

2009

Vårdval i primärvården – hur bör det utformas?

Sveriges läkarförbund



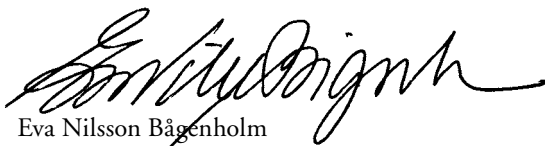
Förord

Läkarförbundet representerar den medicinska professionen i Sverige. I vårt uppdrag ingår att främja en ändamålsenlig utveckling för svensk hälso- och sjukvård. Vi vill verka för bästa möjliga resursutnyttjande och vård för patienten. Som del i denna strävan presenterade vi år 2006 programmet Framtidens närsjukvård – en modell från Sveriges läkarförbund. I den skriften beskrev vi hur den sjukvård som bedrivs nära invånarna borde styras och finansieras. Vi förslog där att invånarnas vårdval i ett valfrihetssystem skulle utgöra den huvudsakliga styrformen.

Diskussionerna om styrformerna i primärvården är nu mer livaktig än någonsin. Vårdvalssystem har införts i flera landsting och statsmakterna kräver nu att de andra följer efter. I denna skrift presenterar vi vår syn på hur en vårdvalsmodell bör utformas. Riktlinjerna bygger till stor del på våra medlemmars erfarenheter av att arbeta från Vårdval Stockholm, Halland och Västmanland. Närmare 1000 läkare har tillfrågats. För den läsare som inte har möjlighet att läsa hela texten lämnas en sammanfattning i slutet av varje kapitel.

Skriften är framtagen av Läkarförbundets kansli i samarbete med en styrgrupp utsedd vid Läkarförbundets styrelsesammanträde i augusti 2008. I styrgruppen har ingått Gunnar Welander (sammankallande), Thomas Flodin, Maria Dalemar och Fredrik Åberg. Från kansliet har Kåre H Jansson, utredningschef, Per Johansson, utredare, och Susann Asplund Johansson, utredare deltagit.

Läkarförbundet vill inbjuda till en bredare diskussion om programmets olika förslag. Vår förhoppning är att programmet skall bli en viktig inspirationskälla till de lösningar och reformer som dagens och framtidens sjukvård är i behov av.



Eva Nilsson Bågenholm
Ordförande Sveriges läkarförbund

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Förord | 1 |
| 1. Inledning | 3 |
| 1.1 Primärvård i förändring | 3 |
| 1.2 Syfte | 3 |
| 1.3 Metod | 4 |
| 2. Vårdgivarnas uppdrag | 5 |
| 2.1 Uppdragets omfattning och innehåll | 5 |
| 2.2 Grunduppdragets finansiering | 6 |
| 2.3 Utbildningsuppdraget | 6 |
| 2.4 Tre exempel | 8 |
| 2.5 Vad anser de verksamma läkarna? | 10 |
| 3. Regler och målformuleringar | 14 |
| 3.1 Vad behöver regleras? | 14 |
| 3.2 Tre exempel | 16 |
| 3.3 Vad anser de verksamma läkarna? | 17 |
| 4. Ekonomistyrningen | 19 |
| 4.1 Vårdpengsystemets utformning | 19 |
| 4.2 Konkurrensneutralitet mellan vårdgivare | 21 |
| 4.3 Den fasta ersättningens utformning | 22 |
| 4.4 Den rörliga ersättningens utformning | 24 |
| 4.5 Resurser för fortbildningen | 25 |
| 4.6 Resurser för klinisk forskning | 25 |
| 4.7 Tre exempel | 26 |
| 4.8 Vad anser de verksamma läkarna? | 27 |
| 5. Kvalitet och uppföljning | 30 |
| 5.1 Vad behöver följas upp i en vårdvalsmodell? | 31 |
| 5.2 Uppföljningens begränsningar | 33 |
| 5.3 Tillsyn av verksamheten | 34 |
| 6. Läkarförbundets vårdvalsmodell | 36 |

1. Inledning

1.1 Primärvård i förändring

Diskussionen om styrformerna i primärvården är mer livaktig än på länge. I några landsting har den politiska majoriteten förändrat styrformerna ganska radikalt i riktning mot marknad och konkurrens. Invånarnas val av vårdgivare har getts större tyngd i styrningen och statsmakterna kräver nu att alla landsting följer efter och inför sk vårdvalsmodeller.

Fundamentet i en vårdvalsmodell är att invånaren – inte finansären – själv väljer sin vårdgivare. Lika centralt är att ersättningen följer med invånaren. Därmed får invånare och utförare en avtalsliknande och mer jämbördig relation. Utöver det fria vårdalet borde etableringsfrihet, konkurrensneutralitet och robusta spelregler vara bärande inslag i modellen. Signifikant är också mångfalden. Erfarenheten från andra områden, såsom barnomsorg och skola, visar att det uppstår en mängd alternativa driftsformer i utförarledet när kundvalsmodeller införs.

För att bereda vägen för vårdvalsmodeller har den svenska riksdagen stiftat en ny lag om valfrihetssystem (LOV). LOV ska reglera villkoren för de kommuner och landsting som vill konkurrenspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten. Som komplement till LOV vill regeringen även lägga in ett krav på landstingen i hälso- och sjukvårdslagen att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården.

Parallellt med regeringens ambitioner pågår det en process i landstingen som närmast kan beskrivas som en valfrihetsrevolution. Ett flertal landsting och regioner står i begrepp att införa någon slags vårdvalsmodell. Tre av dessa har redan kommit igång sedan något eller några år. Dessa är Halland, Stockholm och Västmanland. Då varje landsting är präglad av sin historia och styrningskultur blir ingen vårdvalsmodell helt lik någon annan. Särskilt spännande är att två av de landsting som nu skaffat sig viss erfarenhet, Halland och Stockholm, befinner sig på var sin ytterlighetskant i sin utformning av modellen. Bättre studium för den som vill dra lärdom och utveckla en egen vårdvalsmodell går därför knappast att finna.

1.2 Syfte

Syftet med detta program är att ge Läkarförbundets syn på hur en vårdvalsmodell bör utformas. Med ett antal riktlinjer hoppas Läkarförbundet kunna påverka och hjälpa de landsting som nu står i begrepp att definiera uppdrag, regler, ersättnings- och uppföljningssystem. Det är vårt gemensamma intresse att det skapas en modell som resulterar i bästa möjliga vård efter behov för patienterna, en god arbetsmiljö för medarbetarna och ett effektivt utnyttjande av samhällets resurser.

Läkarförbundet är – både lokalt och centralt – en viktig diskussionspart och många frågar oss vad läkarna tycker om vårdvalet. På flera håll kopplas de lokala läkarföreningarna in i viktiga förhandlingar om förändrade ersättningssystem och spelregler. Vi hoppas att denna programskrift ska utgöra ett stöd i dessa diskussioner.

1.3 Metod

Programskriften har tagits fram av Läkarförbundets kansli tillsammans med en styrgrupp bestående av Distriktläkarföreningens, Privatläkarföreningens och Stockholm läkarförenings ordförande samt en representant från Hallands läkarförening. Samtliga med undantag för den sistnämnde är även ledamöter i Läkarförbundets centralstyrelse.

Analys och slutsatser i skriften är främst en sammanvägning av resultaten från ett flertal studier och förankringsdiskussioner som förbundskansliet initierat under 2008. Kansliet inledde arbetet i början av 2008 med att identifiera de viktigaste egenskaperna i en vårdvalsmodell utifrån ett patient-, medlems- och samhällsperspektiv. Med dessa egenskaper som analytiskt verktyg gjordes en första preliminär jämförelse av vårdvalsmodellerna i Halland, Stockholm och Västmanland. Denna skedde med stöd av två allmänläkare från vardera landstinget samt en allmänläkare från förbundets centralstyrelse.

Läkargruppens bedömningar kompletterades senare med en s.k. webb-pejling, riktad till medlemmar som är verksamma i respektive vårdvalsmodell. Webb-pejlingen baserades på samma analysunderlag som arbetsgruppen utgick ifrån. Knappt var 6:e läkare svarade på webb-pejlingen som var öppen under några dagar i juni 2008.

För att ytterligare stärka underlaget genomförde förbundskansliet under hösten 2008 en skriftlig enkät till allmänläkare och ett urval samverkande sjukhusläkare verksamma i Halland, Stockholm och Västmanland. Totalt tillfrågades knappt 1 000 läkare. Frågorna utgick från samma egenskaper som tidigare identifierats men byggdes ut med vissa specifika frågor runt ersättningssystemet. Svarsfrekvensen blev denna gång 69 procent.

Ett annat viktigt underlag utgör diskussionerna och besluten vid Läkarförbundets fullmäktigemöte 2008 samt vid lokal- och specialitetsföreningarnas årliga representantskapsmöte samma år. Även Svenska distriktläkarföreningens fackliga seminarium 2008 har utgjort ett betydelsefullt underlag. Under detta seminarium behandlades ett tiotal vägval som alla är nödvändiga att ta ställning till vid utformandet av ett vårdvalssystem.

Vårdval i primärvården är en sedan länge etablerad tanke i förbundspolitiken. I flera tidigare program har Läkarförbundet resonerat kring hur en vårdvalsmodell skulle kunna införlivas i svensk sjukvård. De som särskilt pekat ut färdriktningen och därmed haft påverkan på denna skrift är PROTOS – ett nationellt familjeläkarssystem (2003), Framtidens närsjukvård – en modell från Sveriges läkarförbund (2006) och Patienten får själv välja – när primärvården samarbetar (2006). Den sistnämnda är resultatet av ett samarbete med de sju vårdförbunden inom SACO.

2. Vårdgivarnas uppdrag

2.1 Uppdragets omfattning och innehåll

I en vårdvalsmodell åtar sig alla godkända vårdgivare att utföra ett grunduppdrag gentemot de listade invånarna. Uppdraget kan vara allmänt formulerat eller mer noggrant specificerat. Det är upp till det enskilda landstinget att bestämma omfattning. Landstinget kan formulera ett grunduppdrag som minst omfattar de tjänster som kräver en allmänläkares kompetens. Vill man att vårdvalet ska gälla ett bredare vårdutbud läggs även tjänster som utförs av andra yrkesgrupper till. Av 5§ hälso- och sjukvårdslagen framgår att landstingens primärvård – som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper – ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Landstingen har alltså ansvar för att primärvården, totalt sett, erbjuder ett brett utbud av tjänster, där olika yrkeskategorier samverkar för att ge den enskilde patienten god vård.

Det mer omfattande grunduppdraget betonar ett helhetsansvar för individen. Vårdgivaren ansvarar, i egen verksamhet eller genom samarbetsavtal, för tillgång till den kompetens som krävs för att möta patienternas vårdbehov. Det omfattande grunduppdraget ger vårdgivaren mer resurser att disponera när verksamheten ska formas och organiseras. Utbudet av tjänster kan anpassas till befolkningens/patienternas behov, t.ex. för att möta ett ökat behov från äldre. Hur vårdgivaren sätter samman olika yrkeskompetenser och organiserar teamarbetet blir därmed viktiga inslag. Med ett omfattande grunduppdrag följer också ett stort kostnadsansvar för de produktionsresurser som vårdutbudet kräver. Kostnaderna för vissa av dessa insatser kan bli mycket höga. Eftersom invånarnas sjukdomar och skador är svåra att förutse upplevs därför kostnadssidan många gånger som problematisk. Det handlar främst om vissa läkemedelsbehandlingar och viss medicinsk service. Genom att få ersättning för ett omfattande grunduppdrag sprids samtidigt riskerna, det man förlorar på gungorna kan man ta igen på karusellen. Vissa undersökningar och behandlingar är dock så dyra att vårdgivaren måste återförsäkra sig. Ett smidigt sätt att sprida riskerna är att bara vissa procentandelar av de dyra insatserna belastas den enskilda vårdgivaren.

Vill sjukvårdshuvudmannen lägga ut ett snävare grunduppdrag kan verksamheter som barnhälsovård (BHV), mödrahälsovård (MHV) och ungdomsmottagning läggas utanför. Ytterligare avsmalning får man om tjänster som utförs

av andra grupper så som sjukgymnaster, psykologer och kuratorer läggs utanför. Teamarbete och samverkan kan givetvis ske även om grunduppdraget smalnats av. Det snäva uppdraget kan t.ex. kombineras med att vårdgivaren åtar sig särskilda tilläggsuppdrag tillsammans med andra yrkesgrupper. I tilläggsuppdraget kan kopplingen med uppdragets resurser oftast göras tydligare.

Ett känt problem är att primärvården sedan länge varit otillräckligt utbyggd och underbemannad. Under 1990-talet fanns en bred politisk samsyn om att förändra vårdstrukturen från sjukhusvård till öppen vård. Vårdgivarna i primärvården fick successivt tillkommande vårduppgifter utan att antalet invånare som man hade ansvar för samtidigt sänktes. Ofta fick allmänläkaren för stora befolkningsområden att ta ansvar för. Arbetet blev helt enkelt för tungt och stressigt med för lite tid för varje patient. Detta har fått till följd att antalet läkare som vill arbeta i primärvården har blivit alldeles för litet, vilket i sin tur ytterligare har ökat arbetsbördan för dem som är kvar. Starka röster – inte minst från fackligt håll – har höjts om att landstingen måste reglera antalet invånare per verksam läkare till 1 500 invånare per en heltidsarbetande distriktsläkare. En sådan reglering har betraktats som en nödvändig säkring av kvalitet och arbetsmiljö.

2.2 Grunduppdragets finansiering

När vi här diskuterar utformningen av en vårdvalsmodell är det snarare vårdpengsbeloppen som måste sättas i fokus. För att god tillgänglighet och läkarinsatser av hög kvalitet ska kunna säkras måste vårdpengsbeloppen baseras på att en allmänläkare på heltid ansvarar för 1 500 invånare. Dessa har då normal åldersfördelning och vårdtyngd.

Detta betyder att dagens genomsnittliga kostnader per invånare korrigeras med den faktor som krävs för att allmänläkaruppdraget ska nå kostnadstäckning vid 1500 invånare. Jämfört med dagens 2 000 invånare per allmänläkare behövs således en väsentlig resursförstärkning avseende läkarinsatsen. Till allmänläkaruppdragets grundpeng tillkommer sedan pålägg för t.ex. BHV, MHV, sjukgymnastik, läkemedel och medicinsk service samt för eventuellt ytterligare behandlings- och kostnadsansvar som läggs på vårdgivaren.

2.3 Utbildningsuppdraget

Ett exempel på särskilt uppdrag är den utbildning till specialist i allmänmedicin som vårdgivarna kan erbjuda. Kostnads- och samordningsansvaret för denna utbildning har staten ålagt landstingen. Utbildningen sker i form av en

s.k. ST-tjänst. Dessutom har landstingen ansvar för allmäntjänstgöringen (AT) och grundutbildningens vårdcentralsförlagda delar. En intressant fråga är hur sådana tjänster och placeringar bäst organiseras inom ramen för ett vårdvalssystem. Hur garanteras t.ex. kvaliteten i utbildningen? För AT och de kortare placeringarna under grundutbildningen bedömer vi att det räcker med en skyldighet för vårdgivarna att ta emot läkarstuderande. En sådan skyldighet kan dock inte gälla ST-läkare. Här måste rekryteringsansvaret och anställningsformen vara helt klarlagt. Vilket arbetsgivaransvar ska vårdgivarna ha för ST-läkaren? Ska landstinget placera ut ST-tjänster hos olika vårdgivare eller ska enheterna själva rekrytera läkarna på marknadsmässiga villkor? Och hur upprätthålls konkurrens på lika villkor mellan utbildningsenheter och andra vårdgivare?

Landstingens utbildnings- och arbetsgivaransvar

För att synliggöra landstingens utbildningsansvar bör varje AT- och ST-tjänst vara utformat som ett särskilt uppdrag till vårdgivarna. Uppdragen bör vara frivilliga för vårdgivarna och ges till dem som uppfyller Socialstyrelsens föreskrifter för att bedriva sådan utbildning. För uppdraget bör en skälig ersättning utgå men exakt hur mycket som landstinget ska betala för utbildningsuppdraget måste variera från tid till annan och påverkas av rekryteringsläget. Med dagens brist på allmänläkare är det rimligt att betala väl till de vårdgivare som erbjuder ST-läkare anställning. Dock är en utbildningstjänst helt finansierad av landstinget mindre lämpligt. Med en totalfinansiering skulle vårdgivarens ansvar för anställningen och utbildningen försvagas. Av samma skäl anser vi att vårdgivaren ska vara arbetsgivare och därigenom ha det fulla ansvaret för rekrytering, lönesättning och övriga arbets- och utbildningsvillkor samt vara skyldig att erbjuda tillsvidareanställning. Alternativet, att alla ST-läkare är anställda i landstinget och sedan placeras ut hos olika vårdgivare - som görs skyldiga att ta emot en eller flera – är en sämre lösning. Förutom att relationen mellan vårdgivaren och ST-läkaren skulle försvagas kan en sådan lösning lätt snedvrider konkurrensförhållandena mellan olika vårdgivare.

Utbildningskvalitet och utbildningsgaranti

I Socialstyrelsens föreskrifter om läkares specialiseringstjänstgöring ställs krav på extern granskning. Av de allmänna råden framgår att granskningen kan göras enligt SPUR-inspektionsmodellen. En SPUR-inspektör följer en sedan lång tid utvecklad granskningsrutin som tar sin utgångspunkt i de fastställda utbild-

ningsmålen för specialiteten och de förutsättningar som behöver vara uppfyllda för att dessa mål ska kunna nås. Om vårdgivaren, alternativt landstingens vårdcentral, inte uppfyller föreskrifternas minimikrav eller inte har inspekterats de senaste fem åren bör ST-tjänster inte få inrättas.

Även under pågående ST-utbildning kan det inträffa att utbildningskvaliteten hos vårdgivaren försämras eller att denne inte kan fullfölja uppdraget, t.ex. vid konkurs eller arbetsbrist. I sådana fall måste ST-läkaren söka eller erbjudas anställning hos någon annan vårdgivare för att fullfölja utbildningen. I ett försämrat arbetsmarknadsläge skulle detta kunna ställa till problem. En möjlig lösning är att landstingen erbjuder en utbildningsgaranti över t.ex. sju år från att den första ST-anställningen erhållits.

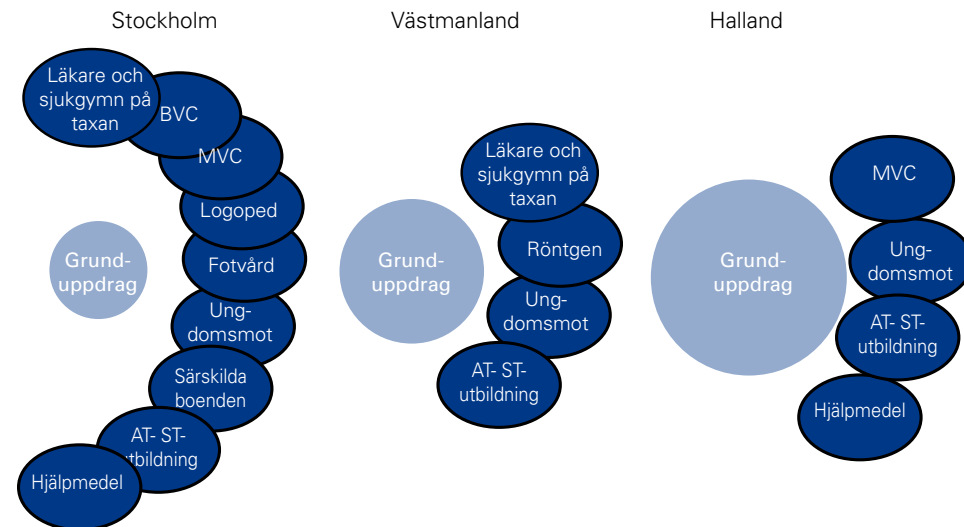
2.4 Tre exempel

I detta avsnitt redovisas kort hur uppdragen i Västmanland, Stockholm och Halland ser ut och hur de skiljer sig åt. Både i Västmanland och i Halland är uppdraget omfattande men innehållet skiljer sig åt en del. I Västmanland ingår bl.a. ansvar för MHV, BVC, särskilda boenden, ortopedtekniska och inkontinenshjälpmedel. Verksamhetens bas vilar på läkare med allmänmedicinsk kompetens och distriktssköterskor. Vårdgivaren har ett ganska stort kostnadsansvar, som förutom löner, lokaler, utrustning m.m. även omfattar s.k. medicinsk service. Utanför kostnadsansvaret ligger röntgen och dyrare tekniska hjälpmedel såsom elrullstol, samt de besök invånarna väljer att göra hos privata allmänläkare och sjukgymnaster på nationella taxan. Utöver grunduppdraget kan avtal slutas om olika tilläggsuppdrag, bl.a. ungdomsmottagning och AT- och ST-utbildning.

I Halland har vårdgivarna ansvar för att tillgodose 80 procent av all öppen hälso- och sjukvård som inte kräver sjukhusens resurser för de invånare som listat sig på enheten. Detta är uppdragets kärna och följs upp genom att ställa de listades samtliga vårdkontakter i den öppna vården mot det antal som ägt rum på den egna enheten. Uppfylls inte målet reduceras ersättningen i efterhand. Vårdgivaren har ett omfattande kostnadsansvar som även gäller besök hos privata allmänläkare och sjukgymnaster på nationella taxan samt även medicinsk service inkl. röntgen. Omfattningen på kostnadsansvaret speglas också av den höga vårdpeng som betalas ut i Halland. Efter avdrag för bristande täckningsgrad betalas i genomsnitt 2600 kr per invånare ut i årlig fast vårdpeng. I Västmanland uppgår den årliga vårdpengen till ca 2000 kr¹. Utöver åtagandet kan

¹ En jämförbar siffra för Stockholm går inte att redovisa eftersom Stockholm baserar huvuddelen av ersättningen på antalet besök. Den fasta vårdpengen är i genomsnitt ca 1100 kr/år.

vårdenheterna ta på sig särskilda uppdrag. Till dessa hör MHV, ungdomsmottagning, stöd och handledning av personal vid särskilda boenden, läkarinsatser vid kommunens korttidsboenden och AT- och ST-utbildning.



I Stockholm är vårdvalet uppdelat på sex ganska snäva uppdrag; husläkarverksamhet, barnhälsovård, mödrahälsovård, fotvård, logopedverksamhet och läkarinsatser i särskilda boenden för äldre. År 2009 kommer vårdval även att införas inom vissa akutsomatiska områden. Befolkningen listar sig på läkare (allmänläkare, barnläkare, geriatriker) eller om man önskar, på enhet. Detta betyder inte att de enskilda läkarna "äger" sina listor. Om läkaren byter vårdenhet eller startar en egen verksamhet följer inte de listade invånarna automatiskt med. Husläkaruppdraget beskrivs detaljerat i Regelbok för Husläkarverksamhet 2008. Husläkarverksamheten bör vara bemannad med minst tre läkare; specialister i allmänmedicin, specialist i geriatrik eller pediatrik. Därutöver ska distriktssköterskeuppgifter utföras av specialistutbildad distriktssköterska och det ska finnas personal som utför psykosociala insatser; psykolog, socionom eller ha annan sjukvårdsutbildning med kompetens motsvarande tidigare psykoteraپیutbildning. Vårdgivaren har kostnadsansvar för det som sker i verksamheten och för viss medicinsk service.

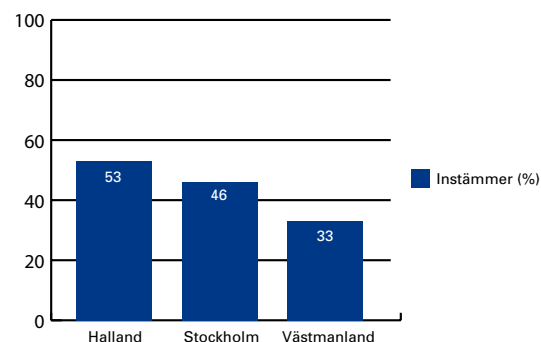
2.5 Vad anser de verksamma läkarna?

För att få en uppfattning om vilket uppdrag som fungerar bäst är det av intresse att studera svaren på den enkätundersökning som Läkarförbundet genomförde hösten 2008. En svaghet är att läkarnas erfarenheter sannolikt färgas av vilket regelverk de tidigare varit vana vid. I Halland har en stor del av vårdcentralerna tidigare varit förvaltningsdrivna, i Stockholm har många privata vårdcentraler haft individuella vårdavtal och i Västmanland har många läkare arbetat privat inom ett familjeläkarsystem.

Ett samlat behandlings- och kostnadsansvar för en stor del av den vård som patienterna behöver borde kunna avhjälpa en del av den budget- och gränsdragningsproblematik som råder mellan olika vårdgivare idag. Många landsting och kommuner har försökt lösa problemet genom att ta fram gemensamma närsjukvårdsprogram och sluta olika samverkansavtal. Vi menar att ett omfattande grunduppdrag i vårdvalsmodellen skulle kunna vara ett viktigt led för att lösa problemen. Vi har därför frågat de verksamma läkarna om de tror att närsjukvården kommer att förbättras. Vi har även frågat om de anser att remissflödet till den specialiserade vården har minskat.

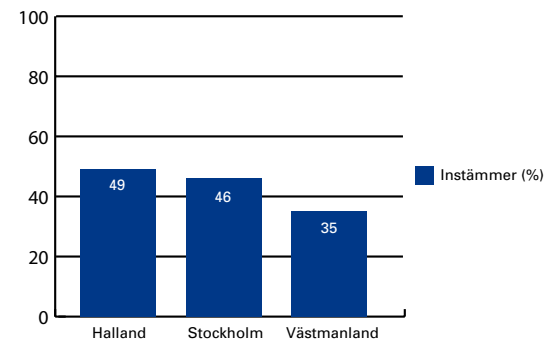
Om hypotesen stämmer borde Hallands och Västmanlands läkare, i högre grad än Stockholms, instämma i dessa påståenden.

Figur 2. Vårdvalsreformen kommer att leda till att närsjukvården förbättras



Ett omfattande uppdrag borde av samma skäl ge bättre förutsättningar för en fungerande *vårdprocess*. I Halland instämmer 49 % i påståendet att vårdprocessen förbättrats, i Stockholm 46 % och i Västmanland 35 %. Ett sannolikt skäl till de låga värdena är att knytningen till en personlig familjeläkare tonats ned i vårdvalsmodellerna. Särskilt gäller detta Västmanland som under lång tid haft ett utpräglat familjeläkarsystem.

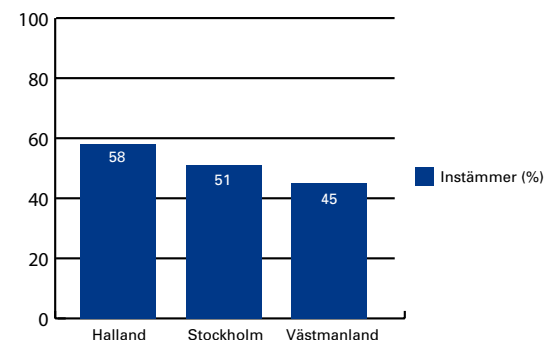
Figur 3. Vårdvalsreformen har möjliggjort en bättre vårdprocess för många patienter



Med ett omfattande ansvar för patienterna borde också kontinuiteten mellan patient och vårdgivare kunna hållas högre än vid ett snävt uppdrag. Resultatet från enkätundersökningen bekräftar detta även om en majoritet tycker att vårdvalsreformen som helhet har minskat möjligheterna. En sannolik förklaring är att det fria valet och konkurrensen upplevs som ett hot mot kontinuiteten.

En annan hypotes som rör uppdragets omfattning gäller de ekonomiska riskerna. Visserligen kan ett stort kostnadsansvar vara riskabelt för vårdgivarna men samtidigt har de mer resurser att fördela och disponera. Här sticker Halland ut med sitt omfattande uppdrag och kostnadsansvar. På frågan om de ekonomiska riskerna är hanterbara för vårdenheten instämmer 58 % i Halland och 45 % i Västmanland. I Stockholm, där kostnadsansvaret inte är lika omfattande, instämmer 51 %.

Figur 4. Ekonomiska risker är hanterbara



Tidigare ställningstaganden

Från Läkarförbundets sida har vi alltid framhållit allmänläkarens breda kompetens och allmänmedicinens omfattande uppdrag. Vi har betonat att uppdragets yttre gränser tydligt måste anges. Inte minst för att beräkna de resurser som krävs för att genomföra det. Vidare har vi alltid framhållit vikten av professionell autonomi, dvs. att landstingens roll bör begränsas till att ange vad som ska utföras. Hur det ska utföras bör överlåtas till vårdgivaren. Det breda uppdraget bör också regleras så att antalet invånare per verksam läkare begränsas till 1 500 invånare, ett genomsnitt av befolkningen, per en heltidsarbetande allmänläkare. I olika sammanhang har vi tagit ställning för att listningen bör ske på personlig läkare och att det inte räcker med listning på en offentlig vårdcentral eller ett privat vårdföretag. Allmänläkaren ska också kunna bestämma över den egna listans storlek. Distriktsläkarföreningen har tillsammans Sveriges Yngreläkarförening och Sveriges Privatläkarförening närmare beskrivit sin syn på familjeläkarens uppdrag och tilläggsuppdrag i Ett nationellt familjeläkarsystem – PROTOS från år 2003.

Läkarförbundets fullmäktige beslutade år 2008 verka för att en enskild mottagning ska bära sig ekonomiskt med 1 500 listade invånare per heltidsanställd distriktsläkare. Vidare har fullmäktige tagit ställning för att uppdraget (listan) i vårdvalssystemen knyts till enskild läkare oavsett driftsform.

Slutsatser i korthet

- Starka skäl talar för att vårdgivarnas uppdrag och ansvar för invånarna bör vara omfattande. Det avgörande för framgång är dock att uppdragets yttre gränser fastställs och att tillräckligt med resurser avsätts.
- Vårdpengsbeloppen bör baseras på allmänläkaruppdragets totala genomsnittskostnader för olika invånargrupper. Dessa belopp korrigeras med den faktor som krävs för att uppdraget ska nå kostnadstäckning vid 1500 invånare med normal åldersprofil. Jämfört med dagens 2000 invånare per allmänläkare behövs således en väsentlig resursförstärkning för läkarinsatsen. Till allmänläkaruppdragets grundpeng tillkommer kostnaderna för t.ex. BHV, MHV och sjukgymnastik samt för det ytterligare kostnadsansvar som läggs på vårdgivaren, t.ex. läkemedel och medicinsk service
- Ett omfattande uppdrag innebär också ett omfattande kostnadsansvar. Ett smidigt sätt att sprida riskerna för kostsamma undersökningar och behandlingar är att bara vissa procentandelar belastas den enskilda vårdgivaren.
- Vid sidan om grunduppdraget kan vårdgivarna åta sig särskilda uppdrag.
- Det särskilda uppdraget att bedriva AT- och ST-utbildning bör bara anförtros de vårdgivare som är SPUR-inspekterade och uppfyller Socialstyrelsens utbildningsföreskrifter. ST-läkaren bör erbjudas tillsvidareanställning hos den vårdgivare som har uppdraget. När det gäller AT och grundutbildnings vårdcentralsförlagda delar menar vi att vårdgivarna ska ha en skyldighet att ta emot de studerande.

3. Regler och målformuleringar

3.1 Vad behöver regleras?

Som redan nämnts kännetecknas en vårdvalsmodell av att resursfördelningen mellan olika vårdgivare bestäms av individernas val. När förväntningarna på kvalitet och tillgänglighet inte uppfylls kommer de att söka sig till en annan vårdgivare. Vid en första anblick kan man tycka att detta borde räcka för att modellen ska garantera god kvalitet i vården. De enheter som inte lyckas upprätthålla tillräcklig kvalitet blir bortvalda och får reducera eller upphöra med sin verksamhet. Eftersom konkurrensen garanterar kvaliteten skulle den politiska uppgiften kunna begränsas till att reglera vårdpengens storlek för olika patientkategorier och de kompetenskrav som vårdgivare måste uppfylla. Resten sköter sig självt.

Men riktigt så enkelt är det inte. Sjukvårdsmarknaden är inte som många andra marknader utan kännetecknas av politiskt fastställda prioriteringsprinciper, ofullständig information, ickeautonoma brukare och höga krav på samverkan mellan vårdgivarna. För att korrigera den rena marknadslösningen måste därför vårdvalsmodellen kompletteras med olika instruktioner och regleringar. De vårdgivare som inte följer dessa regler riskerar att inte få verka i modellen.

Problemet med regler och instruktioner är att det också påverkar vårdgivarnas motivation, ansvarstagande och kreativitet. Ett omfattande regelverk signalerar att någon annan redan har tänkt ut lösningarna och att dessa står att finna i regelverket. Självständigt tänkande kan komma att uppfattas som ett slöseri med tid och en ökad risk för att falla i onåd. Följden blir att många goda idéer – baserade på vårdgivarnas kunskaper om priser, löner och de egna patienternas preferenser – inte kommer att kläckas och genomföras.

För att ta tillvara den potential som ligger i självständigt tänkande och kreativitet är det således av stor vikt att bara de nödvändigaste reglerna läggs in i ett regelverk för vårdgivare. De regler som tas med bör exempelvis aldrig handla om *hur* tjänsterna ska utföras eller organiseras. Ansvaret för detta bör tydligt ligga på vårdgivarna och inte minst på de olika professioner som utför arbetet. I det professionella ansvaret ingår att hålla sig uppdaterad om senaste rön och rekommenderade evidensbaserade metoder.

Tillit istället för kontroll

För att betona tilliten till vårdgivarnas egen förmåga att finna lösningar, organisera och lägga upp arbetet är det också viktigt att reglerna formuleras på rätt sätt.

Detta kan uppnås genom att formulera mål och värdegrund snarare än regler. Det finns heller ingen anledning att tynga regelverken genom att upprepa sådant som redan gäller enligt gällande lagstiftning och myndigheters föreskrifter. Däremot kan landstinget behöva ange att vilka lagar och föreskrifter som måste följas om ett brott mot dessa även leder till sanktioner från landstingets sida.

Frågan om tillit rör inte bara landstingens förhållningssätt gentemot vårdgivarna. I minst lika hög grad gäller det inställningen och tilliten till invånarnas förmåga att själv välja en passande vårdgivare. Genom att införa ett vårdvalssystem har politikerna i grunden tagit ställning för att invånarna både vill och kan göra dessa val. Samtidigt går det inte att komma ifrån att en del invånare behöver mer stöd än andra för att kunna välja. Det gäller inte minst för de invånare som har nedsatt autonomi. Det är dessutom ofta samma individer som har stora vårdbehov. Vanligtvis finns det anhöriga som kan och vill hjälpa till men om sådana saknas måste samhället garantera särskilt stöd.

För att underlätta ett välgrundat val behöver vårdgivarnas kvalitet följas upp och invånarna informeras om utfallet. Här är det dock viktigt att den löpande kvalitetskontrollen inte blir för detaljerad. Risken är alltid stor att för mycket uppmärksamhet då riktas mot mätbara men relativt oviktiga prestationer och att detta får stor betydelse för vårdgivarnas prioriteringar. För att undvika felprioriteringar kan det finnas skäl att vid uppföljningen lägga tonvikten på inspektioner och tillsyn. Kvalitetsuppföljningen diskuteras närmare i kapitel 5.

Som komplement till beskrivningen av vårdgivarens uppdrag bör det tydligt framgå av regelverket vilka *kompetenser* som vårdgivaren ska ha tillgång till. Det kan gälla såväl allmänmedicinsk kompetens som andra yrkeskompetenser. Specialisten i allmänmedicin kommer även framöver att vara den centrala resursen.

Kompetenskraven ska begränsa vårdgivarnas handlingsutrymme men samtidigt vara så flexibla att vårdgivaren kan anpassa vårdutbudet till behoven. Det måste t.ex. vara upp till vårdgivaren att avgöra hur mycket av andra yrkesgrupper som ska anställas eller hyras in. Godkända vårdgivare kan också behöva komplettera läkargruppen med andra specialister än allmänläkare. Även dessa läkare kan vara fast läkarkontakt (listningsbara) förutsatt att de har säkerställd kompetens för helhetsansvaret och om patienten gör ett aktivt val. Även ST läkare ska anförtros sin egen patientlista under senare delen av sin utbildningstjänst, åtminstone under det sista året.

Den *meddelarfrihet* som gäller i den offentliga vården utgör en mycket viktig del av de anställdas rättigheter. I ett vårdvalssystem bör denna rättighet även gälla de privatanställda. Förbudet mot efterforskning bör gälla fullt ut med un-

dantag för företagshemligheter och det som anges i 16 kap. sekretesslagen. När det gäller de anställdas grundläggande rättigheter och anställningsvillkor bör de utryckas i *kollektivavtal*. Alla vårdgivare bör uppmärksammas på fördelarna med att teckna kollektivavtal.

3.2 Tre exempel

På vilket sätt skiljer sig då regelverken i de landsting som hittills infört vårdval – dvs. Stockholm, Västmanland och Halland? Vid en genomgång av de tre modellerna kan man notera att skillnaderna i detaljeringsgrad och regelinhåll inte är så stora som det först kan tyckas. Det som förstärker intrycket av stora skillnader är att upplägget och disposition ser så olika ut. Stockholm har utformat regelboken som en avtalstext med en lång rad paragrafer. Detta är sannolikt ett arv från en primärvård med många privata vårdavtal. De senaste femton årens beställar-utförarkultur har satt sina tydliga spår i Stockholms regelverk. Halland och Västmanland har valt en mer löpande text med en betoning på de mål och riktlinjer som ska uppfyllas. En annan påtaglig skillnad är att Stockholms regelverk är uppdelat i sex olika ”regelböcker”, en för MHV, en BHV osv. Vidare finner man i Stockholms regelverk en annan och betydligt mer differentierad prislista än i Halland och Västmanland. Detta skapar ett starkt intryck av att landstingsledningen i Stockholm vill vara med och styra vårdgivarnas prioriteringar. Men även i Västmanland finner man sådana ambitioner. Men där är det inte paragraferna utan snarare ett 100-tal mål som är formulerade på ett mycket detaljerat sätt. Egentligen är det i Västmanland mer fråga om instruktioner än mål. En skillnad i förhållande till Stockholms paragrafer är att i Västmanland kommer en avvikelse knappast leda till att auktorisationen kan dras in. Ett urval av målen kommer att följas upp årligen och eventuella brister kommer att medföra avdrag på vårdpengen.

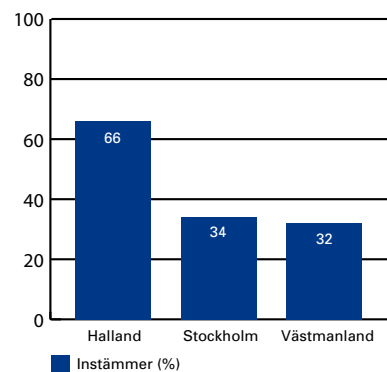
I Halland har man valt att beskriva uppdraget med måttet täckningsgrad. Ett sådant mått visar hur stor andel av de anslutna invånarnas totala vårdkontakter inom den öppna hälso- och sjukvården som ska tillgodoses av vårdgivaren. Uppdragsbeskrivningen kompletteras med en allmän beskrivning av den vård som omfattas och med de tjänster som ligger utanför. Med täckningsgradsmålet betonar Halland vårdgivarnas eget ansvar för att anpassa uppdraget till de lokala behoven och till de vårdbehov som inte tillgodoses av konkurrerande vårdgivare. I Västmanland och Stockholm har man valt att räkna upp de tjänster och mål som ska uppfyllas av alla vårdgivare.

Sammanfattningsvis visar genomgången av de olika regelverken att Vårdval Halland överlåter mer ansvar på vårdenheterna än vad Stockholm och Västmanland gör. Säkerligen har det ställts många frågor bland Hallands vårdgivare som inte får sitt svar i regelboken. Detta kan av vissa uppfattas som en brist på tydlighet men av andra som ett tecken på tillit.

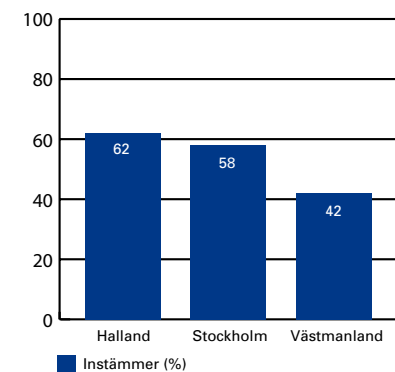
3.3 Vad anser de verksamma läkarna?

Läkarförbundets undersökning av läkarnas attityder till styrningen i de tre landstingen bekräftar den bild som beskrivits ovan. Till skillnad från läkarna i Halland anser inte läkarna i Stockholm och Västmanland att de har fått större frihet att själva organisera och lägga upp arbetet. Drygt 30 procent av läkarna i dessa landsting anser att friheten har ökat. I Halland utgör den gruppen 66 procent.

Figur 5. Har fått ökad organisatorisk frihet



Figur 6. Vårdgivarna har fått ett tydligare uppdrag



På fråga om uppdraget har blivit *tydligare* instämmer såväl Stockholm som Halland, 62 % i Halland och 58 % i Stockholm. I Västmanland anser 42 % av vårdcentralsläkarna att vårdenheterna har fått ett tydligare uppdrag med vårdvalet.

Trots det relativt hyggliga betyget i Halland anser 76 procent av läkarna där att det är *för detaljerat* beskrivet. I både Stockholm och Västmanland stiger den siffran till 92 resp. 84 procent. På frågan om regelverket ger tillräcklig vägledning instämmer 67 procent av Stockholmsläkarna, 62 procent av hallandsläkarna och bara 49 procent av västmanlänningarna.

Förutom att ett regelverk kan begränsa möjligheten till eget ansvarstagande eller vara otydligt formulerat kan det också leda till att tiden för bl a patientarbete minskar. Hela 97 procent av läkarna i Stockholm och 96 procent i Västmanland anser att regelverket leder till för mycket administration och redovisningskrav. I Halland instämmer 88 procent i ett sådant påstående.

Slutsatser i korthet

- För att ta tillvara den potential som ligger i självständigt tänkande och kreativitet är det av stor vikt att bara de nödvändigaste reglerna läggs in ett regelverk för vårdgivare. De regler som tas med bör exempelvis aldrig handla om hur tjänsterna ska utföras eller organiseras.
- Med en allmän beskrivning av uppdragets innehåll och ett tydligt mål för hur stor andel av invånarnas kontakter med den öppna vården som vårdgivaren förväntas tillgodose tycker vårdgivarna att de får stor frihet att själva organisera sitt arbete. Mycket tyder på att detaljerade mål eller regler snarare gör uppdraget mer otydligt för vårdgivarna.
- För att godkännas för vårdvalets grunduppdrag krävs att vårdgivaren har specialistkompetens i allmänmedicin. Annan specialist kan komma ifråga förutsatt att denne har säkerställd kompetens för uppdraget.
- Vårdgivaren ska erbjuda allmänläkarkompetens i tillräcklig omfattning för uppdragets utförande men kan därutöver komplettera utbudet med läkare med annan specialistkompetens. Även dessa läkare kan vara fast läkarkontakt (listningsbara) förutsatt att de har säkerställd kompetens för helhetsansvaret och om patienten gör ett aktivt val. Även ST läkare ska anförtros sin egen patientlista under senare delen av sin utbildningstjänst, åtminstone under det sista året.
- Den meddelarfrihet som gäller i den offentliga vården utgör en mycket viktig del av de anställdas rättigheter. I ett vårdvalssystem bör denna rättighet även gälla de privatanställda.
- Landstingen bör inte föra in regler om anställningsvillkor i vårdvalssystemet. I stället bör alla vårdgivare uppmärksammas på fördelarna med att teckna kollektivavtal.

4. Ekonomistyrningen

Ersättningssystemets utformning och kostnadsansvarets fördelning är det kanske viktigaste styrmedlen hos en vårdvalsmodell. Betydelsen skärps av att beställaren är åtskild från vårdgivarna och att ersättningsreglerna därför är bindande. Landsingen kan inte längre dra in vårdgivarnas överskott och de enskilda vårdgivarna kan inte heller räkna med få sina underskott täckta i efterhand genom politiska beslut. Det skarpare läget gör att vårdgivarna måste vara mer uppmärksamma på de ekonomiska konsekvenserna av sitt handlande och anpassa sig till vad som är ekonomiskt försvarbart. I ett vårdvalssystem blir det ännu viktigare än tidigare att hålla reda på vad som kostar och vad belönas i modellen.

4.1 Vårdpengssystemets utformning

Ett principiellt intressant vägval gäller hur starkt vårdvalsmodellen ska betona den nya relationen mellan invånarna och vårdgivarna. Vill politikerna skapa en ”kundrelation” mellan invånare och vårdgivare bör vårdpengen tillsammans med avgiftssystemet utformas så enkelt och tydligt för invånarna som möjligt. Vill politikerna istället ha en mer aktiv roll i styrningen bör vårdgivarnas enskilda prestationer och ett differentierat ersättningssystem utformas. I det förstnämnda fallet får vårdgivarna mer rollen som invånarens försäkringsgivare. För en fast årspremie (vårdpengen) ansvarar vårdgivarna för att behandla de sjukdomar och skador som försäkringstagarna kan råka ut för under året. Patientavgiften kan då liknas vid invånarnas självrisk. För att vårdgivarna inte ska börja ägna kraft åt att styra bort vårdtunga invånare måste vårdpengen i ett sådant system utformas så att den rimligt väl speglar olika grupperas vårdkostnader. Det ligger samtidigt i en försäkrings natur att vissa enskilda försäkringstagare kommer att bli en förlustaffär medan andra ger vinst.

I det andra fallet, där politikerna vill ha en mer aktiv roll, baseras ersättningarna på kostnaderna för olika typer av vårdtjänster och besök. Här ikläder sig finansären en mer tydlig beställarroll. Visserligen följer pengarna fortfarande invånarnas val men nu blir det snarare fråga om ett offentligt prissystem där finansären har ambitionen att styra vilka enskilda vårdtjänster och kvaliteter som produceras. Vårdgivaren anpassar delvis sin verksamhet efter dessa priser och försöker forma tjänstebudet efter det som ger störst intäkter. Det kan både gälla sådana tjänster som finansären vill uppmuntra genom ett högt pris eller sådana där finansären räknat för högt på kostnaderna. Men det är naturligtvis inte bara detta som styr. Det är också nödvändigt att vårdgivaren anpassar sin verksamhet till invånarna önskemål och behov.

Ska ersättningen betalas till vårdenhet eller yrkesutövare?

En näraliggande fråga gäller om ersättningen ska kopplas till den godkända vårdenheten eller kopplas till de yrkesgrupper som där bedriver vården. Det senare innebär att finansören betalar ut särskilda vårdpengsbelopp och besöksersättningar för olika yrkeskompetenser och att varje yrkesutövare kan se sin egen ekonomi även om denne arbetar tillsammans med andra hos en godkänd vårdgivare. Ett sådant mer differentierat ersättningssystem öppnar också möjligheten för den som vill arbeta som enskild yrkesutövare med eget resultatansvar.

Om läkaren väljer att etablera sig som enskild näringsidkare måste denne sannolikt koppla till sig andra yrkesutövare via vårdavtal för att bemästra uppdraget. En sådan variant skapar större självständighet för alla inblandade men också fler avtalsförhållanden som kan leda till högre förhandlings- och transaktionskostnader.

För många invånare kan det vara en fördel om vårdgivaren har ett mer omfattande vårdansvar så att de inte behöver välja flera olika vårdgivare. För andra invånare kan det upplevas som en begränsning av valfriheten. En kompromiss är att den invånare som blivit sjuk eller skadad får frihet att även besöka andra vårdgivare än den som han eller hon har valt att lista sig hos. Den senare, dvs. den vårdgivare som tilldelas vårdpengen, får i så fall betala den andra vårdgivaren för besöket.

Vårdenhetsmodellen ger goda förutsättningar för effektiv arbetsfördelning. Den betonar arbetsgruppens ansvar för den gemensamma ekonomin och helhetsansvaret för patienten. Den gemensamma ekonomin ger gruppen starka incitament att fördela arbetet på det sätt som gynnar patienter, ägare och anställda bäst. Ska vården bedrivs kostnadseffektivt måste det hela tiden ske en avvägning mellan patientens behov, olika tänkbara insatser och kostnaden för dessa. Att använda dyr och kanske fel kompetens för insatser som en annan yrkesgrupp klarar att utföra försämrar situationen för alla inblandade. Vårdgivarens ekonomiska resultat försämrar, löneutrymmet begränsas och möjligheten att ge en god vård till fler patienter minskar. Vår bedömning är därför att själva ersättningssystemet bör kopplas till den godkända vårdgivaren.

Att ersättningssystemet kopplas till vårdenheten får inte uppfattas som att listningen på läkare upphör. Tvärtom bör varje invånare även i ett vårdvalssystem ha rätt till sin personliga läkare. Läkarnas ansvar för sina patienter stärks liksom ansvaret och inflytandet över den egna listan.

Etableringsfriheten i ett vårdpengssystem

Frågan om det ska vara fritt fram för godkända vårdgivare att etablera sig var de vill är en omdiskuterad fråga. Argumenten för och emot är starkt kopplade till vårdpengssystemets utformning och till önskemålet om kostnadskontroll från finansörens sida. Här handlar det inte bara om den politiska ledningen/finansören föredrar hög konkurrens framför kostnadskontroll eller jämn spridning av vårdgivare framför god konkurrens. Det handlar till syvende och sist också om valet mellan ett upphandlingsförfarande enligt LOU eller införandet av ett vårdvalssystem. Enligt lagstiftaren är nämligen etableringsfrihet en grundbult och en avgörande förutsättning för att landstingen ska få tillämpa lagen om valfrihetssystem (LOV) och därmed frångå reglerna för offentlig upphandling (LOU).

För många vårdgivare skulle det kunna vara till fördel med en politisk styrning av etableringarna inom ramen för ett vårdvalssystem. Risken minskar då att en konkurrent ska etablera sig i samma kvarter. Politikerna kommer att styra nyetableringarna till områden som är underförsörjda samtidigt som vårdgivaren inte längre riskerar att förlora vårdavtalet vid en offentlig upphandling. I en sådan ohotad situation kan vårdkvaliteten så småningom bli lidande.

4.2 Konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata vårdgivare

För att skapa konkurrensneutralitet mellan landstingsägda resultatenheter och privata vårdgivare är det viktigt att hela kostnaden för lokaler, personal- och ekonomiadministration belastar de landstingsägda resultatenheter. Det är inte ovanligt att dessa kostnader täcks av förvaltningsanslag eller att de kostnader som belastas enheterna inte speglar de marknadsmässiga priserna. Till konkurrensförutsättningarna hör även den ingående moms som vårdgivarna betalar. Det är en kostnad som överhuvudtaget inte belastar landstingsdriven verksamhet. För att skapa ökad konkurrensneutralitet krävs därför att de privata vårdgivarna får en s.k. momskompensation på ca 6 % på sin omsättning.

En konkurrensnackdel som de offentliga vårdcentralerna ofta framhåller är att de inte fritt kan välja medarbetare, lokaler, administrativt stöd, logotyper m.m. På dessa områden är landstingens vårdcentraler bundna att följa det egna landstingets policy. Dessa policyer kan vara allt ifrån detaljstyrande till målstyrande. Konkurrensnackdelen uppvägs ofta av att man har den stora organisationens möjligheter till samordningsvinster, investeringskapital och resultatutjämning

mellan olika enheter. Samma sak gäller för privata vårdcentraler i större koncerner. Många privata enheter har gått upp i större bolag trots att detta för med sig motsvarande minskning av frihetsgraderna.

4.3 Den fasta ersättningens utformning

En av nyckelfrågorna i ett vårdvalssystem är om den dominerande inkomstkällan för vårdgivarna ska vara en fast ersättning per listad invånare. Alternativet är att vårdgivarnas ersättning betalas ut i proportion till antalet inrapporterade vårdinsatser, s.k. rörlig ersättning. Den fasta ersättningen kallas normalt för kapitering. Här väljer vi dock att använda begreppet *vårdpeng* för att betona systemets släktskap med pengsystemen inom skola, barnomsorg, äldreomsorg etc. Den rörliga ersättningen kommer vi kalla *besöksersättning* eftersom besöken oftast ligger till grund för denna. Till besöksersättningen räknar vi även patientavgiften.

Det finns flera argument för att välja en hög vårdpeng. Ett sådant är att den höga vårdpengen ger vårdgivarna ekonomiska motiv att hålla folk friska och att arbeta förebyggande. Med en hög fast ersättning belönas kvalitet i vårdarbetet eftersom sjukåterfall och vårdskador leder till ökade kostnader för vårdgivarna. Vid patientbesöken finns det därför starka skäl att gå igenom patientens problem grundligt. Det blir också mer kostnadseffektivt att behandla flera åkommor och krämpor vid ett och samma besök. De ekonomiska motiven för att upprätthålla en hög vårdkvalitet till låga kostnader får också till följd att kompetensen bland medarbetarna måste hållas hög. Gamla och ineffektiva behandlingsmetoder måste utrangeras i takt med att nya utvecklas. De vårdgivare som hänger med i denna utveckling kommer att stärka sin position.

Ytterligare ett argument som brukar framhållas för en hög fast vårdpeng är att vårdgivaren kan fördela arbetet på vårdenheten friare. Om ersättningen baseras på besöken och dessa genererar stora men olika ersättningar beroende på vilken yrkesgrupp patienten får möta kan vårdgivaren leda att suboptimera arbetsfördelningen.

Bortstötning och tillgänglighet

Det positiva med en hög vårdpeng är också dess baksida. Vårdgivaren stimuleras inte bara till att hålla invånarna friska utan också att hålla de sjuka och vårdkrävande borta. Intresset av att hålla kostnaderna nere gör att vårdgivarna kan frestas att på olika sätt förhindra t.ex. missbrukare från att välja enheten.

För att försvåra ett sådant beteende måste därför systemet kompletteras med regler som antingen förbjuder vårdgivarna att avvisa någon eller noga reglerar turordningen om det uppstår kö. Hur sofistikerade regler man än skapar torde det dock alltid finnas möjlighet – för den som vill – att styra vilka individer som väljer enheten. Ett sätt skulle t.ex. kunna vara att profilera och marknadsföra sig mot de invånare som har en hälsosam livsstil.

En annan baksida med en hög vårdpeng är att korta väntetider och snabba diagnoser inte premieras lika starkt som i ett system med ersättning per besök. Detta samband är dock på intet sätt givet. Erfarenheterna från England visar att tillgängligheten kan vara mycket god även i ett system där det överhuvudtaget inte lämnas någon besöksersättning. Inte ens patienten betalar där någon. I England tycks både vårdkulturen och invånarnas förväntningar på att bli mottagna samma dag spela större roll. Kanske är det så att konkurrensen mellan vårdgivarna och deras rädsla för att bli bortvalda utgör en starkare kraft för tillgängligheten än en eventuell besöksersättning. Det kan också vara så att ett besök hos en annan vårdgivare måste betalas av den huvudansvariga vårdgivaren. Ett sådant system tillämpas i Halland.

Vårdtyngdsrelaterad vårdpeng

För att minska de ekonomiska motiven att stöta bort invånare med stora vårdbehov kan vårdpengen differentieras med avseende på ålder, socioekonomi och diagnos. Enklart vore att bara hålla sig till ålder men studier visar att korrelationen med de faktiska vårdbehoven då blir ganska låg. Nackdelen med att föra in diagnoser i viktningssystemet är att dessa blir helt beroende av kvaliteten i vårdgivarens inrapportering. Differentieringen inom samtliga tre kategorier kan drivas olika långt. Distriktsläkarföreningen har tidigare betonat att man inte vill ha ett system där viktningen kan påverkas av vårdgivarna. Ett annat skäl som talar emot en avancerad diagnosviktning är att integritetskänsliga individuppgifter då måste samköras för att användas i de ekonomiska administrativa systemen. De nationella databaser som finns för socioekonomisk viktning utifrån invånarnas postnummer är ett bättre alternativ i dagsläget. Vi bedömer att en sådan ålders och socioekonomisk viktning i kombination med tolk- och tidsdifferensierad besöksersättning bör resultera i ersättningar som speglar invånarnas vårdbehov.

4.4 Den rörliga ersättningens utformning

Flera skäl talar för att vårdpengen behöver kompletteras med en rörlig ersättning för besök. Ett skäl faller tillbaka på de tidigare nämnda svårigheterna att konstruera ett vårdpengssystem som tillräckligt väl avspeglar kostnaderna för invånare med olika vårdbehov. Med besöksersättning kommer individer med återkommande och stora behov inte bara orsaka stora kostnader utan också större inkomster för vårdgivaren. Ett annat skäl är att en hög fast vårdpeng så tydligt premierar kvalitet framför en tillgänglighet (kvantitet). Risken finns att akuta men ofta enkelt avklarade vårdbehov får vänta onödigt länge om inte tillgängligheten också premieras. I balansen mellan hög kvalitet och hög tillgänglighet finns det en viss intressekonflikt mellan olika grupper av patienter som vårdgivaren måste hantera. Den ena patientgruppen kan beskrivas som relativt friska invånare mitt i yrkeslivet som behöver snabb och ganska enkel hjälp och den andra gruppen som ofta är äldre med mer komplicerade vårdbehov och där kvaliteten är av största betydelse för utfallet. Exakt hur hög den rörliga ersättningen bör vara är svårt att bedöma men vid diskussioner med berörda läkargrupper framgår ganska klart att den bör hålla sig runt 10 – 30 procent av vårdgivarnas totala intäkter. Med en besöksersättning på dessa nivåer borde vi få en rimlig resursfördelning mellan olika patientgrupper och tillräcklig stimulans av långa öppettider och hög tillgänglighet. Väljer vi den nedre delen av intervallet räcker det med att patientavgiften tillfaller vårdgivaren.

Som framgått ovan finns det ett starkt beroendeförhållande mellan vårdpengens och besöksersättningens nivå. Med en välutvecklad vårdpeng kan besöksersättningarna hållas lägre. Inte minst de engelska erfarenheterna visar ju att tillgängligheten kan hållas mycket hög trots att det varken utgår patientavgift eller annan besöksersättning. Baksidan med höga besöksersättningar är att onödiga återbesök blir en lönsam affär för vårdgivaren. För finansären försämras samtidigt kostnadskontrollen vilket kan leda till att mer angelägen vård får stå tillbaka. För att begränsa dessa negativa konsekvenser brukar finansären införa tak för att hur många besök som ger full ersättning.

En möjlig väg för att balansera målen om vård efter behov, hög tillgänglighet, hög kvalitet utan att förlora sig i en djungel av viktighetsvariabler kan vara att dela upp besöksersättningarna i normala och komplicerade (t.ex. mer än 40 min.) besök. De komplicerade besöken är de som kräver mer omfattande utredningar och samtal. En högre ersättning för dessa besök skulle kompensera för de inkomstbortfall som annars uppstår.

4.5 Resurser för fortbildning

Möjligheterna inom diagnostik och behandling förbättras hela tiden och en snabb spridning av dessa kunskaper är av största betydelse för att alla invånarna ska få en så god och likvärdig vård som möjligt. Det vilar ett stort ansvar på vårdgivarna att hänga med i den snabba kunskapsutvecklingen. Sedan lång tid har fortbildningen av läkare och även andra yrkesgrupper varit eftersatt. Med tanke på de hittillsvarande bristerna måste införandet av värvalssystem leda till att förutsättningarna förbättras. Det handlar om att få till stånd en bättre balans mellan tiden för sjukvårdsarbete och tiden för fortbildning.

Den professionella kompetensen hos medarbetarna är med stor sannolikhet den mest avgörande förutsättningen för att kunna ge god vård till så många som möjligt. Värvalssystemets konkurrensutsättning får därför inte innebära att investeringarna i kompetensutveckling och fortbildning fortsätter att eftersättas. Detta kan bli följderna om antalet patientbesök premieras för mycket. För att snabba på kvalitetsutvecklingen måste därför invånarna ges bättre möjligheter att välja de privata vårdgivare och landstingsenheter som prioriterar vårdkvaliteten.

En slutsats av ovanstående är att invånarna måste få bättre information om vårdgivarnas fortbildning, specialistkompetenser och sammansättning av olika yrkesgrupper. Hur den professionella kompetensen kan följas upp och informationen spridas diskuteras närmare i kapitel 5.

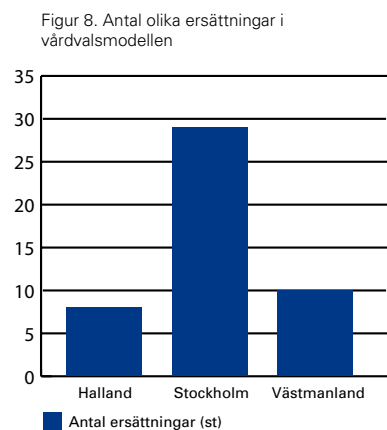
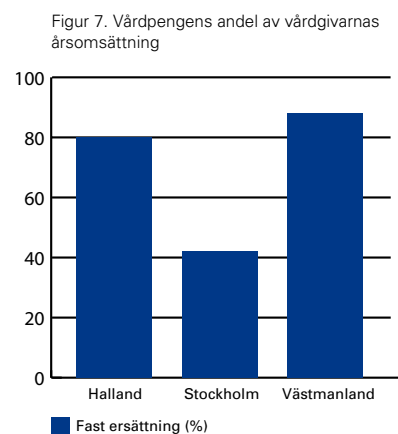
4.6 Resurser för klinisk forskning

En vanlig missuppfattning är att klinisk forskning främst är av intresse för den högspecialiserade vården. Klinisk forskning avseende folksjukdomar, dvs. sjukdomar som är vanligt förekommande såsom diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, kroniska inflammatoriska sjukdomar etc. har försvårats med hittillsvarande styrning och organisation av primärvården. Med de nya värvalssystemen ges ett utmärkt tillfälle att införliva forskningen som en viktig komponent i primärvården.

För att skapa utrymme för skilda studier krävs att nya och större resurser avsätts på landstingsnivå. Det kan gälla såväl primärpreventiva studier av stora oselekerade patientmaterial, behandlingsforskning för t.ex. äldre patienter med många diagnoser eller effekterna av olika samarbets- och organisationsformer i närsjukvården.

4.7 Tre exempel

Nedanstående figurer visar grunddragen i Hallands, Stockholms och Västmanlands ersättningssystem. Inget av landstingen har en diagnos- eller socioekonomisk viktad vårdpeng. I alla landstingen är vårdpengen istället differentierad på fyra ålderskategorier. Västmanland och Stockholm har bonus och viten för bristande måluppfyllelse på 2-3 % av utbetald vårdpeng. Halland har ett avdrag för de vårdgivare som inte fångar upp en tillräckligt stor andel av sina patienters besök i öppenvården. I nuläget uppgår detta avdrag till i genomsnitt ca 10 %.

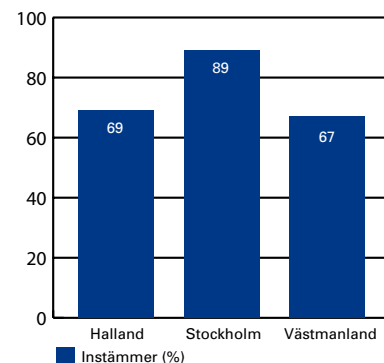


I Stockholm är en stor del av ersättningen grundad på besök och yrkeskategori. I Västmanland får vårdgivaren bara patientavgiften och besöksersättning för de patientbesök andra vårdgivare (eller andra landsting) har kostnadsansvaret för. Samma regler gäller i Halland men där tillkommer besöksavdraget vid för låg täckningsgrad. Inget av de tre landstingen har delat upp besöksersättningen på korta akuta besök och längre ofta planerade besök. Däremot har alla särskild ersättning för besök som kräver tolk. För en hel del tilläggsuppdrag, såsom AT- och ST-utbildning utgår en i förväg fastställd ersättning.

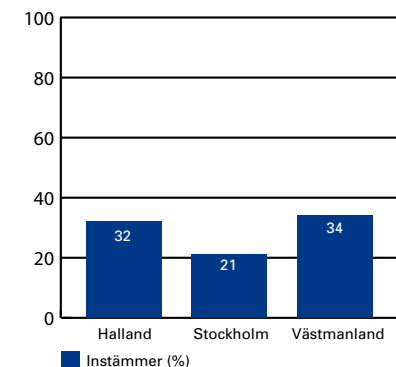
4.8 Vad anser de verksamma läkarna?

Läkarförbundets undersökning bland de verksamma läkarna bekräftar i stora drag den analys av ersättningssystemen som redovisats i detta kapitel. En rimlig hypotes är t.ex. att läkarna i Stockholm anser att korta besök premieras för mycket och att man där har svårare att prioritera patienter med stora och kroniska vårdbehov. Besöksersättningssystemet i Stockholm gör ju inte någon skillnad på korta och långa besök.

Figur 9. Många korta besök premieras för mycket



Figur 10. Ersättningssystemet premierar hälsofrämjande arbetssätt



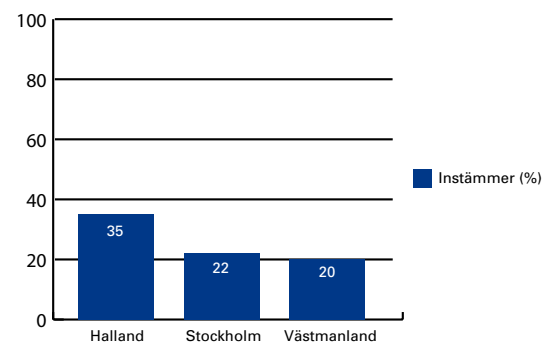
Även i Halland och Västmanland borde detta påstående kunna få instämmanden eftersom kostnaderna för vårdkrävande patienter slår igenom starkt på det ekonomiska resultatet, när den rörliga ersättningen är låg. Detta motvägs dock till dels av det faktum att vårdpengen för de allra äldsta är högt satt, 8000 kr respektive 7000 kr per år jämfört med Stockholms 1500 kr.

Lite märkligt är att läkarna inte anser att ersättningssystemet premierar ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt i Västmanland och Halland. I dessa landsting har ju vårdgivarna fått mycket starka ekonomiska motiv för att arbeta förebyggande. För Hallands del kanske förklaringen ligger i det högt satta målet om täckningsgrad tillsammans med den hårdare konkurrensen. Invånarnas krav på korta väntetider kan göra att läkarna känner sig tvungna att arbeta mer kortsiktigt med många korta besök. I Västmanland, där man inte har täckningsgradsmålet ser ju värdena lite bättre ut. Föregående diagram visar dock att även västmanlänningarna tycker att de korta besöken premieras för mycket.

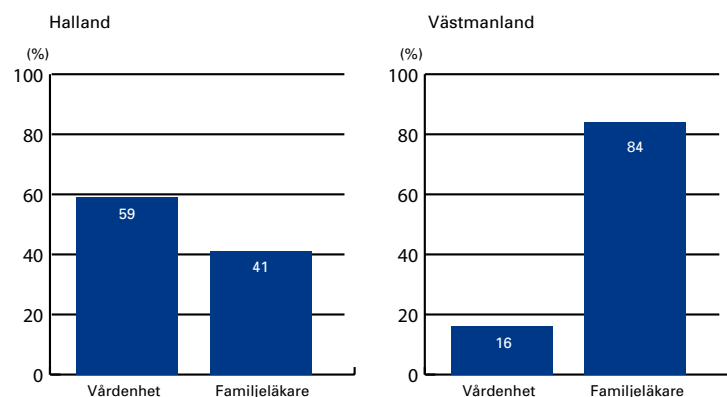
Varken Västmanland, Halland eller Stockholm följer upp vårdgivarnas fortbildningsinsatser systematiskt. Bäst information får man i den vårdkatalog som

ges ut på nätet och där vårdgivarna själva beskriver sin verksamhet i en vårdkatalog. I exempelvis Halland är det vanligt att personalsammansättning och tillgången på andra läkarspecialister beskrivs relativt utförligt. Eftersom vårdgivarna inte tvingas redovisa den tid som avsatt för extern och intern fortbildning och invånarna inte heller får någon kvalitetssäkrad information om detta är det rimligt att anta att ganska få läkare – i samtliga landsting – tycker att utrymmet för professionell kompetensutveckling förbättrats. Till detta kan vi lägga de nya ersättningssystemens inverkan (se avsnitt 4.3). I Stockholm borde ersättningssystemets starka betoning på tillgänglighet innebära att mindre tid än tidigare kan avsättas för fortbildning. Som framgår av nedanstående diagram ges ett mycket lågt betyg i samtliga landsting även om Hallandsläkarna ser något ljusare på möjligheterna i det nya vårdvalssystemet.

Figur 11. Bättre möjligheter till professionell utveckling



Figur 12. Ska invånarna välja vårdenhet eller familjeläkare i första hand?



Av de läkare som är positiva till vårdvalsreformen är det många som anser att vårdvalet borde ske direkt på läkare i stället för på vårdenhet. Totalt 58 % anser detta. Som framgår ovan är bilden dock inte entydig. Bland läkare i Halland finns en övervikt för dem som tycker att vårdvalet i första hand ska gälla vårdenhet. I Västmanland är det tvärtom, en kompakt majoritet tycker att det ska gälla enskild läkare. I Stockholm (och Halland) är det främst kvinnliga läkare och de äldre läkarna som tycker att invånarna i första hand ska välja vårdenhet.

Slutsatser i korthet

- För att invånarna ska uppleva det aktiva vårdvalets betydelse och att deras ställning stärkts bör vårdpengen utformas så enkelt och synligt som möjligt. Vill politikerna ha en mer aktiv roll i styrningen bör istället ett differentierat och prestationsbaserat ersättningssystem skapas.
- Ersättningssystemet bör i första hand kopplas till godkänd vårdenhet. Medarbetarna på enheten arbetar då under gemensam ekonomi vilket borgar för ett effektivt resursutnyttjande. När invånarna valt enhet ska de ges tillfälle att välja sin personliga läkare. Läkarnas ansvar för sina patienter är centralt liksom ansvaret och inflytandet över den egna listan.
- Politisk styrning av nya etableringar är inte förenligt med kravet på fri konkurrens i ett vårdvalssystem. För att vårdgivarna ska etablera sig på de platser som saknar läkare måste den fasta vårdpengen hållas hög och vara vårdenhetens största inkomstkälla.
- Mycket talar för att den fasta vårdpengen bör vara hög. Med hög vårdpeng menar vi att den bör täcka minst 70 procent av vårdgivarnas normala kostnader.
- För att inte invånare med stora vårdbehov ska komma i kläm måste vårdpengen spegla förväntad vårdtyngd. Bäst är att relatera den till invånarnas ålder och till socioekonomi. Innan vårdpengen relateras till diagnoser bör landstingen avvakta resultaten från de försök som inleddes 2009.
- För att skapa rimliga förutsättningar i vårdtunga områden bör vårdpengen kompletteras med tolk- och besöksersättning. Landstingen bör eftersträva en uppdelning i normala och komplicerade längre besök (över 40 min). Ersättningen för de komplicerade besöken sätts så de kompenserar för det inkomstbortfall som annars uppstår.
- Med de nya vårdvalsmodellerna ges ett utmärkt tillfälle att stimulera den kliniska forskningen i närsjukvården. Mer forskningsresurser bör därför avsättas.

5. Kvalitet och uppföljning

Oavsett vilken världsmodell som införs i landstingen kommer det – i linje med de senaste årens utveckling, se nedan – att vara stort fokus på verksamhetens kvalitet och utvecklingen av uppföljningssystem. Framför allt kommer den politiska ledningen/finansiären att efterfråga en mängd data kring vårdkvaliteten ur ett styrperspektiv. Skälet är främst att världsmodeller tydliggör politikernas roll som befolkningsföreträdare och ägare av systemet – och som sådan kommer de snabbt tvingas vidta åtgärder vid signaler på missförhållanden. Invånarna, som nu mer inträder i rollen av konsumenter, kommer också att efterfråga information kring kvaliteten vid val av vårdgivare. Likaså kommer vårdgivarna och de professionella yrkesutövarna efterfråga information kring den medicinska kvaliteten och servicekvaliteten vid den egna enheten. Hur dessa resultat står sig i förhållande till konkurrerande vårdgivare kommer också vara av stort intresse.

Vad är då kvalitet? Den internationellt vedertagna definition som Socialstyrelsen använder är *alla sammantagna egenskaper hos ett objekt eller en företeelse som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade och underförstådda behov* (SS-ISO 8402, 1994) – något som även kan formuleras som att rätt saker görs på rätt sätt. Begreppet vårdkvalitet kan därmed sägas vara ett uttryck för i vad mån vården är i överensstämmelse med uttalade eller underförstådda krav eller mål för vad som anses vara god vård.

Den moderna synen på kvalitet inom svensk hälso- och sjukvård uppstod i slutet av 1980-talet. Man arbetade naturligtvis med kvalitetsfrågor i vården innan dess – men det skedde utan större samordning och i huvudsak inom kollegiets domäner. Det som väckte en mer systematisk ambition var de ekonomiska neddragningarna under 80-talets senare del, då farhågor uppstod om att vården skulle försämrats. Även de nya styrmodeller som infördes inom landstingen i början av 90-talet med beställare och utförare bidrog till ett ökat intresse för kvalitetsuppföljningar.

De senaste 20 årens arbete med att utveckla kvalitetsuppföljningar har bedrivits i en rad olika projekt och sammanhang på såväl lokal som nationell nivå. Hit hör bl.a. utvecklingen av de nationella kvalitetsregistren. Det finns för närvarande ett 60-tal nationella register som innehåller individbundna data om diagnoser, åtgärder och utfall. Dessa beskriver emellertid inte den vård som bedrivs inom primärvården. Här är utvecklingsbehovet stort och kräver omfattande investeringar i bl a klassifikationer och rapporteringssystem. Socialstyrelsen har upp-

märksammat detta och insatserna har nu intensifieras för att få fram till en löpande redovisning av primärvårdsindikatorer. Målet är bl.a. att lägga grunden för öppna jämförelser mellan vårdgivare i framtidens världsmodell. På så vis blir också hela primärvården mer öppen för allmän insyn och debatt. Genom den ökade insynen hoppas man skapa ett ”ömvandlingstryck” som komplement till övriga styr signaler inom vårdorganisationen.

5.1 Vad behöver följas upp i en världsmodell?

Sjukvårdens kvalitet delas ofta in i tre nivåer: struktur, process och resultat. Strukturkvalitet avser kvaliteten på organisationen och förutsättningarna att bedriva en god vård. Det handlar bl.a. om tillgången till kompetent personal liksom funktionella lokaler och bra utrustning. *Processkvalitet* avser i sin tur egenskaperna hos de åtgärder och prestationer som utförs – om de görs på rätt sätt avseende exempelvis rutiner, indikationer och bemötande. Resultatkvalitet är slutligen vårdprocessens inverkan på patienternas välbefinnande, dvs. utfallet i både medicinsk (objektiv) och livskvalitetsrelaterad (subjektiv) mening.

Mellan dessa kvalitetsnivåer finns ett logiskt samband. Resultatmått är endast relevanta så länge de speglar effekterna av vårdinsatserna – och kvaliteten på vårdinsatserna är naturligtvis i sin tur beroende av de organisatoriska förutsättningarna. Läkarförbundet menar därför att uppföljningssystemen i en världsmodell måste ta hänsyn till samtliga tre kvalitetsnivåer.

Ett uppföljningssystem består rimligen av x antal mål med tillhörande indikatorer som ska spegla måloppfyllelse. När det gäller vilka mål som bör knytas till respektive kvalitetsnivå i uppföljningssystemet, menar förbundet att de initialt bör inriktas mot de stora bristområdena inom svensk sjukvård och primärvården i synnerhet. Detta kräver dock att en nationell satsning görs för att utveckla de indikatorer som i dag saknas. För att lyckas krävs både att resurser avsätts och ett nära samarbete inleds med Svensk förening för allmänmedicin.

Mål för strukturkvalitet

Uppföljningssystemet bör ha mål inklusive indikatorer för *tillgängligheten* när det gäller de patienter som har behov av vårdgivarnas tjänster.

Tillgängligheten i primärvården är en given kvalitetsfråga. Med tillgänglighet avses att den som vänder sig till primärvården snarast ska få en bedömning av sitt medicinska hälsotillstånd. Detta gäller även de som har behov av hemb-

sök. Vidare innebär det att patienten inom rimlig tid ska få nödvändig vård och omsorg. En ytterligare dimension är att ingen ska behöva avstå från vården av ekonomiska skäl – eller på grund av geografiska avstånd. Det finns sedan lång tid brister i alla dessa avseenden av tillgängligheten inom svensk hälso- och sjukvård. Framför allt är väntetiderna på många håll oacceptabelt långa.

Till strukturkvaliteten hör också *antalet listade invånare per läkare* vid vårdenheter.

Sedan 1970-talet har man inom svensk primärvård diskuterat normtal för hur många listade invånare en allmänläkare klarar med rimlig arbetsbörda och utan att patientsäkerheten hotas. Den siffra som etablerats genom åren är en allmänläkare per 1 500 invånare i en normalpopulation avseende ålder, sjukdomar och socioekonomiska förhållanden. Även om antalet listade i praktiken måste få variera efter vårdtyngd i population, säger det naturligtvis en del ur kvalitetssynpunkt om en läkare har 3 000 invånare eller 1 500 invånare på sin lista. Inte minst ger det en bild om vilket utrymme läkaren i fråga har att fullgöra sitt uppdrag.

Ett uppföljningssystem bör vidare fånga den *professionella kompetensen*. Fördelningen mellan specialister i allmänmedicin och ST-läkare vid respektive enhet är ett viktigt mått. Vidare bör antalet utbildningsdagar per år och läkare redovisas. Fortbildningsdagarna är en god indikator på att enheterna inte efterätter kompetenskrav och tillägnar sig bästa praxis i takt med att nya behandlingsmetoder utvecklas och sprids. Läkarförbundets årliga uppföljning av läkares fortbildning visar att allmänläkare i snitt har 6 dagar per år. Läkarförbundet har som mål att den externa fortbildningen ska uppgå till 10 dagar per år samt fyra timmar internutbildning/egna studier per vecka.

Till strukturkvaliteten hör även *tillgången till informationsstöd* vid vårdenheter. Information är nyckeln till en säker och kostnadseffektiv behandling av patienten. Detta gäller inte minst läkemedel. Med modern IT-teknik kan information om läkemedelsbehandling och tillhörande beslutsstöd integreras i vården för att stödja patient-läkarmötet och en patientspecifik dosering. I dag saknar ofta patienter och läkare överblick över aktuella läkemedelsordinationer – liksom skäl och mål för dessa – i förskrivningsögonblicket. Det finns även brister i tillgången till information om möjligheter och risker med ett visst läkemedel liksom indikationer, dosering, effekter och bieffekter m.m.

Mål för processkvalitet

När det gäller processkvaliteten bör uppföljningssystemet framför allt ha mål och indikatorer som rör *förskrivning av läkemedel* på vårdenhetsnivå.

Läkemedelsbehandling är ett område inom svensk sjukvård som har stor förbättringspotential. Till viss del är detta – som omnämns ovan – en fråga om bättre informationsstöd till förskrivaren. Mer tid måste finnas för en bra information och diskussion om läkemedel som ska förskrivas. Bättre rutiner för överföring av information mellan olika vårdnivåer måste skapas och en journal som följer patienten måste införas vilket förbättrar uppföljningen av behandlingen. Det är också viktigt att man följer och har tillgång till nationella och regionala råd/riktlinjer.

I processkvaliteten ingår också att fånga upp mer ”mjuka” variabler kring vårdenheternas *bemötande och kontinuitet*. Till viss del ska naturligtvis invånarnas val och omval av vårdgivare ge signaler kring detta. Som komplement bör det dock göras regelbundna undersökningar av brukarnas attityder till den vård som bedrivs.

Mål för resultat kvalitet

Att ha mål och indikatorer för *behandlingsresultaten* är självklart i ett uppföljningssystem. En reservation är dock att vår kunskap om kopplingen mellan process och resultat ofta är begränsad. Det är många gånger svårt att med säkerhet tillskriva patienters välbefinnande till en specifik vårdenhets åtgärder. Tolkningen av resultatsiffrorna måste därför alltid ske med viss försiktighet.

Idag förekommer, i både införda och planerade vårdvalsmodeller, ett antal otillräckliga parametrar som ska inrapporteras. Det kan t.ex. vara HbA1c och blodtryck. Dessa kan inte ensamma ligga till grund för öppen information till patienterna om var de kan få kvalitativ god vård. De bör därför inte heller användas som bas för bonus eller avdrag på vårdpengen.

5.2 Uppföljningens begränsningar

Alla uppföljningsmått har sina begränsningar. Måtten är oftast bara en indikation om att något förhåller sig på ett visst sätt – de ger aldrig den sanna eller den hela bilden.

Uppföljningssystem som bygger på inrapporterad data kan påverkas av vårdgivarna. Om resultaten har stor betydelse för vårdgivarnas inkomster uppstår

därför lätt en misstro om hur andra vårdgivare rapporterar. Gäller det mätning av någon företeelse vid en viss tidpunkt lägger vårdgivare då gärna allt annat åt sidan. Konsekvensen blir en negativ ”trade off” där användbarheten av uppföljning som ett övergripande styr- och planeringsinstrument urholkas. Detta är något som är svårt att komma åt fullt ut. Eftersom kvalitetsmåten i dag är behäftade med sådana risker anser vi att man bör vänta med att koppla dem till de ersättningar som betalas ut eller andra typer av sanktioner. Av samma skäl bör den öppna redovisningen framför allt hålla sig till de nationella indikatorerna för struktur- och processkvalitet som socialstyrelsen arbetar med att få fram. Tidigare nämnda svårigheter att koppla det medicinska utfallet till vissa specifika vårdinsatser är skäl till att landstingen bör undvika mått kring resultat kvaliteten i den öppna redovisningen.

Landstingen bör även ha i åtanke att uppföljningssystem kan ha negativ inverkan på vården om de blir allt för omfattande och byråkratiska. Att tvingas inrapportera kvalitetsdata i tid och otid ger mindre tid för patientarbetet och i förlängningen sämre arbetsmiljö för de som arbetar vid vårdenheterna. Hela 96 procent av allmänläkarna i Stockholm och Västmanland anser att regelverket redan idag leder till för mycket administration och redovisningskrav. I Halland instämmer 88 procent i ett sådant påstående. Det är uppenbart att it-lösningar måste utvecklas som gör att inrapporteringar kan ske med automatik eller åtminstone med så liten läkartid avsatt som möjligt.

5.3 Tillsyn av verksamheten

Parallellt med att Socialstyrelsen utvecklar en uppföljning med relevanta kvalitetsindikatorer för öppen redovisning behövs en oberoende nationell organisation som regelbundet inspekterar vårdgivarna. Vi bedömer att denna tillsyn knappast är en uppgift för landstingen.

De personer som får ansvaret att genomföra inspektionerna i den framtida primärvården måste ha hög kompetens liksom vårdgivarnas och allmänhetens förtroende. Att intervjua personal, patienter och anhöriga ingår som en naturlig del. Resultaten bör återrapporteras till de vårdgivare som bedömts och även redovisas öppet för allmänheten.

Slutsatser i korthet

- För vårdgivarnas *interna* behov av jämförelser behöver vissa indikatorer för struktur-, process- och resultat kvalitet följas upp. Dessa rör tillgänglighet, antal invånare per läkare, tid som avsätts för fortbildning, tillgången till IT-stöd, förskrivningsmönster, brukarattityder och vissa behandlingsresultat.
- Den *öppna* redovisningen bör initialt inrikta måtten mot tillgänglighet, antal invånare per läkare, vårdgivarnas satsning på fortbildning samt bemötande/kontinuitet. När välfungerande kvalitativa mått tagits fram för primärvården kan även dessa användas. Landstingen bör använda sig av de mått som Socialstyrelsen tar fram i samarbete med läkarprofessionen.
- Uppföljningsmått har alltid begränsat förklaringsvärde och kan dessutom påverkas av vårdgivarnas inrapportering. Landstingen bör därför undvika att koppla dem till de ersättningar som betalas ut eller till andra sanktioner.
- Uppföljningens värde måste alltid vägas mot den tid rapporteringen kräver. Inrapporteringen av kvalitetsdata ger mindre tid för patientarbetet och upplevs av medarbetarna ofta leda till felprioriteringar.
- Parallellt med kvalitetsindikatorer för öppen redovisning behövs en oberoende nationell organisation som regelbundet inspekterar vårdgivarna i vårdvalssystemen. Resultaten återrapporteras till berörda vårdgivare och redovisas öppet för brukarna.

6. Läkarförbundets vårdvalsmodell

Vårdvalstanken är i grunden enkel, varje invånare väljer själv sin läkare och sin vårdgivare. Invånaren ges ett ökat inflytande över sin vård samtidigt som den ökade konkurrensen stimulerar mångfald och ökad kvalitet. Med fri etablering, inom ramen för ett valfrihetssystem, ökar dessutom antalet alternativ på sikt. Det är dock viktigt att vårdvalsreformen kombineras med en resursförstärkning till primärvården, annars kan förändringen leda till kvalitetsförsämringar.

Det största problemet med dagens primärvård är bristen på allmänläkare. För att primärvården ska ha ett stort förtroende hos medborgarna och leva upp till att vara första linjens vård, måste den bli mer tillgänglig och erbjuda en god kontinuitet för patienterna. Med en väl utformad vårdvalsmodell finns det stora möjligheter att primärvården blir ett attraktivt arbetsområde. En väl utformad modell ger goda möjligheter för läkare till utveckling, autonomi och entreprenörskap. Här finns en stor potential för läkare att tillsammans med övriga medarbetare utveckla den svenska primärvården.

För vårdvalssystemets trovärdighet och funktion måste regler, mål och ersättningar vara rimligt stabila och konkurrensneutrala. Det finns dock alltid risk för oönskade effekter. Därför kommer det med stor sannolikhet att finnas ett kontinuerligt behov av att justera de ingående komponenterna. En stor fördel är om de politiska blocken är överens om förändringarna.

Spelreglerna i en vårdvalsmodell måste också vara förankrade och rimligt accepterade av professionen. Läkarförbundet har därför tillfrågat närmare 1000 läkare i Stockholm, Halland och Västmanland om deras erfarenheter av dagens vårdvalsmodeller.

På basen av ovanstående föreslår Läkarförbundet följande riktlinjer för en vårdvalsmodell:

Uppdragets omfattning och finansiering

- Ur patientens perspektiv är det mycket som talar för att vårdgivarnas uppdrag bör vara brett. Svenska allmänläkare har en bred kompetens och bör därför kunna leda ett omfattande uppdrag. Det bör anges vilka andra kompetenser som vårdgivaren ska tillhandahålla. Det avgörande för framgång är dock att uppdragets yttre gränser fastställs och att tillräckligt med resurser avsätts.
- För att kunna ge god vård måste vårdpengsbeloppen baseras på allmänläkaruppdragets kostnader fördelat på 1500 invånare. Jämfört med dagens 2 000 invånare per allmänläkare behövs således en väsentlig resursförstärkning för läkarinsatsen. Beroende på uppdragets omfattning tillkommer pålägg för t.ex. BHV, MHV, sjukgymnastik, läkemedel och medicinsk service samt för eventuellt ytterligare behandlings- och kostnadsansvar som läggs på vårdgivaren.
- Om kostnadsansvaret för läkemedel och medicinsk service decentraliseras måste ansvaret begränsas till en del av totalkostnaden. Ett delat ansvar mellan uppdragsgivare och utförare bidrar troligen till en rimlig återhållsamhet med de dyraste undersökningarna och behandlingarna.
- Vårdenheten bör ha ett patientansvar dygnet runt. Vid de tider som vårdenheten inte är öppen ska de invånare som är listade vid enheten veta vart de ska vända sig vid akut behov. Vårdenhetens jouråtagande innebär ett ansvar för att patienter har tillgång till primärvård även utanför vårdenhetens ordinarie öppettider. Jouransvaret kan utföras i samverkan med andra vårdenheter inom fastställda jourområden.
- Vid sidan om grunduppdraget kan vårdgivarna åta sig särskilda tilläggsuppdrag. Att bedriva AT- och ST-utbildning bör anförtros de vårdgivare som är SPUR-inspekterade och uppfyller Socialstyrelsens utbildningsföreskrifter. ST-läkare bör erbjudas tillsvidareanställning hos den godkända vårdgivare som rekryterat läkaren. Landstingen bör dock ge en utbildningsgaranti på sju år om vårdgivaren inte kan fullfölja uppdraget. När det gäller AT och grundutbildningens vårdcentralförlagda delar menar vi att vårdgivarna bör ha en skyldighet att ta emot de studerande.

Utformning av regler och mål

- Regelverket bör minimeras till förmån för tillit och uppföljning. Landstingens roll bör begränsas till att ange vad som ska utföras. Hur det ska utföras bör överlämnas till vårdgivaren. Den professionella autonomin måste värnas.
- Med en allmän beskrivning av uppdragets innehåll och ett tydligt mål för hur stor andel av invånarnas kontakter med den öppna vården som vårdgivaren förväntas tillgodose får vårdgivarna stor frihet att själva organisera sitt arbete. Detaljerade mål eller regler skapar ofta mer frågor än svar.
- För att godkännas för vårdvalets grunduppdrag krävs att vårdgivaren har specialistkompetens i allmänmedicin. Annan specialist kan komma ifråga förutsatt att denne har säkerställd kompetens för uppdraget.
- Vårdgivaren ska erbjuda allmänläkarkompetens i tillräcklig omfattning för uppdragets utförande men kan därutöver komplettera utbudet med läkare med annan specialistkompetens. Även dessa läkare kan vara fast läkarkontakt (listningsbara) förutsatt att de har säkerställd kompetens för helhetsansvaret och om patienten gör ett aktivt val. Även ST läkare ska anförtros sin egen patientlista under senare delen av sin utbildningstjänst, åtminstone under det sista året.
- De invånarna som inte själva gör ett aktivt val bör anslutas passivt till en vårdgivare, antingen till den de mest frekvent besökt under året (åren) eller enligt närhetsprincipen.
- Den meddelarfrihet som gäller i den offentliga vården utgör en mycket viktig del av de anställdas rättigheter. I ett vårdvalssystem bör denna rättighet även gälla de privatanställda.
- Landstingen bör inte föra in regler om anställningsvillkor i vårdvalssystemet. I stället bör alla vårdgivare uppmärksammas på fördelarna med att teckna kollektivavtal.

Ersättningssystemets utformning

- Den fasta vårdpengen bör vara hög. Med hög vårdpeng menar vi att den bör täcka minst 70 procent av vårdgivarnas normala kostnader.
- För att inte invånare med stora vårdbehov ska missgynnas måste vård-

pengen spegla förväntad vårdtyngd. Bäst är att relatera den till invånarnas ålder och till socioekonomi. Innan vårdpengen relateras till diagnoser bör landstingen avvakta resultaten från de försök som inleddes 2009.

- Behovet av att relatera ersättningen till diagnoser minskar om den åldersrelaterade vårdpengen kompletteras med besöksersättning och tolkersättning. Landstingen bör eftersträva en uppdelning i normala och komplicerade besök (>40min).
- Den vårdgivare som tillgodoser en hög andel av de listade invånarnas vårdkontakter i öppenvården bör belönas. Vad som skall räknas som högt beror på uppdragets omfattning, vårdpengens storlek och närheten till sjukhusvård.
- Ersättningssystemet bör kopplas till den godkända vårdenheten. När invånarna valt enhet ska de ges tillfälle att välja sin personliga läkare. Läkarnas ansvar för sina patienter är centralt liksom ansvaret och inflytandet över den egna listan.
- En särskild ersättning för glest befolkningsunderlag krävs i många län.
- Momskompensation på utbetald ersättning bör lämnas till privata vårdgivare.

Uppföljningens utformning

- Uppföljningens värde måste alltid vägas mot den tid rapporteringen kräver. Inrapporteringen av kvalitetsdata ger mindre tid för patientarbetet och upplevs ofta av medarbetarna leda till felprioriteringar.
- Istället för omfattande redovisningskrav kan det vara av värde med en oberoende och regelbunden inspektion av vårdgivarna i vårdvalssystemen. Resultaten återspeglaras till berörda vårdgivare och redovisas öppet för brukarna. Ansvaret för denna inspektionsverksamhet bör läggas på en nationell och från landstingen fristående organisation.
- För vårdgivarnas *interna* behov av jämförelser behövs dock vissa indikatorer som rör tillgänglighet, antal invånare per läkare, tid som avsätts för fortbildning, tillgången till IT-stöd, förskrivningsmönster, brukarattityder och vissa behandlingsresultat.

- Resultaten i kvalitetsuppföljningen bör inte kopplas till ersättningssystemet förrän nationella och accepterade mått utvecklats tillsammans med professionen.
- Den *öppna* redovisningen bör initialt inrikta måtten mot tillgänglighet, antal invånare per läkare, vårdgivarnas satsning på fortbildning samt bemötande/kontinuitet. När välfungerande kvalitativa mått tagits fram för primärvården kan även dessa användas. Landstingen bör använda sig av de mått som Socialstyrelsen tar fram i samarbete med läkarprofessionen.