



Vårdvalets utveckling – landstingens utmaningar

Innehåll

1. Inledning	4
1.1 Syfte	4
1.2 Bakgrund.....	4
2. Vårdvalet i primärvården – så har det gått	7
2.1 Granskning och uppföljning av införandet.....	7
2.1.1 Myndigheternas uppdrag	7
2.1.2 Vårdföretagarnas rapport om Vägval för vårdval	8
2.2 Landstingens egen bild av vårdvalet i primärvården.....	9
2.3 Utestående problem i vårdval i primärvården	12
2.3 Behovet av nationella initiativ	16
3. Vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården	21
3.1 Utredningens förslag	21
3.2 Vad gör landstingen?.....	23
3.3 Landstingens egna bedömningar.....	23
3.3.1 Stockholms läns landsting	23
3.3.2 Region Halland	26
3.3.3 Övriga landsting som påbörjat införandet av vårdval inom specialiserad öppenvård	28
3.3.4 Landsting som för närvarande inte har planer på att införa vårdval inom specialiserad öppenvård.....	28
3.5 Frågor av gemensamt intresse för landstingen som skulle kunna underlätta införandet av LOV i den öppna specialiserade vården	30
4. Avslutande reflexioner – landstingens utmaningar.....	36
4.1 Det aktuella läget	36
4.2 Vårdföretagarna deltar gärna i utvecklingsarbetet	38
Referenslista	39

Förord

2010 infördes obligatoriskt vårdval i primärvården i hela landet enligt lagen om valfrihet (LOV). Det har inneburit många fördelar för medborgarna; fler vårdcentraler, bättre öppettider och ofta trevligare bemötande. Det är en utveckling som bland andra vi i Vårdföretagarna har belyst i en rad av rapporter och undersökningar. Men det skiljer sig mellan landstingen, och ur ett patientperspektiv skiljer sig utbudet av vård åt beroende på vilken sida en landstingsgräns man bor.

Nu pågår också en process där valfriheten utsträcks för patienterna från primärvården till att också omfatta specialistvården. Vårdföretagarna välkomnar utvecklingen, men problemet är att det endast gäller de patienter som bor i vissa delar av landet medan andra inte omfattas alls.

I många landsting väljer nämligen de politiska majoriteterna att inte utveckla valfriheten för patienterna. Regeringen har också valt att helt avstå från lagreglering när det gäller landstingens ansvar att tillhandahålla specialister i den öppna vården för alla medborgare i hela landet. Därför, visar denna rapport, kommer en del landsting att införa valfrihet för patienterna i den öppna specialistvården medan andra landsting inte gör något alls. Den ojämlika vården riskerar därmed att fördjupas.

Rapporten, framtagen av Rådhusgruppen City för Vårdföretagarna, ger en dagsaktuell bild av hur ”frontlinjen” ser ut i Sveriges landsting för Vårdvalen i primärvården och om hur långt utvecklingen kommit i fråga om valfriheten i den öppna specialistvården. Det är viktigt att denna helhetsbild ges för att få en överblick över hur verkligheten ser ut och vilka problem och utmaningar som ligger framför oss för att skapa en jämlik vård med kvalitet, valfrihet, patientsäkerhet och konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata vårdaktörer.

Ulf Öfverberg, näringspolitisk expert
Vårdföretagarna

December 2011

1. Inledning

1.1 Syfte

Vårdföretagarna är arbetsgivar- och intresseorganisation för företag som bedriver vård och omsorg i privat regi oavsett driftform. Antalet privata vårdenheter har ökat markant i landstingen och regionerna¹ och många landsting ligger nu i startgroparna för att starta nya vårdval inom den öppna specialistvården. Inför den förändringen har Vårdföretagarna gett Rådhusgruppen Citys konsult Lil Ljunggren Lönnberg i uppdrag att beskriva utvecklingen av vårdvalet i primärvården och studera den påbörjade utvecklingen av vårdval för övrig öppen vård. Fokus i rapporten ligger på eventuella problem och svårigheter med en utveckling utan nationell styrning, främst ur vårdföretagens men även ur patienternas och medborgarnas synvinkel. Rapporten bygger på uppgifter i tidigare publicerade rapporter, offentliga utredningar, remissvar, samtal med tjänstemän i landsting, på myndigheter och hos vårdgivare samt enkätsvar från 13 landsting.

1.2 Bakgrund

Fritt val i primärvården blev möjligt genom tillkomsten av Lagen om valfrihetssystem² (LOV) som trädde i kraft den 1 januari 2009. Lagen blev ett alternativ till upphandling enligt lagen om offentlig upphandling, LOU och kan användas på bland annat hälso- och sjukvårdstjänster. Den innehåller regler för vad som ska gälla för de kommuner och landsting som vill konkurrenspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd-, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten.

Från och med den 1 januari 2010 blev det obligatoriskt för landstingen att införa valfrihetssystem i primärvården och därmed tvingande att tillämpa LOV. I propositionen om Vårdval i primärvården³ skriver regeringen att det grundläggande syftet med att införa vårdvalssystem i primärvården är att stärka patienternas valmöjligheter och underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Alla vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven i ett vårdvalssystem ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. En mångfald av

¹ I den fortsatta texten används landsting som beteckning för landsting och regioner

² Lag (2008:962) om valfrihetssystem

³ Regeringens proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården, Socialdepartementet, december 2008

vårdgivare inom den offentligt finansierade vården förväntas stimulera utvecklingen av nytänkande och kostnadseffektiva lösningar samt bidra till förbättrad tillgänglighet. Vidare anfördes i propositionen att eftersom pengarna följer patienten kan ökad valfrihet också bidra till en stimulans av kvalitetsutveckling. Patienter förväntas söka sig till den inrättning som erbjuder bäst kvalitet. Därmed skapas konkurrens som sporrar vårdens aktörer att förbättra kvalitet och tillgänglighet. Lagen är enligt propositionen en del av regeringens strävan att sätta brukaren i fokus med en maktförskjutning från politiker och tjänstemän till medborgare.

I betänkandet Vårdval i Sverige⁴, som föregick det obligatoriska vårdvalet, föreslog utredaren att ett grunduppdrag för primärvården skulle fastställas nationellt. Utredningen menade att primärvårdens uppdrag uttrycks mycket övergripande i lagen, och landstingen har inte i särskilt stor utsträckning arbetat med att precisera primärvårdens uppdrag. Därför behövdes, enligt utredningen, ett tydligt uppdrag, och föreslår att uppgiften åläggs Socialstyrelsen. Med det nationellt beslutade grunduppdraget som utgångspunkt skulle landstingen kunna formulera tilläggsuppdrag utifrån lokala förutsättningar.

I propositionen Vårdval i primärvården,⁵ slog regeringen fast att alla landsting är skyldiga att införa vårdvalssystem som ger alla medborgare rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården från den 1 januari 2010. Regeringen tog i propositionen ställning för att minimera den nationella regleringen. Man menade att en nationell reglering skulle påverka den kommunala självstyrelseprincipen på flera sätt. Ett sådant är kommuners och landstings behov av att kunna kontrollera sina kostnader. Ett annat är den lokala demokratins förutsättningar att möta särskilda behov och krav från medborgarna.

En nationell reglering hade, med tanke på landstingens motstånd, enligt regeringen, fördröjt införandet. Förslaget landade därför i en regional vårdvalsmodell. Lagregleringen inskränktes till att en bestämmelse infördes i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som skulle göra det obligatoriskt för landstingen att införa vårdval inom primärvården. Den innebar att de vårdgivare som uppfyller de av landstinget bestämda kraven ska godkännas av landstinget och ha rätt att etablera sig i landstinget på samma villkor som de offentliga vårdgivarna.

⁴ SOU 2008:37, Vårdval i Sverige, april 2008

⁵ Regeringens proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården, Socialdepartementet, december 2008

Regeringen lämnade dock kvar en öppning för eventuell senare reglering. Av propositionen framgår att regeringen vid behov kommer att ta initiativ till att fastställa ett nationellt basuppdrag för primärvården om det skulle visa sig att de krav som landstingen ställer i vårdvalssystemen motverkar etablering eller leder till allt för stora skillnader i villkoren för de vårdgivare som vill etablera verksamhet eller för patienterna som ska välja vårdgivare.

Vårdval inom primärvården är nu infört i alla landsting, det första redan 2007, och det sista en bit in på 2010. Finns det då, med erfarenheterna hittills, anledning för regeringen att införa en mer enhetlig reglering?

2. Vårdvalet i primärvården – så har det gått

Sammantaget är bedömningen från olika håll att införandet av ett obligatoriskt vårdval, i flera avseenden, har fått de effekter som avsågs. Alla landsting har fått fler vårdmottagningar med undantag för Gotland och Norrbotten som har oförändrat antal och Jämtland som har minskat sitt antal⁶. Enligt Konkurrensverket⁷ hade, vid en granskning 2010, sammantaget 223 vårdmottagningar tillkommit. Det innebär en ökning med 23 procent. Ökningen kan nästan uteslutande hänföras till privata vårdgivare. Detta innebär att tillgängligheten har ökat och att valfriheten, avseende val av vårdenhet, för större delen av befolkningen är reell. Patienterna har fått ökat förtroende för primärvården och är i högre grad än tidigare nöjda med sin vårdmottagning.⁸

2.1 Granskning och uppföljning av införandet

2.1.1 Myndigheternas uppdrag

Uppdrag att följa och granska införandet av vårdval har givits till Socialstyrelsen, Konkurrensverket och Tillväxtverket. Dessutom har arbetsmarknadens parter, såväl på arbetsgiversidan som fackliga organisationer följt utvecklingen.

Myndigheterna har överlag varit nöjda med den utveckling som följt av införandet av vårdvalet. Socialstyrelsen ansåg i sin slutrapport om vårdvalet⁹ att det inte skiljer särskilt mycket mellan landstingens krav på vårdgivarna, men att kraven framställs på olika sätt och på olika ställen i förfrågningsunderlagen samt att ordvalen skiljer sig åt. Det gör det svårare att jämföra landstingen och det skapar merarbete för de vårdföretag som har verksamhet i flera landsting. Man fortsatte skriva att det ”inte för närvarande finns anledning att överväga ett centralt reglerat grundåtagande.”

I sin slutrapport ”Uppföljning av vårdval i primärvården – valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar”¹⁰ skriver Konkurrensverket att dess undersökning sammantaget inte visar på några generella problem för

⁶ Uppföljning av vårdval i primärvården Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar Slutrapport, Konkurrensverket, Rapportserie 2010:3, 2010

⁷ Uppföljning av vårdval i primärvården Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar Slutrapport, Konkurrensverket, rapportserie 2010:3, 2010

⁸ Nationell patientenkät för god vård, Institutet för kvalitetsindikatorer, 2009

⁹ Införandet av vårdval i primärvården, Slutredovisning, Socialstyrelsen 2010

¹⁰ Uppföljning av vårdval i primärvården Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar Slutrapport, Konkurrensverket, rapportserie 2010:3

nyetablering i vårdvalssystemen. Konkurrensverket upprepar det som skrevs i delrapporten; att det är angeläget att statsmakterna ger landstingen tid att utveckla och förfinas de vårdvalssystem som nu har införts innan beslut om större förändringar av vårdvalsreformen fattas. Detta, menar man, är en förutsättning för att kunna dra mer långtgående slutsatser av effekterna av reformen. Men Konkurrensverket skriver samtidigt att det inte kan uteslutas att det i framtiden kan krävas lagreglering för landstingens redovisning och resultathanteringspolicies för att kunna garantera en konkurrensneutral styrning. Man skriver vidare att statsmakterna måste stimulera fortsatt forskning kring ersättningssystem och vårdtyngd. Man anser att Kammarkollegiet bör ges i uppdrag att ta fram mallar och strukturer för landstingens förfrågningsunderlag för att öka jämförbarheten. Dessutom menar Konkurrensverket att landstingen frivilligt bör samordna utvecklingen av sina vårdvalssystem för att skapa mer enhetliga villkor och förutsättningar för företagen. Detta för att underlätta etablering och drift av verksamheterna.

Enligt Tillväxtverkets rapport ”Vård- och husläkarcentraler i vårdvalssystemet – vilka är företagarna?”¹¹, driver drygt hälften av de privata vårdföretagen flera vårdcentraler i landstinget och drygt hälften driver också vårdcentraler i andra landsting. Många av dem upplever att det finns svårigheter att verka i vårdvalssystemet. Svårigheterna avser bland annat brister i ersättningssystemet, konkurrens på olika villkor mellan privata och offentliga vårdcentraler, ökad administration, brister i listningssystemen, detaljstyrning, samt hårda krav från landstingen.

2.1.2 Vårdföretagarnas rapport om Vägval för vårdval

Rapporten¹², som kom ut i maj 2010, beskriver införandet av vårdval i sju landsting. Genom intervjuer av tjänstemän och politiker redovisas hur reformen upplevdes av de intervjuade i de olika landstingen. Det konstaterades att vårdvalsreformen upplevts som lyckosam och att valfriheten för invånare och patienter ökat. Primärvården upplevdes som mer tillgänglig. Det framkom dock att det var för tidigt att dra långtgående slutsatser om effekterna av vårdvalet.

Genomgående för de landsting som studerades i rapporten var att man inte på ett tillfredsställande sätt kunde mäta kvaliteten. Mätning och granskning av den medicinska kvaliteten samt redovisning och presentation för

¹¹ Vård- och husläkarcentraler i vårdvalssystemet – vilka är företagarna? Studie av företagen som har etablerat sig i vårdval Halland, Kronoberg respektive Västmanland, Tillväxtverket, Rapport 0067, 2010

¹² Vägval för vårdval, Vårdföretagarna 2010

invånarna, fungerade mycket bristfälligt i samtliga sju landsting. Man hade svårigheter att definiera mått och samla in dem. Alla var dock överens om vikten av att detta görs.

I slutet av rapporten ställdes frågan: Skulle vårdvalet gynnas av en nationell nivå? Ingen av de politiker som intervjuades var intresserad av att få sin makt beskuren. Man ansåg att det skulle innebära att regeringen inkräktade på det kommunala självstyret. De ville själva få fortsätta att utveckla sina vårdval. De flesta intervjuade var dock medvetna om problematiken för såväl patienter som vårdgivare med olikheter i regelverken, svårigheter att upprätthålla konkurrensneutralitet, samt små möjligheter till rättvisande information om resultat av behandlingarna. Man menade dock att landstingen, i takt med att gemensamma diskussioner förs mellan medarbetarna i de olika landstingen och för varje uppdatering som sker av regelböckerna, närmar sig varandra i såväl presentationerna av vårdvalen som innehållet i dessa.

Slutsatsen i rapporten var att detta sannolikt inte är tillräckligt. En önskad utveckling mot förbättrad folkhälsa, jämlik vård och ökad medicinsk kvalitet i primärvården kräver nationella, gemensamma insatser, till exempel en gemensam kravnivå som är lika för alla vårdgivare. Det skapar underlag för enhetlig uppföljning och utvärdering till gagn för såväl huvudmännen och invånarna som vårdgivarna.

2.2 Landstingens egen bild av vårdvalet i primärvården

Av den enkät som skickats till samtliga landsting¹³ i september 2011 och där tretton av dem har svarat, framgår att de flesta är nöjda med införandet snart två efter starten. Fler vårdenheter och fler läkare som vill arbeta i primärvården är ett synligt resultat.

Erfarenheterna från införandet

De politiska målen var olika i landstingen. I Stockholms läns landsting var ökad tillgänglighet (+26 %), ökad mångfald (44 nya enheter och sex landstingsdrivna som blivit privata), konkurrensneutralitet (samma avtal, samma villkor, samma prislista) samt att pengarna ska följa patienterna (betalar endast för de patienter som aktivt valt vårdenheten) viktiga målsättningar. Man är på väg att uppnå de politiska målen.

¹³ Enkätfrågorna finns som Bilaga 1 till rapporten

I Region Skåne anser man att man delvis uppnått det man avsåg. Konkurrenten om medborgarens val har genererat förlängt öppethållande såväl morgnar som kvällar och en viss variation i vårdutbudet. Till exempel erbjuds tillgång till "egenvårdsrum" och hälsobedömningar. Vissa vårdenheter har utökat sitt utbud med kompetens från gynekolog, ortoped och geriatriker. Den största utvecklingen har nog skett i hur hela teamet runt patienten utnyttjas. En satsning på psykologer inom Hälsoval Skåne har kraftigt avlastat läkarna, som det fortsatt råder brist på i Skåne, och gett bättre tillgänglighet för medborgarna. Besöken till läkarna har ökat markant, framför allt för patienter > 74 år, vilket skulle kunna innebära att den viktning efter ACG (vårdtyngd baserad på medicinska diagnoser) som ersättningsmodellen innehåller, ger möjlighet till ett bättre omhändertagande av de sjukaste äldre.

Landstinget i Östergötland svarar att resultatet i stort sett blev som förväntat, men man har fått väldigt få nya enheter (hittills har 3 nya startat sen vårdvalsinförandet 2009-09-01).

På frågan om något kunde gjorts bättre svarar Region Skåne att innovationsnivån och olikheten mellan vårdenheterna möjligen inte motsvarar förväntningarna och inte heller vårdenheternas förmåga att i samverkan lösa jouråtagandet. Inte heller har man sett någon större förskjutning av öppen specialiserad vård till primärvårdsnivån. Det beror troligtvis dels på att vårdersättningen inte täcker omkostnaderna för sådana besök, till exempel medicinsk service, och dels att styrinstrumentet inte är synkroniserat med styrningen av den öppna specialiserade vården i övrigt, utan snarare är de två motverkande system. Inom BVC gjorde det faktum att ersättningen följer barnet att västra Skåne fick en mer korrekt ersättning och möjlighet till utbyggnad av verksamheterna som stod i relation till dess tillväxt. BVC saknade initialt viktning efter socioekonomi vilket ansetts vara "orättvist". Från och med 2012 har en modell för viktning identifierats som kommer att genomföras. Modellen bygger på samma principer som infördes för mödrahälsovården (MHV) i september 2011. BVC ansågs vara ett kundval som i förhållande till uppdragets karaktär och omfattning skulle kunna stimulera kvinnligt småföretagande – en effekt som nästan helt uteblev. Inom MHV som startade den 1 september, ser vi en helt annan utveckling, troligast relaterat till två delar; en aktiv och medveten satsning på att stimulera, utbilda och ge stöd till barnmorskor som ville stata eget samt ett ägardirektiv till egen regi med begränsningar i var man valde att etablera sig. Detta har öppnat för en marknad där man sett barnmorskor ta större plats. I samband med framtagandet av en ny modell har också brister identifierats i det hitintills gällande kallelsesystemet för gynekologisk screening, vilka nu åtgärdats. Generellt har samtliga kundvalsmodeller haft mycket god legitimitet bland vårdgivarna och tilldelningsprinciperna för

ersättning och ambitionerna att inte detaljreglera utan styra mot resultat och kvalitet har upplevts mycket positivt. Mer ifrågasatt i modellen för vårdenheter har det stora kostnadsansvaret varit, inte minst för besök hos sjukgymnaster utanför den egna vårdenheten. Likaså har BVC fått en del kritik för att vara snålt tilltagen generellt i förhållande till sitt uppdrag. De statliga ersättningarna inom rehabiliteringsgarantin är väl tilltagna. De har genererat en snabb utveckling och finns etablerade över hela Skåne med god tillgänglighet för befolkningen. Ett elektroniskt uppföljningsinstrument (MORSE) har gett fantastiska möjligheter att följa behandlingsresultaten på såväl individ- som gruppnivå, vilket också har rönt stor nationell uppmärksamhet.

Landstinget Västernorrland skriver att ”vi fick inga nya etableringar i glesbygd och inlandet/ små orter och det är något att tänka på för oss”.

Som framgår av enkätsvaren har åtskilliga resultat motsvarat förväntningarna hos huvudmännen men det finns också en stor förbättringspotential.

Ersättningsmodellen

Ersättningsmodellen är, skriver Stockholms läns landsting, sannolikt huvudorsaken till den ökning man sett av antalet besök. Listersättningarna har minskat och vårdgivarna har tvingats öka produktiviteten för att behålla sina intäkter. Det är värt att notera att besöksersättningarna endast höjdes i en mindre omfattning. Invånare i socialt tunga områden får nu fler besök hos husläkaren än andra – inte färre som tidigare. Åldersgruppen 75+ har den största ökningen per invånare. Det finns inget som tyder på att vårdtunga patienter skulle trängas undan. På så sätt har ersättningsmodellen fungerat, samtidigt som det finns beslut på att modellen ska utvecklas till 2012. Arbete med detta pågår.

Övriga landsting är också nöjda eller ganska nöjda med hur ersättningsmodellen fungerar. Samtliga övriga landsting som har svarat på enkäten har någon form av utvecklingsarbete igång avseende ersättningsmodellen.

Landstinget Västmanland skriver att det är svårt för nyetablerade utan ”kundkrets” från början. ACG och CNI¹⁴ i ersättningsmodellen har

¹⁴ ACG = Adjusted Clinical Groups beskriver förväntat resursbehov av primärvård utifrån de listade medborgarnas sjuklighet, CNI = Care Need Index beskriver den förväntade risken att utveckla ohälsa baserad på socioekonomiska faktorer.

förbättrat detta men det räcker inte för att skapa intresse för nyetableringar. Man har dock inga förslag på hur detta skulle gå att åtgärda.

Landstinget i Kalmar län skriver att man har avsatt en relativt stor del av ersättningen på kvalitetsmått.

Samtliga landsting anser att man styr primärvården genom den regelbok som gäller för vårdvalet och som uppdateras årligen. Landstingen tar intryck av varandra i utvecklingen av vårdvalet och flera av dem pekar på det viktiga erfarenhetsutbyte som sker i Sveriges Kommuner och Landstings regi.

Vidareutveckling av vårdvalet

I Stockholms läns landsting tillkommer kontinuerligt nya områden för vårdval. I Region Halland och Region Gotland arbetar man med att få in mer prevention och förebyggande insatser. I Västra Götalandsregionen diskuteras huruvida fler vårdval ska införas eller om fler delar av primärvården ska ingå i nuvarande VG Primärvård. Region Skåne skriver att "...vi kontinuerligt diskuterar och följer bland annat effekterna av styrsystemet, sökmönster, vårdkonsumtion, läkemedel, tillgänglighet, kundnöjdhet i patientenkäten och resultaten på kvalitetsindikatorerna. Vi har gjort medicinsk revision på samtliga enheter. Vi har återkommande möten och träffar med vårdgivarna och försöker skapa mötesplatser i syfte att stimulera innovation och nytänkande samt främja en "mogen marknad" med konkurrens och samtidigt samverkan inom relevanta områden. Det senare är inte helt lätt!"

2.3 Utestående problem i vårdval i primärvården

De privata vårdgivarna i vårdvalet är överlag nöjda med reformen och tycker att de har fått större möjlighet att bedriva bra vård. Men man ser också en del brister och otydligheter som försvårar företagandet. I Vårdföretagarnas rapport "Valfrihet inom vård och omsorg – nuläge och potential"¹⁵ intervjuas vårdföretagare som beskriver ett antal problem. Det handlar om bristande konkurrensneutralitet, svårigheten att skapa fungerande vårdprocesser, stor variation av it-system samt uppföljning och utvärdering som inte fungerar.

¹⁵ Vårdföretagarna 2010

Gemensamma beskrivningssystem

Ett problem som tas upp av landstingen själva, i framförallt intervjuerna, är bristen på gemensamma beskrivningssystem i primärvården. Eftersom den vård som bedrivs inom primärvården är bred används många olika termer och begrepp. Olika åtgärder vidtas och olika diagnoser ställs. Det finns två diagnosklassificeringssystem för primärvården som används idag.

Landstingen använder dessa mer eller mindre godtyckligt, vilket innebär att det vid jämförelser blir olika saker som jämförs. Regeringen har givit Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i samverkan med Socialdepartementet i uppdrag att arbeta med att främja utvecklingen av hälso- och sjukvårdens ersättningssystem, särskilt sådana som främjar utvecklingen av vårdens innehåll och resultat. Arbetet har bedrivits under rubriken "Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvården".

Som en del i det arbetet har Socialstyrelsen tagit fram rapporten Projekt för att utveckla beskrivningssystem inom hälso- och sjukvården.¹⁶ I rapporten konstateras att ett nationellt verksamhetsinriktat beskrivningssystem förutsätter tillgång till individbaserade uppgifter på nationell nivå.

Socialstyrelsen har idag inget lagstöd för att samla in och förvalta uppgifter om primärvård. Man föreslår därför att ett utvecklingsarbete ska påbörjas inom området. Förutsättningarna för ett patientregister inom primärvården förutsätter ett antal lag- och förordningsregleringar, satsningar på enhetlig informationsstruktur och nära samverkan mellan olika professioner, yrkesorganisationer, forskare med flera. Primärvården har idag inte något nationellt rapporteringskrav. Vid en kartläggning av primärvårdsläkares användning av nationellt fastställda klassifikationer konstateras att kodning idag sker enligt de två tidigare nämnda parallella klassifikationerna.

Socialstyrelsen konstaterar att det finns åtskilliga brister i primärvården när det gäller enhetlig rapportering av termer, begrepp, åtgärder och diagnoser. Detta försvårar såväl möjligheten till kvalitetsuppföljning som utveckling av ersättningssystem relaterade till innehåll och resultat samt information till patienter och medborgare. Arbeta pågår dock för att förbättra och utveckla klassificeringarna och regeringen har, enligt budgeten för 2012,¹⁷ givit Socialstyrelsen i uppdrag att ta ett nationellt samordningsansvar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation i svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst, samt att underlätta för vårdgivare och utförare inom socialtjänsten att införa och använda en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk. Det är ett steg i rätt riktning.

¹⁶ Socialstyrelsen, 2010

¹⁷ Budgetpropositionen 2012, Prop 2001/12:1

Uppföljning av resultat och processer

Frågan om en nationell reglering av vårdvalet väcker inget intresse i landstingen. Endast två landsting svarar i enkäten att det skulle behövas ett nationellt grunduppdrag. Intresset för en gemensam uppföljning är också svagt. Uppföljningen, som nedprioriterades vid starten av vårdvalet, har i de flesta landsting blir successivt bättre, men utvecklingen går långsamt och varje landsting utvecklar sin egen uppföljning. Ansvariga för vårdvalen i de olika landstingen är medvetna om att det fortfarande brister i uppföljning avseende vårdens resultat och därmed i möjligheterna att kunna informera invånare och återföra resultat till vårdgivare.

Det finns en stor överensstämmelse mellan landstingen. Man vill själva äga sin organisation och rätten att utforma vårdvalen. En eventuell gemensam uppföljning får inte fokusera på organisation och hur saker görs utan ska verkligen mäta kvalitet, vårdprocesser och liknande. Man måste ha fokus på vad man får ut av vården. Eftersom det fortfarande finns stora svårigheter med att mäta såväl kvalitet som processer anser man att det är viktigt att börja i liten skala och helst på frivillighetens väg.

Patienternas kunskapsunderläge

Utredningen om Regler för etablering av vårdgivare i specialiserad öppenvård¹⁸ skriver att patienters val av vårdenhet inte är en tillräcklig garant för att huvudmännens krav på vårdgivaren är uppfyllda. Patienterna befinner sig i kunskapsunderläge och är i stort behov av adekvat information. Indikatorer som används för att jämföra vårdgivare mäter oftast endast kvantitativa data. För patienten är det därför fortfarande svårt att jämföra vårdens processer och resultat eftersom det saknas enhetliga mätmetoder och jämförbara kvalitativa mått.

Gemensamma IT-system

Det skulle, menar flera bland såväl tjänstemän i landstingen som företrädare för privata vårdgivare, vara en stor fördel om det fanns en gemensam it-plattform med gemensamma definitioner för alla landstingen. Landstingen, sjukhusen, vissa vårdenheter och privata vårdgivare har byggt upp egna och olika it-system som ofta har problem att kommunicera med varandra. Det har därför varit problem att få till stånd elektroniska journalsystem som kan följa patienten. För privata vårdgivare med verksamhet i flera landsting är

¹⁸ SOU 2009:84 Regler för etablering av vårdgivare Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård

det ytterst besvärligt och innebär avsevärda kostnader och tung administration att hantera flera olika system, samt sköta redovisningar och rapporteringar till dessa.

2010 bytte den nationella it-strategin namn till Nationell eHälsa - strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg¹⁹. Ledningsgruppen för Nationell eHälsa består av representanter för Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och Famna. Ansvaret för beslut om investeringar i nya e-hälsotjänster vilar på huvudmännen och utförarna. Staten ansvarar för att skapa förutsättningar för en enhetlig och välstrukturerad information, liksom lagar och regelverk. Nationell eHälsa förutsätter en bred samverkan mellan sektorns samtliga aktörer. Landstingen har i olika stor omfattning implementerat de projekt som pågår inom Nationell eHälsa. Ett exempel är Nationell patientöversikt, NPÖ. Genom NPÖ kan patienternas journaler bli tillgängliga för all behörig vård- och omsorgspersonal, om patienten samtycker. Ambitionen är att alla landsting ska implementera NPÖ under 2011 och 2012. Ytterligare ett exempel är webbplatsen 1177.se som innehåller aktuella, lättlästa och faktagranskade texter inom de flesta vårdområden. 1177.se tillhandahåller information som hjälper patienter och medborgare att hitta rätt i vården. Genom projektet Vården på webben byggs och införs en ny plattform för 1177.se, som blir en gemensam webbplats för svensk hälso- och sjukvård och en ny plattform för fortsatt utveckling av personliga e-tjänster. Webbplatsen ska öka tillgängligheten till vård och förbättra servicen till patienter och allmänhet, samt ge möjlighet att jämföra vården i olika delar av landet. Takten i utvecklandet är dock långsam.

Nytänkande och innovationer

Man är i landstingen medvetna om att det ännu inte finns särskilt mycket av nytänkande och innovationer hos vårdenheterna. Men man tror att det finns utrymme att skapa detta inom vårdvalet och att det kommer. Ersättningsmodellen till exempel, är så komplex att det tar tid att bli trygg med den. Man anser att verksamheterna har spelutrymme, men måste få tid att utveckla kreativitet, dynamik, olikhet, mångfald, innovation och utveckling och tid att våga utnyttja det. Man vill kunna se effekterna av olika åtgärder innan stora förändringar görs och man vill successivt minska detaljkraven.

¹⁹ Socialdepartementet 2010

Gemensamma nätverk

Inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) erbjuds samtliga landsting och regioner att ingå i nätverk om vårdval. Detta har till syfte att utforska och utveckla kunskap kring vårdvalsfrågor samt ge möjlighet till erfarenhetsutbyte mellan de olika landstingen. Genom ett erfarenhetsutbyte ökar möjligheterna att dra lärdomar av varandra och att enas om gemensamma lösningar. Nätverken har haft den effekten att man lyssnar mer på varandra och frågar om råd. Deltagarna i nätverken vill inte ha en nationell nivå som godkänner vårdenheter. Man är nöjd med att de besluten ligger regionalt. Men det är viktigt för landstingen att kunna skilja på sina olika roller, därför är det tidigare nätverket numera uppdelat i två, ett för beställarna och ett för utförarna. Nätverken har en lärande och inspirerande funktion men inga beslutsmandat.

2.3 Behovet av nationella initiativ

Utvecklingen av vårdvalen i primärvården pågår och de flesta bedömare anser att landstingen bör få ytterligare tid på sig innan några eventuella ingrepp görs från nationell nivå. Men ur ett patient- och medborgarperspektiv och också ur ett utförarperspektiv finns anledning att överväga om inte just frånvaron av gemensamma riktlinjer leder till problem.

Fördelarna med en gemensamt fastställd nivå i vårdvalet skulle bland annat vara att den garanterar att primärvården lever upp till samma kvalitet i hela landet och att det genom de nationellt fastställda kraven skapas tydlighet, både för patienterna och för vårdgivarna, om vilka tjänster som ska erbjudas. Enhetligheten skulle samtidigt bidra till att skapa förutsättningar för konkurrens på lika villkor genom att reglerna och förutsättningarna skulle vara lika och tydliga för de vårdgivare som vill etablera verksamhet inom primärvården. Dessutom bidrar enhetlighet till att möjliggöra en tydligare uppföljning av primärvården. En gemensam uppföljning innebär i sin tur att informationen till patienter och medborgare för att kunna göra övervägda val ökar.

På en fråga i enkäten om man i landstingen ser behov av nationella initiativ svarar alla utom två landsting nej, eller att det är tveksamt. Västra Götalandsregionen anser snarare att det krävs en minskad reglering där framförallt etableringsrätten bör avskaffas. Möjligheten att styra över etableringar bör fattas av närmaste politiska instans för att undvika överetablering och styra resurser dit behoven är som störst. Region Skåne menar att problemen och behoven skiljer sig markant åt mellan de olika landstingen och att det vore mycket olyckligt att ta bort möjligheten att

utnyttja den styrning som bäst behövs lokalt. De två landsting som inte svarat nej på frågan, Landstinget i Kalmar län och Landstinget Sörmland, skriver att ett grundkrav för primärvårdsuppdraget hade underlättat i inledningsskedet. Västmanlands landsting menar att en anpassning till potentiella regionpartners nog inte vore helt fel.

Ur vårdföretagarnas perspektiv skulle en gemensam definition av primärvården underlätta etableringar och skapa tydliga, transparenta och långsiktiga planeringsförutsättningar. Men eftersom alla landsting nu har utformat egna varianter och, med några undantag, också attraherat privata vårdgivare att etablera sig, kan det finnas skäl att avvakta med statliga åtgärder. På några områden inom vårdvalet finns det dock fortfarande anledning att överväga nationella initiativ alternativt en gemensam kraftsamling hos landstingen. Här är några exempel.

Fungerande vårdprocesser

Vårdprocesser med patienten i fokus har med vårdvalets införande blivit svårare att upprätthålla. Det finns tydliga stuprörseffekter och man ser mindre av samverkan och samarbete mellan olika professioner och aktörer. Det beror i hög grad på avgränsade och otydliga uppdrag samt avsaknaden av incitament för samverkan. Nationella initiativ för att tydliggöra uppdragen och mäta resultaten av dessa bör tas. Ersättningssystemen måste utvecklas gemensamt för att det ska löna sig att få till stånd fungerande processer som utgår från patienternas behov.

Gemensamt uppföljningssystem

Regeringen och SKL har i september 2011 gjort en överenskommelse om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister under åren 2012-2016.²⁰ Överenskommelsen innehåller bland annat en nationell gemensam finansiering, ansvars- och rollfördelning samt organisation av nationella kvalitetsregister. Som effekter av åtgärderna förväntar man sig bland annat ökad kvalitet på data och bättre och mer jämlik vård. Man säger också att man ska prioritera utvecklingen av kvalitetsregister inom bland annat primärvården som varit eftersatt. Detta kan få positiva effekter för möjligheterna att följa upp primärvården på några års sikt.

Det arbete som pågår inom Socialstyrelsens med att utveckla och förtydliga beskrivningssystemen bör, tillsammans med utvecklingen av

²⁰ Socialdepartementet, Godkännande av överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL) om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012-2016, Protokoll vid regeringssammanträde 2011-09-29 S2011/8471/FS

kvalitetsregister, ligga till grund för nationella obligatoriska krav på alla vårdgivare att rapportera till gemensamma system.

Gemensamma it-system

Det gemensamma arbete som bedrivs i nationell eHälsa²¹ och som tidigare beskrivits bygger på att landstingen frivilligt ansluter sig och att de själva finansierar sin medverkan. regeringen skriver i budgeten för 2012²² att arbetet med eHälsa ska fokusera på införande, användning och nytta av de olika e-hälsotjänster och nya regelverk som utvecklats under senare år.

För att åstadkomma ett snabbare förlopp bör staten ta ett övergripande ansvar för att göra det obligatoriskt för landstingen och vårdgivarna att snarast efter färdigställandet av olika system implementera dessa.

Information till patienter och medborgare

Enligt en rapport från Uppsala universitet; Vilken information behöver patienter och medborgare för att välja vårdgivare och behandling?²³, är den information som finns idag om valmöjligheterna i sig och hur man går till väga för att utnyttja den relativt väl utvecklad. Däremot finns stora brister med avseende på information som beskriver vårdgivarnas kvalitet. Det saknas framförallt information kring process- och utfallsindikatorer, något som troligen leder till att patienter när de ska välja får en skev, eller åtminstone begränsad, bild av skillnader och likheter mellan vårdgivarna. Informationen är vidare uppdelad mellan 1177 och landstingens egna webbplatser på ett inkonsekvent sätt.

Rapporten rekommenderar att en mångfald av kvalitetsindikatorer på struktur-, process-, och utfallsnivå, som beskriver skillnader och likheter i kvalitet mellan valbara vårdgivare, bör lyftas fram med syftet att varje enskild patient och medborgare skall kunna välja vårdgivare utifrån de kvalitetsaspekter som han eller hon värderar högst. Valet av kvalitetsindikatorer i informationen bör utformas i samråd med företrädare för patientorganisationer, allmänhet och medicinsk expertis. Tydliga urvalskriterier för vilka kvalitetsindikatorer som informationen ska innehålla bör tas fram. Utgångspunkten är att indikatorerna ska vara

²¹ Nationell eHälsa - strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg, socialdepartementet 2010

²² Budgetpropositionen 2012, Prop 2001/12:1

²³ Uppsala universitet, Ulrika Winblad och Caroline Andersson, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Vilken information behöver patienter och medborgare för att välja vårdgivare och behandling - Patienters och medborgares behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information, 2011

relevanta, sakliga och lättförståeliga. Informationen bör uppdateras och kvalitetssäkras kontinuerligt för att medborgare och patienter ska kunna göra välinformerade val. Här är det viktigt att tydliggöra vem i organisationen som ansvarar för uppdateringen. Detta kräver en nationell nivå.

Konkurrensneutralitet

Många privata vårdgivare upplever fortfarande att de offentliga vårdenheterna gynnas i förhållande till de privata. Företagen anser att systemen inte är kostnadsneutrala i och med att landstingsägda enheter direkt och indirekt subventioneras av sina huvudmän genom lägre hyror, tillgång till olika faciliteter, täckning av förluster, låga avkastningskrav och interna räntor. Även tillgång på information anses vara en faktor som snedvrider konkurrensen. Misstankarna från de privata vårdgivarnas sida om att det förhåller sig på det här sättet ger anledning till misstro mellan parterna. Konkurrensverket har haft i uppdrag att ur konkurrenssynpunkt följa och utvärdera införandet av valfrihetssystem i primärvården. De har slutredovisat sitt uppdrag. Regeringen bör överväga att i det löpande uppdraget hos Konkurrensverket att följa utvecklingen av vårdval också ge dem möjlighet att också utdela sanktioner i de fall då det är uppenbart att konkurrensneutraliteten inte upprätthålls.

Myndigheten för vårdanalys

Regeringen etablerade vid årsskiftet *Myndigheten för vårdanalys*. Den kom till på regeringens uppdrag därför att man ansåg att en stor del av den uppföljning som gjorts hittills inte utgått från patienternas eller medborgarnas perspektiv. Ett av målen med myndigheten är att stärka patienternas och medborgarnas ställning och inflytande. Myndighetens verksamhet ska vara oberoende, vilket innebär att den kan omfatta en granskning av hela hälso- och sjukvårdssystemet, däribland myndigheternas arbete. Myndigheten har enligt sin instruktion²⁴ bland annat till uppgift att kontinuerligt utvärdera den information om vård och omsorg, som lämnas till enskilda. Utvärderingen ska avse informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet.

Myndigheten är under uppbyggnad och har för sitt första år fått ett blygsamt anslag. Så här långt har man inget uppdrag som ger möjlighet att granska enskilda vårdenheter eller jämföra dessa.

²⁴ SFS 2010:1385. Förordning med instruktion för Myndigheten för vårdanalys

Så frågan är om den nya myndigheten kommer att kunna motsvara de förväntningar som Vårdföretagarna, men också många andra berörda har på en oberoende instans för uppföljningen.

3. Vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården

I november 2009 kom slutbetänkandet i utredningen om hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas, Regler för etablering av vårdgivare – Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård²⁵. De områden som omfattas av utredningens förslag avser den specialiserade vården inom öppenvården; mottagningsverksamhet, dagsjukvård samt hemsjukvård inom såväl somatisk som psykiatrisk vård. Vården bedrivs i dag på sjukhusen, upphandlad eller inom ramen för LOL och LOS²⁶.

3.1 Utredningens förslag

Utredningen presenterade tre olika alternativ och valde sedan att lägga fram ett av dem som sitt förslag. Det innebar i korthet:

”Utredningen föreslår en ny etableringsplattform för verksamhet inom den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården. Det föreslagna systemet bygger på en ny *lag om vårdgivaretablering*, (LOVE). En myndighet föreslås fastställa och utveckla ramarna för etablering. Detta innebär att identifiera inom vilka verksamhetsområden som etablering kan ske enligt den nya lagen liksom de lägsta ersättningsnivåer som kan komma i fråga. Etableringsplattformen gäller initialt de områden som i dag verkar inom ramen för LOL och LOS. Dessa två lagar föreslås också upphöra när det nya systemet införs. Gradvis ska emellertid genom myndighetens försorg även andra områden och andra kompetenser infogas i etableringsplattformen. Utredningen ser framför sig en utveckling där myndigheten gradvis expanderar etableringsplattformen och samtidigt genomför en översyn av de områden som redan initialt kommit att ingå.”

²⁵ SOU 2009:84 Regler för etablering av vårdgivare – Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård, oktober, 2009

²⁶ Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL), Lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS)

Remissinstanserna

Remissinstanserna var övervägande negativa till förslaget om införande av ett nytt system med en så kallad etableringsplattform. Bland dem som var negativa fanns bland andra Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och en stor majoritet av landstingen. Remissinstanserna ansåg överlag att förslaget var ottydligt beskrivet och saknade nödvändiga analyser. Vidare ansåg många att förslaget innebar inskränkningar av sjukvårdshuvudmännens möjligheter att planera och styra utbudet av vård och att det samtidigt skulle begränsa det kommunala självstyret.²⁷

Vårdföretagarna var i stora delar positiv till inriktningen av förslaget och ansåg att det var ett steg i rätt riktning. Man vände sig dock emot att utredningen begränsade förslaget till att initialt endast gälla de områden som idag verkar inom ramen för LOL och LOS. Man ansåg inte att den öppna specialistsjukvården vid sjukhusen skulle undantas, istället borde denna konkurrensutsättas och tillåtas verka med samma villkor som övrig öppen specialistvård.

Regeringens ställningstagande

Efter den massiva kritiken från remissinstanserna har regeringen valt att inte agera. Någon proposition är inte att vänta under innevarande mandatperiod. Istället vill socialministern stimulera landstingen att med stöd i LOV konkurrensutsätta den öppna specialiserade vården. I senaste budgetpropositionen²⁸ har man därför avsatt stimulansmedel för de tre kommande åren, 160 miljoner kronor 2012 och 100 miljoner kronor vardera för åren 2013 och 2014. Regeringens ambition är att alla landsting ska erbjuda en utökad valfrihet för den enskilde även i den specialiserade vården enligt LOV. Regeringen skriver vidare att om inte alla patienter via denna satsning får utökade valmöjligheter inom den specialiserade vården kommer man att överväga behovet av lagstiftning, i likhet med den situation som idag råder när det gäller LOV i primärvård. Man kommer inte att ha synpunkter på vilken modell respektive landsting väljer för detta.

²⁷ Remissammanställning över slutbetänkandet Regler för etablering av vårdgivare – Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård (SOU 2009:84), Socialdepartementet 20100922 S2009/8356/HS

²⁸ Budgetpropositionen 2012, Prop 2001/12:1

3.2 Vad gör landstingen?

I avsaknad av nationella initiativ, har några landsting själva startat processer för att utvidga vårdvalet. Det sker med olika utgångspunkter och i olika riktningar. Flera landsting ligger i startgroparna för att använda sig av lagen om valfrihetssystem på fler områden. De oklarheter som remissinstanserna såg i utredningen och de saknade analyserna medför att ett antal knepiga frågor återstår att lösas av varje landsting och att lösningarna med stor sannolikhet kommer att se olika ut. Varje landsting måste självt analysera och bedöma konsekvenserna inom vården av den tänkta utvidgningen. Utvecklingen kan dessutom antas ta betydligt längre tid. Detta är ur såväl medborgares som privata vårdgivares perspektiv inte optimalt. Patienter kommer att mötas av olika regler och möjligheterna att välja vård utanför landstingsgränserna kommer att variera. En av de stora vårdkoncernerna uttryckte sin frustration så här: ”att skapa ett enhetligt vårdvalssystem som ger en jämlik vård för patienter i hela landet samt öppnar för en verklig mångfald av utförare är det mest väsentliga. Att ha en omotiverad variationsrikedom i form av att varje landsting utvecklar individuella system för ersättning, utvärdering, it med mera skapar orättvisa och är ett resursslöseri.”²⁹ För vårdföretag som ska etablera sig är långsiktighet och stabila spelregler grunden. Nu kommer förutsättningarna att variera kraftigt under överskådlig tid och spelreglerna kan ändras med kort varsel.

Hur ser då processen ut för införandet av valfrihetssystem i specialistvården?

3.3 Landstingens egna bedömningar

Av de tretton landsting som svarat på enkäten säger sex att de har påbörjat processen med vårdval i den öppna specialistvården.

3.3.1 Stockholms läns landsting

Pågående arbete

Stockholms läns landsting har i slutet av augusti 2011 beslutat om vårdval för barnvårdscentraler, mödravårdscentraler, fotsjukvård, husläkarmottagningar med basal hemsjukvård, logopedi, läkarinsatser i särskilda boenden, obstetriska ultraljud, specialiserad planerad rehabilitering, hörselrehabilitering, specialiserad öron-, näs- och halssjukvård i öppenvård (start 2012-01-01), specialiserad ögonsjukvård i öppenvård (start 2011-10-01), förlossningsvård, höft och knäledsproteser,

²⁹ Praktikertjänst, tidningen Partner i Vården, nr 1 2010

kataraktoperationer, ögonbottenfotografering (finns från och med 2011-10-01 inom ögonvårdval), allmän barn- och ungdomstandvård, specialisttandvård för barn och ungdomar.

Vårdval kommer under hösten 2011 eller början av 2012 att införas inom specialiserad allergologi i öppenvård, avancerad sjukvård i hemmet, specialiserad neurologi i öppenvård (från 2013), primärvårdsrehabilitering, specialiserad reumatologi i öppenvård (från 2012-09-01), ryggkirurgi (från 2012-09-01), sjukgymnastik, specialiserad obesitasbehandling (från 2013), specialiserad palliativ vård, specialiserad gynekologi i öppenvård, vaccinationsverksamhet, hudsjukvård samt öron-näsa-hals. All vård provas för att se om den kan föras in i vårdval.

För varje område där avsikten är att införa vårdval tas ett pm fram om området med bakgrund, dagsläge, kartläggning, vårddata, vårdvalstest, förutsättningar med mera, samt förvaltningens förslag som underlag för beslut om vårdval. Därefter upprättas en regelbok som innehåller bland annat auktorisationsvillkoren och villkor för återkallelse, uppdragsbeskrivning, uppföljningsplan, ersättningsvillkor samt regler avseende informationshantering och rapportering.

Genom att välja vissa specialiteter i det fortsatta införandet av vårdvalet gör man en prioritering. Införande av valfrihetssystem innebär med största sannolikhet en utbyggnad av specialiteten. Det politiska syftet är inte lika tydligt i den fortsatta processen. Prioriteringarna synes nu ske utifrån vad som är möjligt att genomföra, det vill säga i möjligaste mån avgränsade uppdrag som går att beskriva och följa upp. I Stockholm råder brist på akutsjukvårdsplatser. Ett sätt att lösa den problematiken är att skapa fler öppenvårdskliniker genom vårdvalen. Genom utflyttning av patienter skapas utrymme på sjukhusen.

Vårdprocesser

I respektive uppdrag beskrivs de viktigaste sambanden med andra vårdgivare. Det är i sak ingen skillnad mot hur det hanterades före vårdvalet. Man ser behoven av att skapa vårdprocesser men också svårigheter för landstinget att styra. Man tror att vårdgivarna själva är bättre på att medverka till att det skapas fungerande processer och man hoppas att vårdgivarna ska vara intresserade av att vilja knyta ihop husläkare med psykiatri eller geriatrik, till exempel. I den utveckling av framtidens hälso- och sjukvård som landstingsfullmäktige beslutat om planeras särskilda specialistcentrum inrättas med olika specialiteter i öppen och slutenvård. Utvecklingsarbetet kring dessa kommer att fokusera på vårdsamband. I dessa ska även vårdvalsvård ingå.

Ersättningsmodell

Stockholms läns landsting har valt en modell för ersättningen som i huvudsak bygger på KVÅ/DRG (klassifikation av vårdåtgärder/diagnosrelaterade grupper) och är prestationsrelaterad. Uppdragen är hittills oftast avgränsade och går att sätta styckpris på. En liten del är också bonusrelaterad och utgår från patienternas bedömning av åtgärderna. Avsikten är att successivt bygga ut en mål-/kvalitetsrelaterad ersättning.

Taxeanslutna läkare

De taxeanslutna läkarna inbjuds att delta i vårdvalet. När vårdval är infört inom en specialitet kommer taxeanslutna läkare inte ha rätt att överlåta sin etablering.

Konkurrensneutralitet

Det finns inga planer på att geografiskt eller antalsmässigt, begränsa de enheter som vill ingå i vårdvalet. Uppfyller de kraven i regelboken har de rätt att etablera sig. Än så länge har de områden där man infört vårdval haft brist på resurser eller har det saknats tillräckligt många specialister för att det skulle kunna bli ett problem med överetableringar. Det vet man dock inget om i framtiden.

Det har inte, så vitt framkommit, förts några öppna politiska diskussioner om den offentliga driften kan starta nya kliniker eller om befintliga kliniker på sjukhusen kan starta fler enheter.

Problem

Trots att Stockholms läns landsting har kommit längst i landet med att införa vårdval inom den öppna specialistvården, brottas man fortfarande med ett antal problem. Det gäller till exempel hur landstinget ska klara kostnadskontrollen och hur ersättningsmodellerna ska konstrueras för att skapa rätt incitament. Man nämner själv sådant som risker för undanträngning, svårigheterna att mäta kvalitet, risken för ojämlik tillgänglighet och önskan att skapa utrymme för innovationer.

3.3.2 Region Halland

Pågående arbete

I Region Halland har man under en tid funderat på hur man ska gå vidare med valfrihetsmodellen. Där tog man tid på sig att införa det första vårdvalet och tycker att man träffade väldigt rätt. Man har fått fler specialister, bättre tillgänglighet, bättre bemötande och man har stärkt invånarnas ställning i vården. Dock blev inte förflyttningen ut från sjukhusen så stor som man hade önskat.

Regionfullmäktige beslutade 2011-06-22 om ett friare val av vårdgivare för den specialiserade öppenvården i Region Halland. LOV ska användas även för detta vårdval. De slutliga besluten för en modell ska fattas av fullmäktige under mars 2012.

Region Halland har startat ett ambitiöst utvecklingsarbete inför införandet av det man kallar Vårdval Halland Plus. Avsikten är att skapa en bred delaktighet i förändringsprocessen. Man för fortlöpande dialoger med utförare, brukarorganisationer och patientgrupper. Det har skapats olika referensgrupper för olika teman.

De specialiteter som initialt diskuteras är de som redan idag finns i öppenvård med vårdavtal eller enligt Nationell taxa, samt psykiatri. Det är sagt att genomförandet ska ske successivt och att man då ska ta ställning till vilka specialiteter som blir aktuella enligt en plan som ännu inte är framtagen. I Region Halland finns idag i privat regi, och som regionen på något sätt finansierar, barnmedicin, gynekologi, hudsjukvård, kardiologi, kirurgi, ortopedi, reumatologi, urologi, ögonsjukvård, öron- näs- och halssjukvård samt psykiatri.

Vårdprocesser

Det är tydligt inskrivet i rådande modellbeskrivning/förfrågningsunderlag för Vårdval Halland att vårdenheten ska vara patientens samordnare och lots i den sammanhållna hälso- och sjukvården. Dessutom finns det inom Vårdval Halland tillåtelse att bedriva närsjukvård, alltså ett utökat närsjukvårdsuppdrag, med fler specialister än allmänläkare. Remissfrihet är planerad att råda även för den nya, utvidgade vårdvalsmodellen.

I övrigt är detta en fråga som ännu är kvar att lösa under det fortsatta innovationsarbetet.

Ersättningsmodell

Ännu finns ingen ersättningsmodell framtagen, men arbetet med denna har startat.

Konkurrensneutralitet

Idag bedrivs den öppna specialistvården av läkare inom den nationella taxan eller som upphandlade enheter enligt LOU. Inne på sjukhusen finns den offentliga öppna specialistvården. Om den offentliga vården ska flyttas ut som offentliga specialistenheter, eller om personalen som idag finns på sjukhusen ska uppmuntras att starta egna privata enheter är oklart. Eller kan man bedriva öppenvård på sjukhusen med samma villkor som privata enheter i öppenvården?

Om de primärvårdsenheter som i samråd med patienter väljer specialistenhet, har ägarintressen eller underhandsöverenskommelser med vissa enheter kan osund konkurrens uppstå. Det är frågor som är viktiga att reglera.

Taxeanslutna läkare

Tanken är att genomföra en så tilltalande modell så att de flesta specialisterna som idag finns i Region Halland önskar vara en del av det utökade vårdvalet. I förarbetena är dessa specialister inbjudna att delta, dels med representation i styrgruppen för projektet, dels i fortlöpande arbetsgrupper. Vid införandet av Vårdval Halland 2007 valde de flesta taxeläkarna att ingå i vårdvalet.

Problem

Gränsdragning är alltid problematisk. Meningen är att så tydliga gränser som möjligt ska beskrivas inför ett genomförande för att invånarna ska få optimal hälso- och sjukvård på rätt nivå. Arbetet med gränserna kommer att starta under senare delen av hösten 2011 eller efter nyår 2012. Här är tanken att definiera vad som är allmänmedicin, vad som är öppen specialiserad vård som inte behöver sjukhusets resurser och vad som är specialiserad vård som behöver sjukhusets resurser. Initialt är endast den specialiserade vården som inte behöver sjukhusets resurser tänkt att ingå i det utökade vårdvalet.

För Vårdval Halland Plus gäller ett successivt införande, där takten ännu inte är given.

3.3.3 Övriga landsting som påbörjat införandet av vårdval inom specialiserad öppenvård

I **Landstinget Östergötland** har man fattat beslut om ett vårdval för obesitaskirurgi 2010 för att på kort tid klara de behov av obesitaskirurgi som för närvarande finns. Patienter med komplex sjukdomsbild kommer inte att ingå i vårdvalet. Här har man infört fristående vårdlotsar som ska lotsa patienterna inom sjukvården. Ersättningsmodellen bygger på prestationsrelaterad ersättning per patient.

I **Region Skåne** har man beslutat om att införa en kundvalsmodell för kataraktoperationer. "Ackrediteringsvillkoren"/förfrågningsunderlaget inkluderande ersättningssystemet är ännu inte beslutat utan är under utarbetande. Man tittar på hur olika kundvalsmodeller kan adderas till varandra, i syfte att skapa mervärde för befolkningen, förkorta ledtider och utveckla vårdprocesserna. Man har börjat med områden inom specialistvården där det har varit relativt lätt att göra en gränsdragning.

I **Landstinget i Uppsala län** har man startat med ett beslut om en strategi för att välja ut vilka områden som ska "LOV:as". Till att börja med finns beslut om regelböcker för ljusbehandling av psoriasispatienter och ögonbottenfotografering vid diabetes. Beslut om regelbok för kataraktoperationer ska tas i november 2011. Arbete pågår att fortsätta ta fram regelböcker för höfter och knäplastik. Fler områden är under diskussion. Idag är vårdvalen inom primärvården och inom specialistvården skilda från varandra men sannolikt kommer vi se att vårdgivare som har avtal inom primärvården även kommer ansöka om avtal inom specialistvården. Vissa vårdprocesser kommer på det sättet att bli sammanhållna. Ersättningsmodellen för de två första specialistvårdvalen är prestationsbaserad ersättning för utförda åtgärder/besök. Här har man börjat med områden inom specialistvården där det har varit relativt lätt att göra en gränsdragning. De två första vårdvalen startar 1 feb 2012, katarakter startar 1 april 2012, för höfter och knä är inte tidsplanen fastställd.

I **Landstinget Kronoberg** har Vårdval Hörsel utretts och beslut ska tas om verkställande. I budgeten för 2012 finns fler områden som kan bli aktuella.

3.3.4 Landsting som för närvarande inte har planer på att införa vårdval inom specialiserad öppenvård

Av de tretton landsting som svarat på enkäten säger sju att de inte för tillfället har för avsikt att utvidga vårdvalet till specialistvården.

Landstinget i Östergötland som infört ett ytterligare vårdval har inte just nu planer på att införa ytterligare men politikerna funderar på en fortsättning.

Västra Götalandsregionen svarar nej på frågan med hänvisning till att fokus nu i första hand ligger på att utveckla primärvårdsmodellen VG Primärvård. Målet är att tillgodose kvalitet, bemötande och tillgänglighet i den nära vården innan man överväger ytterligare vårdval. Syftet är att säkerställa den sammanhållna vården och vårdkedjor. I det arbetet ingår utmaningen med att se över gränssnitt mellan vårdnivåer och vårdgivare.

Övriga som svarat nej menar att man behöver mer tid på sig, eller att man avvaktar och ser vad andra landsting gör. Landstinget Västernorrland säger att man nu måste prioritera omställningsarbete för att klara framtida ekonomi. Örebro läns landsting menar att en reform skulle fragmentisera vården och utgöra ett tydligt hinder för en sammanhållen vårdkedja. Landstinget i Kalmar län skriver att ”skulle en utveckling mot ett nationellt system ske så är det viktigt att utgå från lokala förhållanden. Det är svårt att reglera vissa delar på nationell nivå då utgångsläget ser så annorlunda ut (akutsjukhus med jourer mm). Det är också av vikt att behålla kostnadskontrollen för sjukvårdens uppdrag i länet”.

Konkurrensverket har lämnat en delredovisning³⁰ av ett uppdrag till regeringen som handlar om kartläggning av landstingens användning av valfrihetssystem enligt lagen om valfrihetssystem inom den öppna specialistvården, i maj 2011. I den har man gjort bedömningen att det inte har varit meningsfullt att närmare klassificera landstingens vårdvalssystem utifrån en definition av primärvård respektive specialiserad vård. Man har i stället kartlagt samtliga valfrihetssystem enligt LOV inom landstingen. I den genomgången har framkommit att alla landsting har åtminstone ett valfrihetssystem som innefattar allmänläkarverksamhet vid vårdcentraler eller liknande. En tredjedel har inrättat fler än ett valfrihetssystem och av dem är det i princip Stockholm och Uppsala som utvidgat valfrihetssystemet också till specialistvården. De andra har enstaka vårdval som kan hänföras dit. Fyra landsting har fattat beslut om att införa ytterligare vårdval och i sju landsting pågår utredningar om förutsättningarna för vårdval inom ytterligare vårdområden. Av de fyra landsting som redan beslutat om fler vårdval är det endast Skåne som inte utreder ytterligare valfrihetssystem. Fjorton landsting hade i maj 2011 inte fattat beslut om att införa eller närmare utreda förutsättningarna för vårdval inom den öppna specialistvården.

³⁰ Konkurrensverket, Delredovisning – uppdrag att följa upp vårdvalssystem i primärvården S2009/5070/FS, Dnr 314/2011, 2011-05-13

3.5 Frågor av gemensamt intresse för landstingen som skulle kunna underlätta införandet av LOV i den öppna specialiserade vården

Vårdföretagarna ser stora fördelar med möjligheterna för fler företag att etablera sig i landstingens öppna specialistvård. Det skulle innebära en stimulans för mångfald och utveckling och därmed kvalitet och effektivitet inom området. Det innebär en möjlighet att stärka patienternas ställning och möjligheter att påverka den egna vården genom ökade möjligheter att välja vårdgivare. Man ser stora risker med regeringens besked att inte reglera etableringen av specialister. Landstingen ska nu själva utforma sina modeller utan någon samordning. Regeringen hoppas att extra pengar ska vara tillräcklig stimulans. Konkurrensverkets rapport och vår enkät till samtliga landsting visar att det kommer att dröja länge innan alla invånare i Sverige får tillgång till specialister i ett vårdval. Det kan också innebära en accentuerad ojämlikhet när det gäller tillgång till specialister i landet.

Ett nationellt sammanhållet system för de verksamheter som finansieras med offentliga medel hade skyndat på utvecklingen och hade också inneburit ökad tydlighet. Det hade varit till fördel för såväl patienter och medborgare som vårdgivare. Därför vill Vårdföretagarna här lyfta några väsentliga frågeställningar som borde vara angelägna att diskutera inför den förestående utvecklingen av olika vårdvalsmodeller runt om i landet. Vårdföretagarna ser gärna att landstingen gemensamt åstadkommer en samordning, i avsaknad av nationella initiativ.

Några utgångspunkter för en sådan samordning tas här upp men detta avsnitt gör inte anspråk på att på något sätt vara heltäckande.

Patienten i fokus – sammanhållna vårdprocesser

Redan vid införandet av vårdval i primärvården såg man, som tidigare nämnts, på flera håll att tidigare försök till styrning av vårdprocesser och vårdkedjor omöjliggjordes. Många, framförallt äldre som har vårdkontakter med olika vårdgivare fick svårare att få kontinuitet och stöd i vårdkontakterna. Det medför risker med såväl behandling som läkemedelsförskrivning när vårdens olika delar inte korresponderar med varandra fullt ut. Detta leder till onödigt många akuta intag inom slutenvården. Det kan bli särskilt tydligt i utvecklingen av den öppna specialistvården. Landstingen säger sig vilja bygga in fungerande vårdprocesser i sina vårdval men har svårt att finna lösningar. Samverkansformer som kan få till stånd en sammanhållen vårdprocess för den enskilde patienten är av stor vikt i en öppen vård med fri konkurrens.

Samråd mellan landstingen och utförarna för att få tillstånd fungerande lösningar är nödvändiga.

Villkoren för vårdgivarna – problem med variationer

En nationell modell hade inneburit att landstingen oavsett politisk majoritet varit skyldiga att pröva en förfrågan om etablering från en privat rådgivare. Den fria etableringen hade kunnat säkras liksom stabila spelregler, kvalitetskonkurrens och en mångfald driftformer. Nu kan landstingen själva välja när man vill införa ytterligare etableringsfrihet inom öppenvården och själva bestämma spelreglerna. Som det ser ut nu kommer många landsting att avvakta med ett införande. Utan nationella regelverk blir införandet en lång process. Av förståeliga skäl avvaktar flera landsting med mindre utredningsresurser tills erfarenheter finns på andra håll. Variationerna kan därmed bli stora och kan också komma att ändras med kort varsel om till exempel majoritetsförhållandena ändras. Vilka specialiteter som kommer att finnas inom ramen för valfrihetssystemen kommer att variera, liksom regler och ersättningar. Det blir en ökad risk för stuprörstänkande med olika regelböcker för olika specialiteter där gränsdragningarna dessutom riskerar att bli otydliga.

För de vårdgivare som verkar i flera landsting innebär det olika villkor. I många landsting kommer man inte inom överskådlig tid att över huvud taget kunna etablera sig. I andra varierar specialiteterna och villkoren för att etablera sig inom dessa. Om landstingen kan enas om ett antal gemensamma basala grundvillkor med bred politisk enighet som ska gälla för etablering ökar sannolikt intresset från vårdgivarnas sida.

I nuvarande läge kan de landsting som vill locka specialister som det är brist på lyckas få till stånd nya etableringar genom att vara snabba med införandet. Villkoren kan också komma att varieras för att ge vårdgivare konkurrensfördelar gentemot andra landsting. Frågan är om det gynnar patienter och medborgare.

Ersättningsmodeller

Ersättningssystemen är en mycket viktig del i styrningen av hälso- och sjukvården. Rätt utformade kan de stödja en utveckling i önskvärd riktning och skapa incitament till förbättrad effektivitet. Ersättningssystemen i primärvården är fortfarande i hög grad under utveckling, och de utvärderas nu efter hand. De är i flera landsting komplicerade och oförutsägbara för vårdgivarna. Ersättningarna är i de flesta fall till största delen fasta, baserade på antalet listade invånare och i några fall beräknade utifrån vårdtyngd och socioekonomi. Varje landsting har sina beräkningar. Ersättningsmodellerna innehåller endast en väldigt liten del resultatbaserad ersättning.

Ersättningssystemens stora variation riskerar att bidra till att förstärka ojämlikheter för patienter i olika delar av landet beroende på om man bor i glesbygd eller mitt i en stad.

Några landsting säger inför utarbetandet av ersättningsmodeller i specialistvården att man vill ha en värdebaserad hälso- och sjukvård där olika behandlingsinsatser värderas och premieras utifrån deras effekter på hälsan i samhället och inte enbart utifrån deras kostnader. Det behövs ett ersättningssystem som premierar hälsofrämjande och stimulerar nytänkande. Det måste kunna premiera sammanhållna vårdprocesser. Den stora utmaningen är också att hitta/konstruera en ersättningsmodell som både stimulerar innovationer och utveckling av vården samtidigt som den ger en god kostnadskontroll. Det är lovvärda ambitioner, men samtidigt kan man konstatera att det i realiteten är väldigt svårt att konstruera ersättningsmodeller som klarar sådana krav. Förutsättningarna saknas i hög grad och det krävs ett stort förberedelsearbete för att kunna finna lösningar.

Stockholms läns landsting använder sig hittills av ersättningsmodeller som bygger på prestationer och i stort sett är en fortsättning av den nationella taxan. Även övriga landsting som infört enstaka vårdval bygger sina ersättningar på prestationer. Region Halland har ännu inte presenterat sina ersättningsmodeller men har höga ambitioner att utveckla system som premierar bland annat förebyggande hälsoarbete.

Det finns utredningar och analyser som bygger på utvecklingen av DRG-system som underlag för ersättningsmodeller³¹ för att främja ett effektivt resursutnyttjande. Är det värt att fortsätta utveckla? Finns det annat utvecklingsarbete, internationellt eller nationellt som kan fungera som inspiration? Det är avgörande för utvecklingen av vårdvalet att ett gemensamt arbete med ersättningssystemet snarast kommer till stånd.

Kostnadskontroll

Landstingen kan inte släppa kravet på kostnadskontroll. En fri etablering inom den öppna specialistvården innebär med stor sannolikhet ökade kostnader. Landstingen är därför tvungna att bygga in spärrar i systemet, eftersom risken annars är stor att expansionen går ut över primärvården. I verksamheter där ersättningen utgår från listning eller inskrivning i verksamheten kan kostnadskontrollen lättare upprätthållas. Där så inte är fallet blir kostnadsökningarna stora, enligt Stockholms läns landstings erfarenheter.

³¹ Ersättningssystem och DRG inom öppenvård och dagkirurgi i Stockholms läns landsting, Vårdföretagarna, Vasco Advisers februari 2011

Att förhindra stora kostnadsstegringar kan göras på olika sätt, ett är att begränsa etableringsfriheten, ett annat att bygga in tak i ersättningssystemen. Inget av detta är önskvärt eftersom det leder till andra problem. Region Halland överväger ett ”mjukare” remisstvång för att styra patienternas val. Det kan ha andra nackdelar.

Gemensamma lösningar inom ersättningssystemet med minskade negativa konsekvenser bör utredas. Eventuella ersättningsbegränsningar måste vara tydliga och förutsägbara för vårdgivarna innan verksamheten påbörjas.

Uppföljning och information

Vårdföretagarna har i olika sammanhang poängterat vikten av tydliga förutsättningar för kontinuitet i vårdkontakten och goda villkor för företagande genom stabila och förutsägbara spelregler. Man har sedan länge förordat införandet av en ny oberoende uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vårdföretagarna anser att det måste finnas nationella system som omfattar alla vård- och omsorgsgivare på lika villkor.³²

Avsaknaden av en nationell uppföljning har tagits upp som problem redan i genomgången av primärvårdsvalet. Landstingen förmår inte själva utveckla indikatorer och mått som mäter de medicinska resultaten, men inte heller processkvalitet och ekonomisk kvalitet och endast delvis patientupplevd kvalitet. Ett steg på vägen är den tidigare beskrivna överenskommelsen om utveckling av kvalitetsregistren mellan regeringen och SKL.

Den organisationskommitté som förberedde inrättandet av Myndigheten för vårdanalys gav Uppsala universitet i uppdrag att ta fram en rapport om vilken information som patienter och medborgare behöver för att kunna välja vårdgivare.³³ Rapporten ger en bra bild av den information som krävs för att patienter och medborgare ska kunna göra välinformerade val av vårdenhet. Det krävs en mångfald av struktur- process- och utfallsindikatorer för att varje enskild patient och medborgare ska kunna välja vårdgivare utifrån de kvalitetsaspekter som han eller hon värderar högst. Landstingen har idag kommit olika långt vad gäller utformningen och innehållet i vårdvalsinformationen. Ofta saknas till exempel indikatorer för

³² Remissammanställning över slutbetänkandet Regler för etablering av vårdgivare – Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård (SOU 2009:84), Socialdepartementet 20100922 S2009/8356/HS

³³ Uppsala universitet, Ulrika Winblad och Caroline Andersson, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Vilken information behöver patienter och medborgare för att välja vårdgivare och behandling - Patienters och medborgares behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information, 2011

medicinsk kvalitet. Rapporten föreslår att man utformar en rekommenderad mall för utformning och innehåll av vårdvalsinformation. Detta skulle samtidigt tvinga fram en mer enhetlig uppföljning.

Den nya myndigheten, Myndigheten för vårdanalys, bör få ett uppdrag att utvärdera vården utifrån tydliga och mätbara kvalitetsindikatorer som speglar medicinska behandlingsresultat och processer. Myndigheten bör ansvara för en nationellt sammanhållen uppföljning och utvärdering av samhällets insatser vid sjukdom. Dessutom bör den arbeta med att beskriva och jämföra vårdens kvalitet i vid bemärkelse, vid olika vårdenheter samt analysera orsakerna till de upptäckta skillnaderna. Resultaten bör dessutom översättas i av rapporten föreslagna mallar till begriplig information för invånare och patienter.

Sammantaget kan detta vara förutsättningar för en nationellt samordnad uppföljning som kan ligga till grund för invånarnas fria val, för vårdgivarnas eget förbättringsarbete samt för huvudmännens möjligheter att styra verksamheten.

Konkurrensneutralitet

Möjligheten till fri etablering inom den öppna specialistvården är viktig ur konkurrenssynpunkt. I och med frivillighet för landstingen att införa valfrihetssystem begränsas konkurrensen. Också omfattningen i de olika landstingen kan komma att få en begränsande effekt.

Vid införande av vårdval ska eventuell förflyttning av sjukhusens öppenvårdsresurser hanteras genom att antingen övergå i annan verksamhet, överförs till offentlig öppenvårdsenhet eller att personal sägs upp från offentlig verksamhet. Oavsett hur landstingen väljer att hantera frågan ska detta göras på ett ur konkurrenssynpunkt neutralt sätt. En gemensam enhetlig reglering vore önskvärt.

Alltför högt ställda krav i förfrågningsunderlagen från landstinget riskerar att stänga ute vårdgivare från marknaden, medan för lågt ställda krav riskerar att äventyra patientsäkerheten, det är en balansgång som ska hanteras av varje landsting.

Nationella taxan

I Regler för etablering av vårdgivare³⁴ föreslog utredaren att initialt låta läkare och sjukgymnaster som nu verkar enligt den nationella taxan, enligt Lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och Lagen om ersättning för sjukgymnaster (LOS), övergå i ett valfrihetssystem inom den öppna specialistvården. Eftersom det förslaget nu inte realiseras kommer dessa lagar inte att upphöra. Det kan innebära en minskad vilja från vårdgivarnas sida att övergå från nationella taxan till landstingens vårdvalssystem eftersom dessa kommer att innehålla flera mått av osäkerhet. I landsting som inför vårdval i specialistvården kommer bägge systemen att verka parallellt med varandra. Det kan hindra en utveckling av vårdvalsprocesserna och ersättningssystemen och skapa otydligheter för invånare och patienter.

Det skulle därför behövas en nationell reglering med övergångsbestämmelser för de läkare och sjukgymnaster som nu verkar enligt den nationella taxan. Denna skulle till exempel kunna innehålla möjligheten att pröva en övergång med vilande tillstånd enligt taxan.

³⁴ SOU 2009:84 Regler för etablering av vårdgivare – Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård, oktober, 2009

4. Avslutande reflexioner – landstingens utmaningar

4.1 Det aktuella läget

Primärvårdvalet

I utredningen om införande av ett obligatoriskt vårdval och propositionen om detta, argumenterades övertygande för nationella gemensamma definitioner och krav i vårdvalet. Samtidigt fanns det ett starkt motstånd från landstingen själva, framför allt politikerna, mot att lagstifta om ett obligatorium och ett ännu starkare motstånd mot att ställa krav på utformningen. För att kunna genomföra reformen med kort framförhållning och med tanke på att några landsting redan utformat sina modeller, valde regering och riksdag att minimera kraven på gemensamma åtaganden. Man erbjöd heller ingen gemensam infrastruktur. Istället valde man att lägga ut uppdrag till flera myndigheter att följa införandet av vårdvalet. Dessa myndigheter, som i flera fall redan skrivit sina slutrapporter, har som framgår av ovanstående, pekat på att landstingens olika utformning av vårdvalen inte är oproblematiska. Det gäller inte minst för de företag som vill etablera sig i ett eller flera landsting. Men det gäller också för medborgarna som ska kunna ta del av information om kvalitet och resultat för att kunna göra väl övervägda val. Myndigheterna är dock överens om att det är för tidigt att föreslå inskränkningar i landstingens möjligheter att utforma vårdvalen. Man utesluter inte att det kan bli nödvändigt med nationella regleringar, men först måste landstingen få tid att utveckla och visa resultat med den nuvarande utformningen. Socialstyrelsen säger till exempel i sin senaste rapport³⁵ att eftersom landstingen numera är skyldiga att organisera primärvården som vårdvalssystem enligt LOV har de också varit tvungna att precisera vad primärvårdsuppdraget omfattar. Det finns enligt Socialstyrelsen en överensstämmelse, en kärna, i vad vårdenheter ska uppfylla inom ramen för det allmänmedicinska kompetensområdet, som är densamma i alla förfrågningsunderlag.

Det finns i nuläget inga ambitioner att reglera vårdvalen i primärvården från nationellt håll. Man överlåter på de olika landstingen att finna vägar att komma till rätta med de problem och svårigheter som kan finnas. Socialdepartementet har dock signalerat att man noga följer utvecklingen och att en lagstiftning på området inte är utesluten om det visar sig nödvändigt.

³⁵ Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv, delredovisning, Socialstyrelsen 2011

Specialistvårdvalet

Regeringens ställningstagande att inte fatta några beslut med anledning av utredningen om Regler för etablering av vårdgivare – Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård³⁶ leder till en ojämn utveckling. Med stimulansmedel vill regeringen uppmuntra landstingen att med stöd i lagen om valfrihetssystem införa vårdval. Några landsting är redan på gång med införande, ytterligare några överväger att starta men många har inga ambitioner att i närtid gå vidare med vårdvalet. Av det skälet bör landstingen nu i ett tidigt skede av processen samla sig till gemensamma grupperingar för att vidareutveckla koncepten för framgångsrika vårdval. SKL skulle kunna ha en viktig roll i detta. I enkäten säger Region Skåne att det för tjänstemän inom SKL finns ett så kallat Vårdvalsnätverk som initialt arbetade aktivt med införandet av kundval inom primärvård men som nu har flyttat fokus till andra specialistområden. Där sker benchmarking av vad som är på gång i Sverige, där tänks och utreds det tillsammans för att vinna tid och lärande tillsammans. Även andra landsting pekar på detta arbete. Man bör överväga att ytterligare intensifiera arbetet i nätverket och också undersöka möjligheten att involveras i Region Hallands pågående utvecklingsarbete.

Tillgång till vård

Många landsting har offensivt satsat på att införa valfrihetssystem och har också lyckats attrahera många vårdgivare att etablera sig. Andra landsting har mer motsträvt anslutit sig till obligatoriet och har inte underlättat etableringen av privata alternativ. Invånarnas tillgång till vård varierar därför i landet. En genomgång av förutsättningarna för vårdgivare att etablera sig i olika landsting avseende villkoren i förfrågningsunderlagen, långsiktighet och spelregler samt konkurrensen med de offentliga enheterna skulle kunna öka tydligheten och på sikt underlätta etableringar.

Inom den öppna specialiserade vården blir bostadsorten avgörande för tillgången till specialistläkare. I vissa delar av landet kommer det, utan gemensamma ansträngningar, att ta lång tid att genomföra fler vårdval. Risken är också att specialister som det är brist på, redan har etablerat sig på andra håll i landet. Att vara tidigt ute kan löna sig för landstingen. Det betyder i praktiken att det blir ett val mellan landstingens frihet att välja och medborgarnas frihet att välja!

³⁶ SOU 2009:84 Regler för etablering av vårdgivare – Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård, oktober, 2009

4.2 Vårdföretagarna deltar gärna i utvecklingsarbetet

Vårdföretagarna deltar gärna i en process som på olika sätt underlättar införandet av vårdval i hela landet, bland annat genom att medverka till att lyfta goda exempel och öka erfarenhetsutbytet mellan tjänstemän, politiker och vårdgivare. Vårdföretagarna är också gärna med i den fortsatta processen för ökad enhetlighet och nationell uppföljning som säkerställer en hög kvalitet i vården i hela landet.

Vi vill gärna ha svar på följande frågor:

- Vad krävs för att specialistvårdval ska bli möjliga i hela landet?
- Kan regeringens stimulansmedel bidra till snabbare införande?
- Kan vi hämta inspiration från andra länder?
- Kan det skapas förutsättningar för gemensamt arbete med ersättningsmodeller, uppföljning och vårdvalsinformation?
- Kan det utvecklingsarbete som några landsting initierat komma andra till del?
- Kan vårdföretagen spela en aktiv roll?

Referenslista

Budgetpropositionen 2012, Prop 2001/12:1

Dir. 2010:58. *Inrättande av en ny oberoende granskningsmyndighet med ansvar för uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården*

Institutet för kvalitetsindikatorer, 2009 *Nationell patientenkät för god vård*

Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL)

Lag (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS)

Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV)

Konkurrensverket, Rapportserie 2010:3, 2010, *Uppföljning av vårdval i primärvården Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar Slutrapport*

Praktikertjänst, tidningen Partner i Vården, nr 1 2010

Regeringens proposition 2008/09:74 *Vårdval i primärvården*

Socialdepartementet 2010, *Nationell eHälsa - strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*

Socialdepartementet 20100922 S2009/8356/HS *Remissammanställning över slutbetänkandet Regler för etablering av vårdgivare – Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård (SOU 2009:84)*

Socialdepartementet, Protokoll vid regeringssammanträde 2011-09-29 S2011/8471/FS *Godkännande av överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012-2016*

Socialstyrelsen 2010, *Införandet av vårdval i primärvården, Slutredovisning*

Socialstyrelsen, 2010, *Projekt för att utveckla beskrivningssystem inom hälso- och sjukvården*

Socialstyrelsen 2011 *Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv, delredovisning*

SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*

SOU 2009:84 *Regler för etablering av vårdgivare Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård*

Tillväxtverket, Rapport 0067, 2010, *Vård- och husläkarcentraler i vårdvalssystemet – vilka är företagen? Studie av företagen som har etablerat sig i vårdval Halland, Kronoberg respektive Västmanland*

Uppsala universitet, 2011, Ulrika Winblad och Caroline Andersson, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, *Vilken information behöver patienter och medborgare för att välja vårdgivare och behandling - Patienters och medborgares behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information*

Vårdföretagarna 2010 *Vägval för vårdval*

Vårdföretagarna 2010, *Valfrihet inom vård och omsorg – nuläge och potential*

Intervjuade personer i landstingen under perioden november 2010–april 2011

Anders Olsson, Stockholms läns landsting
Ros-Marie Nyborg, Västra Götalandsregionen
Carina Nordqvist-Falk, Region Skåne
Mats Eriksson, Region Halland
Olle Olsson, SKL
Åsa Schedin, SKL
Toivo Heinsoo, Stockholms läns landsting

Enkät utskickad till samtliga landsting i september 2011

Fråga 1 *Hur är era erfarenheter från införandet av vårdval i primärvården?*

- a. Blev resultatet som avsett? Vad hade kunnat bli bättre?
- b. Har ersättningsmodellen fungerat som avsett? Finns det anledning att utveckla?
- c. Styr primärvården med regelboken/förfrågningsunderlaget eller på annat sätt?

- d. Har ni vid utformningen tagit intryck av andra landsting/regioner. Vad?
- e. Pågår det i några avseenden en vidareutveckling? Vad?
- f. Behövs nationella initiativ som t ex gemensam reglering? Vilka?

Fråga 2 *Har ni gått vidare med vårdval i den öppna specialistvården?*

Fråga 3 *Om ja*

- a. Hur ser beslutet ut?
- b. Inom vilka specialiteter?
- c. Hur löser ni behovet av sammanhållna vårdprocesser?
- d. Hur ser ersättningsmodellen/erna ut?
- e. Finns det gränsdragningsproblem?
- f. Hanteras den nationella taxan i modellen?
- g. Hur ser tidsplanen ut?

Fråga 4 *Om nej*

- a. Har ni planer på att gå vidare med vårdval i specialistvården? När? Hur?
- b. Om ni inte planerar någon fortsättning, Varför?

Fråga 5 *Har ni synpunkter eller önskemål om behov av reglering, samarbete o. dyl. för att underlätta utvecklingen och införandet av vårdval?*

Fråga 6 *Har ni ytterligare synpunkter eller funderingar? Skriv ner dem här!*

Följande landsting har svarat på enkäten:

Region Halland, Region Gotland, Landstinget Sörmland, Örebro läns landsting, Stockholms läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Landstinget Västernorrland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Landstinget Östergötland, Västmanlands landsting, Landstinget i Kalmar län samt Landstinget Kronoberg.