

VÅRDVAL SVERIGE

HUR SKRIVER VI ETT RECEPT
FÖR FRAMGÅNG?

Mathias Knutsson & Linda Wahlquist

www.timbro.se/innehall/?isbn=9175667119&flik=4

2009.05.28

TIMBRO

Copyright © Timbro 2009

ISBN 978-91-7566-711-9

info@timbro.se, www.timbro.se

INNEHÅLL

Förord	5
<i>1. Vårdval i närsjukvården – ett nytt tänkesätt för en ny tid</i>	7
Vårdval i Sverige	8
Vårdval Halland	9
Vårdval Stockholm	11
Hälsoval Skåne	12
Vårdval Blekinge	14
Vårdval Västra Götaland	15
De olika modellerna – skillnader och likheter	15
<i>2. Vägval för Vårdval</i>	17
Den politiska resan mot framtidens närsjukvård	17
I vårdvalet och kvalet – invändningar och frågeställningar	20
<i>3. Vårdval– hur skriver vi ett recept för framgång?</i>	27
Vårdens akilleshäls behöver mer än en rejäl omplåstring	27
Målstyrning och kvalitetsarbete i Vårdval Halland	28
Släpp entreprenörerna loss, det är vårdval!	30
Medarbetarna – vilket blir deras nästa steg?	33
<i>4. Vårdvalet och framtida vägval</i>	35
Vårdvalet ska passera många vägskäl	36
Vårdvalet är bara början på en ny tid	36
Ordlista	40
Noter	41

FÖRORD

Från och med januari nästa år ges patienter i hela Sverige rätten att fritt välja vårdgivare inom primärvården. Det som kan verka självklart för oss medborgare i ett modernt välfärdsland har dock suttit långt inne hos många politiker. Till viss del har motståndet betingats av ideologi. Men en del av frågetecknen som kan finnas hos förtroendevalda i landsting och regioner handlar också om rent praktiska beslut och överväganden kring genomförandet: hur gör man och vad måste man tänka på?

Föreliggande rapport kan ses som något av en handbok för ansvariga politiker i landsting och regioner runt om i vårt land, vilka nu ska transformera lagens paragraf till konkret verklighet för människor. Här ges en genomgång av de vårdvalsmodeller som, redan innan det nationella obligatoriet kom till, genomförts eller beslutats på frivillig väg i vissa landsting/regioner. Vad har de gemensamt? Vilka skillnader finns i överväganden och praktiska lösningar? Vilka erfarenheter kan så här långt dras av de valfrihetssystem som finns eller redan har beslutats i Stockholm, Halland, Skåne, Blekinge och Västra Götaland? Vad kan sjukvårdspolitiker i övriga delar av landet lära sig inför alla de beslut som nu måste fattas för att vårdvalet ska bli verklighet? Dessa frågor reds ut och besvaras här. Ersättningsmodeller, målstyrning och kvalitetsarbete analyseras från ett politiskt perspektiv, och flera ansvariga beslutsfattare kommer själva till tals. Dessutom görs några nedslag hos privata entreprenörer som i dag lever och verkar i valfrihet.

Syftet med rapporten är att den ska inspirera och vägleda i vårdvalets genomförande. Rapporten har författats av två personer som själva har praktisk erfarenhet på området.

Mathias Knutsson arbetar som näringslivschef i Örkelljunga kommun och är fritidspolitiker (C) i Region Skåne och Kristianstads kommun. Han är utbildad vid Handelshögskolan i Stockholm och har haft flera förtroendeuppdrag inom Centerpartiet på lokal, regional och nationell nivå. För den som vill veta mer om Mathias och hans politiska verksamhet går det bra

att följa hans blogg på <<http://mathiasknutsson.blogspot.com/>>.

Linda Wahlquist är fil kand i statsvetenskap och har varit politiskt aktiv (M) sedan mitten av 1990-talet. I dag är hon ledamot av regionfullmäktige för Region Skåne och ordförande i kultur- och fritidsnämnden i Lomma kommun. Hon bor i Bjärred, där hon verkar som egenföretagare inom konsult- och rekryteringsverksamhet. Linda har tidigare skrivit rapporten "Låt medborgaren bestämma! Kundvalssystem i Nacka kommun" för Timbros räkning (utgavs 2000).

Det är min förhoppning att Mathias och Lindas genomgång ska underlätta för alla beslutsfattare som nu har att leverera de praktiska förutsättningarna för en primärsjukvård på patienternas villkor.

Stockholm i maj 2009

Thomas Idergard

Programansvarig, Valfärd & Reformstrategi, Timbro

1. VÅRDVAL I NÄRSJUKVÅRDEN – ETT NYTT TÄNKESÄTT FÖR EN NY TID

Närsjukvården är basen i den svenska sjukvården och den bristande tillgängligheten är en akilleshäla i det svenska sjukvårdssystemet. För att första linjens sjukvård ska kunna vara ett förstahandsval måste vården vara nära invånarna, ha en god tillgänglighet, kontinuitet och trygghet. Kundval inom sjukvården och den nya ersättningsmodellen ger synergieffekter inom sjukvården och bidrar till att skapa incitament för bättre utnyttjande av kompetens och samverkan med andra aktörer.

Införandet av ett vårdvals- och kundvalssystem inom närsjukvården skapar förutsättningar för en väl fungerande marknad inom hälso- och sjukvården. Nu öppnas möjligheter för driftiga vårdentreprenörer att agera på en stor och viktig marknad inom vårdsektorn.

I vårdvalet sätts begrepp som tillgänglighet, kvalitet och upplevd patientnytta i fokus i stället för vårdenheternas produktionskapacitet. Vårdval ger invånarna rätten att fritt välja vårdenhet utifrån personliga preferenser och önskemål. Den valda vårdgivaren får både uppdraget och det ekonomiska ansvaret för vårddagarens behov av närsjukvård. Medborgarna väljer inte läkare utan en vårdenhet. När man väljer en av landstingets ackrediterade vårdenheter så godkänner man även att hälso- och sjukvårdspeng går till den valda enheten. Är man inte nöjd med sin vårdgivare har man rätt att byta, och då flyttar hälso- och sjukvårdspeng med.

MÅL OCH PRINCIPER FÖR VÅRDVAL I NÄRSJUKVÅRDEN¹

- * Tydligt fokus på patientresultat i stället för vårdproduktion
- * Ökad mångfald av vårdgivare och valfrihet för patienterna
- * Kvalitetskonkurrens i stället för priskonkurrens
- * En åldersviktad ersättning per patient – vårdpeng – som följer med invånarens val
- * Den valda vårdenheten får ansvar för patientens närsjukvårdsbehov
- * Ökad valfrihet för vårdenheterna och deras medarbetare att själva utforma vården
- * Tydliga kvalitetskrav, transparent styrning och mätbara mål
- * Invånarnas vårdpeng går direkt till den valda enheten
- * Utbudet av tjänster och kompetenser förväntas öka inom närsjukvården
- * Konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata vårdgivare

Vårdval i Sverige

Den 25 februari 2009 röstade riksdagen igenom reformen *Vårdval i primärvården*.² Den innebär att landstingen från 1 januari 2010 är skyldiga att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven har rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

Enligt regeringens och riksdagens bedömning är en regional vårdvalsmodell, där landstinget anger en kravspecifikation för vårdgivarna, den modell som bäst balanserar patienternas, utförarnas och landstingens intressen. Den nya lagen innebär att det blir möjligt för fler privata vårdgivare att etablera sig. Lagen förstärker patientmakten och valmöjligheterna, eftersom ersättningen följer patienternas val.

Regeringen konstaterar att det ännu saknas vårdvalssystem i många landsting och anser därför att det är motiverat med lagstiftning om obligatoriska vårdvalssystem för att få i gång utvecklingen i alla landsting. Samtidigt blir ingreppet i landstingens självstyrelse begränsat, då förslaget ger landstingen utrymme att utforma systemet efter sina förutsättningar.

Tillsammans med *lagen om valfrihetssystem* (LOV) lägger den fria etableringsrätten en bra grund för ökad valfrihet och mångfald. Med stöd i LOV kan valfrihetslösningar utvecklas på flera områden. Enligt regeringen är det en fördel att förslaget kan genomföras på relativt kort tid, då det inte medför några förändringar i ansvaret mellan stat och landsting.

Lagen om valfrihetssystem trädde i kraft 1 januari 2009, och reglerar vad som gäller för kommuner och landsting som vill konkurrenspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren/patienten. Valfrihetssystem enligt den nya lagen är ett alternativ till upphandling enligt *lagen om offentlig upphandling*, LOU. Kommuner och landsting har möjlighet att genom avtal reglera förutsättningarna för valfrihetssystemet. Alla leverantörer som ansöker om att få vara med och som uppfyller de fastställda kraven godkänns, varefter kontrakt tecknas. Den nya lagen bygger på att det inte förekommer någon priskonkurrens mellan leverantörerna. Därmed kan enskilda välja den leverantör som uppfattas tillhandahålla den bästa kvaliteten.

Vårdval Halland

Som första landsting i Sverige införde Landstinget i Halland en vårdvalsmodell i början av 2007. Vårdval Halland är en kundvalsmodell inom närsjukvården, som sätter hallänningarna i centrum genom möjlighet att fritt välja vårdenhet. Med Vårdval Halland vill landstinget bygga upp en närsjukvård som är patientens stöd, samordnare och lots inom all hälso- och sjukvård.

I vårdvalet konkurrerar olika vårdgivare om medborgarna, och den vårdpeng som tilldelas varje person genererar kvalitetskonkurrens i stället för priskonkurrens. Vårdgivarna lever på sina egna meriter, och med det nya systemet kommer pengarna bokstavligen in genom dörren i form av patienten.

HALLANDSMODELLEN BYGGER PÅ ATT:

- * Invånarna väljer fritt sin vårdenhet.
- * Etablering av en vårdenhet kräver ackreditering och överenskommelse med landstinget.
- * Ersättningen är enhetlig för alla vårdenheter.
- * Ersättningen för åtagandet inom närsjukvård följer med varje invånare som valt vårdenheten. Den utgörs av en hälso- och sjukvårdspeng som är målrelaterad.
- * Målen är till för att säkra att invånarna får den hälso- och sjukvård som är beslutad av landstingsfullmäktige.
- * Ackrediterade enheter som har överenskommelse med landstinget kan, utöver åtagandet, ha särskilda uppdrag. Dessa ersätts separat – lika för alla utförare.³

Enligt samverkansavtal mellan Västra⁴ och Södra⁵ sjukvårdsregionen har hallänningarna rätt att välja vårdenhet utanför det egna landstinget, men inom sjukvårdsregionen. Ersättningen följer i dessa fall de avtal som ingåtts mellan huvudmännen.

HÖGRE KVALITET I FÖRSTA LINJENS SJUKVÅRD

I Halland strävar man efter att så långt som det är medicinskt relevant ge patienten vård i närområdet. Vårdvalet syftar till att bättre utnyttja vårdenheternas kompetens och stimulera till samverkan mellan olika aktörer i Halland. Hallänningarna får därigenom sin hälso- och sjukvård tryggad. Det är genom valet av vårdenhet som de godkänner att hälso- och sjukvårdspengen utbetalas till den valda vårdenheten, och att det är dit man i första hand ska vända sig. Om en vårdtagare inte är nöjd med utbud och kvalitet, eller av andra skäl vill byta vårdenhet, kan detta göras, dock maximalt fyra gånger per år. Vårdvalet i Halland är till för medborgare, vårdgivare och anställda och ger möjlighet att hitta nya vägar till samverkan mellan olika vårdgivare och aktörer.

ACKREDITERING

Innan en vårdenhet kan bedriva verksamhet måste den bli ackrediterad av Landstinget Halland. Detta för att säkerställa fullgod kvalitet och kompetens. För att få ackreditering måste vårdaktörer uppfylla landstingets ackrediteringskrav. Vårdgivarna kan ackreditera en eller flera vårdenheter.

När ackrediteringen är klar krävs en överenskommelse med landstinget. I den ingår en bedömning av etableringsbehovet, varvid geografiska hänsyn tas. Ackrediterade vårdenheter som har en överenskommelse med landstinget får en ersättning för sitt åtagande. Ersättningen utgörs av en vårdpeng som är målrelaterad, och det är landstingsfullmäktige som fastställer vårdpengens storlek. Om målen inte uppfylls reduceras beloppet. De ackrediterade vårdenheterna ska vara ett naturligt förstahandsval, och utöver den medicinska kompetensen ska vårdenheterna samordna informationen till invånarna, t ex om medicinsk kvalitet och tillgänglighet.

FAST VÅRDPENG OCH RÖRLIG ERSÄTTNING

Vårdpengen finansierar kostnader för de åtaganden som följer av att en invånare har valt vårdenheten. Den finansierar också kostnader för personal, utrustning, lokaler, inkontinenshjälpmedel, medicinsk service och röntgen. I betalningsansvaret ingår även besök hos läkare på andra vårdenheter (enligt lagen om läkarvårdsersättning⁶) och hos sjukgymnast (enligt lagen om ersättning för sjukgymnaster⁷). I Hallandsmodellen utgår inte besöksersättning utöver patientavgiften, och vårdpengen finansierar inte läkemedelskostnader. Vårdpengen är viktad efter invånarnas ålder, räknat från födelseår. Olika åldersintervall ger olika många poäng, och därmed en differentierad vårdpeng per invånare. Ersättningens storlek bestäms årligen, och för 2009 är summan 2 815 kronor per poäng.

ÅLDER	POÄNG	ERSÄTTNING PER INDIVID EXKL MOMSKOMPENSATION
0-6 år	2,1	5 911,50 kronor
7-64 år	0,6	1 689,00 kronor
65-79 år	2,0	5 630,00 kronor
80 år-	3,0	8 445,00 kronor

Vårdval Stockholm

Stockholms läns landsting införde Vårdval Stockholm vid årsskiftet 2007/2008. Syftet är att erbjuda invånarna större valfrihet och tillgänglighet inom närsjukvården. I likhet med övriga vårdvalsmodeller bygger Vårdval Stockholm på att vårdenheterna ackrediteras av landstinget och att vårdpengen därefter följer med patienten till den valda vårdgivaren.

Det finns dock två skillnader mellan Vårdval Stockholm och övriga vårdvalssystem. Den första är att Stockholms läns landsting har infört en fullständig etableringsfrihet utan geografiska restriktioner för de vårdgivare som deltar i vårdvalet. Den andra avgörande skillnaden är att ersättningen till vårdgivarna är uppdelad i en fast del, som bygger på antalet listade patienter, och i en rörlig, prestationsrelaterad del som styrs av hur väl vårdgivaren uppfyller sitt åtagande.

Närsjukvården i Stockholms läns landsting kännetecknades, redan innan vårdvalet infördes, av en mångfald vårdgivare och stor valfrihet för patienterna. Det stora utbudet av vårdgivare påverkade sannolikt införandet av Vårdval Stockholm, som skedde betydligt snabbare och var mer politiskt kontroversiellt än i övriga landsting. Den politiska processen har präglats av stora motsättningar eftersom Stockholmspolitiken generellt är mer ideologisk och polariserad än i övriga landet, och Socialdemokraterna på riksplanet framställer gärna Stockholm som borgerlighetens skyltfönster.

Stockholms läns landsting har gjort flera uppföljningar av Vårdval Stockholm som tydligt visar på ökad tillgänglighet och nöjda patienter. Den senaste uppföljningsrapporten för perioden januari–oktober 2008 presenterades i december 2008, och visar att vårdvalet har lett till att fler mottagningar etablerats, fler personer har fått träffa en husläkare och att antalet besök hos både läkare, sjuksköterskor och undersköterskor har blivit fler. Ökningen av antalet mottagningar gäller för alla vårdvalsområden: husläkare, MVC, BVC och logopedi.

En mycket stor majoritet (90 procent) av de patienter som tillfrågats i undersökningen värderar sin vård och behandling som god. Enligt patientnämndens halvårsrapport minskade antalet anmälningar med 22 procent första halvåret 2008 jämfört med samma period förra året. Det är främst anmälningar om brist på tillgänglighet som har minskat radikalt, vilket vittnar om att det politiska målet om ökad tillgänglighet i primärvården och större mångfald av vårdgivare har uppnåtts.

I de flesta avseenden är Vårdval Stockholm en stor framgång som gett upphov till 23 nya husläkarmottagningar och vårdcentraler; 40 000 fler som har valt husläkare/

vårdmottagning, och 300 000 fler läkarbesök. Men utvärderingarna har även pekat på flera brister. Analyserna av utfallet visar på ett behov av att tydligare utgå från enskilda patienters faktiska vårdbehov och justera vårdvalets åldersviktning. Den politiska landstingsledningen har därför fattat ett beslut att genomföra en omfattande förändring av Vårdval Stockholm under 2011. Projektet beskrivs som en andra generation av vårdvalet, där resursfördelningen i högre grad kommer att bestämmas av vårdtyngd, patienternas diagnoser och de specifika vårdåtgärder som utförs på mottagningarna.

Hälsoval Skåne

Kundvalssystemet i Skåne benämns Hälsoval Skåne och införs i två steg med start den 1 januari 2009. Det första steget omfattar enbart barnhälsovård och innebär att alla föräldrar med barn upp till sex års ålder får möjlighet att välja barnvårdscentral. Det andra steget, som omfattar hela primärvården, inleds 1 maj 2009 med syfte att skapa ett system för närsjukvården som präglas av god service och tillgänglighet för patienterna.

Hälsoval Skåne innebär att alla medborgare ges möjlighet att välja en vårdenhet som därefter ansvarar för den enskildes vårdbehov på primärvårdsnivå. Systemet bygger på att de deltagande primärvårdsenheterna – både privata och offentliga aktörer – ackrediteras av Region Skåne, och ett avtal ingås avseende basuppdrag och geografiskt verksamhetsområde. Region Skåne eftersträvar ett producentneutralt system, som innebär att privata och offentliga aktörer ges samma förutsättningar samt ingen aktör får gynnas eller missgynnas beroende av associationsform.

Hälsovalet bidrar till att minska den offentliga apparaten och ger både den anställda och patienten ett större och mer reellt inflytande över verksamheten. Med hälsovalet sätter politiker upp regler och ramar och tar ett steg tillbaka.

JERKER SWANSTEIN (M), REGIONSTYRELSENS ORDFÖRANDE

Basuppdraget för varje vårdenhet kan ses som en standardiserad paketslösning för medborgarnas primärvårdsbehov. Vårdenheten får ansvar för att erbjuda ett komplett vårdutbud för primärvård, men ges även frihet att utveckla konceptet utifrån lokala förutsättningar och behov samt i samverkan med andra aktörer. Basuppdraget medför ett krav på en viss prestation i form av en förväntad täckningsgrad, det vill säga vårdenhetens andel av den totala öppenvården inom enhetens ansvarsområde.

Utöver basuppdraget kan vårdenheterna även ingå avtal om olika tilläggsuppdrag. De skånska medborgarnas val av vårdgivare innebär att patienternas val och preferenser styr fördelningen av ekonomiska resurser i systemet. Vårdenheternas intäkter består huvudsakligen av en vårdersättning (vårdpeng) per individ som förtecknar sig på vårdenheten. Utöver dessa intäkter tillfaller även patientavgifterna vårdenheterna. Vårdersättningen är viktad efter ålder, medicinska faktorer (Adjusted Clinical Groups, ACG) och socioekonomiska faktorer. Vårdersättningen ska täcka de förväntade kostnaderna för de listade individernas primärvårdsbehov samt jourbesök, primärvård i andra landsting, medicinsk service och läkemedel. Den förvalda vårdenheten har sålunda det fulla kostnadsansvaret även för den primärvård som vårdenhetens förtecknade patienter erhåller hos andra vårdgivare.

Vårdersättningens utformning och överenskommelser om geografiskt verksamhetsområde syftar till att vårdutbudet ska möta efterfrågan hos befolkningen. Ersättningen kommer även att påverkas av hur väl vårdenheterna når den förväntade täckningsgraden och på sikt finns en ambition att relatera ersättningen till vårdens kvalitet och patientresultat.

Det finns dock några svagheter och problem i modellen som bör uppmärksammas eftersom de kan vålla problem för främst privata vårdföretag. Region Skåne har för avsikt att undanta vissa verksamheter inom primärvården och begränsa vårdenheternas möjligheter att fritt välja samarbetspartners inom vissa områden, exempelvis medicinsk service.

En annan komplicerande faktor är att Region Skåne avser att införa differentierade patientavgifter för att stimulera den enskilde att välja den vårdenhet där personen är förtecknad. Enligt förslaget kommer patienterna att få betala en högre patientavgift på andra vårdcentraler än hos den förtecknade vårdgivaren. Differentierade patientavgifter riskerar att minska patienternas rörlighet, vilket dels motverkar Hälsoval Skånes grundläggande målsättningar och dels försvårar för nya vårdföretag att etablera sig på marknaden.

Det är värdefullt att få politisk konsensus i en så stor fråga som Hälsovalet. I arbetet med Hälsovalet har vi haft en politisk styrgrupp där alla partier har deltagit och det har varit en bra och kreativ stämning.

HENRIK HAMMAR (M), HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDENS ORDFÖRANDE

Hälsoval Skåne har skapats genom en bred politisk överenskommelse mellan de fem majoritetspartierna Moderaterna, Centern, Folkpartiet, Kristdemokraterna och Miljöpartiet, och det största oppositionspartiet, Socialdemokraterna, vilket vittnar om att systemet är långsiktigt hållbart och inte kommer att genomgå omfattande förändringar enbart till följd av politiska majoritetsskiften.

Vårdval Blekinge

Blekinge läns landsting beslöt i juni 2007 att genomföra en utredning om primärvårdens åtagande, inriktning och organisation beträffande bland annat läkarkompetens, dygnsansvar, annan yrkeskompetens och hemsjukvård. Inom ramarna för detta arbete ryms en diskussion om kundvals- och vårdvalssystem med stor valfrihet för den enskilda patienten.

Blekinge läns landsting avvaktar de nationella förslagen om *Vårdval i Sverige*⁸ och *lagen om valfrihetssystem (LOV)* innan de fattar beslut om ett eget kundvals- och vårdvalssystem. Landstinget har tillsatt en arbetsgrupp som ska ta fram ett förslag som dels överensstämmer med lagförslaget och dels bygger vidare på lokala förhållanden i Blekinge.

Vi väntar och ser vad lagförslaget säger, så att vi inte avviker i allt för hög grad. Det är viktigt att det blir rätt. Vi får i hand styra ambitionsnivån på hur mycket som primärvården ska ta och hur mycket som ska finnas kvar inne på sjukhusen. Inrättar man ett vårdvalssystem blir ekonomin styrande och här är det den politiska ambitionen som avgör.

MARIE SÄLLSTRÖM (S), LANDSTINGSSTYRELSENS 1:E VICE ORDFÖRANDE

Blekinge läns landsting anser att man i de flesta avseenden har fattat beslut om valfrihet i primärvården. Enligt undersökningen *Vårdbarometern*⁹ är patienterna i Blekinge (i likhet med i Halland) relativt nöjda både med kvalitet och tillgänglighet inom vården. Ersättningssystem visar stora likheter med Hallands modell, eftersom Blekinge läns landsting listar patienter till vårdcentralerna och ger ersättning per capita med viktning efter ålder och vårdtyngd.

De åldersrelaterade ersättningarna speglar de genomsnittliga vårdbehoven och patienternas vårdtyngd bygger på den amerikanska modellen Adjusted Clinical Groups (ACG). Blekinge läns landstings arbete med ACG har varit framgångsrikt

och influerat Region Skåne att använda samma system för att beräkna vårdtyngden i Hälsoval Skåne.

Det är värt att beakta att andelen privata vårdgivare i Blekinge är förhållandevis låg jämfört med Halland, Skåne och övriga Sverige. Få privata vårdgivare medför att patientmakten försvagas, eftersom patienternas möjlighet att välja begränsas till inga eller alltför få alternativ till den offentliga vården. Det finns en stor risk att patienterna i Blekinge upplever att de saknar reella valmöjligheter, trots att de har en viss valfrihet.

Vårdval Västra Götaland

Den 2 februari 2009 fattade regionfullmäktige i Västra Götaland det formella beslutet att införa fritt vårdval inom primärvården i region. Vårdvalet startar den 1 oktober och ger invånarna rätt att fritt välja vårdcentral – oavsett driftsform – i hela regionen. I likhet med Region Skåne väljer Västra Götalandsregionen att differentiera ersättningen per patient till vårdcentralerna utifrån patienternas vårdtyngd och förväntad resursinsats av vårdgivaren.

Den politiska processen i Region Västra Götaland blev laddad och tycks ha skapat spänningar inom den blocköverskridande majoriteten bestående av Socialdemokraterna, Centerpartiet och Folkpartiet. Politiker och tjänstemän i Västra Götaland befarar att de modeller som införts i Halland och Stockholm har missgynnade vårdcentraler i så kallat svaga områden med exempelvis många multisjuka patienter. Även frågan om regionens möjligheter att styra etableringen av vårdcentraler, i syfte att erbjuda likvärdig vård i hela regionen, skapade osäkerhet och debatt. Slutligen nåddes en bred politisk uppgörelse som samtliga partier, med undantag för Vänsterpartiet, ställde sig bakom.

De olika modellerna – skillnader och likheter

Införandet av vårdvals- och kundvalsmodeller i närsjukvården syftar till att erbjuda patienter en mer tillgänglig och högkvalitativ vård som präglas av förändring och utveckling. Vården ska öppnas för en mångfald av aktörer, och den enskilda patienten ska ha stor valfrihet.

Stora förhoppningar ställs på de privata vårdföretagen och deras förmåga att förbättra och stärka hälso- och sjukvården. Det är entreprenörernas drivkraft och initiativförmåga som ska forma en sjukvård som verkligen möter patienternas och omsorgstagarnas behov och önskemål.

Systemen bygger på att varje medborgare tilldelas en viss ekonomisk resurs – en vårdpeng eller vårdersättning – som därefter följer med personen till den valda vårdgivaren. Vårdgivarna kan vara både privata och offentliga, men varje vårdenhet måste uppnå vissa minimikrav för att ackrediteras av landstinget och ingå i systemet.

Basen för ersättningssystemet är en ålderbaserad viktning av patientpengen men samtliga landsting har eller planerar att införa variabler som representerar exempelvis förväntad vårdtyngd och socioekonomiska faktorer, som lyfts in i modellerna.

Vårdvalssystemen i Halland och Stockholm, som var först, utmärker sig i flera avseenden. Den halländska modellen präglas av landstingets goda ekonomiska utgångsläge och av kundvalssystemen inom äldreomsorg och skolväsendet. Halland valde en enkel, tydlig och förutsägbar fördelningsmodell för ersättningen, så att fortsatt kostnadskontroll kunde garanteras oavsett verksamhetens utveckling.

Vårdval Stockholm skiljer sig från övriga modeller genom fullständig etableringsfrihet utan geografiska restriktioner och ett ersättningssystem som delvis består av en rörlig och prestationsrelaterad del.

I nästa avsnitt redogörs detaljerat för likheter och skillnader mellan olika modeller samt de avvägningar som har gjorts i olika landsting.

2. VÄGVAL FÖR VÅRDVAL

Den politiska resan mot framtidens närsjukvård

Kundvalssystemens genomslag i närsjukvården markerar ett paradigmskifte för den svenska sjukvården, som under decennier har varit ett anslagsfinansierat offentligt monopol. Marknaden för sjukvård har i högre grad – och under längre tid – än marknaderna för utbildning och äldreomsorg präglats av politiska och ideologiska lösningar. Landstingspolitiker har varit mer obenägna än sina partikamrater inom kommunpolitiken att släppa fram privata alternativ och bejaka en mångfald av utförare.

Vi har haft en bra politisk diskussion och det här är inget förslag som kommit enbart från den sittande majoriteten, utan tillsammans mellan blocken. Men det är mer borgerligt betingat med valfrihet – och det har skett en förskjutning i den politiska placeringen, även generellt i Sverige.

ANDERS ÅKESSON (MP), REGIONRÅD, REGION SKÅNE

De flesta svenska politiker stöder numera det fria vårdvalet och kundvalsmodeller i närsjukvården.¹⁰ Vi kan dock se betydande skillnader mellan olika landsting avseende förhållningssätt, arbetssätt och tidsplaner.

Landstinget i Halland som leds av de fyra borgerliga partierna tillsammans med Miljöpartiet valde att gå i bräschen för utvecklingen av närsjukvården. Utvecklingen av Vårdval Halland tog tre år i anspråk och genomfördes i stor politisk enighet. När landstingsfullmäktige fattade beslut om Vårdval Halland röstade endast två partier, Vänsterpartiet och Sveriges pensionärers intresseparti, mot förslaget.

I Stockholms läns landsting har både beslutsprocess och genomförande präglats av politiska motsättningar eftersom Stockholmspolitiken generellt är mer ideologiskt orienterad och polariserad än resten av landet.

Region Skåne, som styrs av samma fempartikonstellation som Halland, inledde med ett omfattande utredningsarbete som också var avsett att skapa en bredare politisk uppslutning bakom förslaget. Efter förhandlingar slöt Socialdemokraterna upp bakom Hälsoval Skåne, och de enda partier som motsätter sig reformen är Sverigedemokraterna och Vänsterpartiet.

Det finns dock några svagheter och problem i modellen som kan vålla problem för främst privata vårdföretag. Region Skåne avser att undanta vissa verksamheter inom primärvården, och att begränsa vårdenheternas möjligheter att fritt välja samarbetspartners inom vissa områden, exempelvis medicinsk service. Region Skåne avser också att införa differentierade patientavgifter som innebär att patienterna får betala högre patientavgift på andra vårdcentraler än den de är förtecknade hos. Differentierade patientavgifter riskerar att minska patienternas rörlighet, vilket motverkar Hälsoval Skånes mål och gör det svårare för nya vårdföretag att etablera sig på marknaden.

Både Halland och Skåne brukar lyftas fram som goda exempel på kund- och vårdvalssystem. Deras modeller är genomarbetade och robusta, vilket tillsammans med den breda politiska uppslutningen garanterar ett långsiktigt hållbart regelverk. Landstinget i Blekinge avvaktar regeringens utredningar och förslag och kommer därefter att lägga fram förslag på ett vårdvalssystem för Blekinge.

Borgerligheten i Blekinge har haft med vårdvalet i sitt budgetförslag de senaste åren och det blev en islossning i diskussionen sedan Halland kom igång med Vårdval Halland.

GUSTAV NILSSON (M), LANDSTINGSSTYRELSENS 2:E VICE ORDFÖRANDE, BLEKINGE

Intervju oktober 2008.

Det finns även en större politisk tveksamhet hos den styrande majoriteten bestående av Socialdemokraterna, Vänsterpartiet och Miljöpartiet.

De nya lagarna (se ovan) medför att kundvalssystem kommer att införas i samtliga landsting under de närmaste åren. Det är värt att notera att flertalet landsting motsätter sig etableringsfrihet inom närsjukvården – även de som redan har infört eller planerar att införa vårdval. Regeringens ambition är att lagstiftningen ska släppa in fler aktörer i vården och ge enskilda patienter större frihet och reella valmöjligheter.

Nu lämnar vi dagens detaljstyrning i sjukvården – som inte är bra – för möjligheterna till de professionella utövarna att utforma sjukvården utifrån patientens behov. Nu kan man själv bestämma hur man vill göra.

INGRID LENNERWALD (S), 2: A VICE ORDFÖRANDE
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDEN, REGION SKÅNE

Stora förväntningar ställs nu på de privata vårdföretagens möjligheter att förbättra och stärka vården. Det är entreprenörerna som ska forma den sjukvård som svarar mot patienters och omsorgstagares behov och önskemål.

Flera landsting i vår studie har tillåtit den politiska processen och genomförandet att ta tid. Både Region Västra Götaland och Region Skåne leds av blocköverskridande majoriteter som tycks ha fäst stor vikt vid att nå en bred och väl förankrad politisk överenskommelse.

Även inom landsting med politisk enighet bakom vårdvalsreformen kvarstår en del problem som måste hanteras, exempelvis de differentierade patientavgifterna i Skåne och det svaga utbudet av vårdtjänster i Blekinge.

Det är helt fel att differentiera patientavgifterna och styra patienterna mot den förvalda vårdcentralen för det begränsar patienternas valfrihet och vilja att byta vårdgivare. Det är hård kritik mot vårt eget förslag, men det står jag för!

CATHARINA BLIXEN-FINECKE (M), ORDFÖRANDE
VÅRDPRODUKTIONSBEREDNINGEN REGION SKÅNE

De inträdesbarriärer och marknadsimperfectioner som finns riskerar att utestänga mindre eller nystartade vårdföretag. Detta kan pareras genom att man underlättar etablering, inför producentneutralt kundvalssystem och motverkar monopolbildningar.

Avtalen mellan vårdgivare och landsting måste utformas så att både inträdesbarriärer på marknaden och snedvridning av konkurrensen minimeras. Det förs dock diskussioner inom de berörda landstingen, och fler politiker tycks vara beredda att lyfta frågorna så vårdvalssystemen kontinuerligt kan utvecklas och förbättras.

I vårdvalet och kvalet – invändningar och frågeställningar

VAD ÄR NÄRSJUKVÅRD OCH VILKET ÄR UPPDRAGET?

Det kan verka mycket besynnerligt, men det finns faktiskt ingen fastställd gemensam definition av begreppet närsjukvård. Begreppet bygger ofta på lokala och regionala idéer om utformningen av den sjukvård som tillgodoser ”det vardagliga behovet”. Det närmaste vi kommer en gemensam definition är Beställarnätverkets¹¹ allmänt hållna beskrivning att närsjukvården ska hantera sjukvårdsbehov som är:

- * Vanligt förekommande, både hos enskilda och befolkningen.
- * Samhällsekonomiskt rimligt att bedriva lokalt i patientens närområde.

En del landsting har tagit fram andra definitioner på närsjukvård, som ofta är en vidareutveckling av begreppet. I de olika landstingen bedrivs en varierande mängd närsjukvård vid sjukhusen och inom privat specialiserad öppenvård. Det föreligger även stora skillnader i konsumtionen av vård som ofta beror mer på utbud och traditioner än faktiska skillnader i befolkningens behov.

En gemensam nämnare för alla definitioner av närsjukvård är ett tydligt syfte att förbättra samverkan mellan de tre vårdaktörerna, kommunal hälso- och sjukvård, landstingens primärvård och specialiserad vård. Det är även vanligt förekommande att vissa specifika patientgrupper och deras behov lyfts fram. Många landsting har ett särskilt fokus på patientgrupper som ofta har återkommande och långvariga relationer med vården, och därför behöver ett särskilt stort mått av långsiktighet, kontinuitet och helhetssyn.

De flesta landsting gör bedömningen att närsjukvårdens omfattning och innehåll samt att uppdragen till vårdgivarna måste definieras tydligare. De enskilda vårdgivarna kan alltså räkna med att definitionen kommer att utvecklas under de kommande åren och att ersättningsystemen justeras efter dessa definitioner. Det är även rimligt att anta att landstingens ekonomi kommer att påverkas då närsjukvårdens andel av kostnaderna för hälso- och sjukvård varierar mellan olika landsting. Om vi når fram till en gemensam definition följer även krav på en anpassning av närsjukvården till de nya normerna. Det är rimligt att anta att både införandet av vårdvalssystemen och anpassningen till en gemensam närsjukvårdsdefinition kommer att leda till krav på extra ekonomiska resurser.

HUR LÅNGT STRÄCKER SIG VÅRDGIVARENS UPPDRAG OCH EKONOMISKA ANSVAR?

Vårdvalssystemet innebär att den av patienten valda vårdgivaren har ansvar för patientens behov och konsumtion av närsjukvård.

Inom sjukvården används ofta begreppet *täckningsgrad* för att beskriva hur stor andel av patienternas konsumtion av hälso- och sjukvård som ska tillgodoses av den valda vårdgivaren. Nivån på täckningsgraden ska stimulera vårdgivaren till bättre och effektivare samarbete med andra aktörer inom vården samt på sikt erbjuda specialistkompetens inom närsjukvården.

Ett annat koncept för vårdgivarens ansvar för patienten är *totalt finansiellt ansvar*, som innebär att kostnadsansvaret gäller även för patienternas besök hos andra aktörer inom närsjukvården. Om patienterna väljer att söka vård hos annan enhet än den valda ska den ursprungliga vårdgivaren ersätta den nya för besöket och behandlingen. De flesta landsting förväntar sig att många vårdgivare kommer att ingå samarbetsavtal med andra aktörer, för att kunna erbjuda kompetens och minimera kostnaderna.

De flesta landsting har valt att inledningsvis ange en låg täckningsgrad som efterhand förväntas öka när närsjukvårdens andel av den totala sjukvården ökat. Den avgörande frågan kommer då att bli om sjukvårdshuvudmännen förmår att föra över resurser från andra delar av sjukvården, eller om närsjukvårdens expansion ska finansieras med nya resurser – i så fall vilka och hur?

VILKA FÅR BLI VÅRDGIVARE?

Samtliga landsting som infört vårdvalssystem har fastställt en kravspecifikation för ackreditering av vårdgivare som ska ingå i vårdvalet. För vårdgivare som vill bedriva verksamhet inom vårdvalet innebär det att först bli godkänd utifrån ackrediteringskraven. Landstingen kan välja mellan att ackreditera vårdgivare som driver en eller flera enheter, eller varje enskild vårdenhet. De flesta landsting har valt att ackreditera och granska varje enskild vårdenhet för att säkerställa att de uppsatta kraven uppfylls.

ETABLERINGSFRIHET ELLER POLITISK STYRNING?

Frågan om möjligheten att styra den geografiska placeringen av vårdenheter har varit mycket kontroversiell och omdebatterad i flera landsting.

Slutligen tycks de flesta, med undantag för Stockholm, ha valt att införa geografiska restriktioner. Det främsta skälet är att det finns en politisk vilja att ta ansvar för att vården verkligen ges nära överallt, i hela landstinget. Övriga landsting ingår en över-

enskommelse med vårdgivaren om geografisk placering och avtal om uppdraget.

Riksdagen beslöt den 26 februari 2009 att införa etableringsfrihet i primärvården i samband med att reformen "Vårdval i primärvården" röstades igenom. Etableringsrätten gäller hela landet, men landstingen får själva utforma vilka krav som ska ställas för att få verka i landstinget.

Detta kan begränsa mångfalden av nya vårdgivare, då det i stället för enhetliga regler över hela landet nu kan bli en mängd olika regler att hålla reda på för de vårdgivare som tänker etablera sig inom flera landsting.

VILKA BEGRÄNSNINGAR BÖR FINNAS I VÅRDVALET?

En fråga som har väckts i flera landsting är hur ofta, och hur, patienterna ska tillåtas göra omval av vårdgivare. Flera aspekter måste vägas mot varandra, exempelvis medborgarnas valfrihet kontra företagets behov av förutsägbara villkor.

Antalet aktiva omval i dagens familjeläkarsystem skulle kunna ge en indikation på hur ofta det kan antas vara både intressant och skäligt att genomföra omval. I familjeläkarsystemet görs dock relativt få omval, men ofta sker sådana när en familjeläkare slutar eller flyttar, vilket inte är aktuellt i ett system med val enbart till enhet. Det är därför rimligt att anta att omvalen blir både mer önskvärda och mer frekventa i ett vårdvalssystem.

Vidare är det rimligt att anta att patientrörligheten kommer att variera över tiden som en följd av exempelvis nyetablering av vårdenheter eller förändrade konkurrensförhållanden. Under vårdvalets första månader förväntas även vårdtagare som inledningsvis har avstått från att välja vårdgivare, göra ett aktivt val i samband med kontakt med sjukvården.

En av grundtankarna med vårdvalsmodellen är att medborgarnas val ska styra resursfördelningen. Vårdgivarna ska ha professionell frihet att utföra vården utifrån behoven hos de medborgare som valt enheten. En viktig del i ett marknadsmässigt system är att populära vårdenheter tillåts expandera, medan vårdenheter som väljs av få medborgare måste reducera sin verksamhet. Det är därför rimligt att inga restriktioner läggs på vårdgivarna avseende antal patienter som tas emot, men att landstinget bevakar att ingen vårdgivare systematiskt väljer bort patienter utifrån deras vårdbehov eller vårdtyngd. Särskild hänsyn måste även tas till vårdföretag som under en kort period väljs av många vårdtagare, så att dessa företag ges möjlighet att anpassa organisation och verksamhet till de nya förhållandena.

HUR SKA VÅRDPENGEN UTFORMAS?

Ersättningen till de vårdenheter som medborgarna valt utgörs av en vårdpeng. Den kan vara fast och baseras på ålder eller en bedömning av patientens vårdbehov, eller rörlig och relaterad till en viss faktor, exempelvis antal besök eller patientresultat. Ersättningsmodellerna går även att kombinera, vilket sker exempelvis i Stockholms läns landsting. En fast ersättning skapar förutsägbarhet i systemet och ger trygghet för samtliga aktörer, men inga extra incitament för ökad produktivitet. En rörlig ersättning flyttar fokus mot att producera så mycket vård som möjligt, vilket kan vara tilltalande för vårdgivare och storkonsumenter av vård, men modellen är samtidigt extremt kostnadsdrivande.

En rörlig del av patientpengen är dock mycket tilltalande om modellen bygger på ersättning för patient- och vårdresultat. Men denna modell är mycket svårhanterlig då det i dagsläget inte finns några bra sätt att mäta patient- och vårdresultat i närsjukvården. De variabler som i dag används i uppföljningar och jämförelser är förhållandevis enkla kvantitativa mått som fokuserar på vårdproduktion och flöden, som antal vårdbesök eller kötider i stället för kvalitativa analyser av de faktiska effekterna av vårdinsatserna.

En annan dimension av vårdpengen är eventuell viktning av ersättningen. Det finns inget landsting som inte har valt att vikta vårdpengen, utan samtliga anpassar ersättningen till olika gruppers behov. Den enklaste viktningen är den ursprungliga modellen i Halland, som enbart hade en viktning baserad på fyra ålderskategorier i befolkningen.

De flesta andra landsting har av politiska och verksamhetsmässiga skäl lyft in variabler för vårdkostnad och vårdtyngd. I Region Skåne uteslöt den politiska styrgruppen tidigt en modell som byggde enbart på åldersviktad vårdpeng, och i Stockholm justerades modellen redan efter den första utvärderingen för att ge större tyngd åt vårdtagarnas faktiska behov.

En viktningsmodell som kommer att prövas i Skåne är Adjusted Clinical Groups (ACG), som mäter vårdtyngd utifrån ålder, kön och medicinska faktorer. Modellen anses ge fem gånger bättre förklaringsgrund än enbart ålder, och modellen utvecklas kontinuerligt. För närvarande pågår ett förbättringsarbete för att lyfta in läkemedelskonsumtion och funktionsdiagnoser i modellerna.

En annan intressant frågeställning är möjligheten att föra in socioekonomiska faktorer i modellerna. Inkluderandet av socioekonomiska faktorer antas främst påverka ersättningen för två grupper i samhället: utlandsfödda och personer utanför arbets-

marknaden. Dessa två grupper anses vara relativt vårdtunga samtidigt som de faktiskt underkonsumerar vård, vilket innebär att deras behov inte fångas upp av ACG-modellen. Dilemmat är att det i dagsläget saknas både variabler och modeller med högt förklaringsvärde för olika socioekonomiska faktorer vilket ställer krav på vidareutveckling av modellerna.

Vårdpengens storlek kommer att variera om man väljer täckningsgrad eller totalt finansiellt ansvar som styrinstrument. I ett system som bygger på principen om täckningsgrad ska vårdpengen täcka samtliga kostnader för uppdraget till de invånare som valt vårdgivaren. I en modell som baseras på vårdgivarens totala finansiella ansvar ska vårdpengen även täcka kostnaderna för all närsjukvård som invånarna får hos andra vårdgivare.

VEM SKA FÅ PATIENTAVGIFTEN?

Patientavgifternas storlek och utformning har väckt många frågor i de flesta landsting. Frågan präglas av motstridiga krav och önskemål eftersom patientavgiften kan antas påverka både vårdgivaren och vårdtagarens beteende. Om patientavgifterna tillfaller vårdgivaren kan de antas stimulera utbudet av vård och öka antalet besök, vilket kan leda till både överutbud och överkonsumtion av vård. Samtidigt är det önskvärt att utföraren får patientavgifterna eftersom intäkterna är kopplade till verksamhet och kostnader. Patientavgifterna ger även vårdgivarna möjlighet att använda prissättning som en metod för att attrahera kunder på en konkurrensutsatt marknad.

En möjlighet är att patientavgiften tillfaller vårdgivaren men kopplas till en målrelaterad styrning så att det blir ett starkare samband mellan patientavgifterna och verksamhetens kvalitet. En annan lösning är att landstingen inte ålägger vårdgivaren att ta ut patientavgift av listade patienter, vilket är ett sätt att stimulera vårdtagarna att välja den förvalda vårdgivaren, om detta är önskvärt.

HUR SKA LÄKEMEDELSKOSTNADEN HANTERAS?

En annan mycket viktig fråga är om kostnadsansvaret för läkemedel ska ingå i vårdenhetens ansvar eller hanteras av landstinget. Om hela kostnaden för läkemedel ligger hos vårdenheten så ökar landstingens möjlighet till kostnadskontroll, men samtidigt ökar risken att vårdgivaren värderar de ekonomiska effekterna så högt att medicinska och etiska ställningstaganden ställs mot ekonomiska, och att patienterna av kostnadsskäl inte erbjuds (vissa) läkemedel.

De flesta landsting har initialt valt att inte lägga ut kostnaderna för läkemedel på

vårdgivarna, vilket ställer krav på att landstingen arbetar med nya och tydliga styrmedel för läkemedel. Om landstingen inte agerar och inför kontrollsystem uppstår risk för en betydande och kostsam överkonsumtion av läkemedel.

SAMARBETE MED ANDRA AKTÖRER

I många landsting har vårdvalsaktörernas samarbete och kontakter med övriga vårdgivare varit föremål för intensiv diskussion. Fokus tycks ha legat på organisatoriska och ekonomiska frågor vilket har betydelse för att marknaden ska fungera, men knappast är tillräckligt för att marknaden ska utvecklas. Konkurrensneutralitet och lika villkor för samtliga aktörer är nödvändiga krav för att marknad ska kunna etableras, men för att marknaden ska präglas av dynamik krävs förändringar hos samtliga aktörer.

Det tydligaste förändringsbehovet handlar om attityder: inom kundvalssystemen krävs ett marknadsekonomiskt, utvecklingsorienterat och kundfokuserat tänkesätt för att bli en framgångsrik aktör. Det föreligger även ett behov av att lyfta in entreprenörskap i vårdutbildningarna.

MINA VÅRD-CENTRALER OCH ANDRAS VÅRDUNGAR

Vårdvals- och kundvalssystemen kommer att bidra till förbättrad produktivitet och verksamhetsutveckling samt skapa nya affärsmöjligheter. Det finns stora möjligheter för driftiga entreprenörer inom vård, hälsa och omsorg att etablera sig på närsjukvårdsmarknaden.

Vårdvalet skapar en marknad för vårdentreprenörer där fokus ligger på kvalitetskonkurrens, inte priskonkurrens. I stället för att politiker och tjänstemän fördelar eller upphandlar sjukvård efter lägsta pris, bestämmer patienten utifrån hur de upplever kvalitet, bemötande och tillgänglighet.

För att denna positiva utveckling ska äga rum krävs att landstingen behandlar samtliga aktörer lika, oavsett associationsform. För att uppnå producentneutralitet krävs att man accepterar stora olikheter i hur vårdenheter löser sina uppdrag och att samma krav ställs på privata och offentliga vårdgivare. Ambitionen är att kundvalsmodellen ska ge utrymme för en mångfald av driftsformer och att producentneutralitet ska råda.

För att offentligt och privat driven vård ska utföras på lika villkor bör i största möjliga mån samma krav ställas på verksamheterna. För att uppnå detta ska landstingen ställa likvärdiga krav på privata aktörer som på verksamhet driven i egen regi. Det

är viktigt att beakta att regelverken kan missgynna vissa aktörer och därmed utgöra ett konkurrenshinder. Små privata och nyetablerade aktörer har av naturliga skäl svårare att leva upp till omfattande och komplexa regelverk som är anpassade till stora offentliga organisationer.

Vårdvalet ger anställda inom vårdsektorn nya och spännande möjligheter till företagande. Men många inom vården är påfallande ovana vid rollen som företagare, så det finns behov av förberedelser och stöd innan landstingets enheter etableras på den öppna marknaden. Detta stöd måste dock ges på ett sätt som är förenligt med högt ställda krav på producentneutralitet. En mycket laddad fråga är hur landstingen ska hantera konkurrensen mellan privata aktörer och den offentligt drivna primärvården. Om kravet på producentneutralitet till fullo ska uppfyllas måste de offentliga vårdgivarna arbeta marknadsmässigt, vilket innebär att enheter som inte kan hävda sig på marknaden slås ut och läggs ner av landstinget.

3. VÅRDVAL –

HUR SKRIVER VI ETT RECEPT FÖR FRAMGÅNG?

Vårdens akilleshäl behöver mer än en rejäl omplåstring

Närsjukvården står för minst två av tre patientkontakter inom hälso- och sjukvården. Verksamheten har därför oerhört stor betydelse för medborgarnas hälsa, för samhällsekonomin och övriga verksamheter inom hälso- och sjukvården.

Under många år har närsjukvården kännetecknats av betydande kvalitetsproblem, främst avseende dålig tillgänglighet, obefintlig verksamhetsutveckling och svagt patientfokus. Under de senaste decennierna har närsjukvården präglats av stora tillgänglighets- och kvalitetsproblem. Verksamheten har präglats av långa väntetider, ineffektivitet, kvalitetsproblem och obefintlig uppföljning. Den svenska patienten har flyttats från sjukvårdens centrum ut till väntrummet. Förändringen innebar att incitamenten för verksamhetsutveckling och god ekonomi försvann och ersattes av tungrodda byråkratiska system som snedvrider hela hälso- och sjukvården.

Införandet av vårdvalssystem kommer att förändra förutsättningarna för närsjukvården, som kommer att utvecklas mot ökad patient- och marknadsorientering samt bejaka vårdentreprenörernas kreativitet. Konkurrensutsättning, valfrihetssystem och mångfald bland utförarna kommer att bidra till förbättrad produktivitet och kvalitet samt nya affärsmöjligheter. Det finns goda möjligheter för driftiga entreprenörer inom vård, hälsa och omsorg att etablera sig på närsjukvårdsmarknaden. Speciellt för många kvinnor som i dag är anställda inom vårdsektorn kommer vårdvalssystemen att innebära nya möjligheter till företagande.

Vårdvals- och kundvals-systemen syftar till att etablera ett ramverk för ökad konkurrens, utveckling och dynamik. Ekonomistyrningsverket har i en rapport från 2006¹² framhållit att bristen på konkurrens är en betydande svaghet inom den svenska sjukvården. Ökade möjligheter till jämförelser mellan olika alternativ leder till att alla de skilda alternativen höjer sin effektivitet och kvalitet för att närma sig det mest effektiva alternativet. På en väl fungerade marknad med ett stort antal vårdföretag finns möjlighet att erbjuda både patienter och medarbetare större valfrihet.

Vårdvalet skapar en marknad för vårdentreprenörer där fokus ligger på kvalitetskonkurrens. I stället för att politiker och tjänstemän fördelar eller upphandlar sjukvård efter lägsta pris, bestämmer patienterna utifrån hur de upplever kvalitet, bemötande och tillgänglighet. Det tydligaste förändringsbehovet i dagens närsjukvård är därför

en attitydförändring: inom kundvalssystemen krävs ett marknadsekonomiskt, utvecklingsorienterat och kundfokuserat tänkesätt för att bli en framgångsrik aktör.

Den viktigaste framgångsfaktorn för vårdentreprenörer är engagerade och kunniga medarbetare som sätter patienten i centrum och kan bidra till att utveckla verksamheten. Företagen måste präglas av kundorientering och hög servicenivå för att attrahera patienter och intäkter vilket ställer krav på en genomgripande förändring jämfört med dagens förhållningssätt i det offentliga system där patienter ofta möts av en avvisande attityd och bara betraktas som en kostnad i verksamheten.

Valfrihetssystem kräver ett omfattande utvecklingsarbete som tar tid och kräver stora resurser. Det kan ta flera år innan systemet är färdigt, och det tar än längre tid innan marknaden är utvecklad.

Det pågår ett intensivt arbete hos sjukvårdshuvudmännen för att analysera och utveckla modellerna. I Halland kan redan de första resultaten av reformen studeras. Landstinget Halland var först i Sverige med att införa fritt vårdval i närsjukvården. Vårdval Halland sattes i januari 2007, och sedan dess har var tionde hallänning aktivt valt en vårdgivare. Kundvalssystemet bygger på att varje medborgare tilldelas en viss ekonomisk resurs (vårdpeng) som följer med personen till den valda vårdgivaren. Vårdgivare kan vara både privata och offentliga, men varje vårdenhet måste uppnå vissa minimikrav för att ackrediteras av landstinget och ingå i Vårdval Halland. Framgångarna i Halland har influerat övriga sjukvårdshuvudmän att införa kundvalssystem under 2008 och 2009.

På statlig nivå röstade riksdagen i februari 2009 igenom reformen "Vårdval i primärvården". Den fria etableringsrätten lägger, tillsammans med LOV (lagen om valfrihet) en bra grund för ökad valfrihet och mångfald. Med stöd i LOV kan valfrihetslösningar utvecklas på flera områden. Detta mönster syns främst hos Landstinget Halland, där vårdvalet har visat sig vara gynnsamt för vårdgivare och entreprenörer som, utöver god kvalitet och tillgänglighet, erbjuder patienterna helhetslösningar inom vård, hälsa och omsorg.

Målstyrning och kvalitetsarbete i Vårdval Halland

Centralt för att utveckla närsjukvården är att arbeta aktivt med målstyrning och kvalitetsfrågor. Vi har studerat hur Landstinget Halland förenar mål- och kvalitetsarbetet med ett utbyggt vårdvalssystem och hur verksamheten är organiserad.

För att garantera att den vård som ges inom Vårdval Halland motsvarar invånarnas behov och att den håller en god och hög kvalitet, anger landstingsfullmäktige årligen mål som varje enhet ska uppfylla. Inom Vårdval Halland sker ingen detaljstyrning utan varje enhet har en stor frihet att själv utforma vården. Sedan modellen infördes 2007 har den kontinuerligt utvecklats och flera nya mål har tillkommit för att öka vårdens kvalitet.

MÅLEN FÖR 2009 GÄLLER FÖLJANDE OMRÅDEN:

- * Tillgänglighet
- * Täckningsgrad
- * Samverkan
- * Medicinsk kvalitet
- * Vårdens utveckling
- * Läkemedelsförskrivning
- * Hälsöfrämjande arbete.

Två av dessa mål, täckningsgrad och läkemedelsförskrivning, är förknippade med avdrag på hälso- och sjukvårdspengen.

INOM RESPEKTIVE OMRÅDE FORMULERAS ÄVEN EN TYDLIG OCH UPPFÖLJNINGSBAR MÅLBESKRIVNING:

- * Tillgänglighet: ska till 100 procent uppfylla den nationella vårdgarantin.
- * Täckningsgrad: 80 procent av vårdenhetens invånares konsumtion av öppen hälso- och sjukvård ska tillgodoses hos den valda vårdenheten.
- * Samverkan: vårdenheten ska ansvara för att skapa effektiva vårdkedjor för den enskilda patienten och samverkan ska utvecklas efter lokala förutsättningar, så att hälsovinster och ökad livskvalitet uppstår.
- * Säker vård: innebär kontinuitet för patienten. Den verkar för att hallänningen får ett friskt liv och inte drabbas av sådan sjukdom som kan förebyggas och behandlas. En säker hälso- och sjukvård ska dessutom verka för att varje hallänning kan leva ett liv utan onödiga begränsningar i funktion eller förmåga till aktivitet i det dagliga livet, och med delaktighet i samhällslivet.
- * Medicinsk kvalitet: verksamheten ska bedrivas med hög kvalitet och den medicinska kvaliteten ska relateras till nationellt framtagna mål och mått.
- * Vårdens utveckling: hälso- och sjukvården ska styra mot hälsovinster och bedrivas med effektiva behandlingsmetoder.
- * Läkemedelsförskrivning: vårdenhetens läkemedelsförskrivning ska ha god kvalitet och vara kostnadseffektiv.
- * Hälsöfrämjande arbete: vårdenheten ska i patientmötet ta upp frågor som rör samband mellan patientens hälsa och levnadsvanor.

Hallänningarna kan bland annat på landstingets hemsida följa hur väl vårdenheterna uppfyller landstingets mål.

Släpp entreprenörerna loss, det är vårdval!

VÅRDVAL HALLAND – EN SUCCÉ FÖR PRIVATA VÅRDAKTÖRER

Vårdval Halland ger alla vårdenheter samma förutsättningar, offentliga såväl som privata. Vården blir intäktsfinansierad och vårdenheterna konkurrerar om kvalitet. Med Vårdval Halland är det inte politiker och tjänstemän som fördelar eller upphandlar sjukvård efter lägsta pris, utan patienten bestämmer själv utifrån hur den upplever kvalitet, tillgänglighet och bemötande. Vårdenheterna lever därmed på sina meriter i stället för att bli tilldelade medel från landstinget.

Inom Landstinget Halland finns 47 vårdenheter, 24 offentliga och 23 privata. När vårdvalet startade fanns det 17 privata vårdenheter och medborgarnas val har rört sig från den offentliga vården till de privata vårdenheterna. När Vårdval Halland startade 2007 fanns totalt 40 vårdenheter, och det tillkommer ständigt nya. I januari 2008 hade antalet vårdenheter ökat till 47.

Genom att flytta makten till vårdenheterna har medarbetarnas inflytande ökat och kreativiteten tilltagit. Genom att det tillkommit fler vårdenheter har tillgängligheten blivit bättre, men även öppettiderna har blivit längre och är mer anpassade efter invånarnas behov. I Halland har sjukskrivningarna minskat med knappt 9 procent 2006–2007, och man arbetar aktivt för att fortsätta den positiva trenden.

Det ekonomiska resultatet för enskilda vårdenheter i landstingets regi varierar stort och skillnaderna mellan enheter med bra ekonomiskt resultat och enheter med sämre resultat ökar. Neddragningar och nedläggningar kan därför komma att bli ett faktum.

Halland har lagt stor vikt vid att utveckla väl fungerande "stödsystem" och utbilda chefer i förändringsarbete för att aktivt förbereda för vårdvalslösningar. Vårdval Halland är ett nytt sätt att leda och bedriva sjukvård, och då är det viktigt att lära sig de nya spelreglerna, där alla är med och konkurrerar om invånarna.

Nedan ger vi en kort inblick i två vårdentreprenörers arbete och syn på Vårdval Halland.

FAMILJELÄKARNA: "VÅRDVALET ÄR EN FANTASTISK FÖRETAGSMÖJLIGHET"

Mats Perkmar utstrålar energi, glädje och entreprenörskap när han beskriver de möjligheter som Vårdval Halland har öppnat för honom och hans företag. Tillsammans med Christer Andersson äger och driver han Familjeläkarna Söderbro/Skrea, som ligger mycket vackert på stranden i utkanten av Falkenberg. De moderna lokalerna vittnar om att framtidstron spirar inom företaget.

Jag såg en fantastisk företagsmöjlighet och jag tog den. Tidigare så satt vi fast i ett avtal som detaljreglerade allt och det fanns få incitament att ändra verksamheten under avtalstiden, berättar Mats.

I det gamla systemet fanns inget som sporrade till förändring och förbättring av organisationen. Medarbetare med goda idéer tröttnade eftersom de inte fick vara med och påverka verksamheten. Nu kan vi tillvarata alla bra förslag och varje medarbetare har stor frihet under eget ansvar. Det är viktigt att ha ett långsiktigt tänkande, och den viktigaste framgångsfaktorn är att satsa på personalen. Vi erbjuder ett bra paket i form av god arbetsmiljö, stort inflytande för varje medarbetare, pensionsavtal och andra förmåner.

Innan vårdvalet infördes i Halland saknades tydliga regler, långsiktighet och konkurrensneutralitet. Landstinget ingick vitt skilda vårdavtal med olika vårdgivare vilket medförde att varje privat aktör agerade på olika villkor beroende av avtalets utformning.

Vårdvalet är konkurrensneutralt. Vi får veta vilken vårdpeng som gäller och därefter är det samma spelregler för alla vårdgivare, fortsätter Mats.

Familjeläkarna har varit framgångsrika och företaget har i alla avseenden vuxit snabbt. Sedan starten 2007 har företaget gått från noll listade patienter till 8 500, vilket har medfört att antalet medarbetare har ökat från 8 till 30 och att verksamheten numera finns på tre olika ställen i Falkenberg. Affärsidén bygger på att företaget ska vara tillgängligt för kunderna och att möta patienterna på deras villkor i stället för att patienterna ska rätta sig efter vårdgivarens önskemål. Företaget har exempelvis startat ett babykafé på BVC i centrala Falkenberg.

Föräldrarna ska känna sig trygga, de ska kunna gå in på BVC och ställa sina frågor som de funderar på och inte behöva boka en tid. Det ska vara lättillgängligt och vardagsnära, säger Mats.

Familjeläkarna fortsätter att utvecklas och utökar sin verksamhet. Redan i dag

erbjuds tjänster utöver landstingets uppdrag och företaget söker hela tiden nya möjligheter och samarbetspartners.

Samarbetet mellan det privata och offentliga tycker jag fungerar mycket bra. Det fanns vissa problem initialt, då kollegor blev konkurrenter och när vi skulle konkurrera med kvalitet i stället för pris. Men vi har alla att vinna på ett bra samarbete och det är ändå medborgaren som har den yttersta rätten att välja sin vårdaktör, avslutar Mats Perkmar.

AMADEUSKLINIKEN: "VÅRDVALET FICK OSS ATT UTVECKLA VERKSAMHETEN"

I Halland har vården slagit upp dörrarna och Pia Jildheim som driver Amadeuskliniken i Halmstad säger:

Vårdval Halland var ett modigt beslut av våra politiker och dessutom i fullständig enighet över blockgränserna.

Sedan Vårdval Halland infördes har Amadeuskliniken förbättrat och utvecklat samarbetet med flera andra aktörer. Kliniken har bland annat stärkt samarbetet med röntgen i Varberg och har även knutit till sig en specialist på vård av för tidigt födda barn. Kliniken kan ge tydliga besked till berörda föräldrar och därigenom stannar patienterna kvar i primärvården. Ett annat prioriterat område är psykosocial hälsa hos främst barn och unga.

Vårdval Halland avgör hur snabbt vi växer och utvecklas – vi kan inte säga nej till en invånare som väljer att lista sig. Jag ser varje persons vårdval som ett förtroende som jag fått och det förtroendet vill jag förvalta väl. Vårdvalet fick oss att utveckla verksamheten och det är en positiv anda där man känner stolthet att jobba och nu har vi fått luft under vingarna. Det ställer högre krav på oss ute i verksamheterna, säger Pia och framhåller att kliniken arbetar hårt för att patienten ska söka sig till rätt vårdnivå och det handlar mycket om förtroende.

Det handlar om att ändra strukturer och gamla invanda system för att patienten ska söka sig till sin listade vårdenhet i stället för lasarettet. För att vi ska bli bättre inom detta område handlar det också om att skapa ett ömsesidigt förtroende mellan läkarna inom öppen- och slutenvården.

Pia Jildheim säger att hon tycker det är roligt att driva egen verksamhet och har fått blodad tand:

Vi är tre personer som kör verksamheten tillsammans, Geir, Gunilla och jag. Vi arbetar som ett team tillsammans med våra medarbetare och vi är lyhörda för nya idéer hela tiden. Finns det idéer som är bra så är det bara att köra. I Vårdval Halland har man tydligare fokus, tycker Pia. Ett exempel är sjukskrivningstalen, där man uppfyllde 2009 års mål redan i mars 2008. Vi arbetar aktivt med sjukskrivningssituationen och har precis rekryterat en arbetsterapeut och en rehabcoach.

I vårdvalet kan man skraddarsy verksamheten på ett helt annat sätt än tidigare. När Pia arbetade inom den offentliga sjukvården var det svårt att påverka.

Vi fick bara vara med och se hur det skulle se ut, aldrig vara med och tycka, det bara blev så. Här får alla vara med och bestämma och lite skämtsamt kan det kännas som en polsk riksdag ibland när vi har våra diskussioner, inte minst nu när vi diskuterar nya lokaler och där alla tycker till i högt och lågt. I dag är det inte bara de anställda som får vara med och påverka och tycka till, vi har till och med patienter som efterfrågar vissa saker, som vi gärna försöker att bemöta i den mån det går. Det senaste är att vi har fotvården på plats, efter önskemål från en av våra listade.

Medarbetarna – vilket blir deras nästa steg?

Införandet av ett kund- och vårdvalssystem är en möjlighet och utmaning för både företagare och medarbetare inom närsjukvården. Ett väl fungerande vårdvalssystem ställer höga krav på vårdgivarens förmåga att tillvarata medarbetarnas engagemang och kunskap samt erbjuda dem större möjlighet att påverka och utveckla verksamheten.

Som nämnts finns det stora möjligheter för driftiga vårdentreprenörer och deras medarbetare. Det är rimligt att anta att fler entreprenörer och arbetsgivare leder till ökad konkurrens om medarbetarna, vilket kommer att leda till högre löner och ökad rörlighet på arbetsmarknaden både på kort och på lång sikt.

Hälsoval Skåne är en valfrihetsreform för patienter, entreprenörer och regionens medarbetare. Jag tror att vi först om några år kommer att inse hur fantastiskt bra förslaget är och att sjukvårdens medarbetare är en av de stora vinnarna.

KATARINA ERLINGSON (C), ORDFÖRANDE
PERSONALBEREDNINGEN, REGION SKÅNE

Studier av utvecklingen inom skolväsendet och äldreomsorg till följd av ökad konkurrens och mångfald av arbetsgivare visar att även de offentliga arbetsgivarnas verksamhet utvecklas snabbare och blir mer diversifierad. Förändringarna leder till en ökad medvetenhet, öppenhet och kunskapsspridning som bejaktar verksamhetsutveckling i de offentliga verksamheterna.

I vårdvalet avgör varje medarbetare och varje arbetsinsats det ekonomiska utfallet för vårdgivaren. Det räcker med att en enda medarbetare inte är tillräckligt kundorienterad eller kompetent för att berörda patienter ska välja en annan vårdcentral, vilket dels är en mycket tydlig signal om brister i verksamheter och dels blir ett ekonomiskt avbräck för vårdgivaren.

För en framgångsrik verksamhet krävs att medarbetarna upplever att de är uppskattade i sin yrkesutövning och att deras arbete är värdefullt för arbetsgivaren. Vårdvalet tydliggör sambanden för entreprenörerna som har mycket att vinna på att även medarbetarna ser de tydliga ekonomiska sambanden. Transparenta och platta organisationer, modern personalpolitik och tydliga uppföljningar av både ekonomi och verksamhet tycks känneteckna framgångsrika vårdentreprenörer.

De flesta bedömare anser att vårdvals- och kundvalssystemet kommer att bidra till förbättrad produktivitet och kvalitet samt skapa nya affärsmöjligheter. I Hallands landsting upplever chefer och personal på vårdcentralerna konkurrens som en ökad ekonomisk press, men fördelarna överväger med ökad frihet och möjlighet för verksamheterna att själva kunna bestämma över kompetens och utbud.

4. VÅRDVALET OCH FRAMTIDA VÄGVAL

Vårdvalet ska passera många vägska

Det råder fortfarande stor osäkerhet avseende vårdvalsmodellernas utformning, regler, ersättningsnivåer och kvalitetskriterier. Flera landsting arbetar för närvarande fram sina förslag, och redan etablerade modeller är under kontinuerlig utveckling. Lägg därtill en viss politisk risk och osäkerhet som är kopplad till möjligheten att de politiska majoritetsförhållandena på olika politiska nivåer och stödet för vårdvals-systemen förändras efter nästa val.

Marknaderna för närsjukvård kommer att vara i ständig förändring under flera år framåt och präglas av övergångsproblem, omvandlingstryck och dynamik. Kraft och kreativitet kommer att frigöras när dagens offentliga monopol öppnas för konkurrens. Liberaliseringen kommer att skapa nya möjligheter till företagande, utveckling och tillvaratagande av kunskap och kompetens inom sektorerna.

Den svenska marknaden för närsjukvård kommer att omgärdas av vissa inträdesbarriärer. Trösklar avseende legala krav, finansiering och möjligheter till samarbete med andra sjukvårdsaktörer riskerar att utestänga mindre och nystartade företag. Regeringen försöker motverka denna utveckling genom att föreslå etableringsfrihet och införa skärpta krav på konkurrensneutralitet. Initialt är det rimligt att anta att förhållandevis få vårdföretag kommer att finnas, vilket medför risk för monopol eller oligopol. Förhoppningsvis kommer även flera utländska aktörer söka sig till Sverige och förbättra konkurrenssituationen. Det kommer även att finnas stora möjligheter för drivna svenska vårdentreprenörer att exportera både vårdtjänster och kunskap, "know-how".

Parallellt med utvecklingen av marknaderna kommer vissa problem inom hälso- och sjukvården att kvarstå och eventuellt förstärkas. Inom vården förekommer stora informationsproblem som på en marknad med fler aktörer riskerar att förvärras. Det finns två huvudsakliga problem, dels vårdgivarnas kunskapsövertag visavi vårdtagarna, som försvårar uppföljning av kundtillfredsställelse, och dels avsaknaden av ett väl fungerande informationssystem mellan vårdgivarna, vilket medför ökad risk för felbehandling. Lägg därtill att hälso- och sjukvårdstjänster är "icke-standardiserade" avseende både utformning och kvalitet, så framträder bilden av en synnerligen komplex marknad med betydande informationsproblem.

Inom hälso- och sjukvården spelar andra drivkrafter än rent ekonomiska incitament en relativt stor roll för både entreprenörer och medarbetare. Möjligheten att förverkliga verksamhetsidéer eller bedriva utvecklingsarbete och forskning kan för många ha minst lika stor betydelse som ekonomisk kompensation. När marknaden öppnas för fler vårdgivare kommer många att söka sig till den nya tidens vårdentreprenörer för att de erbjuder möjlighet att pröva olika arbetssätt, metoder och former.

Den viktigaste framgångsfaktorn för vårdentreprenörer är engagerade och kunniga medarbetare som sätter patienten i centrum och kan bidra till att utveckla verksamheten. Företagen måste vara kundorienterade och beredda att ge service, vilket ställer krav på en genomgripande förändring. Duktiga medarbetare kommer att kunna utvecklas även som anställda, och bli avgörande för kundvalssystemens framgång.

Dagens vårdanställda är dock påfallande ovana vid företagarrollen, så det finns behov av förberedelser och stöd innan landstingets enheter etableras på den öppna marknaden. Tydligast är behovet av attitydförändring. I ett kundvalssystem krävs ett marknadsekonomiskt tänkesätt om man ska bli framgångsrik.

På längre sikt kommer marknaden att stabiliseras och bestå av ett stort antal aktörer med ett mycket differentierat utbud av vård-, omsorgs- och hälsotjänster. I likhet med utvecklingen i andra länder och i närbesläktade branscher – exempelvis barnomsorg, skolor och äldreomsorg – så kommer marknaden snabbt att utvecklas och växa kraftigt under de kommande femton åren.

Vårdvalet är bara början på en ny tid

Kundvalssystemen inom närsjukvården markerar början på en ny tid för den svenska sjukvården. En ny, stor och väl fungerande marknad etableras med enorma utvecklingsmöjligheter för både företagare och patienter.

Den svenska närsjukvårdsmarknaden kommer att utvecklas snabbt. Kommande lagstiftning om valfrihet för patienter och etableringsfrihet för vårdföretag, i kombination med värdsvalsmodellernas breda politiska förankring i nästan alla landsting, garanterar ett tydligt regelverk och gör det möjligt för företag att genomföra långsiktiga satsningar. Lägg därtill att vårdentreprenörerna (i motsats till exempelvis friskolorna) inte behöver beakta årsvisa demografiska variationer utan kan förvänta sig en stabil efterfrågan över lång tid.

Vårdvalet innebär att medborgaren stärker sin ställning mot vårdgivarna. Vårdpro-

ducenterna blir tvungna att se över sina roller när patienterna, utan prövning, kan lämna sin valda vårdgivare och gå till en annan. Landstingen har genom vårdvalet skapat förutsättningar för mångfald och gett nya vårdanordnare möjlighet att möta efterfrågan på närsjukvård. Genom att tro på individens förmåga att själv fatta beslut har framsynta landsting som Halland kommit en god bit på vägen i att utveckla vården.

De flesta bedömare ställer sig positiva till ökad konkurrensutsättning inom vård- och omsorgssektorn. Enligt ekonomisk teori och empiri leder ökad konkurrens till effektivare resursanvändning. Detta samband gäller både på kort och på lång sikt. Inledningsvis uppstår produktivitetsvinster och engångseffekter när företagen försöker pressa sina produktionskostnader. Vi kan även förvänta oss vissa dynamiska effektivitetsvinster som uppstår exempelvis när patienterna kan välja mellan olika vårdgivare.

Patienternas preferenser, efterfrågan och val kommer att påverka utbudet av sjukvård och skapa incitament för ständig förändring, innovationer och utveckling. Konkurrens och mångfald kommer att leda till både ökad effektivitet och en förnyelse av den svenska sjukvården.

För att positiva effekter ska uppstå krävs ett producentneutralt kundvalssystem som behandlar privata och offentliga aktörer lika och att ingen aktör gynnas eller missgynnas beroende av associationsform. Avtalen mellan vårdgivare och landstingen måste utformas så att både inträdesbarriärer och konkurrenssnedvridning minimeras. Det är av största vikt att kraven på utförarna inte missgynnar små eller nystartade företag. Vissa landsting har problem som måste hanteras, som de differentierade patientavgifterna i Skåne och det svaga utbudet av vårdtjänster i Blekinge. Diskussioner pågår dock inom de berörda landstingen, och flera politiker tycks vara beredda att lyfta fram frågorna.

Givet att merparten av den svenska hälso- och sjukvården även framgent kommer att vara offentligt finansierad med skattemedel så medför vårdvalet och ökad konkurrens en effektivare användning av varje skattekrona. Vi kommer även att se dynamiska effekter i form av utveckling, förstärkt forskning och växande vårdföretag. Vårdsektorn är en framtidsbransch med stor potential, och vårdvalssystem kan vara en avgörande faktor för tillväxt och framtida export av vårdtjänster. Vårdvals- och kundvalssystemen kommer sålunda att leda till bättre och effektivare hälso- och sjukvård samt ge stora positiva effekter på samhällsekonomin genom en blomstrande privat vård- och omsorgssektor.

För att denna positiva utveckling skall bli möjlig måste kunskap om entreprenörskap lyftas in i vårdutbildningarna, och sjukvårdshuvudmännen ha en strategi för att stödja entreprenörskap i verksamheterna.

En annan mycket central fråga som måste belysas är entreprenörernas möjligheter att få riskkapital och andra former av finansiering till sina verksamheter. Finansieringsfrågan och tillgången på stödaktörer, exempelvis företagsinkubatorer, nätverk och expertis som behärskar både sjukvård och företagande, kommer att vara avgörande för vårdvalets framgång.

Vårdvalet ger medborgaren en starkare ställning i förhållande till vårdgivarna. Vårdens producenter måste bli mer lyhörda för patienternas önskemål och behov, om de inte vill se dem gå till en annan vårdgivare. Genom vårdvalet har Landstinget i Halland lagt grunden till en vårdmarknad med mångfald, och gett nya vårdanordnare möjlighet att svara på efterfrågan av närsjukvård. Genom att tro på individens kapacitet och förmåga att fatta beslut har Landstinget i Halland redan kommit långt.

Förändringens vind sveper nu genom övriga landsting och dörren öppnas för duktiga vårdentreprenörer, för utveckling och patientfokusering. Konkurrensutsättning, valfrihetssystem och mångfald kommer att leda till förbättrad produktivitet, högre kvalitet och nya affärsmöjligheter. För driftiga entreprenörer inom vård, hälsa och omsorg finns utvecklingsmöjligheter på närsjukvårdsmarknaden. Vi vill särskilt framhålla möjligheten för kvinnor att bli egenföretagare inom vårdsektorn.

Marknaden för närsjukvård kommer att förändras framöver. Kraft och kreativitet kommer att frigöras när dagens offentliga monopol öppnas för konkurrens. Vårdvals- och kundvalssystemen ger företagare nya möjligheter till snabb utveckling och stora framsteg.

Samtliga landsting hyser en förhoppning om att vårdvalet ska bidra till förbättrad produktivitet och höjd kvalitet. Stora förhoppningar ställs på de privata vårdföretagen och deras förmåga att förbättra och stärka hälso- och sjukvården. Det är entreprenörernas drivkraft och initiativförmåga som ska forma en sjukvård som verkligen möter patienternas och omsorgstagarnas behov och önskemål.

Resan mot ett väl fungerande vårdvalssystem kan vara både lång och krokig, som i Skåne eller Västra Götaland, eller snabb och mer politiskt polariserad som i Stockholm. För att alla positiva effekter ska uppstå krävs att sjukvårdspolitikerna förmår att vara både modiga och uthålliga när de genomför vårdvalsreformen.

Om vårdvalet ges den tid som krävs kommer modellen att förändra, reformera och släppa in nytänkande och utveckling i den svenska vården. Framsynta politiker och tjänstemän har nu chansen att införa ett modernt kundvalssystem och låta sjukvården ta steget från monopol, byråkrati och politikerstyre till patientmakt, valfrihet och stora möjligheter för driftiga vårdentreprenörer att förbättra den svenska sjukvården.

ORDLISTA

Ackreditering: bemyndigande och godkännande att utföra en viss uppgift. Inom vårdvalet avses landstingets godkännande av varje vårdenhet.

Adjusted Clinical Groups (ACG): modell för att beräkna individers vårdbehov efter deras ålder och patienternas vårdtyngd.

Basuppdrag: uppdrag som gäller alla aktörer i systemet.

Konkurrensneutralitet: innebär att det ska råda konkurrens på lika villkor mellan olika aktörer på en viss marknad. Innebörden av lika villkor kan vara att de olika aktörerna på konkurrensmarknaden ska vara både finansiellt och ekonomiskt likaberättigade.

Närsjukvård: sjukvård som ska ansvara för huvuddelen av människors vardagliga sjukvårdsbehov.

Primärvård: den nära och vardagliga sjukvården på vårdcentraler som tillgodoser de flestas behov av vård och omsorg.

Producentneutral: lika villkor oavsett driftsform.

Särskilt uppdrag: uppdrag som inte gäller alla aktörer.

Vårdenhet: en funktionell enhet som skapas för att kunna tillhandahålla resurser som krävs för basuppdraget och som definieras i ackrediteringen.

Vårdgivare: den som utför vården.

Vårdval: möjlighet att välja vårdenhet och där det finns en hälso- och sjukvårdspeng som följer varje invånare på lika villkor oavsett driftsform.

Vårdvalsbelopp: det belopp som landstinget betalar anordnare för varje medborgare.

NOTER

1. 1. Rapportförfattarnas sammanställning av vårdvalets viktigaste principer.
2. Vårdval i primärvården 2008/09: SoU 9 SFS, grundförfattning: 1982:763, 1982:763 SFS, ändringsförfattning: 2009:139, 2009:140.
3. Utöver åtagande gentemot de invånare som valt vårdenheten kan en överenskommelse träffas med landstinget om ersättning för särskilda uppdrag, till exempel ungdomsmottagning, mödrahälsovård, stöd och handledning av personal vid särskilda boenden, hälso- och sjukvårdsinsatser vid kommunens korttidsboenden, specialisttjänstgöring (ST) för läkare, allmäntjänstgöring (AT) för läkare, studierektorskap för ST- och AT-läkare.
4. Samverkansnämnden för Västra sjukvårdsregionen består av förtroendevalda från Halland och Västra Götalandsregionen.
5. Södra regionvårdsnämnden är en regionalpolitisk nämnd för de fyra landstingen i Södra sjukvårdsregionen – Landstinget Kronoberg, Landstinget Blekinge, Landstinget Halland samt Region Skåne.
6. SFS 1993:1651.
7. SFS 1993:1652.
8. SOU 2008:37.
9. Se <www.vardbarometern.nu>.
10. Övriga sydsvenska landsting, Jönköping, Kronoberg och Kalmar, planerar också att införa ett vårdvalssystem inom kort.
11. Beställarnätverket för landstingen i Sverige.
12. Ekonomistyrningsverket (2006), Effektivare statlig verksamhet med privat medverkan? : om konkurrensutsättning och styrning av offentlig verksamhet i privat regi. ESV rapport 2006:15.

TIMBRO VÄLFÄRD & REFORM, KUNGSGATAN 60, BOX 3037, 103 61 STOCKHOLM
TEL 08 587 898 00, WWW.TIMBRO.SE, INFO@TIMBRO.SE

