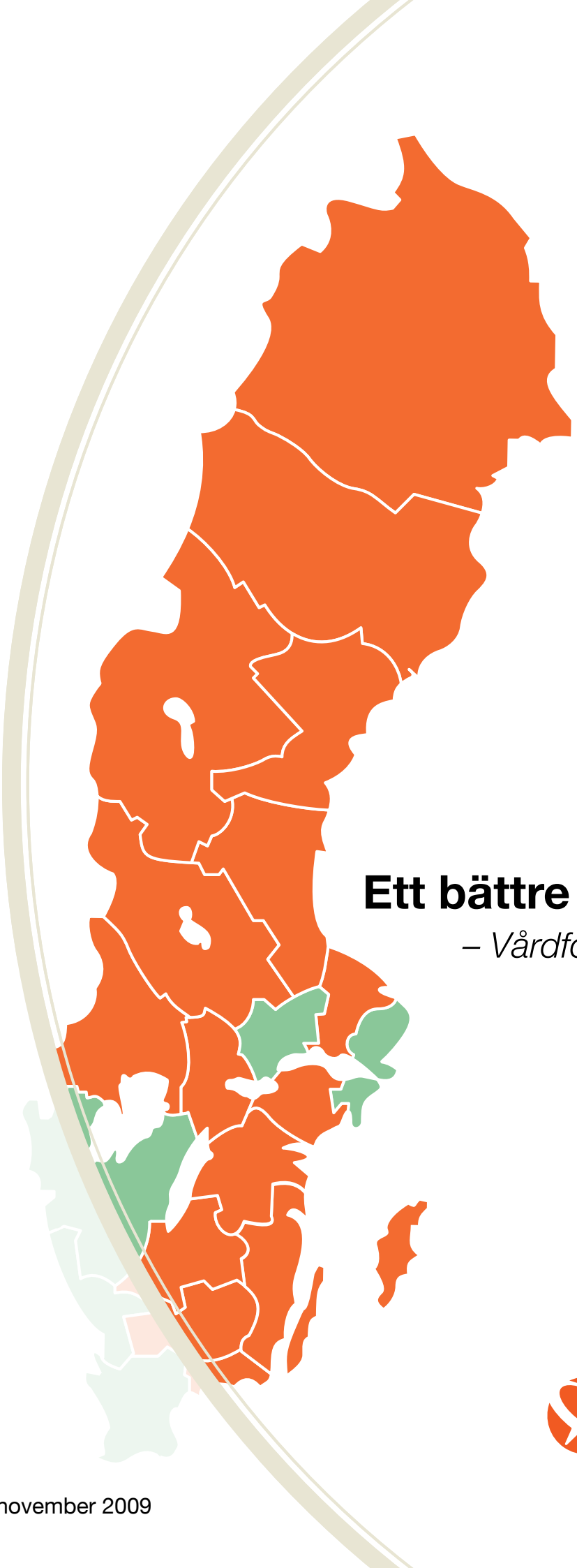




Ett bättre Vårdval Sverige

– Vårdföretagare om vårdvalen



Ett bättre Vårdval Sverige

Vårdföretagare om vårdvalen

Förord	3
1 Sammanfattning	4
2 Bakgrund	5
3 Tidigare rapporter om Vårdval	6
4 Metod och urval	8
5 Vad tycker vårdföretagen?	9
5.1 Vårdval Halland	9
5.2 Hälsoval Skåne	13
5.3 Vårdval Västra Götaland	17
5.4 Vårdval Stockholm	20
5.5 Vårdval Västmanland	23
6 Slutsats och analys	26
6.1 Passiv listning	26
6.2 Snedvriden konkurrens	26
6.3 Hur ska ersättningen sättas?	27
6.4 Basuppdragets omfattning	27
6.5 Dialog med politiker och tjänstemän	27
6.6 Patientinformation	28
6.7 Stabilitet i systemet	28
6.8 Ett enhetligt Vårdvalssystem	28
7 Lärdomar för ett bättre vårdval	29
8 När införs vårdvalssystemen?	30
9 Ordlista för vårdval	31
10 Källor	32

Förord

Den första januari 2010 blir det obligatoriskt med vårdvalssystem i primärvården. Idag har nära hälften av alla landsting vårdvalssystem, och övriga landsting håller som bäst på att utforma reglerna för sina vårdvalssystem.

Hur kan valfrihetssystemen förbättras? Den frågan ställde Vårdföretagarna till trettio två vårdföretagare i fem regioner som redan infört vårdvalssystem. Genom djupintervjuer trädde en bild fram av hur vårdvalssystemen fungerar runt om i landet, vad som är bra, vad som är dåligt och vad politikerna speciellt bör arbeta vidare med för att göra valfrihetssystemen så bra som möjligt för patienterna och vårdföretagen.

Alla vårdföretag anser att vårdvalssystemen kan förbättras avsevärt, både när det kommer till ersättning, listning och konkurrensneutralitet. Mot bakgrund av företagarnas insikter är vi övertygade om att alla som är intresserade av att stimulera till ökat vårdföretagande kan dra nytta av dessa slutsatser.

Stockholm, november 2009

Hans Dahlgren
Näringspolitisk chef, Vårdföretagarna

1 Sammanfattning

Vårdföretagen visar en bred uppslutning bakom principerna för vårdval. Många menar att vårdvalet ger utrymme för att både höja vårdkvaliteten och tillgängligheten för patienterna. Samtidigt är företagen tydliga med att det finns brister i vårdvalsmodellernas ersättningssystem och att det inte heller råder konkurrensneutralitet mellan den offentligt och den privat drivna vården.

Fri etablering är inget problem för de vårdföretag som redan finns på marknaden, de flesta tycks uppskatta sina konkurrenter. Många företag uppger tvärtom att det är för svårt att etablera sig som nytt och mindre vårdföretag, inte minst på grund av listningsförfarandet men också på grund av att vissa vårdvalssystem har ett mycket omfattande basuppdrag.

Många av de intervjuade företagen anser att det vore bra med enhetliga vårdvalsregler i hela landet, men det finns ingen gemensam syn på vilka dessa regler borde vara.

När det gäller möjligheten till besparing eller effektivisering är bättre samordning av informationssystem och mindre byråkrati inom landstingen det vanligaste förslaget. Även en utbyggd primärvård med fler specialister är ett förslag som återkommer ofta.

Det finns ett visst missnöje med att uppföljning och kontroll baseras på inrapportering till register och att det i mindre utsträckning genomförs medicinsk uppföljning eller patientenkäter, som mäter kundnöjdhet.

2 Bakgrund

Riksdagen har antagit propositionen "Vårdval i primärvården". Det innebär att från och med den 1 januari 2010 har alla landsting en skyldighet att ha vårdvalssystem. Med vårdvalssystem ska patienten fritt kunna välja mellan alla av landstinget godkända vårdleverantörer. Det är fortfarande landstinget som har det övergripande ansvaret för verksamheten.

I november 2009 har nio landsting infört vårdval i primärvården. Även om vårdvalsmodeller skiljer sig åt så finns det ett gemensamt mål med förändringen: att organisera primärvården så att patienten får ett större inflytande.

LOV är en lag som anger hur valfrihetssystem ska införas. Enligt LOV ska valfrihetssystemen förbättra välfärden genom ökad valfrihet och kvalitet, inte priskonkurrens. LOV är ett alternativ till LOU, Lagen om offentlig upphandling.

Eftersom det är upp till landstingen och regionerna att utforma vårdvalssystemen ser systemen för ersättning olika ut. Västmanland och Halland fördelar ersättning efter patienternas ålder, där små barn och patienter över 85 år ger mest ersättning. Skåne och Västra Götaland har ett mer differentierat ersättningssystem, där bland annat ålder, diagnos och socioekonomisk situation påverkar ersättningen. Stockholm har en viss viktning på ålder, men framför allt får vårdenheter ersättning beroende på hur många läkarbesök som genomförs.

En vårdenhet har inte rätt att säga nej till att ta emot en person som vill lista sig hos dem, utan patienterna är alltid själva fria att välja vårdcentral.

3 Tidigare rapporter om Vårdval

Sedan vårdvalet infördes har flera organisationer undersökt vårdvalet utifrån olika perspektiv – ideologiska, fackliga och professionella, däribland Pensionärernas Riksorganisation, Läkarförbundet, Timbro, Socialdemokraterna och Socialstyrelsen. Ingen av dessa organisationer har kartlagt vilka problem och möjligheter som vårdföretagen i respektive vårdvalssystem upplever.

PRO

PRO:s rapport "Vårdval" (2008) beskriver de olika vårdvalssystemen och jämför dem med hur det ser ut i andra länder i Norden och EU. PRO menar att långsiktighet i verksamheterna är den viktigaste faktorn för deras medlemmar. PRO är skeptiska till fri etablering av nya vårdenheter, och menar att utvecklingen i Stockholms läns landsting har varit problematisk då vårdenheter i högre utstäckning etablerats i socialt starka områden. Rapporten ger rekommendationer om hur vårdvalssystemen bör utformas för att säkerställa en god vård för PRO:s medlemmar.

Läkarförbundet

Läkarförbundets rapport "Vårdval i primärvården – hur bör det utformas?" (2009) avhandlar vårdföretagens uppdrag, regler och formuleringar, ekonomistyrning, kvalitet och uppföljning. I rapporten föreslås 24 riktlinjer för framtida vårdvalsmodeller. Förbundet ställer sig bakom den fria etableringen men betonar vikten av att ersättningssystemet tar åldersmässiga och socioekonomiska hänsyn. Förbundet vill se en ersättning som i hög utsträckning är fast, detta för att minska risken för överetablering. Man lyfter särskilt fram Hallands vårdvalsmodell och kritiserar Stockholms och Västmanlands vårdvalsmodeller, som medlemmarna anser omgärdas av ett snårigt regelverk.

Timbro

Timbros vårdvalsrapport "Vårdval Sverige – hur skriver vi ett recept för framgång?" (2009) går igenom vårdvalsmodellerna i Hallands län, Stockholms län och Region Skåne och berör även vårdvalsmodellerna i Blekinge och Västra Götalands län. Fokus ligger på vilka möjligheter vårdvalen ger patienterna och vikten av konkurrens på lika villkor bland vårdgivarna för att uppnå bättre vård. Rapportförfattarna framhåller även vikten av etableringsfrihet för att öka mångfalden och diskuterar utmaningarna för svensk vård.

Socialdemokraterna i Stockholm

Socialdemokraterna i Stockholms läns landstings rapport "Ett år med vårdval Stockholm" (2009) bygger på en genomgång av de 71 vårdcentraler som landstinget driver i egen regi. Rapporten kritiserar dagens utformning av ersättningssystemet och menar att den vikt som lagts på läkarbesök i Stockholm inneburit att många besök hos sjuksköterskor har försvunnit. Rapportförfattarna är också kritiska till att antalet årsarbetare minskat i socialt utsatta områden i högre grad än i socialt starka områden.

Rapportförfattarna lyfter vikten av en ersättningsmodell som bygger på ACG-systemet (Adjusted Clinical Groups) som innebär att patienternas vårdtyngd bestäms av en kombination av bland annat ålder, kön och diagnos. Se vidare beskrivning av ACG-systemet i sammanfattningen av Hälsoval Skåne.

Socialstyrelsen

Rapporten "Införandet av vårdval i Primärvården" är en delredovisning av det uppdrag som Socialstyrelsen har fått av regeringen för att följa upp hur landstingen inför vårdvalssystem i primärvården. Vid uppföljningen tittar Socialstyrelsen närmre på de krav som ställs på aktörer som vill etablera sig, patienternas valmöjligheter och informationen till medborgarna. I delrapporten görs en genomgång av respektive vårdval. Uppdraget redovisas i sin helhet i februari 2010.

4 Metod och urval

Rapportens intervjuas är vårdföretagare i respektive landsting och region. Urvalet har gjorts ur Vårdföretagarnas medlemsregister i syfte att täcka in både större och mindre vårdenheters olika perspektiv. Undersökningen har genomförts under perioden september till november 2009 genom 32 djupintervjuer med ansvariga chefer på respektive vårdenhet.

Stockholm 8 företag intervjuade	Vårdval infördes 1 januari 2008 Antal invånare: 1 975 000 Antal omlistade: 296 000 (15%) ¹
Halland 6 företag intervjuade	Vårdval infördes 1 januari 2007 Antal invånare: 293 000 Antal omlistade: 50 000 (17%)
Västmanland 6 företag intervjuade	Vårdval infördes 1 januari 2008 Antal invånare: 250 000 Antal omlistade: 15 000 (6%)
Skåne 6 företag intervjuade	Vårdval infördes 1 maj 2009 Antal invånare: 1 200 000 Antal omlistade: 36 000 (3%)
VG-regionen 6 företag intervjuade	Vårdval infördes 1 oktober 2009 Antal invånare: 1 500 000 Antal omlistade: 240 000 (15%)

Källa: Landstingens egen uppgift, Omvård.se, oktober 2009

¹ I de flesta landsting har alla personer varit listade tidigare. Omlistning betyder att personen gjort ett aktivt byte från en vårdcentral till en annan. I Stockholm var många omlistade innan vårdvalet, så siffran speglar de personer som har bytt vårdcentral efter att den första listningen skett.

Siffrorna för Halland är ungefärliga, då de både innefattar personer som byter vårdcentral, nyfödda och nyinflyttade.

5 Vad tycker vårdföretagen?

5.1 Vårdval Halland



5.1.1 Införande och listning

Halland var först med att införa vårdvalssystem i primärvården. Processen började i slutet av 2006, då alla hallänningar av landstinget fick ett förslag på vårdcentral att vara listade hos. Det landstingsbestämda alternativet var den vårdcentral där personen gjort merparten av sina vårdbesök under de senaste tre åren. De personer som accepterade landstingets förslag behövde inte göra ett val av vårdcentral, endast personer som ville ha en särskild vårdcentral behövde välja.

Bland de intervjuade vårdföretagen är många kritiska till denna passiva listning, som de upplever har missgynnat nya aktörer. Som en verksamhetschef uttrycker det:

"I grunden är vårdvalet bra, men den passiva listningen missgynnar oss små företag som har öppnat efter att listningen skett. Vi fick inga passivt listade patienter, vi får bara de som är aktivt sjuka. Det gör det svårt att växa."

En verksamhetschef på en mindre vårdcentral uttrycker samma frustration:

"Fördelningen av de passivt listade patienterna till den offentliga vården gör att de hela tiden ligger ett steg före. Privata vårdföretag får kämpa för varje patient, vilket innebär en marknadsföringskostnad."

Vårdföretagen upplever att den passiva listningen är mest negativ för små företag, som inte kan bära förluster i flera år i syfte att bygga upp en kundstock av aktivt listade patienter som de större bolagen har möjlighet att göra.

"De stora aktörerna har resurser att klara av en förlust under flera år och på så sätt bygga sin kundstock, det har inte mindre företag", säger en intervjuad.

Överlag är vårdföretagen i Halland positiva till vårdvalet och anser att det har ökat patienternas möjligheter att få en bättre och mer tillgänglig vård. Företagen uppger att de själva har fått en ökad frihet att organisera verksamheten, och att de kan expandera sin verksamhet lättare nu än tidigare. Man säger också att samverkan med specialister har varit fortsatt god efter införandet.

På frågan: *"Hur upplever du att genomförandet av vårdvalet fungerade?"* svarar vårdföretagen att genomförandet i Halland fungerat bra. De poängterar dock att ett problem var det låga intresset för listning bland invånarna vid införandet. De menar också att landstinget i början av vårdvalet lade ut mer ansvar på företagen än vad det gavs ersättning för, främst inom hemsjukvården. Efter en hård kritik från flera håll har landstinget justerat ersättningsnivån.

5.1.2 Ersättning och konkurrens

Ackreditering av vårdgivare sker när ställda krav uppfyllts och därefter är ersättningen direkt kopplad till patientens val. Det sker inte någon formell offentlig upphandling av de privata vårdföretagen. Så snart som möjligt men senast inom tre månader ska den invånare som gjort ett aktivt val av vårdcentral kunna tas emot av den valda vårdcentralen. Som patient har man rätt att lista om sig och byta vårdcentral fyra gånger per år.

"Man får välja vårdcentral var tredje månad, och det skulle vara bra om patienterna gjorde flera omval" säger en verksamhetschef.

Samtidigt betonar företagen att det är viktigt att ha en stabilitet i antalet listade personer så att det är möjligt att planera sin ekonomi.

Den hälso- och sjukvårdspeng som följer patienterna utgör ersättningen till vårdenheter. Hälso- och sjukvårdspengen är lika för alla vårdcentraler, offentliga som privata. Ersättningen ges utifrån ålder; fyra olika åldersgrupper finns. Verksamhetscheferna uppger att det behövs fler åldersgrupper än vad det finns idag för att ersättningen ska bli mer rättvisande.

Storleken på hälso- och sjukvårdspengen bestäms årligen av landstingsfullmäktige. Pengen styr inte vilken yrkesgrupp inom vårdcentralen som ska sköta behandlingen, exempelvis om det ska vara en läkare eller en sjuksköterska, utan det är upp till varje vårdcentral att fritt utnyttja sina kompetenser för ta hand om patientens behov.

Vårdföretagen värderar denna flexibilitet gällande vilken yrkesgrupp som behandlar patienten, och uppger att det frigör resurser och ökar patienternas möjlighet att få den vård de söker.

Gällande ackrediteringskraven upplever företagarna att det är alltför svårt att nå upp till dem och att basuppdraget är för omfattande. En verksamhetschef jämför situationen i Halland med Danmark:

"Det är orättvist, som vårdföretag har vi inga rättigheter, bara krav. I Danmark har de ett system där endast en läkare och en sjuksyster kan ackreditera sig. Här måste vi ha massor med avtal med kuratorer, sjukgymnaster och olika system."

Ersättningen bör få en större rörlig del där fler parametrar vägs in, anser vårdföretagen. Idag beskriver man det som ett problem att så få etablerar sig på landsbygden. Halmstad tas som ett exempel på där det finns särskilt vårdtunga områden.

"Landstingspolitikerna måste titta på befolkningen, hur sjukdomspanoramat ser ut och fokusera på en rättmätig sjukdomsersättning", säger en verksamhetschef.

"De vårdenheter som har friska patienter tycker det är bra, men de med multisjuka patienter hamnar utanför. Vi har bara mycket sjuka patienter, de som kommer till oss går till läkaren drygt en gång i veckan", fortsätter verksamhetschefen och framhåller att företaget sitter i en svår situation och går med förlust.

En annan företagare poängterar att en hög fast ersättning ger något omvända incitament för vårdproduktionen:

"Det blir bättre ekonomi av att krympa verksamheten. Incitamenten är lite omvända, desto mindre man gör, desto säkrare är ens investering."

Vårdföretagen anser att ersättningen behöver bli mer differentierad och att en hög fast ersättning har nackdelar för vilka patienter man vill se listade, de uppger också att det finns regler som fungerar direkt konkurrenssnedvridande:

"Privata vårdcentraler har krav på sig att ha två läkare, medan de offentliga vårdcentralerna inte har det. De har 11 000 patienter och en fast läkare, så hyr de in övriga läkare istället."

Ett ytterligare problem som företagen pekar på är att den landstingsdrivna vården har tillgång till "gratis" faciliteter såsom badbassänger för rehabilitering.

Idag finns det 44 vårdenheter, varav 21 privata, inom Vårdval Halland. Varje verksamhet utvärderas av landstinget tre gånger per år. Ett av målen som landstinget uppger med Vårdval Halland är att den öppna hälso- och sjukvården ska bli mer lokal, att vården ska flyttas till de lokala vårdinrättningarna. Det förutsätter att samverkan mellan olika vårdgivare fungerar väl, och därför utvärderas samverkan extra mycket.

Ersättningen till vårdgivarna är målrelaterad och avdrag på ersättningen görs för aktörer som inte kan uppfylla vårdgarantin eller har för låg täckningsgrad². Ett annat krav är att varje mottagning ska ha minst en läkare som är specialinriktad mot allmänmedicin.

De intervjuade vårdföretagen är överlag nöjda med kravuppföljningen, men några verksamhetschefer påpekar att patientnöjdheten borde få en mer framträdande roll³.

² Täckningsgraden är ett mått på hur stor andel av alla besök i öppenvård som vårdenhetens patienter gör på närsjukvårdsnivå. Ju högre del av vården som gjorts inom närsjukvården, desto högre blir täckningsgraden.

³ På Vårdval Hallands hemsida finns en funktion för jämförelse mellan olika vårdenheter där patienter bland annat kan se hur många procent av patienterna som får vård inom 7 dagar och vilka specialister som finns på mottagningen. Någon jämförelse av patientnöjdhet finns inte.

En verksamhetschef lyfter fram att vårdval överlag är långt bättre än LOU:

"Med LOU löpte man risken att efter fyra år helt förlora kontraktet, det gör man inte längre. Nu styr patienterna och är man väl ackrediterad riskerar man inte att bli utkastad."

Överlag upplevs Halland ha ett stabilt vårdvalssystem, där de etablerade företagen vet vilka regler som gäller och kan planera efter det. Verksamhetscheferna upplever också att det finns en fungerande dialog med politiska företrädare och att det finns regelbundna möten.

"Vi har regelbundna möten med den lokala nämnden, de bjuder in oss, och fyra gånger per år träffar vi landstingsledningen. Jag har alltid upplevt det lätt att ringa de ansvariga", säger en verksamhetschef.

Kontakten med media är inte fullt lika god. En verksamhetschef säger:

"Media vill inte ställa upp för oss, de är rädda för oss och så finns såklart medielogiken att privatisering är dåligt."

En annan verksamhetschef upplever att det mest skrivs om följderna av systemet i lokalmedia och inte lika mycket om vårdvalet som sådant.

5.1.3 Utveckling av Vårdval Halland

Den största utvecklingspotentialen för Halland som vårdföretagen ser, är att se till att nya vårdföretag lättare kan etablera sig, vilket enligt företagen uppnås genom att göra om listningsförfarandet. En verksamhetschef menar att det finns en politisk ovilja att göra något åt listningsproblematiken, eftersom det är politiskt svårt att skicka ut ett ytterligare brev till invånarna och be dem lista om sig.

Vårdföretagen anser att de politiska företrädarna bör tänka mer långsiktigt och lösa det konkurrensproblem som uppstått mellan nya vårdaktörer som vill etablera sig i landstinget och gamla vårdaktörer som gynnats av den initiala listningen.

En verksamhetschef konstaterar:

"Vårdvalet nu är kortsiktigt tänkt. Landstinget vill satsa på de fungerande vårdcentralerna, de som har de passivt listade patienterna. De nya aktörerna har ingen chans att konkurrera med de gamla."

Det finns även åsikter om att vårduppdraget i Halland är brett definierat och att man skulle kunna uppnå en högre konkurrens om uppdraget smalnades av så att mindre vårdföretag kunde etablera sig.

Företagen lyfter också frågan om inte en högre andel rörlig ersättning kunde ge ett bättre incitament till att stimulera vårdproduktionen, utan för att – som det fungerar idag – driva utvecklingen mot att man som vårdföretag vill trygga sin investering genom att smalna av sin verksamhet. Men man ser att vårdvalssystemet är bra för politikerna, som säkrar att inte gå med underskott genom att lägga ut verksamhet på entreprenörer.

"Det är en mycket bra modell för politikerna, de får en automatisk maxnivå för kostnaden", säger en verksamhetschef.

5.2 Hälsoval Skåne



Vårdval infördes 1 maj 2009
Antal invånare: 1 200 000
Antal omlistade: 36 000 (3%)

5.2.1 Införande och listning

Den 23 september 2008 beslutade regionfullmäktige att införa ett vårdvalssystem i Skåne. Hälsoval Skåne ska göra så att patienternas behov blir styrande för all verksamhet och förnyelse. Regionen vill också se att självständigheten för de regiondrivna vårdgivarna ökar och att samtliga vårdgivare i öppenvården blir en del av närsjukvården i Region Skåne, oavsett driftsform.

Hälsoval Skåne genomfördes i två steg med start den 1 januari 2009. Det första steget omfattade enbart barnhälsovård och innebar att alla föräldrar med barn upp till sex års ålder fick möjlighet att välja barnvårdscentral. Det andra steget omfattade hela primärvården och inleddes den 1 maj 2009.

De intervjuade vårdföretagen i Skåne anser att införandet gick för snabbt och att informationen under genomförandet brast. Ibland kom samma information tio gånger, medan informationen i andra fall uteblev helt. Angående listningen uppger en VD:

"Det var mycket otydlighet, flera frågor. Förhandslistade patienter försvann i regionens datasystem och blev inte registrerade."

Andra verksamhetschefer menar att modellen för listning gynnade det redan etablerade.

Basuppdraget för Hälsoval Skåne är att varje vårdenhets kontrakterar sig till ett allmänt uppdrag som ska täcka medborgarnas primärvårdsbehov. Vårdenheten får även möjlighet att utveckla verksamheten utifrån loka-la behov tillsammans med andra aktörer. I basuppdraget ingår, precis som i Halland, ett krav på förväntad täckningsgrad – det vill säga att vårdenheten tar en viss andel av den totala öppenvården inom vårdenhetens ansvarsområde. Det som inte ingår i basuppdraget är till exempel dietistverksamhet, mödrahälsovård, barnhälsovård, logopedi och ungdomsmottagning.

5.2.2 Ersättning och konkurrens

Vårdenheternas intäkter består av en vårdersättning per individ som listar sig. Utöver dessa intäkter får vårdenheten även behålla patientavgifterna och får en ersättning för kostnaderna för basläkemedel. Vårdval Halland stod modell för Region Skånes arbete med ersättningssystemet.

Genom ett beslut i Regionvårdsnämnden har även den som är folkbokförd i landstingen Halland, Blekinge och Kronoberg rätt att välja vårdenhet i Skåne.

Ersättningen utgår till 80 procent baserat på ålder, vårdtyngd och socioekonomiska faktorer enligt ACG-modellen, Adjusted Clinical Groups, vilket är en vanlig modell inom amerikansk vård för diagnosbaserad riskjustering. Övriga 20 procent av ersättningen utgår enligt CNI, Care Need Index, som beräknar socioekonomiska förutsättningar.

Vårdgivarna kan även få bonus utifrån hur väl de utför uppdraget. Här ingår bland annat krav på förskrivningen av läkemedel. Totalt avsätts 2 procent av vårdersättning till bonus.

Ersättningen ska täcka kostnaderna för de listade invånarnas primärvårdsbehov inklusive jourbesök, medicinsk service, läkemedel och primärvård i andra landsting. Den förvalda vårdenheten har även kostnadsansvar för den primärvård som vårdenhetens listade patienter får hos andra vårdgivare. En verksamhetschef tycker att det är svårt att kalkylera kostnaderna i dag:

"Jag tycker det har varit jättesvårt med kapiteringsersättning. Det är svårt att värdera, det försvårar möjligheten att planera framtiden."

Ett förslag till lösning för att få bättre överblick presenteras av en annan verksamhetschef:

"Om alla ekonomiska rapporter hade presenterats gemensamt hade vi kunnat ha bättre överblick. I dag vet man inte hur mycket labb och röntgen kostar, eller vad avräkningen blir."

Företagen uppger att en faktor som gör att det inte råder lika villkor mellan privata och offentliga vårdföretag är att tillgången till information skiljer sig åt. En verksamhetschef berättar:

"IT är ett bekymmer för oss privata vårdföretag, eftersom vi inte har tillgång till lika mycket information som regionen, exempelvis inom röntgen."

En verksamhetschef berättar att det även finns problem med att landstinget inte får samverka fritt med de privata aktörerna:

"Landstingets arbetsterapeuter får inte samarbeta med de privata vårdaktörerna, utan endast med landstingets egna vårdgivare. Det gör att vi får anställa en egen arbetsterapeut, vilket är oproportionerligt dyrt för en liten husläkarmottagning."

De menar också att den tunga administrationen gör att större och etablerade vårdgivare får lättare att verka, medan små företag får det svårare.

"Tung administration gynnar större vårdgivare. De kan samordna den administrativa delen", säger en verksamhetschef.

En annan verksamhetschef menar att det aldrig kan vara ett krav från regionen att ha en specialistläkare anställd, då det kommer att bli svårt med läkarförsörjningen framöver.

"Det tar åtta år att bli specialistläkare, det kan aldrig vara ett krav."

De företag som har funnits länge i regionen uppger att det är enklare att verka i länet än andra. Men de anser fortfarande att det är svårt för små företag att hävda sig i nuvarande vårdvalssystem.

"Vi har funnits i 20 år, vi klarar oss. Men det är svårt för små företag att etablera sig", säger en verksamhetschef.

Region Skåne har differentierade patientavgifter för att stimulera den enskilde att välja den vårdenhet där personen är listad. Patienterna får betala en högre patientavgift på andra vårdcentraler än hos den listade vårdgivaren.

Framöver kommer ersättningen att påverkas av hur väl vårdenheterna når den förväntade täckningsgraden och regionen har även en ambition om att relatera ersättningen till vårdens kvalitet och patientresultat.

Ackreditering sker för varje vårdenhet inom Hälsoval Skåne. Efter att en vårdenhet blivit ackrediterad har vårdenheten ett år på sig att teckna ett avtal. Skrivs inget avtal inom perioden har Region Skåne rätt att återkalla ackrediteringen.

Vårdföretagen uppger att det är långt bättre med vårdval än vad det varit med LOU, eftersom att man nu inte riskerar att förlora allt på ett bräde. Man uppger även att det har blivit mindre byråkrati:

"Det är mindre byråkrati nu, och det är lättare utsätta olika delar av primärvården för konkurrens."

Bilden av hur dialogen med politikerna fungerar skiljer sig åt. Någon verksamhetschef tycker att dialogen fungerar väl och att man inte kan kräva att politiker ska ha kunskap om allt, medan en annan verksamhetschef upplever att baskunskapen om vad som omfattas av hälsovalet är rent dålig.

5.2.3 Utveckling av Hälsoval Skåne

Några viktiga faktorer när hälsovalet ska utvecklas vidare är att det blir en ökad fokus på den medicinska behandlingen och patientnöjdheten. Vårdföretagen i Skåne pekar också på att basuppdraget är tämligen omfattande, och att det är svårt för mindre företag att etablera sig.

Man har även åsikter om ersättnings utformning. I dagens system med en vårdpeng, får vårdcentralen en kraftig avräkning om patienten besöker en annan vårdcentral.

"Listade patienter som väljer en annan vårdcentral kostar mycket", som en verksamhetschef uttrycker det.

Regionen har också i praktiken beviljat sig en lång kredittid eftersom ersättningen betalas ut ett sent datum månaden efteråt. För redan etablerade vårdföretag har detta ingen avgörande påverkan på ekonomin, men den som är ny har svårare att klara sig utan likviditet i nära två månader.

"Ersättningen är för låg. Regionen har gett sig sex veckors kredit och kan sedan minska ersättningen när patienter gått till specialister", säger en VD.

5.3 Vårdval Västra Götaland



5.3.1 Införande och listning

I februari 2009 fattade regionfullmäktige i Västra Götaland det formella beslutet att införa fritt vårdval inom primärvården. Vårdvalet – kallat VG Primärvård – startade den 1 oktober och ger invånarna rätt att välja vårdcentral. De individer som inte valde att lista sig blev placerade på den vårdcentral som geografiskt sett låg närmast bostaden, det vill säga en passiv listning skedde.

Västra Götalandsregionen har ett brett definierat vårduppdrag. I uppdraget ingår både planerad och oplanerad vård i form rådgivning, utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad och uppföljning med jour, medicinsk fotvård, forskningsuppdrag, samverkan och utbildning för att säkra tillgången på personal i VG-regionen. Vårdgivaren har även ansvar för att vårdsökande har tillgång till vård dygnet runt med läkare i ständig beredskap. Jourverksamheten kan samordnas med andra vårdgivare.

De intervjuade verksamhetscheferna är generellt sett mycket positiva till VG Primärvård. Företagen uppger att de har fått en större frihet att organisera verksamheten och att det har blivit lättare att expandera.

”Vi har bytt till en tre gånger så stor lokal med dubbelt så mycket personal och vi är skuldsatta. Men det är kul!” berättar en verksamhetschef.

Samtidigt tycker man att det är problematiskt att ha ett så pass omfattande åtagande, då det hämmar startandet av små företag och stimulerar till sammanslagningar av enheter:

”Systemet är överlag bra, men som det är nu missgynnas små mottagningar, vi skulle tjäna mycket på att gå ihop med någon annan, även om vi inte tror att det är vad våra patienter skulle föredra”, berättar en verksamhetschef.

Fler aktörer har etablerat sig i regionen sedan vårdvalet infördes. Redan första månaden etablerades 64 nya vårdcentraler och totalt finns idag 205 vårdcentraler att välja mellan. Alla intervjuade företag i regionen menar att den ökade konkurrensen resulterat i en ökad tillgänglighet och en bättre service för patienterna. Bland annat har köerna kortats avsevärt sedan införandet.

"Att låta patienter välja är bra. Fler vårdgivare har etablerat sig vilket har minskat köerna", säger en verksamhetschef.

Samtidigt är de intervjuade cheferna kritiska till hur systemet infördes:

"Den passiva listningen är ett stort problem, särskilt för oss där vårdvalet infördes på mindre än ett halvår. Alla patienter var inte medvetna om förändringen, vilket gynnade de redan etablerade aktörerna."

En annan vårdföretagare menar att vårdvalsmodellerna behöver följas upp redan från början för att systemet ska bli rättvist ur konkurrenssynpunkt:

"Konkurrensverket borde vara inblandat från början för att kontrollera hur vårdvalsmodellerna ser ut."

5.3.2 Ersättning och konkurrens

Vårdvalet i Västra Götaland bygger på att varje medborgare tilldelas en viss ersättning – en vårdpeng – som följer personen till den valda vårdgivaren. Vårdgivarna kan vara både privata och offentliga, men varje vårdenhet måste uppfylla ett antal av regionen fastslagna krav för att kunna ackrediteras.

Till skillnad från Stockholm har vårdvalet i Västra Götaland utformats så att ersättningen till vårdcentralerna varierar beroende på hur resurskrävande patienterna är. Ersättningen i Västra Götaland är i högre utsträckning fast.

Basen för ersättningens storlek är patientens ålder och kön. Utöver ålder och kön bestäms ersättningen utifrån vårdtyngd enligt ACG-systemet. Det utgår även en målrelaterad ersättning för täckningsgrad och kvalitet, geografi och socioekonomi. Ingen extra ersättning för läkemedel tillkommer utan läkemedelskostnaderna ska täckas in av den totala ersättningen.

Företagen är överlag nöjda med ersättningssystemet:

"Det är bra med fast ersättning, patienten måste bli nöjd för att inte lista om sig", säger en verksamhetschef medan en annan menar att:

"Vårdval Västra Götaland är nog det bästa just nu. Ersättningsmodellen är hyggligt rättvis."

Samtidigt som många är nöjda med ersättningssystemet och att många av de delmål som landstinget hade innan införandet har uppnåtts – ökat utbud, förbättrad tillgänglighet – finns det problem som enligt vårdföretagens snedvrider konkurrensen och

gör det svårt för små aktörer att etablera sig. Många av de intervjuade pekar på att den administrativa bördan har ökat:

"De stora företagen har administrativa fördelar som vi inte har, vilket gör det lättare för dem att möta de många kravmål som regionen ställer" säger en mindre vårdföretagare.

En annan verksamhetschef pekar på samma problematik:

"Själva systemet innebär mer byråkrati och administration, vilket inte är något problem för oss, men säkert tufft för mindre vårdcentraler."

5.3.3 Utveckling av Vårdval Västra Götaland

Den största utvecklingspotentialen för Västra Götaland som vårdföretagen ser är att säkra att nya vårdföretag lättare kan etablera sig och framför allt, att systemet blir kvar och att det inte sker några snabba förändringar i regelverket. En vårdföretagare menar att det varit mycket turbulens i regionen och även om de flesta förändringar de senaste åren inneburit en förbättring så oroas han över att landstingspolitikerna kanske byter fot framöver.

"Regionen har en fastväxt uppfattning att man har en överenskommelse och inte ett avtal. Det verkar finnas en ensidig rätt att omförhandla väldigt ofta", säger han.

En annan vårdföretagare uttrycker det mer krasst:

"Vi har satsat miljoner och anställt personal. Men vad händer om de om fem år säger att vi istället ska ha offentligt driven primärvård?"

Företagen poängterar att listningsförfarandet har fungerat konkurrenssnedvridande, då de etablerade vårdenheterna kraftigt gynnas. Företagen anser att detta borde omprövas.

5.4 Vårdval Stockholm



5.4.1 Införande och listning

Stockholms läns landsting införde Vårdval Stockholm vid årsskiftet 2007/2008. Syftet är att erbjuda invånarna större valfrihet och tillgänglighet inom närsjukvården. Invånarna fick välja bland de husläkare eller mottagningar som var auktoriserade, det vill säga hade avtal att bedriva primärvård på uppdrag av landstinget. Till skillnad från många andra län, såsom Västra Götaland, har aktiv listning förekommit i Stockholm. Detta uppfattar vårdföretagen som mycket positivt.

Ytterligare en faktor som skiljer Vårdval Stockholm från övriga län är att det råder full etableringsfrihet utan geografiska restriktioner för de vårdgivare som deltar i vårdvalet. Uppdraget för husläkarverksamheten är snävare definierat än för vårdcentralerna i till exempel Region Skåne. Basuppdraget kan sammanfattas i mottagningsverksamhet, rådgivning och hembesök, basal hemsjukvård, psykosociala insatser, läkarjourmottagning i form av närakut, läkare i beredskap och forskning.

Detta framhålls som positivt av många vårdföretagare. En föreståndare för en vårdcentral säger:

"I hela länet har man samma modell och förutsättningar, jämfört med tidigare då man hade en påtaglig differentiering. Nu har konkurrensen ökat överallt. Det är bra."

Många av vårdföretagen som medverkat i undersökningen upplever att förhållandena har förbättrats efter införandet av vårdval enligt LOV.

"Det var extremt omständligt att skriva upphandlingar, vi hade konsulter som hjälpte oss. Nya entreprenörer hade enormt svårt att komma in, det är inte så lätt att grotta ner sig i all information."

En annan vårdföretagare sammanfattar kort:

"Upphandlingarna var inte lika för alla aktörer, LOV är mer rättvist."

5.4.2 Ersättning och konkurrens

I likhet med övriga vårdvalsmodeller bygger Vårdval Stockholm på att vårdenheter ackrediteras av landstinget och att vårdpengen därefter följer patienten till den valda vårdgivaren. Ersättningen är uppdelad i en fast del, som bygger på antalet listade patienter (55%), och en rörlig del (42%) som baseras på antalet patientbesök. En liten del av ersättningen är också målrelaterad (3%). Det utgår extra ersättning för hembesök eller om det krävs tolk vid besöket.

Ersättningen är differentierad utifrån ålder, tre åldersgrupper finns. Det finns ett tak för antalet läkarbesök på mottagningarna. Om antalet läkarbesök blir fler än 1,9 per år och listad sänks ersättningen med 33 procent och blir det fler än 4 besök så får vårdgivaren endast behålla patientavgiften.

Vårdgivaren kan också få bonus eller vite beroende på hur väl verksamheten bedrivs. Dessa medel är beroende av bland annat receptförskrivning, miljöarbete och inrapportering. Läkemedelskostnaderna finansieras av landstinget.

De intervjuade vårdföretagen anser att ersättningsmodellen bör vara mer differentierad och ta hänsyn till vilken typ av vård patienten är i behov av.

"Med nuvarande system förlorar vi på att göra hembesök, det är problematiskt då många patienter har svårt att ta sig till läkarmottagningen", säger en vårdföretagare.

Den målrelaterade delen av ersättningen anser många slår fel då den bland annat tar hänsyn till täckningsgrad, en faktor som blir allt svårare att leva upp till då konkurrensen hårdnar. *"Vi i innerstaden har högre konkurrens och får därmed lägre täckningsgrad än i kommunerna utanför stan, till exempel Vallentuna",* berättar en verksamhetschef.

Ur konkurrenssynpunkt påpekar några av företagen att även om det rent avtalsmässigt ser konkurrensneutralt ut så är det inte konkurrensneutralt om man väger in sociala och demografiska faktorer. Även de administrativa uppgifterna förs fram som ett problem.

"Privata aktörer måste lägga allt för mycket tid på administration och investera i dyra datorsystem som de kommunala aktörerna redan har på plats", säger en verksamhetschef.

5.4.3 Utveckling av Vårdval Stockholm

Hur kan Vårdval Stockholm bli bättre? Några vårdföretag påpekar att det rent avtalsmässigt ser konkurrensneutralt ut, men att det är när man väger in sociala och demografiska faktorer en snedvridning i konkurrens uppstår. Bland annat nämns den del av ersättningen som är avhängt täckningsgrad, vilket enligt de intervjuade försvårar för vårdföretag som ligger i innerstaden där konkurrensen är större och täckningsgraden därigenom lägre.

Företagen uppger att Vårdval Stockholm har förbättrat konkurrenssituationen i primärvården.

"Tack vare att Vårdval Stockholm haft ett likvärdigt grundsystem har utvecklingen för

primärvården gått framåt i områden där det tidigare stagnerat, vi måste fortsätta den utvecklingen och inte utveckla ett nytt system där vissa gynnas över andra.” uppger ett av vårdföretagen.

Några av företagen pekar också på behov av att höja ersättningen för att på sikt kunna möta patienternas behov:

”Konkurrens löser inte allt, kraven på primärvården ökar, det kommer att behövas fler specialister och mer avancerad utrustning och då krävs det att politikerna är beredda att höja ersättningen.”

En verksamhetschef menar att vårdval Stockholm på sikt bör bli ett nationellt vårdval:

”Vi är på väg mot ett nationellt vårdval, det är jag övertygad om. Det bör vi ha i ett litet land som Sverige. Olikheterna i dag är fullständigt onödiga, det vore mycket bättre med ett nationellt system.”

5.5 Vårdval Västmanland



5.5.1 Införande och listning

Vårdval infördes i Västmanlands län den 1 januari 2008. Landstinget godkänner vårdgivaren och tecknar kontrakt om åtaganden. Syftet är att erbjuda invånarna större valfrihet inom närsjukvården. Landstinget Västmanland har sedan mitten av 1990-talet haft en relativt hög andel invånare med fast läkarkontakt i primärvården och invånarna har också haft möjlighet att fritt välja sin fasta läkare bland dem som funnits att tillgå. Numera väljer invånarna dock att lista sig hos en vårdenhet.

Vid införandet fick invånarna välja bland de familjeläkare och mottagningar som var auktoriserade, det vill säga hade avtal att bedriva primärvård på uppdrag av landstinget. Till skillnad från i Stockholm skedde en passiv listning.

Personer som aktivt listade sig på en familjeläkarmottagning fick en fast läkarkontakt, och personer som inte listade sig skrevs in på den familjeläkarmottagning som låg närmast bostaden.

Överlag är vårdföretagarna mycket nöjda med vårdvalet, eller som en verksamhetschef uttrycker det:

"Det är en rätt och rimlig princip att befolkningen kan välja sin läkarmottagning."

Däremot anser vissa företag att den passiva listningen är ett problem:

"Det är svårt och komma in som ny när landstinget redan listat in alla invånare."

"Den passiva listningen ger en uppenbar konkurrensfördel till de offentliga aktörerna."

Flera andra vårdföretagare menar att landstinget satsade hårt på att rekrytera till sig nya patienter trots underskott i den egna verksamheten:

"Vid införandet hade landstinget en gigantisk reklamkampanj med uppmaningar om att lista sig på någon av landstingets mottagningar. Inget ljud om att det fanns andra vårdgivare att lista sig hos. Så någon konkurrensneutralitet kan jag i ärlighetens namn inte säga att det finns."

"De hade en PR-kampanj där alla busshållplatser berättade om Närhet, Trygghet, Säkerhet och alla hushåll fick hem papper om att lista sig till någon offentlig mottagning. Det är intressant att en verksamhet som inte har pengar till att betala sina löner, verkar ha pengar till icke-patientinriktad verksamhet."

5.5.2 Ersättning och konkurrens

I likhet med Halland bygger Vårdval Västmanland på att vårdenheterna ackrediteras av landstinget och att vårdpengen därefter följer med patienten till den valda vårdgivaren. Ersättningen till vårdgivarna är uppdelad i en fast del som bygger på antalet listade patienter (88%) och en rörlig del (12%), som består av patientavgifter. En liten ersättning tillkommer även om vårdgivaren uppnår på förhand bestämda kvalitetsmål.

Ersättningen baseras på patienternas ålder, där små barn och patienter över 85 år ger mest ersättning. Till skillnad från Skåne och Västra Götaland finns det därmed inget mer differentierat ersättningssystem, där den socioekonomiska situationen vägs in. Vårdpengen tillfaller den enhet där patienten är listad. Avdrag görs när fastställda mål inte uppnås.

Vårdföretagen är relativt nöjda med hur ersättningssystemet är utformat i teorin, men i praktiken anser de flesta att det inte fungerar särskilt väl. Problemet är den låga ersättningsnivån:

"Landstinget går ständigt back med flera miljoner, deras verksamhet är kraftigt subventionerad. Samtidigt snålar man in på den totala ersättningen till vårdföretagen", säger en verksamhetschef.

Att landstinget går med förlust menar flera verksamhetschefer snedvrider konkurrensen:

"Konkurrensneutralitet? Formellt, ja visst, men i praktiken finns den inte alls. Landstinget stoppar ju in pengar i sin egen förlustverksamhet. De får ju aldrig ta konsekvenserna av sina förluster."

En annan verksamhetschef delar åsikten:

"I början fick jag jobba en månad utan lön, samtidigt kör landstinget sin verksamhet med förlust månad efter månad, som företagare man måste jobba och prestera för att överleva."

Landstinget kan en gång per år med sex månaders varsel göra ändringar i uppdrag och ersättningsnivåer. Om en enhet inte accepterar de förändringar som görs arbetar den kvar enligt det tidigare regelverket i tolv månader. En verksamhetschef pekar på att det är ensidigt skrivna kontrakt:

"Landstinget kan ensidigt ändra avtalet när som helst med sex månaders framförhållning. Resurserna räcker inte till, eftersom ersättningen inte ökar i samma takt som våra ökade arbetsuppgifter."

5.5.3 Utveckling av Vårdval Västmanland

Västmanland fick redan i samband med husläkarreformen i början av 1990-talet privata vårdgivare med nöjda patienter. Efter vårdvalet finns det ett missnöje med att landstinget agerar så att konkurrensen snedvrids.

Västmanland är det landsting som tydligast möter kritik om att ersättningen är för låg. Den ersättning som de privata vårdgivarna får blir orättvist låg när landstingets egen verksamhet kan gå med underskott och i efterhand få kostnadstäckning.

Kvalitetsmålen kan få en större andel av ersättningen framöver, men generellt är det inte en utveckling av vårdvalssystemet som upplevs som viktigast just nu av vårdföretagen, utan att det system som finns också följs och blir mer transparent för alla aktörer.

6 Slutsats och analys

Undersökningen visar att vårdföretagen överlag är nöjda med hur vårdvalssystemen fungerar. Med vårdval får vårdföretagen utrymme att förbättra verksamheten.

Valfrihetssystemen, införda med stöd av LOV, innebär att valfriheten för patienten ökar och vårdföretagen upplever både att servicen och tillgängligheten har förbättrats i och med den ökade konkurrensen.

Det är patienterna som är de främsta vinnarna med vårdval. Det har blivit lättare att få tid hos en läkare och servicen har också förbättrats. Vårdföretagen är tydligt medvetna om att nöjda patienter är en förutsättning för att man ska kunna få betalt.

Vårdföretagen uppger att de har fått ett större svängutrymme att organisera vården på ett effektivt sätt, och att det finns en större tilltro till vårdvalssystemen än till LOU, där man plötsligt kunde förlora ett helt kontrakt. Det problemet finns inte med vårdval, eftersom det är patienterna som styr var resurserna går. Företagen pekar också på den möjlighet vårdvalssystemet skapat för nya aktörer att etablera sig.

Det positiva med patienternas fria val är dock inte entydigt när det kommer till vilka konsekvenser rörligheten får för vårdföretagen. Det medicinska ansvaret är svårare att ta och ekonomiska avdrag kan göras när listade patienter besöker andra vårdcentraler.

Många av de intervjuade menar att det har blivit mindre byråkrati sedan vårdvalet infördes. Att bli ackrediterad vårdgivare är betydligt mindre komplicerat än att lägga ett anbud i en offentlig upphandlingsprocess.

I samtliga län upplever vårdföretagen att det finns omfattande brister när det gäller den fria konkurrensen, vilket på sikt riskerar att underbygga de positiva effekterna av reformen. Den kritik som vårdföretagen riktar mot nuvarande vårdvalssystem kan sammanfattas under följande punkter, där de två första är entydiga:

6.1 Passiv listning

I samtliga län utom Stockholm har passiv listning förekommit vid införandet av vårdval. Detta upplever vårdföretagen gynnar de redan etablerade aktörerna och framförallt vårdgivare som drivs i landstingets regi, eftersom det är mycket svårt att arbeta upp en kundstock utan att ha passivt listade patienter. I Västmanlands län har landstinget enligt de intervjuade endast informerat om de egna vårdgivarna i samband med införandet av vårdval vilket vårdföretagen upplever kraftigt missgynnat dem. I länet spenderade landstinget stora summor i reklam trots att den egna vården gick med underskott, något som de privata vårdgivarna inte skulle ha haft råd med.

6.2 Snedvriden konkurrens

Vårdföretagen upplever att ersättningssystemet inte är konkurrensneutralt då de av landstingen ägda vårdenheterna dels har tillgång tilltång till faciliteter och utrustning som de får låna eller hyra mycket billigt av landstinget, men också för att de många gånger går i underskott, som sedermera betalas av landstinget och på så sätt subventioneras. Detta har bland annat företag i Halland och Skåne tagit upp som problem.

Tillgång till information är inte heller likvärdig, exempelvis röntgen och lab. Gemensamma landstingssystem som inte är tillgängliga för externa aktörer, innebär ett gynnande av landstingsdrivna vårdcentraler.

Även kravspecifikationen på vad en vårdcentral ska kunna erbjuda för kompetens, har i flera fall utgått från hur de offentliga vårdcentralerna är organiserade.

6.3 Hur ska ersättningen sättas?

Företagen är medvetna om vilka effekter som olika typer av ersättning skapar. Med en fast vårdpeng är det mest lönsamt att ha friska personer listade som aldrig besöker vårdcentralen. Varje patientbesök blir i praktiken en marknadsföringsåtgärd som syftar till att patienten inte ska lista om sig. Med viktad ersättning beroende på vårdtyngd minskar den upplevda orättvisan. Dessutom minskar risken för att man som liten aktör får för många vårdkrävande patienter som man inte får tillräcklig ersättning för.

Med en hög andel rörlig ersättning blir varje behandlingstillfälle viktigare och minskar risken för att få patienter som inte täcker kostnaden. Båda grundmodellerna har sina förespråkare.

Företagen uppger att det är svårt att planera kostnaderna för verksamheten, och att kontrakten med landstingen och regionerna är ensidigt skrivna. Ett företag menar att ekonomiska rapporter skulle kunna presenteras samtidigt, att det skulle underlätta för företagen att kalkylera kostnader och avräkningar. Mest nöjda bland de intervjuade är företagen i Västra Götalands region. Vårdföretagen i undersökningen tenderar att vilja se en differentierad fast vårdpeng.

6.4 Basuppdragets omfattning

Det finns stora skillnader när det gäller hur brett åtagande vårdenheter ska ha. Å ena sidan Stockholm, med relativt sett begränsade krav på vårdenheter, å andra sidan övriga landsting och regioner, som har ett bredare åtagande. Ju större krav som ställs på verksamheten desto mer premieras större enheter, vilket kan gå ut över mångfalden och göra det svårare för mindre företag att etablera sig. Med en hög andel fast ersättning och ett utvidgat kostnadsansvar blir det därför extra viktigt att olika former av etableringshinder undanröjs.

6.5 Dialog med politiker och tjänstemän

Här finns en splittrad syn, men överlag upplever vårdföretagen att det finns en lyhördhet över vilka synpunkter som finns från politiskt håll. Speciellt lyfts detta fram i Skåne (samverkansgrupp).

En del är irriterade över att det kommer direktiv direkt från tjänstemän på landstinget, och att informationen inte alltid är anpassad efter mottagaren. Politikernas kunskap uppfattas som väldigt individberoende. En del är mycket insatta och förstår problem och dilemman, medan andra inte verkar inse att politiska beslut kan påverka företagandet negativt om det inte finns någon konsekvensanalys.

6.6 Patientinformation

Nödvändiga villkor för att konkurrensen ska fungera väl är dels att befolkningen är beredd att välja om bland vårdenheter och att valen baseras på relevant information. Någon tydlig sammanställning eller jämförelse mellan olika vårdgivare finns inte. SKL:s öppna jämförelser är inte gjord på ett sådant sätt att det underlättar medborgarnas val. Vårdföretagen uppger att de vill se mer och bättre patientinformation.

6.7 Stabilitet i systemet

Det finns en större tilltro till de vårdvalssystem som uppfattas som stabila. I Skåne och Västra Götaland finns en oro över att det ska införas nya regler eller att förutsättningarna ska ändras. Den som har investerat och satsat på något, vill veta att detta kan fungera framöver.

Att patienterna kan välja någon annan läkare upplevs som något positivt, det är en osäkerhet som är rimlig att leva med. Det blir ändå mindre variation än i ett system med offentliga upphandlingar.

6.8 Ett enhetligt Vårdvalssystem

Det råder delade meningar om fördelen med ett enhetligt vårdvalssystem i Sverige. Å ena sidan skulle det leda till bättre jämförelser, å andra sidan är det svårt att veta vilka faktorer som ska ligga till grund för ett nationellt vårdval. Många tycker att det är en tilltalande tanke med enhetliga regler och att det skulle vara mer rättvist. Mindre byråkrati och ökad effektivitet är två konsekvenser som anges av de tillfrågade.

7 Lärdomar för ett bättre vårdval

- **Fri etablering.** Patientens inflytande stärks genom en mångfald av vårdgivare. Mångfald skapas genom villkorad rätt till etablering mot offentlig finansiering.
- **Aktiv listning.** Vid införande av vårdval är aktiv listning önskvärt för att nya aktörer ska ha möjlighet att etablera sig. Patientinformationen bör vara tydlig och konkurrensneutral. De personer som blir passivt listade, måste fördelas på både privata och offentliga aktörer.
- **Differentierad ersättning.** För att säkerställa att invånare med stora vårdbehov ska få bästa möjliga vård måste vårdpengen spegla förväntad vårdtyngd.
- **Medicinsk uppföljning.** Idag sker uppföljning till stor del genom inrapportering av statistik till olika register. Det behövs mer fokus på medicinska resultat. Vårdföretagarna vill se en oberoende nationell funktion för utvärdering av den medicinska kvaliteten.
- **Bättre patientinformation.** En hög grad av valfrihet kräver god kunskap om vårdalternativen. Det behövs bättre och mer överskådlig information som medborgarna kan använda för att välja vårdgivare. Kundnöjdhet och medicinska resultat är viktiga faktorer.
- **Konkurrensneutralitet.** Kravspecifikationerna ska likställa offentliga och privata vårdgivare. Tillgång till stödfunktioner som lab och röntgen ska finnas på lika villkor. Ersättningssystemet ska möjliggöra för både mindre och större aktörer att driva en stabil verksamhet som ger trygghet för patienterna.
- **Bättre ekonomiska rutiner.** Vårdföretagen ska inte behöva agera bank åt landstingen med långa kredittider innan ersättning betalas ut. Redovisning och rapportering från landstingen behöver förbättras och göras mer enhetlig. Tydligare ekonomisk uppföljning av patientrörlighet.
- **Upprättad dialog med politiker och tjänstemän.** Dialogen fungerar olika bra i landet. Det är önskvärt med regelbundna möten på politisk nivå för gemensamma riktlinjer. Kontakter mellan tjänstemän och vårdföretag behöver bli tätare, för ömsesidig förståelse.

8 När införs vårdvalssystemen?

Halland 1 januari 2007

Västmanland 1 januari 2008

Stockholm 1 januari 2008

Kronoberg 1 mars 2009

Skåne 1 maj 2009

Östergötland 1 september 2009

Uppsala 1 oktober 2009

Västra Götaland 1 oktober 2009

Västerbotten 1 januari 2010

Norrbottn 1 januari 2010

Västernorrland 1 januari 2010

Sörmland 1 januari 2010

Gävleborg 1 januari 2010

Gotland 1 januari 2010

Kalmar 1 januari 2010

Jämtland 1 januari 2010

Blekinge 1 april 2010

Dalarna 1 maj 2010

Värmland 3 maj 2010

Jönköping 1 juni 2010

Örebro 1 juli 2010

Källa: SKL/Landstingens egna uppgifter

9 Ordlista för vårdval

Ackreditering: Landstingets godkännande av varje vårdenhet. Krävs för att få verka i landstinget eller regionen.

Adjusted Clinical Groups (ACG): Modell för att beräkna individers vårdbehov efter deras ålder och patienternas vårdtyngd utvecklat och använt främst i USA.

Basuppdrag: Det uppdrag som gäller alla aktörer i vårdvalssystemet.

Konkurrensneutralitet: Innebär att det råder konkurrens på lika villkor mellan olika aktörer. Innebörden av lika villkor kan vara att de olika aktörerna ska vara både finansiellt och ekonomiskt likaberättigade.

Konkurrensneutral: Lika villkor oavsett driftsform.

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.

Vårdenhet: En enhet som skapas för att kunna tillhandahålla resurser som krävs för basuppdraget och som definieras i ackrediteringen. I en vårdenhet kan flera olika vårdgivare samsas.

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.

Ersättningssystem: Samlande begrepp för att beskriva på vilket sätt och enligt vilka parametrar landstinget betalar vårdgivarna för att vårda varje medborgare.

Aktiv listning: Patienten väljer själv vårdcentral. Valet dokumenteras genom att den aktuella personen skriver och undertecknar ett daterat meddelande till landstinget.

Passiv listning: Patienten som inte har listat sig aktivt förs i första hand upp på närmaste geografiska familjeläkarmottagning eller den vårdenhet de besökt flest gånger under de tre senaste åren.

Fast ersättning: Den ersättning som utgår per listad patient.

Rörlig ersättning: Den ersättning som utgår per patientbesök.

10 Källor

Albertsson, Monica (2009), Införandet av vårdval i primärvården, Socialstyrelsen.

Beckman, Kerstin, "Vad har hänt efter vårdvalet?", Omvård.se.

Johansson, Ola (2008), Vårdval Sverige, PRO Pensionärernas riksorganisation.

Knutsson, Mathias och Wahlquist, Linda (2009), Vårdval Sverige - hur skriver man ett recept för framgång, Timbro.

Joansson, Kåre et al (2009), Vårdval i primärvården – hur bör det utformas?, Läkarförbundet.

SOU 2008:37, Vårdval Sverige, Socialdepartementet.

Landstinget i Halland.

Landstinget i Västergötland.

Landstinget i Stockholm.

Region Skåne.

Västra Götalands region.