan ha ett informationsövertag eftersom den trots allt var med i olika sammanhang där t.ex. utvecklingen av vårdval och andra delar i sjukvårdssystemet diskuterades. Å andra sidan fanns det en uppfattning att egenregien egentligen inte utnyttjade de fördelar man hade av att vara med i sådana sammanhang, och kanske framför allt av att man var den största aktören i primärvården i samtliga studerade regioner.

Lärdomen av detta är att övriga villkor alltid kommer att skilja sig åt, mellan privata och offentliga enheter, mellan stora och små enheter, mellan enheter i tätort och enheter i glesbygd, etc, men att detta är något helt naturligt som inte har med själva vårdvalsmodellerna att göra.

6.4 ERSÄTTNINGSSYSTEM OCH KOSTNADSANSVAR

Ersättningssystemen i samtliga tre regioner hade det gemensamt att den besöksrelaterade ersättningen var begränsad, även om hanteringen av patientavgifter skiljde sig åt mellan regionerna och täckningsgraden på ett indirekt sätt är besöksrelaterad. Flertalet intervjupersoner menade att det är en klok lösning, särskilt om alternativet är en mera direkt besöksrelaterad ersättning.

Den stora skillnaden mellan å ena sidan Halland, och å andra sidan Skåne och Västra Götaland var att de två sistnämnda regionerna använde ACG¹² och CNI som grund för ersättningarna, medan man i Halland endast viktade ersättningen för de listade invånarnas ålder.

I Halland hade man från central nivå flera argument för den valda lösningen. Ett var att det befintliga ersättningssystemet var enkelt och transparent och därmed gav god överblickbarhet. Ett annat argument var att det är svårt att fastställa sambandet mellan socioekonomisk tyngd och de faktiska kostnaderna för att hantera patienten. Det fanns dock intervjupersoner i Halland, främst representanter för vårdenheterna, som menade att den nuvarande lösningen kan leda till att vissa grupper av

¹² Betydelsen av ACG är dock större i Skåne

patienter blir olönsamma. Det rådde dock olika uppfattningar om detta var ett problem i praktiken.

Intervjupersoner i Skåne och Västra Götaland var i allt väsentligt nöjda med den befintliga ersättningsmodellen med ACG och CNI. Smärre problem lyftes visserligen fram, men de var antingen av övergående natur eller så ansågs de kunna hanteras inom ramen för det befintliga systemet. Exempel på sådana problem var diagnosglidning och eventuell överkompensation för vissa ”tunga” patientgrupper.

Målrelaterad ersättning förekom i samtliga tre regioner. Västra Götalandsregionen hade gått längst vad gäller antalet mål. Det hade lett till en viss kritik mot att ersättningssystemet blivit svåröverblickbart. I de två övriga regionerna fanns det lite olika uppfattningar om målrelaterad ersättning. Huvudlinjen bland intervjupersonerna var dock att en sådan komponent i ersättningssystemet kan vara intressant, men att det inte får bli för många mål. Sveriges Kommuner och Landstings studie av vårdval i olika landsting och regioner (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012) bekräftar bilden av såväl positiva som negativa erfarenheter av målrelaterad ersättning.

En *lärdom* är att utformning av ersättningssystem innebär en avvägning mellan två huvudalternativ – ”enkla system” eller mer ”avancerade system”. De sistnämnda ofta med inslag av CNI, ACG och målrelaterad ersättning. De ”enkla systemen” har fördelen att de är transparenta och därför är överblickbara när det gäller t.ex. de ekonomiska konsekvenserna av förändringar i verksamhetens volym eller innehåll. De mer ”avancerade systemen” har, å andra sidan, en större potential att spegla kostnader för olika grupper av patienter på ett bra sätt och dessutom skapa incitament som är i linje med målen för vårdvalsmodellerna.

När det gäller kostnadsansvaret för vårdenheterna fanns det en stor uppslutning bakom ett relativt brett kostnadsansvar. Däremot fanns det i samtliga tre regioner kritik från företrädare för vårdenheterna mot att de hade ansvar för sådant som de endast hade mycket indirekta möjligheter att påverka. Det gällde inte minst kostnader för deras listade patienters besök hos privata sjukgymnaster och taxeläkare (se även Sveriges Kommuner och Landsting, 2012). Motargumentet från centralt håll var att man genom att erbjuda sina listade invånare en god vård och bredd i tjänsteutbudet kan påverka var de konsumerar sin vård. Representanter för vårdenheterna menade dock att man inte ens hade träffat en del av sina listade patienter och att man därför inte hade möjlighet att visa upp sin fina service och sitt breda tjänsteutbud. Det är dock noterbart att samtliga intervjupersoner delade uppfattningen att problemet nästan uteslutande fanns i mer

tätbefolkade områden. Det pågick också diskussioner om hur man ska komma till rätta med problemen.

I anslutning till diskussionen om bristande påverkbarhet har några intervjupersoner framfört att man kanske bör överväga att på något sätt begränsa invånarnas valfrihet när det gäller besök på andra vårdenheter än den man är listad på, framför allt hos sjukgymnaster. Det var dock tydligt att en sådan begränsning av valfriheten, t.ex. med hjälp av remisstvång, inte var politiskt gångbar.

En *lärdom* är att finns ett starkt stöd för ett relativt brett kostnadsansvar, men att den bristande påverkbarheten när det gäller en del kostnader är ett potentiellt problem, vars omfattning dock varierar bl.a. mellan olika geografiska områden. Problemet hänger delvis samman med att invånarna har en mycket stor frihet när det gäller val av vårdenhet vid individuella besök och att det i vissa fall fanns incitament för vårdgivarna att ta emot patienter som egentligen ”borde” gå till den vårdenhet där de är listade.

6.5 PROCESSER FÖR UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

I vårdvalsmodellerna i de tre regionerna handlade planeringsfasen till stor del om att uppdatera och kommunicera de krav regionerna ställer på vårdenheterna, t.ex. i Krav- och kvalitetsboken i Västra Götalandsregionen. Enligt intervjupersonerna som har kommenterat detta inlag i vårdvalsmodellerna så var det en i allt väsentligt fungerande ordning.

En kritik som däremot framfördes i samtliga tre regioner var att återrapporteringskraven höll på att bli alltför betungande och att det finns en risk att byråkratin ökar om ytterligare rapporteringskrav läggs på vårdenheterna. I Halland framförde t.ex. flera intervjupersoner att den tidigare s.k. ”tillitsmodellen” höll på att ersättas av allt mer skriftlig rapportering.

En annan synpunkt som framfördes i flera regioner var att det å andra sidan fanns brister vad gällde tillgången till information om främst kvaliteten på den egna verksamheten. Intervjupersonerna hade dock lite olika uppfattningar om läget i den egna regionen vad gäller tillgången till relevant och högkvalitativ uppföljningsinformation.

En *lärdom* är därför att det är angeläget att kraven på uppföljningsinformation inte blir så omfattande att särskilt små enheter har svårt att klara av dem, och så att den ”tillit” som är viktig i alla relationer inte går förlorad. Samtidigt är det viktigt att vårdenheterna har tillgång till information som är relevant för styrning av den egna verksamheten.

Flera intervjupersoner i samtliga regioner pekade på att det däremot är viktigt att den skriftliga rapporteringen från vårdenheterna till regionledningarna kompletteras med andra former för uppföljning.

En *lärdom* är således att det finns skäl att komplettera den skriftliga informationen i olika uppföljningsrapporter med t.ex. oanmälda besök på vårdenheterna, stickprov i journalanteckningar etc. Detta är också en lösning som redan till viss del tillämpades i de studerade regionerna, bl.a. i form av medicinsk revision som använde olika metoder för uppföljning och utvärdering.

6.6 SAMVERKAN I VÅRDKEDJAN

Under rubriken samverkan i vårdkedjan diskuterades främst två frågor under intervjuerna. Den ena rörde om patienterna kommer in på rätt nivå i vården, medan den andra handlade om hur samverkan mellan olika delar av vården fungerade när patienten väl är inne i systemet.

När det gäller den förstnämnda frågan påpekade flera intervjupersoner i samtliga regioner som ingick i studien att patienterna, trots en uttalad strävan att en ökande andel av öppenvården ska bedrivas på vårdvalsenheterna, i alltför stor utsträckning kom in i vården via sjukhusen. Det framfördes även att det troligtvis har att göra med att sjukhusen hade såväl kortsiktiga som långsiktiga incitament att ta emot patienterna, och att det dessutom kan upplevas vara ”jobbigt” att skicka en patient från sjukhusets akutmottagning till en vårdenhet i primärvården. Den s.k. triageringsfunktionen ansågs m.a.o. ha brister.

Det framfördes även att vård- och hälsovalsenheterna kanske inte hade de ekonomiska incitament som krävs för att de skulle anställa fler organspecialister så att deras listade invånare kunde känna att det var meningsfullt att gå till dessa enheter. Samtidigt påpekade flera intervjupersoner att detta inte var ett problem som uppstått i samband med införandet av vårdval, utan att det i vissa geografiska delar av de tre regionerna närmast hade varit en tradition redan tidigare.

Också när det gällde frågan om samverkan mellan olika aktörer när patienten väl är inne i vården fanns det lite olika uppfattningar. En vanlig uppfattning var att det ökade antalet enheter som verkar i primärvården efter införandet av vårdval leder till att det ibland blir svårare med samverkan, kring t.ex. vårdöverenskommelser. Å andra sidan menade en del intervjupersoner att det precis som när det gäller den första frågan egentligen inte hade skett någon förändring i anslutning till reformeringen av primärvården, utan att omfattningen och kvaliteten på samverkan alltid hade berott mycket på de individer som arbetar i olika delar av vården. Om

man trots allt skulle hitta några problem som ökat nämndes bland annat hanteringen av jourverksamheten samt vissa ”svarte petter-tendenser” när det gäller vem som ska stå för kostnaderna för diagnostik. En studie i Stockholms läns landsting 2011 där man mera konkret tittade på s.k. ”övervältringseffekter” kunde dock inte påvisa några sådana problem (Karolinska Institutets Folkhälsoakademi, 2011).

I Västra Götalandsregionen nämnde några intervjupersoner dock att det i vissa avseenden hade blivit något lättare att samverka efter införandet av VG Primärvård eftersom gränssnitten mellan olika aktörer hade tydliggjorts.

Det påpekades också i samtliga regioner att det pågick aktiviteter för att öka förutsättningarna för såväl ett lämpligt inträde i vården för patienterna, som en förbättrad samverkan mellan olika delar av vården när de väl är inne i systemet.

Lärdomen är att det är svårt att uttala sig om huruvida införandet av vårdval har påverkat samverkan i den mening som avses i rapporten. Det förefaller dock viktigt att det finns incitament till alla berörda aktörer att medverka i en ändamålsenlig samverka. I en rapport till Sveriges Kommuner och Landsting föreslås exempelvis ett ersättningssystem som särskilt premierar samverkan (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012b)

6.7 STYRNING AV EGENREGIVERKSAMHETEN

Frågan om styrning av egenregiverksamheten är av en annan karaktär än övriga frågeområden eftersom den inte handlar om vårdvalsmodellerna, utan enbart om den verksamhet som bedrivs i egen regi.

En helt central fråga i det sammanhanget, som intervjupersoner i egenregiverksamheten lyfte fram, var på vilken nivå i organisationen det skarpa ”resultatansvaret” ska ligga. Ska det vara på vårdenhetsnivå eller på förvaltningsnivå? Intervjuerna visade att det har varit en snarlik utveckling i de tre regionerna. Före införandet fanns det stora förhoppningar på vårdenheterna om att man skulle få kraftigt utökade befogenheter och att ”resultatansvaret” således skulle läggas på den nivån. Det var också en ordning som kommunicerades från personer i ledande ställning i åtminstone några av regionerna. När sedan vårdvalen infördes upplevde ett antal intervjupersoner att det skedde en omsvängning till förmån för en ökad fokusering på förvaltningen. Detta ledde till mer eller mindre irritation i samtliga regioner, dock mest i Region Skåne.

En annan och sammanhängande fråga som är viktig när det gäller styrning av egenregiverksamheten är vilka frihetsgrader chefer på olika nivåer har. I

samtliga regioner ansåg intervjupersonerna att *förvaltningscheferna* hade relativt stora frihetsgrader, åtminstone när det gällde frågor som inte rör nedläggning, sammanslagning eller flytt av vårdenheter. Begränsningarna i befogenheter när det gäller dessa områden upplevdes vara ett mindre problem i Halland och Västra Götaland än i Skåne. Den bild intervjupersonerna gav indikerar dessutom att förvaltningscheferna upplevdes ha större inflytande över strukturfrågor i Västra Götaland än i Halland och Skåne. En studie åt Landstinget Västernorrland pekar framför allt på behovet av tydliga direktiv till egenregiverksamheten när det gäller ansvar och befogenheter (Landstinget Västernorrland, 2012)

Också frihetsgraderna för vårdenhetscheferna diskuterades mycket. Dessa chefer ansågs av många intervjupersoner ha relativt stora frihetsgrader i Region Halland och Västra Götalandsregionen, även om en del personalpolitiska frågor måste hanteras på koncernnivån. Detta tycktes dock inte vara något större problem i dessa regioner. Situationen föreföll vara lite annorlunda i Region Skåne där flera intervjupersoner menade att vårdenhetscheferna upplevde sig vara mer kringskurna. Tidigare studier bekräftar den bilden (Region Skåne, 2009 och 2010).

Med diskussionen om frihetsgrader följde även en diskussion om hur eventuella över- och underskott på vårdenheterna ska hanteras. Också när det gäller denna fråga tycktes det vara lite nyansskillnader mellan de tre regionerna. Irritationen över begränsningarna när det gäller möjligheterna att balansera över- och underskott på vårdenheterna föreföll vara något större i Skåne än i Halland och Västra Götaland. Det är dock möjligt att det är ett övergångsproblem i Skåne också, och att det viktigaste på sikt är att spelreglerna är helt klara och väl kända bland alla aktörer (se även Landstinget Västernorrland, 2012).

KAPITEL 7

FRAMTIDENS UTMANINGAR

Med utgångspunkt i de framtidsfrågor intervjupersonerna i de tre regionerna upplevde som viktiga, och de lärdomar som presenteras presenterades i kapitel 6, följer här en kortfattad presentation av tio framtida utmaningar i vårdvalen¹³.

- Skapa förutsättningar för en dynamisk utveckling av ”branschen”. Se till att det inte blir onödigt höga barriärer mot inträde och att det också i framtiden kan finnas en mångfald av enheter; privata och offentliga, stora och små, fristående enheter och enheter som ingår i större koncerner etc.
- Skapa förutsättningar för profilering mot olika patientgrupper, åldersgrupper, etc. med hjälp av exempelvis ersättningsystem som åtminstone inte motverkar en sådan profilering.
- Genomför en eventuell breddning av vårdvalet, t.ex. Vårdval Plus i Halland, på ett sätt som gör att det fungerar tillsammans med det nuvarande vårdvalet. Se också till att breddningen bidrar till att mer av den öppna vården erbjuds i vårdvalsenheterna.
- Skapa former för en vidareutvecklad samverkan mellan vårdvalsenheterna och övriga delar av vården. Det kan handla om t.ex. en utökad processorientering av styrningen eller etablering av fora där representanter för olika delar av vårdkedjan möts.
- Utvärdera fortlöpande ersättningsmodellerna och gör lämpliga justeringar. Utveckla i det sammanhanget den eventuella målrelaterade komponenten i ersättningsystemet på ett förnuftigt sätt. Balansen mellan transparens och ”exakthet” bör vara vägledande i det arbetet.
- Utveckla kostnadsansvaret så att påverkbarhetsprincipen följs i en ökad utsträckning. Överväg eventuellt någon form av styrning av invånarnas val av vårdenhet vid det enskilda besöket för att underlätta efterlevnad av påverkbarhetsprincipen.
- Utveckla formerna för kravställande och uppföljning. Det senare gäller såväl framtagande av bättre resultatmått, som vidareutveckling av medicinsk revision eller motsvarande metoder för uppföljning och utvärdering av verksamheten.
- Vidareutveckla IT-systemen så att de blir så ändamålsenliga som möjligt.
- Hitta former för en ordnad strukturomvandling i egenregiverksamheten (bolagisering, nedläggning, sammanslagning, utförsäljning, ”filialisering” etc). Det handlar bl.a. om att skapa en beslutsordning som möjliggör dynamik.
- Skapa också i övrigt förutsättningar för en konkurrenskraftig egenregiverksamhet, inom ramen för vårdvalsmodellerna.

¹³ Utmaningarna är inte rangordnade i angelägenhetsgrad.

Som framgår av punktlistan är det ett stort antal utmaningar landsting och regioner står inför när det gäller den framtida utvecklingen av vård- och hälsoval. Listan är huvudsakligen genererad av de intervjupersoner på olika nivåer i de tre regionerna, och omfattar således sådant som olika intressenter i vårdvalet upplever vara viktiga inför framtiden.

Vårdvalet har lite olika innebörd och upplägg i olika landsting och regioner. Trots det finns det goda skäl att försöka lära av varandra när det gäller såväl utvecklingen av det befintliga vårdvalet, som utvidgningen av konceptet till andra delar av hälso- och sjukvården. Det finns även skäl att titta på utvecklingen av ”kundval” i andra delar av den offentliga sektorn, t.ex. skola och äldreomsorg.

REFERENSER

Anell, A. (2008) Vårdval i primärvården – Modeller och utvecklingsbehov. *KEFU-Rapport 2008:1*. Lund: Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning (KEFU)

Anell, A. (2009) Vårdval i primärvården – Jämförelse av ersättningsmodeller och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner. *KEFU-Rapport 2009:1*. Lund: Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning (KEFU)

Anell, A. och Paulsson, G. (2009) Reformen i hälso- och sjukvårdens organisation och styrning, i Andersson, P.M., Jönsson, P., Paulsson, G och Yard, S. *Ett smörgåsbord med ekonomistyrning och redovisning – En vänbok till Olof Arwidi*. Lund: Lund Business Press.

Anell, A. och Paulsson, G (2010) Valfrihet och konkurrens i primärvården, i *SNS välfärdsrapport 2010: Vårdens utmaningar*. Stockholm: SNS Förlag

Glenngård, A, H., Anell, A, och Beckman, A. (2011) Choice of primary care provider – Results from a population survey in three Swedish county councils. *Health Policy*, 103:1, sid 31-37. Elsevier

Karolinska Institutets Folkhälsoakademi (2011) Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – år 2010. Karolinska Institutets Folkhälsoakademi, *Rapport 2011:15*. Stockholm: Karolinska Institutets Folkhälsoakademi.

Landstinget Västernorrland (2012) *Vårdval Västernorrland – Missgynnas den egna region?* Landstinget Västernorrland

Paulsson, G. (2008) *Utvärdering av Vårdval Halland 2007 – Delrapport 1* (Finns elektroniskt på Landstinget Hallands och KEFUs hemsidor.)

Paulsson, G. (2009a) *Utvärdering av Vårdval Halland 2008 – Delrapport 2* (Finns elektroniskt på Landstinget Hallands KEFUs hemsidor.)

Paulsson, G. (2010) *Utvärdering av Vårdval Halland 2009 – Delrapport 3* (Finns elektroniskt på Landstinget Hallands och KEFUs hemsidor.)
Region Halland – Diverse internt material

Region Skåne – Diverse internt material

Region Skåne (2009) Granskning av Hälsoval Skåne – Implementering av reformen m.m. *Granskningsrapport nr 22*, Region Skånes revisorer.

Region Skåne (2010) Granskning av Hälsoval Skåne. *Granskningsrapport nr 18*, Region Skånes revisorer.

Sveriges Kommuner och Landsting (2012a) *Vårdval i primärvården – Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Sveriges Kommuner och Landsting (2012b) *Samverkan mellan valfrihetssystem – Hinder och möjligheter*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Västra Götalandsregionen – Diverse internt material

Intervjupersoner

Region Halland

Kerstin Malm-Andersson
Bo Gunnar Åkesson
Mats Eriksson
Liselotte Bensköld Olsson
Stefan Bengtsson
Ingeborg Oléni
Lena Kierkegaard
Jörgen Preuss
Catarina Dahlöf
Lasse Kolmodin
Eva Karin Möllefors
Margaretha Alexandersson
Torbjörn Bredlid
Claes Göran Klittby
Stefan Bremberg
Karl Olofsson
Tudor Drobresko
Katarina Samskog
Valentina Trpezanovska
Ola Johansson

Region Skåne

Stefan Bremberg
Jan Eric Andersson
Carina Nordkvist Falk
Benny Ståhlberg
Ingrid Bengtsson Rijavec
Thorbjörn Lindhquist
Lars Kristensson
Karin Christensson

Per Olsson

Magnus Kåregård

Carl-Johan Sonesson

Eva K. Theander

Berit Rundquist

Västra Götalandsregionen

Bengt Göran Olausson

Hans Johansson

Rose-Marie Nyborg

Dennis Svensson

Håkan Sundberg

Ralph Harlid

Martin Andreasson

Marie-Louise Gefvert

Göran Wennberg

Lasse Larsson

Carl-Peter Anderberg

Jörgen Thorn

Per Kjellson

KEFU SKRIFTSERIE

Bättre patientresultat med professionell självkontroll. (2013:1)

Uppföljning av ny styrmodell för Regionalt cancercentrum i södra sjukvårdsregionen (RCC Syd) (2012:3)

Produktivitet och patientnöjdhet i primärvården – en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen (2012:2)

Framtidens ledningssystem för skola och förskola - från mål- och resultatstyrning till systematisk utveckling och lärande (2012:1)

Flerdimensionell styrning – några iakttagelser från elva landsting och en region. Rapport 2010:1

Vårdval i primärvården – Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner. Rapport 2009:1

Vårdval i primärvården – modeller och utvecklingsbehov. Rapport 2008:1

Skånsk livskraft – förändring av styridé och styrprinciper. Rapport 2007:2

Ekonomens många ansikten – ekonomer i kommuner, landsting och regioner. Rapport 2007:1

Allt mer omöjliga kommunala uppdrag – Hur offentliga organisationer kan bryta onda kostnads-, förändrings- och ohälsocirklar. Rapport 2005:2

Om vikten av kvalitet – en studie av förändring i den svenska hälso- och sjukvården. Rapport 2005:1

Socialt kapital och industriell förnyelse i skånska kommuner 1987-2000. Rapport 2004:1

På spaning efter kommunal utvecklingsförmåga – lärdomar från världens bäst styrda kommun, Rapport 2003:2

Den lokala politikens fragmentering – orsaker till och effekter av medborgarengagemang vid kommunindelningar och uppkomst av nya partier, Rapport 2003:1

Regionala förändringsledare och produktiva växtkulturer – en teori om villkor för förnyelse i regionala ekonomier, Rapport 2002:1.

Sjukvård i gränslandet – att förena en kvalitativ vård med vinstintresse, Rapport 2001:1

Ekonom i sikte – bilder av ekonomen i Sveriges kommuner och landsting, Rapport 2000:3.

Organisation och styrning av vårdval i primärvården

Denna rapport handlar om olika inslag i vårdvalsmodellerna, hur berörda aktörer ser på dessa modeller, och vilka frågor som är viktiga för branschens framtida utveckling. Utöver intervjuer har en dokumentstudie genomförts i de tre regionerna i syfte att identifiera hur modellerna rent formellt är tänkta att utformas och fungera. Det ska noteras att den empiriska studien är omfattande och data har samlats in vid olika tidpunkter i de tre regionerna. De tre regionernas vårdvalsmodeller har också utvecklats under projektets genomförande.

Resultatet som presenteras omfattar bland annat en referensram över de frågeområden som diskuteras i samband med vårdval. Referensramen är empiriskt genererad i meningen att det är de frågeområden som tagits upp av intervjupersonerna som finns med. Ett annat viktigt inslag i resultatet är de framtidsfrågor som intervjupersonerna har lyft fram som extra viktiga i den fortsatta utvecklingen av vårdvalsmodellerna.

KEFU SKRIFTSERIE 43
ISSN 1102-8483
ISRN KEFU-SKR-43-SE

KEFU
BOX 7080
220 07 LUND
Tel: 046-222 78 20
www.kefu.se