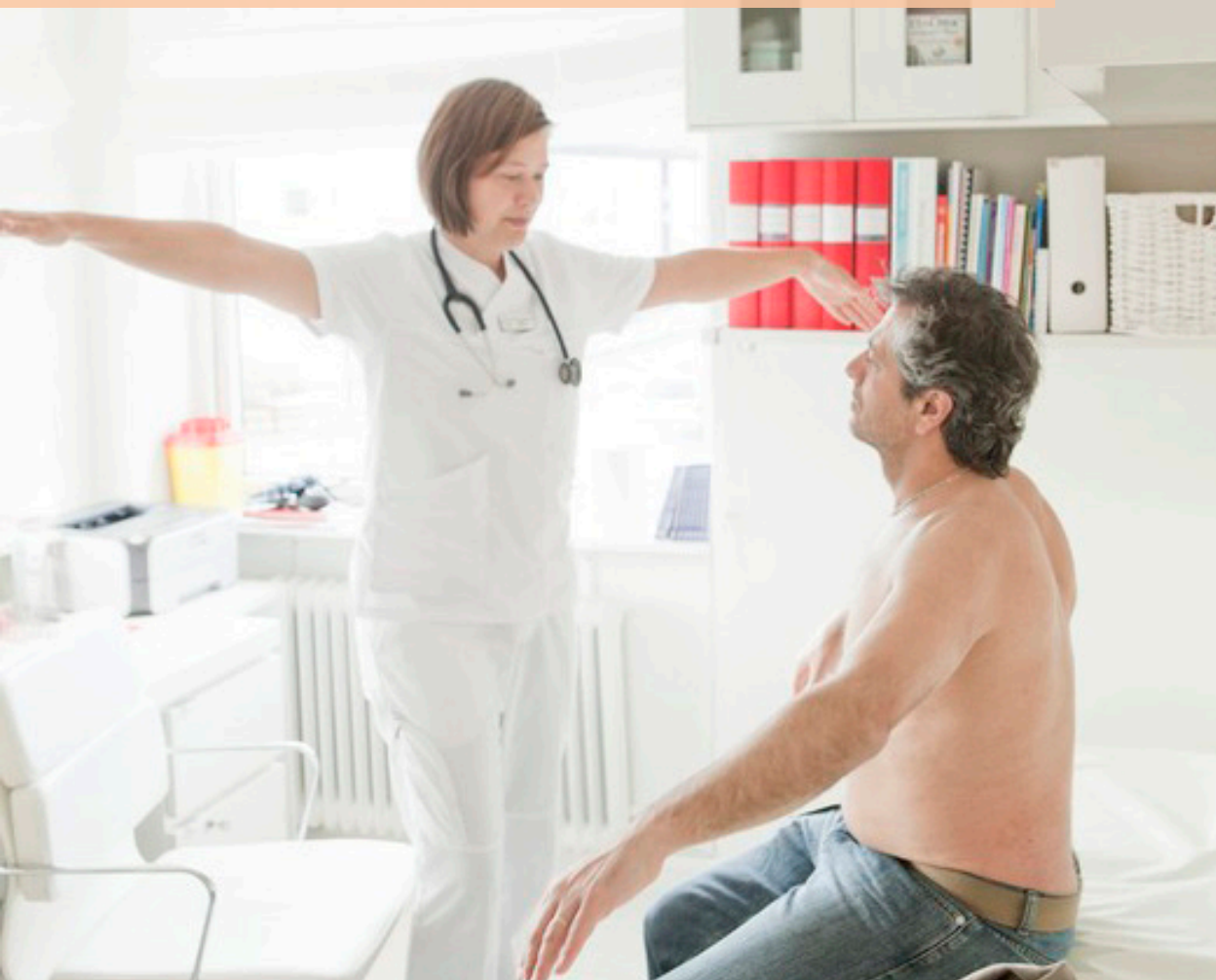


Vårdval i specialistvården

UTVECKLING OCH UTMANINGAR



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Vårdval i specialistvården

UTVECKLING OCH UTMANINGAR



Upplysningar om innehållet:
Agneta Rönn, agneta.ronn@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013
ISBN/Bestnr: 978-91-7585-007-8
Text: Anders Anell
Omslagsfoto: Rickard Eriksson
Produktion: Kombinera AB
Tryck: LTAB 2013

Förord

Med lagen om valfrihetssystem (LOV) har landstingen fått nya förutsättningar att utveckla hälso- och sjukvården genom upphandling av privata vårdgivare i kombination med valfrihet för patienterna. Sedan 2010 är vårdval obligatoriskt inom primärvården. Även inom den specialiserade vården sker en utveckling av vårdval – i vissa landsting mer omfattande och i flertalet landsting i mer blygsam skala. Utvecklingen stöds ekonomiskt av regeringen.

I denna rapport studeras förutsättningarna och några alternativa lösningar för att utveckla vårdval i specialiserad vård. Särskilt studeras utformningen av ersättningsprinciperna, givet de syften och mål som landstingen beslutat om. Tonvikten i rapporten läggs vid hur fem landsting har arbetat med utveckling av vårdval i specialistvården på olika sätt. Utifrån dessa fem exempel förs resonemang om olika strategier för utformning av vårdval och deras konsekvenser bl.a. när det gäller utformningen av ersättningssystem.

Rapporten har utarbetats av Anders Anell, adjungerad professor vid Ekonomihögskolan vid Lunds universitet och knuten till Rådet för Kommunalekonomisk Forskning och Utbildning (KEFU), på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Författaren ansvarar själv för innehåll och slutsatser i rapporten.

Vi vill särskilt tacka de personer från landsting/regioner som genom intervjuer och svar på enkäter har medverkat till rapporten.

Stockholm i november 2013

Lennart Hansson
Sektionen för Demokrati och Styrning
Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

- 7 Sammanfattning och slutsatser

- 13 **Kapitel 1. Introduktion**
- 13 Historik
- 14 Vårdval enligt teorin
- 15 Skillnader jämfört med vårdval i primärvården
- 16 Rapportens disposition

- 17 **Kapitel 2. Egen regi, traditionell upphandling eller vårdval**
- 18 Olika mål och information är utgångspunkten för styrning
- 19 Egen regi eller privata leverantörer
- 21 LOV eller LOU

- 25 **Kapitel 3. Vårdval i svensk hälso- och sjukvård år 2013**
- 25 Nationell översikt
- 36 Målsättningar och argument
- 38 Frågor och problem i utvecklingsarbetet

- 41 **Kapitel 4. Fem fallstudier**
- 41 Stockholms läns landsting
- 44 Uppsala läns landsting
- 45 Region Skåne
- 47 Region Halland
- 50 Västra Götalandsregionen
- 52 Likheter och skillnader

- 54 **Kapitel 5. Vårdval och ersättningsprinciper**
- 55 Vilka alternativ prövas i praktiken?
- 56 Vårdepisodersättning
- 63 Målrelaterad ersättning baserat på resultat och utfall
- 67 Ersättningsnivåer
- 68 Alternativ för kostnadskontroll

- 71 **Kapitel 6. Olika strategier och deras konsekvenser**
- 72 Gränssnitt samt hantering av ST, jour och forskning
- 74 Information
- 76 Ersättningsprinciper och kostnadskontroll
- 80 Möjligheter att uppnå målsättningarna

- 85 **Kapitel 7. Avslutande diskussion**

Sammanfattning och slutsatser

Lagen om valfrihetssystem (LOV) har gett landstingen nya förutsättningar att utveckla hälso- och sjukvården genom valfrihet för individer i kombination med upphandling av privata vårdgivare. I den här rapporten beskrivs utvecklingen av vårdvalssystem inom specialistvården. Med utgångspunkt i insamlat material identifieras strategiska vägval när det gäller utformningen av vårdval och konsekvenser för styrningen, däribland val av ersättningsprinciper.

Skillnad jämfört med vårdval inom primärvården

Även om den grundläggande teorin bakom vårdval är densamma i primärvård som för specialiserad vård finns olika förutsättningar. Behov av specialiserad vård förekommer mera sällan och det finns vanligtvis ingen anledning för patienter att registrera sig hos viss vårdgivare på förhand. Den tid man har till förfogande för sitt val är ofta mera begränsad. ”Kostnaderna” av att välja fel vårdgivare kan också vara högre, vilket kan öka motivationen att söka information om skillnader i kvalitet mellan vårdgivare. Dessa skillnader är viktiga eftersom de anknyter till ett grundläggande villkor för att vårdval ska fungera; välinformerade individer.

Fördelar med upphandling enligt LOV

Upphandling enligt LOV har flera fördelar jämfört med en traditionell upphandling enligt LOU när:

- › Valmöjligheter för individer eller patienter är viktigt
- › Individer/patienter har förutsättningar att bedöma (delar av) vårdgivares kvalitet minst lika bra som landstinget, vilket skapar möjligheter till kvalitetskonkurrens

- › Individens/patientens behov och önskemål kan antas variera, vilket ger behov av en mångfald olika vårdgivare
- › När det finns utrymme för flera vårdgivare att konkurrera med varandra, dvs. tillräckligt befolkningsmässigt underlag och viss ledig kapacitet
- › När det finns behov av flexibla avtalsformer som möjliggör löpande förändringar i krav och villkor för vårdgivare.

Traditionell upphandling enligt LOU kan omvänt vara att föredra om valmöjligheter för individer inte bedöms som viktigt, om man inte vill att många vårdgivare ska etablera sig, om en mångfald olika inriktningar och arbetssätt inte är önskvärt, om det inte finns utrymme för alternativ eller om det finns behov av att styra var leverantörer etablerar sig. LOU ger också möjligheter till priskonkurrens, medan LOV förutsätter att tjänsten och ersättningsnivån anges på förhand av landstinget. Det finns också diskussion om nya former av upphandling enligt LOU, som bättre kan ta hänsyn till krav på valmöjligheter samt behov av innovation och förnyelse.

Nationell översikt av vårdvalssystem

Utvecklingen av vårdval i specialiserad vård är i huvudsak koncentrerad till ett fåtal landsting. Ungefär hälften av alla vårdvalssystem i specialistvården återfinns i Stockholm. Över 80 procent av sådana vårdvalssystem återfinns i Stockholm, Uppsala och Skåne. De flesta nya vårdval införs och utreds i landsting där sådana system redan finns.

”Utvecklingen av vårdval i specialiserad vård är i huvudsak koncentrerad till ett fåtal landsting. Ungefär hälften av alla vårdvalssystem i specialistvården återfinns i Stockholm.”

Vårdvalssystem i specialistvården kan utformas på olika sätt och utifrån olika målsättningar. En del av de vårdval som utformats i landstingen utgår från att vårdgivare ska ta hand ”osorterade behov” utifrån viss specialistkompetens. Exempel är vårdval för hudsjukdomar, ögonsjukvård eller öron-, näsa- och halssjukdomar. Andra vårdval tar utgångspunkt i ”sorterade behov” i form av bestämd behandling eller viss diagnos. Exempel är vårdval för höft- och knä-

protesoperation eller helhetsansvar för patienter med neurologisk sjukdom som MS eller Parkinson.

I nio av tio vårdvalssystem i specialistvården i Stockholm baseras ersättningen till vårdgivare på enskilda prestationer utifrån registrering av diagnoser och åtgärder. Även i andra landstings vårdvalssystem används i huvudsak en ersättning för viktade vårdkontakter och åtgärder. Ersättningsprinciperna i de allra flesta vårdvalssystem i specialistvården påminner därmed om dem som används för vårdgivare som finansieras genom den nationella taxan. Skillnaden är att ersättningsprinciper och -nivåer bestäms av landstingen, som även kan ändra på villkoren. Det finns några undantag där vårdepisoder och paketpriser används som grund för ersättning till vårdgivare. Det finns också ambitioner i flera landsting att utveckla den typen av ersättningar.

”I nio av tio vårdvalssystem i specialistvården i Stockholm baseras ersättningen till vårdgivare på enskilda prestationer utifrån registrering av diagnoser och åtgärder.”

Fem fallstudier

Geografiska och befolkningsmässiga förutsättningar förklarar inte de skillnader som finns när det gäller strategier för vårdval mellan landstingen. Västra Götalandsregionen har t.ex. inte något vårdvalssystem inom specialiserad vård. Stockholm och Halland har trots olika storlek och befolkningsmässiga förutsättningar valt målsättningar och ambitioner som är ganska lika. En skillnad är att Stockholm redan har infört många vårdval inom specialistvården medan Halland befinner sig i ett inledande skede där nya lösningar införs inom i första hand två specialiteter under 2014.

Stockholm och Uppsala har infört flest vårdval men det finns viktiga skillnader. I Uppsala har flera av de vårdval som införts varit avgränsade till viss typ av behandling, vilket lett till få nya etableringar. Region Skåne skiljer sig delvis från både Halland och Stockholm eftersom man i högre grad valt tilläggsuppdrag till bl.a. vårdcentraler som alternativ till nya fristående vårdval. I de tilläggsuppdrag som diskuteras finns vanligtvis en bild av hur verksamheten bör förbättras för viss patientgrupp, jämfört med vårdval för hela spe-

cialistområden, där allmänna resonemang om förbättrad tillgänglighet och kvalitet ofta utgör målbilden.

Förutsättningar för vårdepisodersättning

I flera landsting finns ambitioner att utveckla en vårdepisodersättning inom ramen för vårdvalssystem. Utformningen av en sådan ersättning kan vara både enkel och svår beroende på:

- › Möjligheten att definiera start- och slutpunkt samt episodens längd.
- › Hur många vårdgivare som berörs i en vårdepisod och betydelsen av samverkan och helhetssyn.
- › Möjligheten att följa upp vårdkontakter inom vårdepisoden inom ramen för existerande beskrivnings- och uppföljningssystem.
- › Graden av variation i förväntade kostnader mellan olika patienter, och förutsättningar för riskjustering av ersättningsnivåer.

Den allra enklaste vårdepisoden avser ett enda besök. De mest komplexa vårdepisoderna är livslånga, kräver samverkan mellan flera olika vårdgivare och har en stor variation i patienters behov och förväntade vårdkostnader. För den senare typen av vårdepisodersättning är det en utmaning att samla ihop relevanta data och definiera ersättningsnivåer som uppfattas som rättvisa. En än större utmaning är att utse ett ledarskap som kan ta emot vårdepisodersättningen och fördela resurserna till enskilda vårdgivare som bidrar med olika insatser under en vårdepisod.

Förutsättningarna för att utveckla en vårdepisodersättning inom ramen för vårdvalssystem beror på hur uppdragen för vårdgivare definierats. Vårdvalssystem för exempelvis höft- och knäprotesoperationer kan i hög grad baseras på vårdepisodersättning eftersom vårdvalet baseras på viss standardiserad behandling. Vårdgivare i ett vårdvalssystem för exempelvis hudsjukdomar, däremot, måste i högre grad få ersättning för enskilda besök och utredningar. Vårdgivare i sådana vårdvalssystem som baseras på hela specialistområden tar emot en mängd olika patienter där behovet av behandling inte är definierat på förhand.

Förutsättningar för målrelaterad ersättning baserad på utfall och resultat

På samma sätt som för vårdepisodersättning finns i många landsting ett intresse av att utveckla en ersättning baserad på resultat och utfall för patienterna. Utgångspunkten är att kunskapen om hur vården bör bedrivas finns hos vårdgivarna själva, som ges förtroende att välja de insatser som passar

olika patienter bäst. Vårdgivare får också möjligheter att välja olika vägar för att nå målen. Ersättningsprincipen kan därför passa väl som komplement till värdepisodersättning.

En ersättning baserad på resultat och utfall kan dock ge begränsade effekter bland vårdgivare som inte vet hur utfallen kan nås. Ersättningsprincipen ställer också nya krav på uppföljning liksom på kunskaper om sambanden mellan det vårdgivarna gör och utfallen. I många sammanhang kan det vara svårt att definiera mått på utfall och resultat som kan användas som grund för ersättning. Det finns också risk för att särskilt små vårdgivare bedöms orättvisst. Resultat och utfall kan förklaras av faktorer som inte vårdgivarna själva kan påverka, liksom av slumpen.

Strategier och konsekvenser

Utformningen av vårdval har stora konsekvenser för styrningen. Krav på information till patienter och vårdgivare och förutsättningar för att definiera gränssnitt mot annan vård påverkas av om vårdval baseras på vårdgivare som har i uppdrag att möta många olika sjukdomar och behov ("osorterade behov") eller i uppdrag att leverera viss behandling alternativt ta ett helhetsansvar för patienter med viss diagnos ("sorterade behov"). Oavsett utformningen aktualiseras frågan om primärvården och allmänläkarna kan agera som rådgivare inför val av specialiserad vårdgivare, i de fall patienten så önskar.

Sett i ett bredare perspektiv förefaller vårdval baserat på viss behandling, exempelvis höft- och knäprotesoperation, mera okomplicerat eftersom det kan kombineras med många olika övergripande strategier. Vårdval utifrån osorterade behov, exempelvis vårdval för hudsjukdomar, ställer högre krav på samordning med primärvårdens ansvar för första linjens vård. Om vårdvalssystem etableras för hudsjukdomar, öron-, näsa- och halssjukdomar, ögonsjukdomar, ortopedi, urologi, gynekologi etc. måste berörda parter veta om patienterna kan gå direkt till specialiserade vårdgivare eller om det krävs remiss från allmänläkare. Även vårdval utifrån helhetsansvar för viss diagnos, exempelvis MS, kräver samordning med övergripande strategier, eftersom ett sådant vårdval kan leda till förändringar för flera olika enskilda vårdgivare.

Beroende på om vårdvalet avser "sorterade" eller "osorterade" behov finns olika förutsättningar för val av ersättningsprinciper. I vårdval som baseras på osorterade behov får ersättning för enskilda besök och utredningar som inte leder till längre behandlingsinsatser större betydelse. Värdepisodersättningar och ersättning baserat på utfall passar därför bättre med vårdval utifrån viss behandling. För vårdval som baseras på helhetsansvar för patienter med viss diagnos finns t.o.m. möjlighet att ersätta vårdgivare med ett fast belopp

per registrerad individ, dvs. en form av kapitering. Vårdval utifrån ett nytt helhetsansvar för patienter rymmer samtidigt stor osäkerhet när det gäller hur tjänsten ska se ut och vilken ersättningsnivå som är rimlig. Det kan därför vara lämpligt att inledningsvis upphandla verksamheter enligt LOU i nya innovativa former, där utförare får i uppdrag att utveckla tjänsten med utgångspunkt i mera övergripande krav. När olika lösningar prövats och utvärderats kan man utveckla och sprida tjänsten inom ramen för ett vårdvalssystem enligt LOV.

För vårdval som utgår från viss behandling eller helhetsansvar kan förutsättningarna för att skapa mångfald bland vårdgivare vara mer begränsade. Behandlingar är ofta standardiserade och det kan finnas stordriftsfördelar när det gäller att utnyttja viss kompetens eller utrustning. Med helhetsansvar följer en större variation i patienters behov och kostnader, vilket kan hanteras genom att öka volymen på verksamheten så att ”gungor och karuseller” tar ut varandra. I de fall avstånden till vårdgivare inte är viktigt för patienterna finns möjligheter att utveckla regionala eller nationella vårdvalssystem i samverkan mellan landstingen, för att på detta sätt erbjuda individer fler alternativ att välja mellan.

Patientmaktsutredningen ger nya villkor

Patientmaktsutredningens förslag att individer ska ha rätt att välja öppen specialistvård nationellt ger nya förutsättningar för utveckling av vårdvalssystem i specialiserad vård. Med en sådan förändring finns ökad anledning till samverkan mellan landstingen kring regionala eller nationella vårdvalssystem. Det gäller inte minst vårdval utifrån viss behandling där avstånden till vårdgivare är av mindre betydelse för patienterna.

Introduktion

Lagen om valfrihetssystem (LOV) har gett landstingen nya förutsättningar att utveckla hälso- och sjukvården genom upphandling av privata vårdgivare i kombination med valfrihet för individer. LOV används i första hand inom primärvården där vårdvalssystem är obligatoriskt sedan år 2010. Några landsting har också infört vårdvalssystem inom den specialiserade vården. Det gäller t.ex. vårdvalssystem för kataraktoperationer (grå starr), höft- och knäprotesoperationer eller den öppna vården inom specialiteter som hudsjukdomar, gynekologi och ögonsjukvård. Flest vårdvalssystem inom den specialiserade vården återfinns i Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting och Region Skåne. Flera andra landsting har antingen fattat beslut om att införa motsvarande vårdval eller är intresserade av de lösningar som prövas i andra landsting. Regeringen har också gett ekonomiskt stöd till utvecklingen.

I den här rapporten beskrivs utvecklingen i landstingen avseende vilken typ av vårdvalssystem som införts, bakomliggande syften, vilka problem och frågeställningar som uppkommer i utvecklingsarbetet samt de lösningar som väljs när det gäller ersättningsprinciper och kostnadskontroll. Med utgångspunkt i insamlat material från landstingen identifieras även strategiska vägval när det gäller det fortsatta utvecklingsarbetet samt konsekvenser för styrningen, särskilt ersättningsprinciper. Målgrupp för rapporten är i första hand personer i landstingen som har ansvar för utvecklingsarbetet.

Historik

Ökad valfrihet för individer genom möjligheter att välja bland alternativa vårdgivare är ingen ny företeelse. Flertalet landsting införde i början av 1990-talet möjligheter att välja vårdgivare för individer. I huvudsak var valmöjligheterna begränsade till olika offentliga alternativ och resurserna följ-

de oftast inte individers val. Vårdgivare hade därmed begränsade ekonomiska incitament att vara lyhörd för individers önskemål. Den dåvarande borgerliga regeringen införde husläkarreformen 1994 och etableringsfrihet för specialister i öppen vård 1995, vilket bidrog till fler privata alternativ och ökade valmöjligheter på en del håll i landet. Dessa båda reformer avskaffades kort därefter av den tillträdande socialdemokratiska regeringen. Principen med listning till husläkare behölls dock i de landsting som hunnit införa reformen.

Sedan 2007 har möjligheterna för individer att välja vårdgivare förstärkts inom i första hand primärvården. Halland införde år 2007 som första landsting vårdval inom primärvården och banade väg för en ny lagstiftning i form av upphandling enligt LOV. Utvecklingen i Halland följdes av motsvarande vårdvalssystem i Stockholm och Västmanland år 2008. En handfull ytterligare landsting införde vårdval i primärvården under 2009 innan det blev obligatoriskt år 2010. Den nya utmaningen i några av de landsting som införde vårdval i primärvården på frivilligt väg har blivit att införa samma typ av förändringar inom specialiserad vård.

Vårdval enligt teorin

Enligt teorin kan vårdval ge makt till individer och befolkning genom att vårdgivare i konkurrens tvingas att anstränga sig för att leva upp till individers förväntningar om väntetider, bemötande, information och kvalitet i vården.¹ Om vårdgivare inte motsvarar kraven och önskemålen kan individer välja någon alternativ vårdgivare och på detta sätt orsaka en ekonomisk förlust för den vårdgivare som väljs bort. Störst motiv för vårdval finns i de fall individer har bättre förutsättningar än landstinget att utvärdera åtminstone en del av vårdgivares kvalitativa egenskaper och om behoven i befolkningen varierar så att det finns behov av en mångfald vårdgivare med delvis olika inriktningar.

För att vårdval ska fungera krävs i första hand alternativa vårdgivare att välja mellan samt någorlunda välinformerade individer som har förmåga att välja bort sämre alternativ. Dessa grundkrav är dock inte tillräckliga för att bedöma om ett vårdval fungerar ändamålsenligt. Vad som kan betraktas som ändamålsenligt beror på vilka övergripande mål och prioriteringar som fastställts. Även om vårdvalet i sig fungerar väl behöver man inte vara nöjd med konsekvenserna, t.ex. om individer med olika behov eller socioekonomisk bakgrund utnyttjar möjligheten att välja i olika grad. För att nå fördel-

Not 1. För en sammanfattning av teorin bakom vårdval (kundval, kvasi-marknader) se Glenngård H A (2013) Objectives, actors and accountability in quasi-markets: Studies in Swedish primary care. Lund university.

ningspolitiska mål måste vårdvalssystemet regleras. Så görs genom att landstingen styr vårdgivarna genom krav för godkännande, ersättningsprinciper, kostnadsansvar samt dialog och uppföljning. I den mån övergripande mål och prioriteringar inte uppnås kan det finnas skäl att ändra på villkoren för individers vårdval eller att ändra i landstingens krav och styrning av vårdgivare.

Skillnader jämfört med vårdval i primärvården

Även om den grundläggande teorin bakom vårdval är densamma i primärvård som för specialiserad vård finns olika förutsättningar när vårdvalssystemen ska utformas. En skillnad är att primärvården har ett brett uppdrag som första linjens vård. Primärvården ska vara utbredd och finnas "nära" individer. I primärvården ska i princip alla individer vara listade hos godkänd vårdgivare, oavsett vilka behov man har av att besöka primärvården. På detta sätt blir det tydligt vem som har ansvar för första linjens vård och vart individer i första hand ska vända sig när vårdbehov uppstår. Primärvården ska på detta sätt också ta emot en mängd olika behov. En del individer söker för symtom och problem som primärvården själv kan hantera genom enstaka besök. Andra patienter behöver skickas vidare till någon specialiserad vårdgivare. Ytterligare andra individer har kroniska besvär och besöker primärvården mera regelbundet.

Genom att hela befolkningen förr eller senare har behov av primärvård har individer möjligheter att samla på sig egna erfarenheter av olika vårdgivare, och även lyssna till de omdömen om andra vårdgivare som förmedlas via vänner och bekanta. De personliga "kostnaderna" av att välja fel vårdgivare är i regel inte så höga eftersom det är relativt enkelt att byta till någon ny vårdgivare som man har större förtroende för.

För vårdvalssystem inom specialiserad vård är förutsättningar annorlunda. Eftersom behoven inte förekommer så ofta och varierar finns det vanligtvis ingen poäng med att registrera sig hos viss vårdgivare på förhand. Det är därför i regel vårdsökande patienter som ska välja i vårdvalssystem för specialiserade vårdgivare, snarare än befolkningen i allmänhet. Höft- eller knäprotesoperationer sker exempelvis i regel högst två gånger under en livstid. Den tid man har till förfogande för sitt val är mera begränsad jämfört med primärvården där man kan byta vårdgivare när som helst och även om man är frisk. "Kostnaderna" av att välja fel kan också vara högre om den specialiserade behandlingen genomförs en gång. Å andra sidan kan patienter ha starka motiv att söka information om skillnader mellan vårdgivares kvalitet. Dessa skillnader är viktiga eftersom de anknyter till ett av de grundläggande villkoren för att vårdval ska fungera; behovet av välinformerade individer.

Det finns exempel då vårdval i specialistvården kan påminna om vårdval i primärvården. Vårdvalssystem för kroniskt sjuka som behöver tillgång till

specialistläkare kan liksom vårdval i primärvården utgå från att vårdgivare får ersättning genom fast belopp per registrerad individ. I andra vårdvalssystem inom specialiserad vård måste ersättningsprinciperna ta utgångspunkt i vad som görs för patienterna, dvs. antal vårdkontakter, åtgärder, vårdepisoder eller liknande prestationsmått, och/eller utfallet för patienterna. Med en prestationsbaserad ersättning måste särskild uppmärksamhet ägnas åt hur kostnadsutvecklingen ska kontrolleras.

Rapportens disposition

Resonemanget ovan antyder att vårdvalssystem i specialistvården måste utformas annorlunda jämfört med vårdval inom primärvård. Utformningen kan också variera beroende på vilken specialiserad vård som avses och hur uppdragen för vårdgivare definieras. Som kommer att framgå av rapporten finns en mängd olika sätt att utforma vårdvalssystem i specialiserad vård. Det ställer också krav på kunskaper om hur olika strategier hänger samman med utformningen av styrningen och övergripande mål.

Rapporten består av sex kapitel utöver denna introduktion. I kapitel två diskuteras för- och nackdelar med vårdvalssystem enligt LOV jämfört med traditionell upphandling enligt LOU. I kapitel tre ges en översikt av befintliga vårdval i Sverige enligt uppgifter från september 2013. I kapitlet redovisas också resultat från en enkätundersökning våren 2013 till kontaktpersoner i landstingen om målsättningar samt frågor och problem vid utformning av vårdvalssystem i specialiserad vård. I kapitel fyra presenteras fallstudier av utvecklingen i fem landsting: Stockholm läns landsting, Uppsala läns landsting, Region Skåne, Västra Götalandsregionen samt Region Halland. Urvalet av landsting fångar över 80 procent av samtliga vårdval i specialiserad vård i svensk sjukvård. I kapitel fem diskuteras alternativ för utformningen av ersättningsprinciper, särskilt vårdepisodersättning och ersättning baserat på resultat och utfall för patienterna. I kapitel sex analyseras strategiska vägval för landstingen när det gäller utformningen av vårdvalssystem och konsekvenser för styrningen liksom möjligheterna att nå övergripande mål. I kapitel sju, slutligen, diskuteras några av rapportens slutsatser i ett bredare perspektiv. Dessutom berörs konsekvenser av Patientutredningens förslag för utformningen av vårdvalssystem i specialiserad vård.

Egen regi, traditionell upphandling eller vårdval

En fundamental fråga för landsting och kommuner är om man ska producera hälso- och sjukvårdstjänster i egen regi, alternativt köpa verksamheten från privata leverantörer. De senaste årtiondena har allt mer av produktionen lagts över i privat regi.² Under 1990-talet dominerade entreprenadlösningar och upphandling enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU). Privata leverantörer fick ansvar för vård till befolkningen i visst geografiskt upptagningsområde eller garanterades viss volym verksamhet (och intäkter) på annat sätt. Konkurrensen avsåg att tjänstemän bedömde olika anbud avseende pris och kvalitet. De leverantörer som vann upphandlingen kunde verka utan konkurrens från andra fram tills avtalstidens slut.

Under framför allt senare delen av 2000-talet har olika s.k. kundvalsmodeller fokuserats i välfärdssektorn. Den utvecklingen har lett fram till ett förändrat regelverk och möjligheter till upphandling enligt Lagen om valfrihetssystem (LOV). En upphandling enligt LOV godkänner de leverantörer som svarar mot landstingens krav på verksamheten. Därefter är det individens val som avgör hur resursfördelningen mellan godkända leverantörer ska ut. De leverantörer som är godkända har ingen garanterad intäkt utan måste kontinuerligt konkurrera om de pengar och resurser som följer med individens val. Man brukar säga att upphandling enligt LOU skapar konkurrens *om* en marknad, medan kundval enligt LOV skapar konkurrens *på* en marknad.

Numera finns således två avtalsformer med privata leverantörer till huvudmännens förfogande: upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) respektive upphandling enligt lagen om valfrihetssystem (LOV). För

Not 2. I Hartman L, red. (2011) Konkurrensens konsekvenser, SNS Förlag ges en översikt av privatiseringen inom välfärdssektorn, inklusive vård och omsorg.

landstingens del finns ytterligare en relation med privata vårdgivare genom att läkare kan vara etablerade för finansiering genom den s.k. nationella taxan. Eftersom ersättningsnivåer bestäms på nationell nivå och eftersom landstingen har begränsade möjligheter att ställa krav på och följa upp verksamheten är det dock inte frågan om någon avtalsform som kan jämföras med LOU eller LOV. Det förklarar också varför många landsting arbetar för att läkare och sjukgymnaster finansierade på nationell taxa ska etablera sig genom någon av de andra avtalsformerna.

I det här kapitlet diskuteras kortfattat för- och nackdelar med vårdvalssystem enligt LOV och i vilka situationer upphandling enligt LOU eller egen regi kan vara att föredra.³

Olika mål och information är utgångspunkten för styrning

För- och nackdelar med produktion i egen regi och olika avtalsformer med privata leverantörer kan analyseras med utgångspunkt i s.k. principal – agent teori som i sin tur baseras på ekonomisk teori. Fundamentalt i denna referensram är att principalen (t.ex. landstingen som finansiärer) och agenten (t.ex. vårdgivare som leverantörer) har delvis olika mål och intressen samt är olika väl informerade om det som ska produceras. Eftersom agenten vanligtvis är bättre informerad om villkoren för verksamheten finns möjligheter att ”lura” principalen – agera opportunistiskt – för att på så sätt uppnå egna mål och intressen. De egna målsättningarna behöver då inte vara att maximera den egna nyttan utan kan också avse att man t.ex. vill göra allt för de egna patienterna utan hänsyn till konsekvenser för annan verksamhet.⁴ Möjligheter till opportunistiskt agerande ger anledning för principalen att försöka styra agenten genom ekonomiska incitament. Sådana försök att kontrollera och styra verksamheten medför dock en kostnad; dels en kostnad i sig för att administrera och följa upp kontrakt, dels en kostnad för att styrningen kan ge icke-avsedda negativa effekter. Det gäller att balansera dessa styrkostnader mot de förluster som uppstår när agenten följer sina egna mål istället för finansiärens prioriteringar.

Tillämpat på hälso- och sjukvården finns ett stort utrymme för vårdgivare att följa egna mål och intressen eftersom man har ett stort kunskaps- och informationsövertag jämfört med både patienter och landstingsledningar. Motsvarande gäller all professionell verksamhet som kännetecknas av auto-

Not 3. För en mera utförlig teoribakgrund till olika avtalsformer, se exempelvis Bergman M. (2013) Upphandling och kundval av välfärdstjänster – en teoribakgrund. Uppdrag Välfärd.

Not 4. Teorin antar att individer är nyttomaximerande. Det går dock att använda referensramen om principaler och agenter respektive olika målsättningar och tillgång till information med andra antaganden om individers målsättningar.

nomi när det gäller arbetets avgränsningar och innehåll. Detta förhållande skulle också kunna utnyttjas av enskilda professionella yrkesutövare. Professionella normer har traditionellt en viktig funktion i att skydda klienter från enskilda yrkesutövaras opportunistiska beteende. Därmed motverkas också att professionens ställning (och autonomi) i samhället urholkas. Hippokrates ed inom medicinen 500 år före Kristus är i detta avseende en föregångare till liknade koder inom andra professioner.

Med väl fungerande professionella normer skulle man kunna tänka sig att det behövs mindre av styrning från landstingets sida. Ett problem i sammanhanget är dock att professionella normer enbart handlar om hur de *egna* patienterna ska bemötas och behandlas. Det finns ingenting som ger stöd för hur man ska agera mot sjukvårdens finansörer (landstingen var inte uppfunna på Hippokrates tid) eller hur man bör förhålla sig till övergripande prioriteringar eller att den totala patientnyttan kan öka om de egna resurserna överförs till någon annan verksamhet.

Ett implicit antagande i resonemanget om principaler och agenter är att principalen alltid har rätt. Det teoretiska resonemanget gör med andra ord ingen skillnad på om det som principalen vill uppnå är bra och försvarbart eller förkastligt. Landstingsledningarna kan t.ex. drivas av andra målsättningar än att fördela vårdresurser efter behov eller uppnå största möjliga patientnytta för de pengar som investeras i vård. Exempel är att politiker vill bli omvalda eller att tjänstemän vill undvika omfattande förändringar som kräver personliga uppoffringar. Med denna utgångspunkt är det inte självklart "fel" att agenter försöker följa egna mål och intressen. Ett opportunistiskt agerande kan ligga i samhällets intresse. Landstingsledningarna är dock utsatta för konkurrens genom allmänna val vart 4:e år och vilar därför på legitim grund. Om man inte är nöjd med övergripande prioriteringar eller sätt att styra verksamheten får man med andra ord rösta för ett alternativ. Man får i sammanhanget också skilja mellan modell och verklighet. Även om målsättningar och intressen bland både landstingsledningarna och vårdgivare kan variera fungerar den teoretiska modellen för att illustrera de problem som man har att hantera i alla relationer där en part ger någon annan part ett uppdrag i utbyte mot pengar.

Egen regi eller privata leverantörer

Resonemang om principaler, agenter och opportunistiskt beteende kan användas för att analysera situationer när olika avtalsformer är att föredra. Mera generellt kan verksamhet i egen regi vara att föredra när utrymmet för opportunistiskt beteende är stort eller då det är kostsamt att upprätta och följa upp kontrakt med privata leverantörer. Potentiellt sett skulle all pro-

duktion av hälso- och sjukvård kunna inrymmas under dessa kategorier. Professionella yrkesutövarers informations- och kunskapsövertag är betydande. Verksamheten rymmer flera tusen olika tjänster, som i sin tur sätts samman i unika kombinationer för patienter. Ny kunskap och ny medicinsk teknologi innebär att verksamheten förändras snabbt. Förutsättningarna varierar dock beroende på verksamhetens komplexitet, hur svårt det är att mäta och bedöma verksamhetens kvalitet och hur föränderlig verksamheten är. Internationella erfarenheter visar också att i stort sett all vård går att köpa från privata leverantörer, även om det är vanligare att privata leverantörer inriktar sig på öppen vård och standardiserade tjänster (t.ex. elektiva operationer) och mera ovanligt med exempelvis vinstsyftande privata universitetssjukhus.

Av mycket stor betydelse för valet mellan egen regi och köp av tjänster är om det finns möjligheter att etablera en väl fungerande konkurrens mellan leverantörer. Väl fungerande konkurrens, dvs. risken att leverantörer väljs bort om man inte är tillräckligt bra eller försöker ”lura systemet”, är förmodligen ett av de mest effektiva sätten att motverka opportunistiskt beteende. Ett pragmatiskt svar på frågan om vilken verksamhet som ska behållas i egen regi skulle därför kunna bli ”när det inte finns utrymme för alternativ och konkurrens”.

Även för verksamheter som drivs helt i egen regi finns alternativ för styrningen. En lösning kan vara att ”simulera” villkoren för privata leverantörer genom olika former av s.k. intraprenader. Effekterna av sådana förändringar är dock osäkra och beror på förväntningarna om styrmodellens långsiktighet. Det finns alltid en risk att intraprenader inte får behålla de eventuella överskott som genereras. På samma sätt finns risk för att intraprenaderna inte tycker det är så kul om verksamheten går med förlust, och man ber om en återgång till tidigare villkor. Principaler och agenter har med andra ord anledning att följa spelreglerna i den utsträckning det gynnar de egna målen. Om så inte är fallet kan man alltid peka på brister i styrningen. I princip är det alltid landstingens som äger alla förluster och vinster som uppkommer i en intraprenadlösning. Med riktiga avtal mellan landsting och privata leverantörer finns ingen sådan skevhet i incitamenten. Även om principaler och agenter inte gillar utfallet måste spelreglerna följas. Bister i ansvar och uppfyllande av kontrakt från båda parter kan utkrävas i domstol.

I praktiken kombineras ofta köp från privata vårdgivare med att man behåller en andel av verksamheten i egen regi. Inom vårdvalssystem i primärvården är t.ex. offentligt ägda vårdcentraler i majoritet i de flesta landsting. Upphandlade privata leverantörer av specialistvård har tidigare i huvudsak betraktats som komplement till den offentliga vården för att hantera långa köer. Kombinationer av privat och egen regi kan ge flera fördelar och minska riskerna för opportunistiskt beteende hos både privata och offentliga alterna-

tiv. Om samma krav och principer används i styrningen utsätts även verksamheter i offentlig regi för konkurrens. Genom upphandling av entreprenader kan landstingen också få en uppfattning om utrymmet för produktivitet och kvalitetsförbättringar i egen regi. St. Görans sjukhus i Stockholm, i privat regi sedan slutet av 1990-talet, tycks t.ex. ha fungerat som referens för krav på andra sjukhus i Stockholm som drivs i egen regi. På samma sätt har vårdvalssystem inom primärvården ställt krav på förbättringar vad gäller tillgänglighet och produktivitet bland offentliga vårdcentraler, även i de fall antalet nya privata etableringar varit få. Både internationell forskning och studier i Sverige av vårdval i primärvården visar också att det ofta inte finns några signifikanta skillnader i produktivitet mellan privata och offentliga vårdgivare om verksamheterna utsätts för samma konkurrens.⁵

LOV eller LOU

Utvecklingen mot kundval i samband med privatisering av välfärdstjänster har drivits fram av generella krav på mer valmöjligheter och inflytande för befolkning och patienter, men även utifrån en kritik mot traditionell upphandling enligt LOU. Fördelar med LOV kan därför identifieras utifrån båda dessa utgångspunkter.

En första och kanske självklar fördel är att LOV ger bättre förutsättningar för att främja valfrihet för individer och konkurrens mellan vårdgivare utifrån individers bedömning av skillnader i kvalitet. Vårdval enligt LOV har därför fördelar jämfört med traditionell upphandling enligt LOU när valmöjligheter för individer eller patienter är viktigt och när det finns möjligheter för individer eller patienter att bedöma åtminstone delar av vårdgivares kvalitet minst lika bra som landstinget. De delar av vårdgivares kvalitet som det ligger närmast till hands att individer och patienter kan bedöma bättre än landstinget är tillgänglighet och bemötande. Patienter kan även vara bättre på att bedöma om den övergripande inriktningen stämmer med de egna behoven. I många fall kan det också finnas en variation i kraven och önskemålen. För en del individer är det viktigt med kontinuitet och att det finns tillgång till viss kompetens bland vårdgivare. För andra grupper kan det vara viktigare med snabb tillgänglighet. I synnerhet inom primärvården, som har hela befolkningen som målgrupp, kan det därför finnas behov av en mångfald

Not 5. Hollingsworth B. (2008) The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Economics*; 17(10): 1107-1128; Rehnberg C, Janlöv N, Khan J, Lundgren J. (2010) Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm - redovisning av de två första årens erfarenheter. Karolinska institutets folkhälsoakademi rapport 2010:12; Glengård AH, Anell A (2012) Produktivitet och patientnödighet i primärvården - en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. KEFU: Lund; Janlöv N, Anell A, Lyttkens CH (2013) Kan satsningar på primärvård öka produktiviteten i sjukvården? *Ekonomisk Debatt*, nr.8.

olika vårdgivare med delvis olika inriktning och arbetssätt. I en sådan situation har upphandling enligt LOV tydliga fördelar jämfört med upphandling enligt LOU. En begränsning är att det måste finnas utrymme för olika alternativ att verka parallellt. Det måste således finnas viss ledig kapacitet så att det är möjligt för individer att välja bort ett alternativ till förmån för ett annat.

Förutom fördelar med LOV baserat på valmöjligheter för individer och mångfald finns fördelar med avtalsformen som sådan jämfört med upphandling enligt LOU. En vanlig kritik mot traditionell upphandling enligt LOU är att avtalsformen är kostsamt för både landstingen och leverantörer. Eftersom så mycket står på spel – det handlar om att vinna eller förlora en hel marknad – överklagas inte sällan landstingets beslut. Det spår på kostnaderna och osäkerheten i vad som gäller. Den kostsamma beslutsprocessen innebär också att små och nya aktörer förfördelas. På detta sätt, menar man, har upphandling missgynnat en mångfald av olika leverantörer. En vanlig kritik mot traditionell upphandling enligt LOU är också att priset får för stor betydelse på bekostnad av kvalitet och innovationer och att villkoren är svåra att ändra på under avtalsperioden. Detta motverkar förnyelse av verksamheten. Med upphandling enligt LOV finns möjligheter att ändra på kraven och villkoren successivt, vilket anses skapa en mer flexibel styrning. Uppenbara missförhållanden eller skevheter i exempelvis ersättningen kan rättas till, varför det får mindre betydelse om villkor och ersättningar inte är exakt rätt från början. Villkor kan också justeras utifrån ny medicinsk teknologi, nya önskemål om samverkan med andra vårdgivare eller nya krav på uppföljning och revision av verksamheten. Med utgångspunkt i dessa fördelar kan man mycket väl tänka sig att använda upphandling enligt LOV även i de fall argumenten om valmöjligheter för individer inte väger tungt.

Sammanfattningsvis har upphandling enligt LOV fördelar jämfört med traditionell upphandling enligt LOU när:

- Valmöjligheter för individer eller patienter är viktigt
- Individer/patienter har förutsättningar att bedöma (delar av) vårdgivares kvalitet minst lika bra som landstinget, vilket skapar möjligheter till kvalitetskonkurrens
- Individens/patientens behov och önskemål kan antas variera, vilket ger behov av en mångfald av olika vårdgivare med delvis olika inriktning
- När det finns utrymme för flera vårdgivare att konkurrera med varandra om individers/patienters val, dvs. tillräckligt befolkningsmässigt underlag och viss ledig kapacitet
- När det finns behov av flexibla avtalsformer som möjliggör löpande förändringar i krav och villkor för vårdgivare.

Även om LOV i många situationer kan verka tilltalande finns även fördelar med upphandling enligt LOU. Upphandling genom LOU kan t.ex. vara att föredra om valmöjligheter för individer inte är viktigt, om man inte vill att många vårdgivare ska etablera sig eller om en mångfald olika inriktningar och arbetssätt inte är önskvärt. Om det inte finns utrymme för alternativ, exempelvis genom att befolkningsunderlaget är för litet, eller om det finns uppenbara brister i tillgången på relevant kompetens eller behov av att styra var leverantörer etablerar sig, kan också LOU vara att föredra. En viktig fördel med LOU är också att anbudsupphandlingar skapar priskonkurrens, medan upphandling enligt LOV förutsätter att ersättningsnivåerna anges av landstinget. Om syftet är att reducera kostnader och genomföra besparingar har traditionell upphandling klara fördelar.

Upphandling kan också användas i situationer när det inte finns något marknadspris för den tjänst som ska köpas upp av privata leverantörer. I de fall vårdvalssystem i specialiserad vård utgår från existerande tjänster finns åtminstone viss kunskap om marknadspriser genom tidigare avtal med vårdgivare tillsammans med uppgifter om kostnader i egen regi. Denna information kan användas när ersättningen till vårdgivare inom vårdvalssystem ska fastställas. Om de tjänster som vårdvalssystemen avser är helt nya finns dock ingen sådan information att utgå ifrån. Man kan då tänka sig att vårdvalssystem för nya tjänster föregås av en anbudsupphandling där utförare får i uppdrag att utforma tjänsten och där marknadspriset på tjänsten "avslöjas". Efter den första avtalsperioden med utvalda privata leverantörer som upphandlats enligt LOU kan en ny avtalsperiod som baseras på LOV införas. Villkoren och ersättningsnivåer i vårdvalssystemet kan då baseras på erfarenheter från de vårdgivare som upphandlades enligt LOU i ett första skede. Alternativet är att landstingen definierar tjänsten och genom kostnadsberäkningar uppskattar vad som är en rimlig ersättning. Ersättningen kan då bli för hög, vilket innebär att leverantörerna kommer att generera en oförtjänt hög vinst, eller för låg, vilket innebär att leverantörer antingen inte är intresserade av att etablera sig eller att de slås ut av ekonomiska skäl trots att man utfört ett bra arbete.

Eftersom varken LOV eller LOU är helt optimalt i alla sammanhang kan man naturligtvis fråga sig om det går att utveckla nya avtalsformer som blandar principerna. Det är fullt möjligt och även troligt att så kommer att ske med tiden. Avtalsformer som LOU och LOV är sociala innovationer i syfte att bidra till en bättre välfärd och det är önskvärt att de efter hand utvecklas och ersätts av något som är bättre och mer ändamålsenligt. LOV och kritiken mot traditionell upphandling har redan inneburit att det finns en diskussion om LOU kan tillämpas på andra sätt idag än under 1990-talet. LOU skulle exempelvis kunna kombineras med valfrihet om individers val tilläts ersätta den rangordning av godkända anbud från tjänstemän som traditionellt förknippas

med LOU. Bedömningen av anbud som upphandlas enligt LOU kan också ta mer hjälp av expertgrupper som också skulle kunna ta hänsyn till patienternas subjektiva omdömen.⁶ Det finns också nya former av innovationsupphandling och partnerskapsupphandling som bättre kan ta hänsyn till behovet av innovationer och förnyelse samt dialog med beställarna.⁷

Not 6. Bergman M. (2013) Upphandling och kundval av välfärdstjänster – en teoribakgrund. Uppdrag Valfärd.

Not 7. En ny utredning har nyligen föreslagit att kvalitet sätts i centrum samt att möjligheterna till dialog mellan upphandlande myndigheter och leverantörer bör öka, se SOU (2013:12) Goda affärer – en strategi för hållbar offentlig upphandling.

Vårdval i svensk hälso- och sjukvård år 2013

I det här kapitlet ges en översikt av utvecklingen när det gäller vårdvalssystem i svensk hälso- och sjukvård. Som kommer att framgå är det en minoritet av landstingen som har egna erfarenheter av att utveckla vårdvalssystem inom specialiserad vård. De flesta vårdvalssystem inom specialiserad vård återfinns inom en knapp handfull landsting, med påtaglig dominans av Stockholm. I kapitlet redovisas även resultaten av en enkätstudie till kontaktpersoner i landstingen våren 2013 om målsättningar vid utveckling av vårdval i specialiserad vård samt problem och frågeställningar i samband med att systemen utformas.

Nationell översikt

Tabell 3.1 ger en översikt av alla befintliga vårdvalssystem i landstingen, nya vårdvalssystem med datum för införande respektive pågående utredningar om ytterligare vårdvalssystem. Tabellen baseras på uppgifter från kontaktpersoner i landstingen och avser förhållanden i september 2013. När det gäller nya vårdvalssystem under utredning finns skillnader i hur landstingen redovisat uppgifterna. Denna kolumn ger snarast exempel på ytterligare vårdval som diskuteras i landstingen. För de båda andra kolumnerna är uppgifterna mer jämförbara. I syfte att ge en heltäckande bild inkluderar tabellen vårdvalssystem inom primärvården samt även tilläggsuppdrag till befintliga vårdval. I en del landsting, som Stockholm och Uppsala, är primärvården uppdelad i flera vårdval med olika vårdgivare, medan den bedrivs av vårdcentraler med ett integrerat uppdrag i exempelvis Dalarna. Tilläggsuppdrag tas med eftersom ett sådant uppdrag utgör ett alternativ till fristående vårdval.

TABELL 3.1. Vårdval enligt LOV inklusive primärvård i landsting och regioner, september 2013.

Annonserade vårdval	Beslut att införa vårdval
	System
Stockholms läns landsting	
Allergologi	Barnmedicinsk verksamhet
Allmän barn- och ungdomsvård	Klinisk neurofysiologi
Avancerad sjukvård i hemmet	Neurologi
Barnvårdscentral	Patienter med långvarig smärta
Barnmorskemottagning/Mödravårdscentral	Reumatologi
Fotsjukvård	Urologi
Förlossningsenheter	
Gynekologisk vård, specialiserad	
Hudsjukvård i öppenvård, specialiserad	
Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård	
Höft- och knäprotesoperation	
Kataraktoperation (fr o m 2014-01-01 vårdval ögon)	
Logopedverksamhet	
Läkarinsatser i särskilda boenden för äldre	
Obstetrisk ultraljudsmottagning	
Ortopedi	
Palliativ slutenvård, specialiserad	
Planerad specialiserad rehabilitering	
Primär hörselrehabilitering	
Ryggkirurgi	
Primärvårdsrehabilitering	
Sjukgymnastik, specialiserad	
Specialisttandvård för barn och ungdomar	
Tandreglering för barn och ungdomar	
Vaccination	
Ögonsjukvård i öppenvård, specialiserad	
Öron, näs- och halssjukvård i öppenvård, specialiserad	
Region Skåne	
Vårdcentraler inkl. rehab	Delar av beroendevården
Audionommottagning	Övrig ögonsjv utöver "Op grå starr"
Barn- och ungdomsvård	Psykoterapi
Barnvårdscentral	Hudsjukvård

Nya system som utreds

Planerat datum för annonsering

November 2013	Allmänkirurgi
November 2013	Endoskopi
November 2013	Internmedicin
December 2013	Klinisk fysiologi
Våren 2014	Obesitas
December 2013	Psykosociala insatser
	Radiologi i öppenvård

1/1 2014	Pat.proc inom ORT - menisk och korsbandsskador
1/1 2014	Pat.proc inom NEUR - vissa kroniska neurologiska sjukdomar
1/1 2014	Pat.proc - traumatiska hjärnskador
1/1 2014	

TABELL 3.1. Vårdval enligt LOV inklusive primärvård i landsting och regioner, september 2013.

Annonserade vårdval	Beslut att införa vårdval
	System
KBT och IPT	Tilläggsuppdrag t VC - hjärtsvikt
Multimodala smärtbehandling	Tilläggsuppdrag VC - gynekologi
	Tilläggsuppdrag BMM- klimakteriebesvär
Operation grå starr	
Landstinget i Uppsala län	
Vårdcentraler inkl. rehab	
Barnhälsovård	
Gynekologi (1 april 2013)	
Kataraktoperationer	
Ljusbehandling (psoriasis)	
Medicinsk fotvård för patienter med diabetes	
Mödrahälsovård	
Primär hörselrehabilitering	
Psykoterapi	
Särskilt Läkarutlåtande	
Tandreglering för barn och ungdomar	
Teambaserade Medicinska Utredningar	
Vaccinatörer	
Ögonbottenfotografering (diabetes)	
Höft- och knäplastik	
Landstinget i Kalmar län	
Vårdcentraler	
KBT (rehabgarantin)	
Multimodal rehabilitering (rehabgarantin)	
Utprovning och leverans av Peruk/Hårsättning	
Västra Götalandsregionen	
Vårdcentraler inkl. BHV och med. fotvård	

Nya system som utreds

Planerat datum för annonsering

1/11 2013

1/11 2013

1/11 2013

Neurologi inom öppenvård (har utretts)

Ögon

Öron, näsa, hals

Ortopedi

Hud

Undvikbar slutenvård (tilläggsupdrag primärvård)

Primärvårdsrehabilitering. Beslut fattas om eventuellt införande av regionfullmäktige november 2013. Planerat införande 1 maj 2014 om beslut tas.

TABELL 3.1. Vårdval enligt LOV inklusive primärvård i landsting och regioner, september 2013.

Annonserade vårdval	Beslut att införa vårdval
System	
Landstinget Sörmland	
Vårdcentraler inkl. rehab	
Psykoterapi (enligt LOU)	
Östergötlands läns landsting	
Vårdcentraler inkl. BHV, rehab (delvis), med. fotvård	Hörselhjälpmedel
HPV-vaccination	Nytt obesitas (gamla vårdval kunde ej förlängas efter 2014)
Obesitaskirurgi	
	Barntandvård
Region Halland	
Vårdcentraler inkl. BHV, rehab. och med. fotvård.	Delar av den specialiserade öppenvården som inte behöver sjukhusets resurser. Beslut 2013-06-19.
Hudsjukdomar	
Vuxenpsykiatri	
Landstinget Västmanland	
Vårdcentraler inkl. BHV, MHV, rehab (delvis)	
Fotvård	
Tandreglering	
Artrosskola (LOV liknande upphandling med fast pris)	
Landstinget i Jönköpings län	
Vårdcentraler inkl. rehab. och med. fotvård	Beslut om vårdval inom ögon och urologi under 2013
Landstinget Kronoberg	
Vårdcentraler inkl. BHV och rehab	Hud
Landstinget i Värmland	
Vårdcentraler inkl. BHV, MHV och med. fotvård	Primärvårdsrehabilitering

Nya system som utreds

Planerat datum för annonsering

September 2013

Hösten 2013

2014

Diskussion om att påbörja utredning för psykiatri, hud och öron.

Årsskiftet 2013/14

Landstingsstyrelsen har fastställt ett regelverk för Vårdval +.

Början av 2014

TABELL 3.1. Vårdval enligt LOV inklusive primärvård i landsting och regioner, september 2013.

Annonserade vårdval	Beslut att införa vårdval
	System
Västernorrland	
Vårdcentraler inkl. BHV, MHV, rehab. och med. fotvård	Barntandvård
Norrbottens läns landsting	
Vårdcentraler inkl. BHV, MHV, rehab och med. fotvård	Barntandvård
Västerbottens läns landsting	
Vårdcentraler inkl. BHV, MHV, rehab och med. fotvård	Barn- och Ungdomstandvård
Jämtlands läns landsting	
Vårdcentraler inkl. BHV, MHV och rehab (delvis)	
Medicinsk fotvård	Barntandvård
Örebro läns landsting	
Vårdcentraler inkl. BHV, MHV och rehab (delvis)	Psykoterapi
Blekinge läns landsting	
Vårdcentraler Inkl. BHV och rehab	
Gävleborgs läns landsting	
Vårdcentraler inkl. rehab och med. fotvård	
Dalarna	
Vårdcentraler inkl. BHV, MHV, rehab och med. fotvård	
Gotland	
Vårdcentraler inkl. BHV	

Nya system som utreds

Planerat datum för annonsering

2014

November 2013

1 november 2013

Ej fastställt

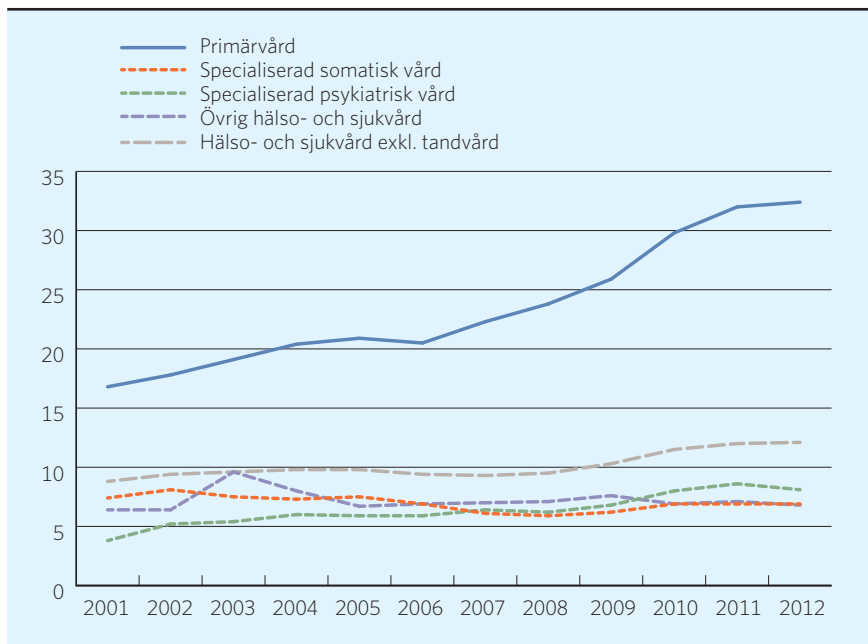
Utredning av möjliga vårdval inom öppen specialistvård
i enlighet med sökta stimulansmedel.

Som framgår av tabell 3.1 finns stora skillnader mellan landstingen. Utvecklingen när det gäller vårdval i specialiserad vård är koncentrerad till ett fåtal landsting, främst Stockholm, Uppsala och Skåne. Bland dessa tre landsting står Stockholm i en klass för sig med ett 30-tal införda vårdval. Ungefär hälften av alla befintliga vårdvalssystem i specialistvården återfinns i Stockholm. Över 80 procent av sådana vårdvalssystem återfinns i Stockholm, Uppsala och Skåne. Det finns inte något som tyder på att denna koncentration kommer att förändras framöver, snarare tvärtom. De flesta nya vårdval införs i landsting där sådana system redan finns.⁸

Utvecklingen av vårdvalssystem i hälso- och sjukvården har inneburit att landstingen blivit mera olika varandra när det gäller hur stor andel av verksamheten som utförs i privat regi. Det innebär också att skillnaderna när det gäller förutsättningar och former för att styra verksamheten har ökat. I diagram 3.2 redovisas hur andelen köpt verksamhet har utvecklats i hälso- och sjukvården under 2000-talet sammantaget för alla landstingen. Utvecklingen ger uttryck för att allt mer av verksamheten lagts över i privat regi, främst inom primärvården. Som framgår av tabell 3.3 skiljer sig dock andelen privat vård beroende på vilket landsting som studeras. Tabellen visar kostnader för all privat vård, dvs. inte enbart den som drivs inom ramen för vårdvalssystem, men ger ändå uttryck för de regionala olikheterna. Om Stockholm exkluderas från den samlade statistiken sjunker andelen nettokostnader för privat vård från 12,1 till 7,8 procent år 2012. Uttryckt i absoluta tal återfinns 48 procent av de samlade kostnaderna för privat vård i Stockholm; 11,5 av sammanlagt 24,1 miljarder kronor.

Not 8. Tretton landsting ansökte om medel från regeringen för utveckling av vårdvalssystem 2013–14. Flera av dessa ansökningar berör utveckling av vårdvalssystem utanför den specialiserade vården eller mer generella utredningar.

DIAGRAM 3.2. Landstingens köp av verksamhet från privata företag år 2001–2012. Procentuell andel av nettokostnaden, exklusive tandvård och läkemedel inom läkemedelsförmånen.



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, olika år, SKL.

TABELL 3.3. Landstingens köp av verksamhet från privata företag år 2012. Procentuell andel av nettokostnaden, exklusive tandvård och läkemedel inom läkemedelsförmånen.

	Primärv	Spec som	Spec psyk	Övrigt	Totalt exkl tandvård
Stockholm	51,0	17,8	18,1	21,7	24,7
Uppsala	36,1	5,2	8,1	5,2	10,9
Sörmland	29,0	2,2	1,4	0,0	6,8
Östergötland	16,7	6,0	9,6	0,0	7,8
Jönköping	22,5	1,4	2,9	8,0	6,6
Kronoberg	28,3	1,6	4,0	1,1	6,3
Kalmar	15,0	1,2	1,5	0,6	3,8
Blekinge	17,2	0,2	0,4	2,8	3,7
Skåne	40,5	5,8	11,2	13,0	13,8
Halland	37,4	5,9	2,3	1,1	11,9
Västra Götaland	25,4	4,2	2,0	0,1	8,1
Värmland	15,2	2,8	3,1	2,1	5,2
Örebro	16,5	2,4	1,4	1,4	4,6
Västmanland	50,3	3,6	2,4	0,6	11,6
Dalarna	12,6	0,8	3,0	2,1	3,7
Gävleborg	25,8	8,7	4,3	0,4	11,8
Västernorrland	27,4	1,1	0,5	0,1	6,1
Jämtland	12,9	1,4	1,6	0,0	3,6
Västerbotten	20,9	0,4	0,9	0,0	4,0
Norrbottnen	18,3	1,5	0,9	0,8	5,2
Summa	32,3	6,9	8,1	6,8	12,1

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2012, SKL.

Det finns även stora skillnader beroende på vilka övriga landsting som jämförs och även beroende på vilka verksamheter som studeras. I flertalet landsting har andelen privat vård ökat kraftigt, men från en blygsam nivå. Den största procentuella ökningen under senare år återfinns i Jönköping. Det förklaras av att Jönköping tidigare haft en liten andel privat verksamhet, vilket delvis ändrades när det obligatoriska vårdvalet i primärvården infördes. Trots en kraftig ökning var andelen privata aktörer i Jönköping år 2012 fortfarande förhållandevis blygsamma 6,6 procent.

Målsättningar och argument

I en enkät till landstingen våren 2013 ombads kontaktpersoner att lista målsättningar och argumenten vid införande av vårdval i specialistvården. Åt-

minstone fyra typer av målsättningar och argument kunde identifieras bland svaren, se tabell 3.4.

Förbättrad tillgänglighet och kortare köer tillsammans med målsättningar att stärka patienters ställning och öka valmöjligheterna var de mest omnämnda motiven. Andra generella målsättningar som uppgavs var verksamhetsutveckling, ökad kvalitet och effektiviseringar samt att utveckla en kunskapsbaserad vård och en vård på lika villkor. En andra typ av mål som lyftes fram var att öka kapaciteten men även mångfalden av vårdgivare inom berört verksamhetsområde. Vårdval enligt LOV ansågs också kunna bidra till lösningar på problem med att rekrytera och behålla specialister. En tredje målsättning var att LOV som avtalsform bedömdes ge bättre förutsättningar för styrning och uppföljning av verksamheten samt att krav och villkor successivt kunde ändras. Flertalet såg det som önskvärt med en snarare än flera avtalsformer så att privata vårdgivare inom samma verksamhetsområde behandlades likvärdigt. En fjärde typ av mål berörde mer specifika problem för definierade patientgrupper inom viss verksamhet.

TABELL 3.4. Exempel på målsättningar och argument vid införande av vårdvalssystem i specialistvården.

Typ av målsättning och argument	Exempel
Generella mål	Förbättrad tillgänglighet, kortare köer, ökade valmöjligheter, verksamhetsutveckling, ökad kvalitet.
Kapacitet och mångfald	Bidra till att lösa problem med att rekrytera och behålla specialistläkare. Främja olika arbetssätt.
Bättre styrning och uppföljning	LOV är en flexibel avtalsform genom att krav och villkor successivt kan ändras. Behandla alla privata vårdgivare likvärdigt.
Lösa specifika problem för patientgrupper	Bättre kvalitet i vården för patienter med flerfunktionshinder.

Utöver de målsättningar och argument som lyfts fram av kontaktpersoner i enkätsvaren är det tydligt att utvecklingen av vårdvalssystem även påverkas av andra diskussioner i landstingen. Jämförelser mellan landsting och verksamheter när det gäller kostnader och produktion har skapat en återkommande diskussion om skillnader i praxis och att det finns potential till högre produktivitet och bättre kvalitet bland flera vårdgivare utan att kostnaderna ökar. Många vårdval genomförs också med förhoppningar om att skapa högre produktivitet och bättre kvalitet inom givna budgetramar genom att de ekonomiska incitamenten ändras. Ersättningsprinciper som fokuserar enskilda vårdkontakter och åtgärder uppfattas i detta avseende inte som ändamålsenliga, eftersom de anses premiera en stor volym vård snarare än hög kvalitet. En er-

sättning utifrån viktade vårdkontakter kan också hindra införandet av nya innovativa arbetsformer, menar man. Andra nackdelar med ersättningsprinciper baserade på vårdkontakter och åtgärder är att de är kostnadsdrivande och innebär att vårdgivare kan få extra betalt för kvalitetsbrister som går att undvika.

Frågor och problem i utvecklingsarbetet

I enkäten till kontaktpersoner våren 2013 ombads kontaktpersoner även att lista frågor och problem som man hade att hantera i samband med införande av vårdval i specialistvården. Åtminstone sex olika områden av frågor och problem kunde identifieras bland svaren, se tabell 3.5. Det ska noteras att frågor och problem som kontaktpersoner väljer att ta upp i enkätsvaren rimligen påverkas av respondentens bakgrund och vilket ansvar man har för att utveckla vårdvalssystemen. Enkätsvaren ger därför inte ge någon heltäckande bild över problem och frågeställningar. Verksamhetsansvariga som är direkt berörda av utvecklingen kan ha en annan uppfattning om problem och frågeställningar, som även kan variera mellan specialiteter och landsting. Enkätsvaren ger emellertid en övergripande bild av de frågor och problem som diskuteras inom projektgrupper med ansvar för att utveckla vårdvalssystem.

TABELL 3.5. Frågor och problem vid utveckling av vårdvalssystem i specialistvården.

Typ av frågor och problem	Exempel
Definition av uppdrag för vårdgivare	Vilka gränssnitt ska gälla mot primärvård och tjänster som enbart ska utföras av sjukhus.
ST, Jour, Forskning	Vilket ansvar ska godkända vårdgivare ha för medverkan i jurer inom specialiteten.
Styrning och uppföljning	Utformning av ersättningsprinciper inklusive kostnadskontroll. Nya krav på beskrivningssystem och registrering som underlag för ersättning och uppföljning.
Konsekvenser för sjukhus i egen regi	Får sjukhus i egen regi medverka i vårdvalssystem. Hur ska man beakta krav på konkurrensneutralitet genom t.ex. särredovisning av kostnader.
Tillgänglig kapacitet	Hur kan befintliga vårdgivare lockas att etablera sig inom vårdvalssystemet.
Unika, praktiska problem	Hur hantera skillnader i praxis inom landstinget när det gäller åtagande och arbetssätt bland privata vårdgivare, primärvård samt sjukhus.

Ett första område med frågor och problem avser hur uppdragen för vårdgivare inom vårdvalssystem kan definieras, inklusive gränssnitten mot sjuk-

hus i egen regi, primärvård och andra vårdgivare samt om det finns behov av uppdelning i basåtagande och tilläggsuppdrag. Farhågor som lyfts fram i enkätsvaren var att vårdval i specialiserad vård kan skapa en överströmning av patienter som egentligen bör få sin vård i primärvården. Ett annat problem handlar om avgränsningar gentemot den specialiserade vård som enbart ska bedrivas på sjukhusen. I de flesta vårdval är det enbart (delar av) den öppna vården som ingår i uppdraget. I de vårdval där verksamheten avser slutenvård är ibland de svåraste patientfallen undantagna, vilket t.ex. gäller för höft- och knäprotesoperationer i Stockholm och Uppsala. Ett andra område med frågeställningar avser vårdgivares ansvar för ST och annan utbildning, jourer samt medverkan i forskning. De allra flesta vårdvalssystem ställer krav på att vårdgivare medverkar i utbildning genom att ta emot ST-läkare och sjuksköterskor under utbildning samt att man även medverkar i forskning. Krav på medverkan i jourlinjer finns inte i Stockholms vårdvalssystem men förekommer i planerna för vårdvalssystem i mindre landsting.

Ett tredje område med frågor och problem avser hur styrning och uppföljning ska utformas, inte minst ersättningsprinciperna. Upplevda svårigheter i samband med utveckling av ersättningsprinciper berör vilka beskrivningssystem som ska användas, inklusive rutiner för registrering och uppföljning. I de flesta befintliga vårdvalssystem används nationella beskrivningssystem för vårdkontakter och åtgärder som utgångspunkt för ersättningen. Flera landsting upplever dock denna utgångspunkt som bristfällig. Nya lösningar tar dock tid att utveckla och ställer krav på nya data och nya rutiner för registrering och uppföljning. Ett annat problem är att bestämma prisnivån för olika ersättningar. Andra frågor och problem som anknyter till styrningen är utformning av riktlinjer, vårdprogram och samverkansplaner samt hur vården ska följas upp.

Ett fjärde område med frågor och problem är om sjukhusen i egen regi får vara med i vårdvalet. På nytt finns en skillnad mellan Stockholm, där sjukhusen i egen regi får vara med i några undantag, samt mindre landsting där medverkan från sjukhus i egen regi snarast förväntas. Oavsett om sjukhusen i egen regi får vara med i vårdvalssystemen eller inte uppkommer frågor och problem om konsekvenser för styrningen av verksamheten. I Stockholm finns t.ex. en diskussion om hur den offentliga vårdens åtagande för utbildning, jourer och forskning inom de specialistområden som läggs ut på vårdvalssystem ska hanteras. I andra landsting där sjukhus i egen regi förväntas medverka i vårdvalssystemen uppkommer frågor om hur konkurrensneutraliteten ska säkras med bl.a. nya krav på särredovisning av kostnader för de delar av sjukhusen som är konkurrensutsatta.

Ett femte område med frågor och problem berör behovet av både tillväxt och återväxt när det gäller kapaciteten av läkare och annan vårdpersonal

inom de specialistområden som berörs av vårdvalssystem. En angränsande fråga är hur man kan locka vårdgivare finansierade genom nationell taxa att etablera sig inom vårdvalssystemen. Utöver de principiella frågor och problem som är gemensamma för landstingen finns ofta unika praktiska frågeställningar. Det kan t.ex. handla om att anpassa introduktionen av vårdval till utgången av befintliga avtal med privata vårdgivare eller att vårdutbudet inom ett landsting organiserats på olika sätt av historiska skäl. Denna typ av frågor och problem påverkar i första hand implementeringen av vårdvalssystem, som kan vara mer eller mindre utmanande beroende på tidigare praxis.

Fem fallstudier

I det här kapitlet beskrivs utvecklingen av vårdvalssystem i fem landsting: Stockholm läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Region Skåne, Region Halland och Västra Götalandsregionen.⁹ Syftet med beskrivningarna är i första hand att illustrera likheter och skillnader i landstingens utvecklingsarbete på en övergripande nivå.

Material hämtas från landstingens utredningsmaterial, intervjuer med kontaktpersoner, landstingens hemsidor samt landstingens ansökningar om medel för utveckling av vårdvalssystemen till Socialdepartementet. I Skåne, Västra Götalandsregionen och Halland har även funnits möjligheter att medverka vid interna arbetsmöten som behandlat i första hand ersättningsprincipernas utformning.

I kapitlet redovisas vilka strategier och lösningar som landstingen valt samt övergripande erfarenheter i de fall sådana dokumenterats. För de läsare som inte är intresserade av empiriska detaljer finns avslutningsvis i kapitlet en sammanfattning av likheter och skillnader mellan landstingen.

Stockholms läns landsting

Stockholms läns landsting dominerar utvecklingen av vårdvalssystem och har infört lika många vårdval som övriga landsting tillsammans. Utöver de 30-tal vårdval som redan är införda finns nya vårdval som är beslutade eller under utredning (se tabell 3.1). De flesta av vårdvalen avser öppen vård men det finns även vårdval inom förlossningsvården, höft- och knäprotesoperationer samt ryggkirurgi som kräver slutenvård. I flera vårdval skiljer man mellan basåtagande och tilläggsuppdrag, där basåtagandet kräver mindre in-

Not 9. I den löpande texten används fortsättningsvis de förenklade benämningarna Stockholm, Uppsala etc.

vesteringar från vårdgivarnas sida. Tilläggsuppdrag kan t.ex. vara dagkirurgisk verksamhet inom öron- näsa- och halssjukdomar (ÖNH) och gynekologi som kräver särskild utrustning och lokaler.

Med tre undantag (förlossning, katarakter, höft/knäprotes) får inte sjukhusen i egen regi ansöka om godkännande för vårdval. Vårdval ställer därför större krav på samordning eftersom de enkla fallen inom olika specialiteter får sin vård utanför sjukhusen. Det finns formella krav på medverkan i ST-utbildning för godkända vårdgivare. Många vårdgivare är dock i praktiken inte lämpliga för medverkan i ST-utbildning eftersom man har för få specialistläkare eller saknar handledarkompetens. Det finns inget krav på att vårdgivare ska medverka i jourlinjer. Det finns generella krav på medverkan i forskning där merkostnader ska betalas av respektive forskningsprojekt.

Fristående vårdval, snarare än tilläggsuppdrag inom ramen för befintliga vårdvalssystem, är tumregel för utvecklingen av nya vårdvalssystem där detta är möjligt och funktionellt. Upphandling av privata vårdgivare enligt LOU är ett alternativ. Upphandling enligt LOV uppfattas som en flexibel avtalsform som ger möjlighet till löpande förändringar och förlängning av avtalen. Möjligheten till löpande förändringar uppfattas som en stor fördel eftersom det behövs kontinuerliga justeringar i uppdrag och ersättningar. En ny inriktning på verksamheten vid Karolinska sjukhuset fr.o.m. 2016 förutsätter att mer vård utförs utanför akutsjukhusen. En fortsatt utveckling av vårdvalen berör därför även mer avancerad och sluten vård. Vårdval är också ett medel för att hantera de ökade behov som den snabba befolkningstillväxten i Stockholm leder till. En generell erfarenhet är att det behövs kontinuerlig dialog med privata vårdgivare och sjukhusen om behovet av förändringar i uppdrag och ersättningsnivåer. Vårdval enligt LOV uppfattas i detta avseende ha klara fördelar jämfört med upphandlade avtal enligt LOU.

Även om LOV ger möjlighet till förändringar är det hittills få nya krav på verksamhetens innehåll som genomförts i samband med att vårdval har introducerats. En förklaring kan vara att det upplevs som viktigt att motivera befintliga privata vårdgivare som finansieras genom landstingsavtal eller nationell taxa att ansluta sig till de nya vårdval. Det innebär att de nya vårdvalen måste vara tillräckligt attraktiva vad gäller krav och ekonomiska villkor. De förändringar som införts i regelböcker är i huvudsak mindre justeringar av innehåll och ersättningsnivåer. Ny medicinsk teknologi kan t.ex. innebära att ersättningsnivåer kan justeras nedåt. Erfarenheter kan också visa att ersättningen för viss åtgärd är för låg.

Nya vårdvalssystem i Stockholm utvecklas inom ramen för en decentraliserad process. Det finns därför viss variation i t.ex. de ersättningsprinciper som utformas för olika verksamheter. Projektledare för olika vårdval har en medicinsk referensgrupp knuten till sig med företrädare för verksamheten, som i

praktiken får stor påverkan på utformningen. Referensgruppen är även betydelsefull när lösningar ska förankras i de verksamheter som berörs. På övergripande nivå finns en samordningsgrupp där alla delprojektledare ingår. Syftet med denna grupp är att hålla samman utvecklingsarbetet utifrån generella utgångspunkter samt att utbyta erfarenheter mellan delprojekt. Erfarenheterna hittills är att utvecklingsprojekt är beroende av många olika aktiviteter och ofta tar mer tid än planerat. Det innebär att införande av vårdval ofta senareläggs.

Ersättningsprinciper inom vårdvalssystemen i Stockholm baseras i första hand på rörliga ersättningar utifrån registrering av diagnoser och åtgärder med gruppering till DRG. Med hjälp av registrerade åtgärder eller DRG styrs ersättningen till definierade produkter. Ersättningsprinciperna blir i detta avseende snarlika villkoren för läkare som finansieras genom nationell taxa. Undantag där andra ersättningsprinciper prövats är främst höft- och knäprotesoperationer och ryggkirurgi. För dessa verksamheter ersätts vårdgivare genom vårdepisodersättning, som även inkluderar kostnadsansvar för eventuella komplikationer inom viss tid. Inom höfter/knä och främst ryggkirurgi har vårdgivare också möjlighet till viss ytterligare ersättning baserat på resultat mätt utifrån patientenkäter.

Det finns en generell ambition att utveckla ersättningsprinciperna även i andra vårdval och i större utsträckning ersätta vårdgivare utifrån uppnådda resultat och hälsoutfall. Andra delar av vårdvalen som man menar behöver stärkas och utvecklas avser integration mellan vårdens olika delar och vårdnivåer, samarbete och kunskapsutbyte med utförare av vård för att förbättra förutsättningar för innovationer och vårdutveckling samt utveckling av systematisk uppföljning och granskning av vårdgivare.

Uppföljningen av olika vårdvalssystem varierar men har i huvudsak varit begränsad till utvecklingen av verksamhetens volym och kostnader. Flera nya privata vårdgivare har i regel godkänts i samband med att vårdval introducerats inom olika områden. Erfarenheterna av att locka över vårdgivare finansierade på nationell taxa till vårdvalssystemen varierar dock. I flera fall har volymen verksamhet inom nya vårdvalssystem ökat, och även tillgängligheten till vård. En utvärdering av vårdval inom höft- och knäprotesoperationer visar goda resultat avseende både ökad produktivitet och bättre kvalitet.¹⁰ Ytterligare utvärderingar av effekter och konsekvenser av vårdval kommer att offentliggöras under 2013.

Not 10. Wohlin J, Stalberg H, Ström O, Borgström F, Garellich G, Brommels M. (2012) Uppföljningsrapport vårdval höft- och knäprotesoperationer. Karolinska Institutet.

Uppsala läns landsting

Även Uppsala har introducerat flera olika vårdval inom primärvården. Därutöver har man även infört vårdval för operation av grå starr, ljusbehandling för psoriasispatienter, ögonbottenfotografering vid diabetes, gynekologisk öppen vård och höft- och knäprotesoperationer. Två nya vårdval i form av ögonsjukvård och öron, näs- och halssjukvård utreds och införs sannolikt under 2014.

Nya vårdval inom specialistvården prövas mot fem kriterier. Ett första kriterium är att patienternas möjligheter att välja vårdgivare ska öka. Det innebär bl.a. att det ska finnas utrymme för flera aktörer på marknaden. Övriga kriterier handlar om att vårdval ska stimulera till ökad mångfald av vårdgivare och arbetssätt, förbättra tillgängligheten, öka kvaliteten genom verksamhetsutveckling och effektivisering samt öka kostnadseffektiviteten. Nya vårdval prövas också mot att komplexiteten när det gäller att definiera uppdrag, avgränsning mot andra vårdgivare och uppföljning är rimlig, samt att det finns förutsättningar för kostnadskontroll och geografisk spridning av verksamheten. Ett ytterligare kriterium är att de befintliga sjukhusens roll och uppdrag vad gäller exempelvis jour och forskning beaktas. Så långt möjligt eftersträvas att sjukhusen i egen regi ska vinna på att viss verksamhet blir föremål för vårdval. Berörda sjukhusverksamheter har därför förhållandevis stort inflytande på utformningen av vårdvalssystem.

En strukturerad arbetsprocess för införande av vårdval har utvecklats under 2012 och använts i arbetet med införande av vårdval för gynekologisk öppen vård samt höft- och knäprotesoperationer. Genom en enkät till berörda verksamheter respektive medicinska fakulteten vid Uppsala universitet inhämtas uppgifter om vårdproduktion, väntetider, organisationsstruktur, forskning, utbildning, kvalitet och uppföljning. Baserat på dessa och andra uppgifter tar en arbetsgrupp sedan fram ett första förslag som skickas på remiss till berörda verksamheter. Utifrån remissvar och fortsatt analys inklusive konsekvensbeskrivningar från den egna verksamheten utvecklas ett förslag för politiskt beslut. När det finns politiskt beslut på att införa nytt vårdvalssystem bildas en ny arbetsgrupp som har till uppgift att ta fram en regelbok.

Ersättningsprinciperna i befintliga vårdvalssystem baseras i huvudsak på ersättning för viktade besök och åtgärder. För höft- och knäprotesoperationer utgår ett paketpris där kostnadsansvar för komplikationer ingår på samma sätt som i Stockholm. En generell målsättning är att villkoren i vårdvalssystemen ska vara attraktiva för befintliga privata läkare. Ersättningsnivåer för vårdgivare som finansieras på nationell taxa är därför en viktig referens när ersättningsnivåer inom vårdvalssystem fastställs.

Sett till hittills införda vårdval är uppdragen för privata vårdgivare i flera fall begränsade. Vårdval inom hud är avgränsat till ljusbehandling för psoria-

sispatienter. Vårdval inom ögonsjukvård har varit avgränsat till ögonbottenfotografering för diabetespatienter. Gynekologisk öppenvård omfattar besök hos läkare och sjuksköterska samt vissa enkla åtgärder, men inte t.ex. aborter. Utfallet i form av nya etableringar är i flera fall begränsat. Detta trots att vårdvalssystemen i Uppsala accepterar vårdgivare som är lokaliserade i andra landsting, exempelvis i Stockholm. För ljusbehandling har inte tillkommit någon ny privat aktör. Utbudet är som tidigare begränsat till utförare i egen regi. För katarakter har en privat aktör som tidigare hade avtal med landstinget gått över till vårdval, men det har inte tillkommit några nya aktörer. Erfarenheterna är att verksamhetsvolymen ökat hos den privata vårdgivaren, men däremot inte hos vårdgivare i egen regi. En ny aktör som utför ögonbottenfotograferingar har tillkommit.

Inom de senaste vårdvalen har ingen taxeläkare hittills valt att gå över till vårdvalet inom gynekologi. Däremot har två privata vårdcentraler blivit godkända för verksamhet inom öppen gynekologi. Inom höft- och knäproteser, har två aktörer som tidigare utförde operationer valt att lämna marknaden. Det gäller dels Akademiska sjukhuset, dels en privat vårdgivare som tidigare hade avtal med landstinget. På kort sikt har därför vårdvalet lett till en begränsning i utbudet av enkla höft- och knäprotesoperationer till en aktör inom landstinget; sjukhuset i Enköping. Därutöver har man godkänt två privata vårdgivare i Stockholm.

Region Skåne

Förutom flera vårdval inom primärvården har man i Region Skåne tidigare infört vårdval inom kataraktoperationer. Ersättningen baseras på ett paketpris som inkluderar kostnadsansvar för komplikationer inom viss tid. Uppföljningar visar att några helt nya vårdgivare etablerade sig, utöver de vårdgivare som tidigare hade avtal med regionen. Antalet operationer har ökat med en ersättningsnivå som ligger under den ersättning som sjukhusen tidigare erhöll. Inom ramen för den statliga satsningen på rehabilitering har man även infört vårdval för kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT) respektive multimodal smärtbehandling (MMS). Vårdgivare inom dessa områden ersätts per besök med vissa förbehåll. För KBT görs en första ersättning till vårdgivare efter sex behandlingstillfällen med 6 000 kr. Avslutas behandling före det sjätte besöket utgår enbart ersättning med 900 kr. En sista ersättning på 5 000 kr sker efter resultatuppföljning tre månader efter slutbehandlad patient. Motsvarande principer används även vid ersättning av MMS, men då baserat utifrån krav på längre behandling.

Nya vårdval som utvecklas och införs under 2014 berör ögonsjukvård, hudsjukvård, psykoterapi och läkemedelsassisterad behandling för opiat-

missbruk (LARO). Uppdraget inom vårdval för ögonsjukvården bedöms som relativt enkelt att definiera. Det finns en gemensam jourlinje i Region Skåne som inte berörs och det är förhållandevis enkelt att avgränsa ögonsjukvård i vårdvalet från det som tillhör primärvård och högspecialiserad vård. Det finns också flera privata aktörer som bedöms vara intresserad av att bli godkända i vårdvalet. Det nya vårdval som utvecklas kommer att godkänna vårdgivare i form av enskilda läkare och på detta sätt ha en låg inträdesbarriär för etableringar. Ersättningen kommer troligen att baseras på viktade besök och åtgärder.

Även vårdval inom hudsjukvård bedöms som förhållandevis hanterbart, även om specialiteten rymmer många diagnoser. För denna specialitet avser man utveckla någon form av vårdepisodersättning. Ambitionen är att ersättningsprinciperna ska ge vårdgivare frihetsgrader att utforma vården så att resultatet blir så bra som möjligt givet insatta resurser. För att motverka risk för övervältring av patienter från primärvården kommer man att förbereda för bedömning av digitala foton, dels från vårdcentraler men även direkt från patienter. Enklare fall kan skickas vidare eller tillbaka till primärvården efter bedömning av vårdgivare i vårdvalssystemet.

För både ögon- och hudsjukvård kommer åtminstone 80 procent av nuvarande verksamhet att ingå i vårdvalen, som alltså inkluderar många olika sjukdomar och typer av patienter. Det kommer i princip att vara möjligt att nischa in sig på viss verksamhet, dvs. avstå viss verksamhet om man t.ex. inte vill investera i viss utrustning. De problem som eventuellt uppstår får man lösa genom att ändra i kraven på godkända vårdgivare eller ändra i ersättningsprinciperna så att den vård som eventuellt prioriteras bort görs mera lönsam.

En viktig frågeställning avser förutsättningarna för klinisk forskning. Mot bl.a. den bakgrunden kommer sjukhus i egen regi att tillåtas vara med i vårdvalen. Utgångspunkten är att sjukhusen kommer att vara attraktiva i vårdvalet så att en tillräcklig volym verksamhet som möjliggör forskning kan utvecklas. En annan frågeställning är hur behovet av hudläkare för konsultationer till andra specialister på mindre sjukhus som inte är med i vårdvalet ska hanteras. En möjlighet är att denna tjänst köps av andra sjukhus, alternativt av godkända privata vårdgivare.

Det nya vårdvalet inom psykoterapi kan beskrivas som en utveckling av befintliga vårdval avseende KBT och IPT. Erfarenheterna från befintliga vårdvalssystem inom rehabiliteringsområdet är goda. Både tillgänglighet och kvalitet har förbättrats till följd av mer resurser och tydligare krav som inkluderar att vårdgivare följer upp alla patienter efter tre månader. Flera vårdcentraler har blivit godkända för vårdval KBT och på det sättet gett utrymme för egna terapeuter att arbeta med KBT genom särskild finansiering utöver

det ordinarie primärvårdsuppdraget. Grunden för finansieringen kommer att vara de statliga satsningarna på rehabilitering men vårdvalet utvecklas för att långsiktigt finansieras genom regionens egna resurser. Även i det nya vårdvalet ställs krav på remiss från patienterna.

Utöver fristående vårdval utvecklas nya tilläggsuppdrag avseende bättre omhändertagande av hjärtsviktpatienter för vårdcentraler samt öppenvårdsgynekologi för barnmorskemottagningar respektive vårdcentraler. Bakgrunden till det första tilläggsuppdraget är att flera hjärtsviktpatienter i Region Skåne enbart får sin vård från specialister och saknar vårdkontakt med primärvården. Följsamheten till de nationella riktlinjerna bedöms som alltför låg. Med bättre kontakt i primärvården och tidiga insatser vid behov är ambitionen att vården förbättras för patientgruppen. Det skulle även kunna ge avlastning för sjukhusen i form av färre akuta besök och inläggningar. Inom ramen för tilläggsuppdraget har en intervention utformats som bl.a. fokuserar uppföljning av patienternas vikt. På godkända hjärtsviktsmottagningar ska det finnas namngiven allmänläkare respektive specialist i kardiologi, samt särskild sjuksköterska som samordnar vården för minst 50 hjärtsviktpatienter. För tilläggsuppdrag inom öppenvårdsgynekologin är målsättningen att förbättra tillgängligheten, höja kompetensen vid vårdcentraler och barnmorskemottagningar och sprida de resurser som idag är koncentrade till områden där gynekologer finansierade genom nationell taxa valt att etablera sig.

Nya fristående vårdval som ska utredas berör vårdprocesser inom delar av ortopedin (ledplastik, menisksador) respektive hela patientprocesser inom neurologin (MS, Parkinson, postpolio) inklusive samverkan med kommun, habilitering och specialiserad rehabilitering. Åtminstone för neurologin finns ambitioner att arbeta med någon form av riskjusterad kapitering som grund för ersättningen. Ytterligare tilläggsuppdrag till vårdcentraler som ska utredas berör barnmedicin samt patienter med flerfunktionshinder och traumatiska hjärnskador. Ambitionen när det gäller barnmedicin är att tillföra primärvården ökad kompetens. För flerfunktionshinder respektive traumatiska hjärnskador är ambitionen att samla omhändertagandet av patienterna på färre vårdcentraler så att kvaliteten i verksamheten kan öka.

Region Halland

Utvecklingen av vårdvalssystem inom specialistvården i Halland har föregåtts av en lång process med breda diskussioner och genomgång av förutsättningarna inom 16 olika specialistområden. En central fråga vid denna genomgång var i vilken utsträckning sjukhusets resurser behövdes för att bedriva verksamheten. En ytterligare viktig fråga var i vilken utsträckning

det fanns behov av strukturella förändringar i verksamheten, som innebar att införande av vårdval var olämpligt. Även andra aspekter bedömdes, såsom behov av jour, kompetensförsörjning samt förutsättningar för att skapa en ekonomi i balans. Genomgången av de 16 områdena resulterade i bedömningen att det inte fanns något område som inte skulle vara lämpligt för konkurrensutsättning och vårdval. Mot bakgrund av pågående strukturförändringar vid Hallands Sjukhus ansågs det emellertid lämpligt att skjuta fram tidpunkten för införande av vårdval på flera områden.

Utgångspunkten i Halland är i första hand att införa vårdval för hela specialistområden, med möjlighet till vissa begränsningar. Under 2013 utvecklades en generell modell för vårdval inom specialistvården, med tillämpningar för hudsjukdomar och öppen vuxenpsykiatri med avgränsning till depressioner och bipolär sjukdom. Vårdval inom dessa båda områden införs under 2014. När det gäller generella principer ställer Vårdval Halland krav på att privata vårdgivare ska bidra solidariskt utifrån de egna verksamheternas volym till bemanningen av jourlinjer inom respektive specialitet. Sådana bidrag kan antingen utgå i form av ekonomisk ersättning (avdrag på ersättningen) eller med läkartid. Det är Hallands Sjukhus som ansvarar för driften av jourlinjer och som avgör om godkända vårdgivare får bidra med läkartid till juren eller med ekonomisk ersättning. En annan generell princip är ambitionen att utveckla en vårdepisodersättning inom respektive vårdval istället för ersättning baserat på enskilda besök och åtgärder. En ytterligare princip är att vårdgivare och landstinget ska ha ett delat kostnadsansvar i den händelse verksamhetens totala volym och ersättning överstiger den budget som beslutats för respektive vårdval. I princip åstadkoms detta genom att priset på olika vårdepisoder sänks för samtliga vårdgivare om ett förutbestämt kostnadstak nås. Landstinget kan välja hur stor andel av eventuell överstigande kostnad man är beredd att ersätta, t.ex. 50 procent av eventuell överstigande kostnad. Resterande del betalas då kollektivt av vårdgivare genom reducerade ersättningsnivåer.

Definition av uppdragen till vårdgivare inom hud och vuxenpsykiatri baseras på ett gränssnittsarbete under 2013 där tre frågor fokuserades:

- › Vad är det som inte behöver sjukhusets resurser?
- › Var går gränsen till öppenvård som behöver sjukhusets resurser?
- › Vad ska skötas inom allmänmedicinen, dvs. inom ramen för vårdval i primärvården?

Med utgångspunkt i definierat uppdrag inom respektive specialitet har olika vårdepisoder definierats och kostnadsberäknats (se tabell 4.1 och 4.2). För båda verksamheterna har enskilda besök definierats som separata vårdepi-

der. Därutöver finns ett dussintal olika vårdepisoder inom hudsjukvård. Varje vårdepisod omfattar inledande och avslutande läkarbesök och en serie av behandlingar som t.ex. kan omfatta ljus- och/eller läkemedelsbehandling. Inom psykiatrin avser vissa vårdepisoder utredning medan andra avser viss behandling för depression eller bipolär sjukdom utifrån fastställt behov.

Ersättningsnivåerna baseras på en självkostnads kalkyl där uppskattad tid från läkare, sjuksköterska m.fl. är grunden och övriga kostnader beaktas genom pålägg. Ersättningen har även jämförts och justerats utifrån motsvarande ersättningar för privata vårdgivare på avtal eller som finansieras genom nationell taxa. Ersättningen innebär i praktiken ett krav på ökad produktivitet i egen regi, särskilt vad gäller öppen vuxenpsykiatri. Eftersom ersättningsnivåerna baseras på ett visst antal behandlingar inom respektive episod finns kompletterande regler som förtydligar förväntningarna på vårdgivare. Om t.ex. antalet ljusbehandlingar som ges till patient understiger viss lägsta nivå blir vårdgivare skyldiga att betala tillbaka en del av ersättningen.

TABELL 4.1. Vårdepisoder definierade inom Vårdval Halland hudsjukdomar (förenklad).

Enstaka normalt läkarbesök
Enstaka omfattande läkarbesök
Enstaka sjuksköterskebesök inklusive patientundervisning
Ljusbehandling
Fotodymanisk terapi (PFT)
Medicinska bad
Bensår
Tumörbedömning
Operation av tumör med misstanke om cancer (extra omfattande)
Kontroll av naevus, patient med många naevus (enstaka besök som kan upprepas)
Digital dermaskopi
Kontaktallergi
Systembehandling
Systembehandling acne
Buckybehandling (Grentz strålning)

TABELL 4.2. Vårdepisoder definierade inom Vårdval Halland vuxenpsykiatri (förenklad).

Enstaka normalt läkarbesök
Enstaka omfattande läkarbesök
Normalt sjuksköterskebesök
Mer omfattande sjuksköterskebesök
Normalt paramedicinskt besök
Mera omfattande paramedicinskt besök
Bedömningsprocess
Fördjupad psykologutredning
Behandling gruppterapi enligt Hesslinger
Behandling gruppterapi enligt Stevenson
Kognitiv beteendeterapi KBT eller psykodynamisk terapi PDT
Farmakologisk behandling vid depression, bipolär sjukdom
Farmakologisk behandling centralstimulantia
Beteendeaktivering i grupp, Ponten 8, Spates
Samråd med kommun, försäkringskassa, arbetsförmedling m.fl.

Vårdepisodersättningen kompletteras med avdrag (viten) om inte definierade kvalitetsmål nås. Eventuella avdrag återinvesteras av regionen i kvalitetsförbättrande åtgärder. Under 2014 kommer dock inga avdrag baserade på kvalitetsmål att användas inom vårdval hud respektive vuxenpsykiatri.

Västra Götalandsregionen

Utvecklingen av nya vårdvalssystem i Västra Götalandsregionen har fokuserat på vårdvalssystem för sjukgymnastik och arbetsterapi. Till skillnad från flera andra landsting omfattas dessa rehabiliteringsresurser inte av det ordinarie vårdvalet i primärvården. Inledningsvis var ambitionen att sjukgymnastik och arbetsterapi skulle ingå i det obligatoriska vårdvalet, men efter invändningar från främst sjukgymnaster finansierade genom nationell taxa blev så inte fallet. Flera alternativa lösningar har utretts och det politiska beslutet blev att förbereda för ett eget Vårdval rehab med införande i maj 2014.

Vårdval rehab har förberetts inom ramen för en projektorganisation med flera olika arbetsgrupper. En separat arbetsgrupp har utvecklat förslag på ersättningsprinciper, men är samtidigt beroende av resultatet av andra arbetsgrupper som t.ex. definierar och avgränsar verksamheternas uppdrag. Uppdraget baseras på att vårdgivare ska erbjuda sjukgymnastik och arbetsterapi på primärvårdsnivå till patienter med eller utan remiss. Sjukgymnaster som etablerar sig inom vårdvalet kan samverka med arbetsterapeuter genom un-

derleverantörsavtal. Merparten av verksamheten ska dock utföras på den adress som ska anges i ansökan. Förskrivning enligt regelverk av hjälpmedel ingår i uppdraget men vårdgivare kommer inte ha kostnadsansvar för dessa förskrivningar.

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter med fördjupad kunskap och erfarenhet har möjlighet att få tilläggsuppdrag inom neurologisk rehabilitering med högre ersättning per besök. Inom teamet ska då även finnas tillgång till logoped. Syftet med detta tilläggsuppdrag är att förbättra tillgängligheten till neuroteam genom att sprida uppdraget till primärvårdsnivån. I nuläget finns de flesta neuroteam på sjukhusen eller bland ett fåtal privata sjukgymnaster finansierade genom nationell taxa.

Inledningsvis diskuterades möjligheten att ersätta godkända vårdgivare utifrån diagnoser och förändring i funktionsförmåga, dvs. en ersättning utifrån vilka resultat som åstadkoms för patienterna. Det saknas dock data och register för att införa sådana principer varför man inledningsvis kommer att ersätta vårdgivare utifrån viktade vårdkontakter. Samtidigt med införandet av vårdvalssystemet kommer man sannolikt att utreda registrering av förändringar i funktionsförmåga som grund för ersättning.

För att bestämma vikter för olika besök genomfördes en enkätundersökning där sjukgymnaster ombads skatta behovet av resursinsatser för olika typer av besök. Eftersom det fanns stora skillnader i enkätsvaren har emellertid bedömningar i projektgruppen och önskemål om hur olika typer av besök ska prioriteras haft större betydelse för de vikter som tagits fram. För att beräkna ersättningsnivåer har den totala tillgängliga budgetramen för vårdvalet fördelats på olika typer av besök utifrån tidigare statistik och simuleringar med antaganden om den framtida utvecklingen. Ersättningsnivåer har också jämförts med ersättningen på nationell taxa samt i vårdvalssystem för sjukgymnaster i Stockholm. För flertalet vårdgivare i egen regi innebär ersättningsnivåerna ett krav på ökad produktivitet.

För att stödja samverkan mellan sjukgymnaster och arbetsterapi reduceras ersättningsnivån om andelen besök hos arbetsterapeuter understiger viss nivå. Denna princip ska motverka att sjukgymnaster genomför besök som kan tas omhand av arbetsterapeuter. Det finns också ett ersättningstak som maximerar antalet besök som kan genomföras av en patient. I förslaget till politiskt beslut finns också möjligheten att införa ett ”yttre tak” som anger maximal ersättning för hela vårdvalet. Om kostnaderna överstiger detta tak kan ersättningsnivåerna reduceras i motsvarande grad motsvarande de principer som utvecklats i Halland.

Utöver ersättning per besök har vårdgivare möjlighet till extra ersättning utifrån geografiska faktorer och beroende på socioekonomisk tyngd hos de patienter som tas emot. De principer som används liknar motsvarande till-

läggsersättningar inom vårdval i primärvården. Det geografiska tillägget baseras på flera faktorer och berör tio av de 49 kommunerna i regionen. För dessa tio kommuner finns ett fast belopp avsatt som delas mellan de vårdgivare som väljer att etablera sig inom kommungränsen. Socioekonomisk tyngd beräknas utifrån care-need-index (CNI) hos de individer som besöker en vårdgivare under en tremånaders period. På samma sätt som i primärvården kommer denna extra ersättning att beröra ett mindre antal vårdgivare. En mindre del av ersättningen kommer även att baseras på målrelaterad ersättning.

Ett praktiskt problem i samband med utvecklingen av Vårdval rehab har varit bristen på data och uppföljning av verksamheten. Denna brist har påverkat utformningen av ersättningsprinciperna och även inneburit att andelen målrelaterad ersättning till en början är liten. Ambitionen är att utveckla uppföljningen och få underlag för bättre ersättningssystem på sikt. Ett praktiskt problem i samband med införandet av Vårdval rehab är att det finns stora skillnader i hur verksamheten har organiserats. Sjukgymnaster finansierade genom nationell taxa förekommer i störst utsträckning i Göteborgsregionen. I vissa geografiska områden är en större andel av verksamheten i egen regi knuten till sjukhusen än vad som är fallet i andra områden. En annan skillnad är i vilken utsträckning sjukgymnaster och arbetsterapeuter samverkat för att uppfylla uppdragen. Många privata sjukgymnaster har utfört en större andel av uppdraget själva, medan sjukgymnaster i offentlig regi i större utsträckning har samverkat med arbetsterapeuter. Från sjukgymnaster finansierade på nationell taxa har också framförts önskemål om möjligheter att inrikta sig på delar av uppdraget och att det ska vara möjligt för enskilda sjukgymnaster att etablera sig. I den modell som tagits fram finns dock krav på samverkan och även ekonomiska incitament som stödjer dessa ambitioner.

Likheter och skillnader

Utifrån de fem fallstudier som beskrivits i detta kapitel kan konstateras att geografiska och befolkningsmässiga förutsättningar inte förklarar de skillnader som finns när det gäller strategier för vårdval. Mest uppenbart är det i Västra Götalandsregionen, som avgränsat utveckling av nya vårdvalssystem till sjukgymnastik och arbetsterapi. Stockholm och Halland har trots helt olika befolkningsmässiga förutsättningar valt målsättningar och ambitioner som är ganska lika. Vårdval enligt LOV betraktas som huvudsakligt alternativ för öppen specialistvård som inte kräver sjukhusets resurser, om det inte finns goda skäl som talar emot en sådan utveckling. De vårdval som utvecklas är i huvudsak fristående och avser hela specialistområden. En avgörande skillnad är att Stockholm redan infört många nya vårdval inom specialistvår-

den. Halland befinner sig fortfarande i ett inledande skede där nya lösningar införs inom i första hand två specialiteter under 2014.

Stockholm och Uppsala har infört flest vårdval men det finns viktiga skillnader. I Uppsala har flera av de vårdval som införts varit avgränsade till viss typ av behandling. Medan Stockholm infört vårdval inom hudsjukvård har Uppsala t.ex. avgränsat vårdvalet inom hudsjukdomar till ljusbehandling för psoriasispatienter. Den verksamheten representerar på samma sätt enbart en av flera olika vårdepisoder som Halland definierat i sitt utvecklingsarbete för vårdval inom hudsjukvården. Några nya privata aktörer har dock inte tillkommit som följd av vårdvalet för ljusbehandling i Uppsala. På samma sätt har vårdval ögonbottenfotografering för diabetespatienter i Uppsala enbart lett till en helt ny privat aktör. De få etableringarna kan sannolikt förklaras av ett minskat intresse från privata aktörer när uppdragen avser en begränsad verksamhetsvolym.

Region Skåne skiljer sig delvis från Halland och Stockholm eftersom man i högre grad valt tilläggsuppdrag som alternativ till nya fristående vårdval. I de tilläggsuppdrag som diskuteras finns vanligtvis en mera tydlig bild över hur verksamheten bör förbättras för viss bestämd patientgrupp. Det är en viktig skillnad jämfört med vårdval för hela specialistområden, där mera allmänna resonemang om förbättrad tillgänglighet, kvalitet och effektivitet vanligtvis utgör målbilden. I några tilläggsuppdrag inom rehabiliteringsområdet i Skåne finns förväntningar om att verksamheter ska koncentreras till färre vårdgivare så att kvaliteten ökar, snarare än att mångfalden och antalet utbudspunkter ska öka.

Vårdval och ersättningsprinciper

För- och nackdelar med olika ersättningsprinciper är ofta föremål för diskussion i hälso- och sjukvården. I början av 1990-talet fokuserade debatten nackdelar med fasta ramanslag, främst att ramanslag inte främjade en hög produktivitet eller lyhördhet gentemot patienters önskemål. Prestationsbaserad ersättning blev lösningen. Under senare tid har istället prestationsbaserade ersättningar beskrivits som ett problem. Det blir för mycket fokus på att generera en så stor volym vård som möjligt, menar man. Dessa bedömningar har också präglat diskussionen om lämpliga ersättningsprinciper inom ramen för nya vårdvalssystem.

I detta kapitel sammanfattas vilken typ av ersättningsprinciper som utvecklats hittills inom ramen för vårdvalssystem inom specialistvården. Därefter behandlas två ersättningsprinciper som fått stort utrymme i debatten och lyfts fram som ideal, även om de ännu inte tillämpas så mycket i praktiken. Det gäller dels vårdepisodersättning, dels ersättning baserat på resultat och utfall för patienterna; målrelaterad ersättning. I många sammanhang diskuteras dessa lösningar sammantaget under begreppet ”värdebaserad ersättning”¹¹ men det är viktigt att skilja dem åt. En vårdepisodersättning kan användas utan ersättning baserat på resultat och utfall. Ersättning baserat på resultat och utfall kan användas i kombination med andra ersättningsprinciper, t.ex. ersättning baserad på vårdkontakter eller diagnosrelaterade grupper (DRG).

I diskussioner om ersättningsprinciper fokuseras ofta just principerna, dvs. på vilka grunder ersättningen ska betalas. Mera sällan diskuteras hur ersättningsnivån eller priserna ska fastställas. Denna frågeställning tas upp

Not 11. Inspirerat av idéer presenterade i Porter ME. (2010) What is value in health care? *New England Journal of Medicine*; 363: 2477–81.

i ett separat avsnitt. Kapitlet avslutas med ett resonemang om alternativ för kostnadskontroll inom vårdvalssystem.

Vilka alternativ prövas i praktiken?

I ungefär nio av tio vårdvalssystem i specialistvården i Stockholm baseras ersättningen på traditionella beskrivningssystem i form av vårdkontakter och åtgärder, dvs. en ersättning för enskilda prestationer. Som framgått tidigare i rapporten finns några få exempel på ersättningsprinciper baserade på vårdepisoder. Mest omdiskuterat är vårdval inom höft- och knäprotesoperationer. I paketpriset för behandlingen ingår alla åtgärder inklusive kostnader för komplikationer och eventuella behov av nya operationer inom viss tid. En mycket liten del av ersättningen (ca 1 procent) baseras på uppföljning av hur stor andel av patienterna som upplever smärtlindring ett år efter operationen, förbättrad livskvalitet samt att behovet är tillgodosett och att vården som helhet varit bra.¹² Samma principer har även införts inom vårdval för ryggkirurgi i Stockholm men då med en större andel av ersättningen (knappt 10 procent) baserat på förändringar i patienters upplevda smärta jämfört med förväntat resultat.

Även i andra landstings vårdvalssystem inom specialiserad vård används i huvudsak en ersättning för viktade vårdkontakter och åtgärder, med några undantag. Exempel är vårdepisodersättning inom vårdvalssystem för höft- och knäprotesoperationer i Uppsala. I Region Halland finns en generell ambition att utveckla vårdepisodersättning inom ramen för nya vårdvalssystem inom specialistvården. Inget sådant vårdvalssystem har ännu införts men två kommer att införas vid årsskiftet. Ersättningsprinciperna för de allra flesta vårdvalssystem i specialistvården påminner därmed om dem som används för vårdgivare som finansieras genom den nationella taxan. Skillnaden är att ersättningsprinciper och -nivåer bestäms av landstingen, som även kan ändra på villkoren.

Även om det ännu finns få genomförda exempel på vårdepisodersättning och ersättning baserat på resultat och utfall finns ambitioner i flera landsting att införa sådana principer. Sju landsting deltar också i det projekt om ”värdebaserad ersättning” som finansieras av Socialdepartementet och genomförs i samverkan med IVBAR.¹³ Vilka förutsättningar finns då att använda vård-

Not 12. Tre procent av ersättningen ligger till grund för beräkning av målrelaterad ersättning. 30 procent av den målrelaterade ersättningen avser i sin tur hur stor andel av patienterna som upplever smärtlindring ett år efter operationen, förbättrad livskvalitet samt att behovet är tillgodosett och att vården som helhet varit bra.

Not 13. Projektet heter ”Nationell samverkan för utveckling av vårdepisodersättning”.

episodersättning inom ramen för vårdvalssystem i specialiserad vård? Vilka är motsvarande förutsättningar att använda ersättningsprinciper baserade på utfall och resultat för patienterna?

Vårdepisodersättning

Inom amerikansk vård har under drygt ett årtionde funnits en debatt om brister i de ersättningsprinciper som används och som i hög grad fokuserar ersättning för prestationer och åtgärder, s.k. ”fee-for-service”. Tillgängligheten till vård blir god (för de som omfattas av försäkring) men nyttan för patienter och för folkhälsan kan vara tveksam. Dels kan marginalnyttan av alla besök och åtgärder vara låg, dels får vårdgivare extra betalt för att korrigera de fel och misstag som kunde ha undvikits i ett tidigare skede. En dåligt utförd operation kan ge dubbel betalning om en infektion leder till att det finns behov av ny operation. Med dessa utgångspunkter har flera debattörer i USA efterfrågat en utveckling mot ”comprehensive payment” dvs. en utveckling mot mera heltäckande och fasta ersättningsprinciper.¹⁴ Diskussionen om bristerna med prestationsbaserad ersättning har även spridits till andra länder, däribland i Sverige.¹⁵

Vad är en vårdepidod?

För att analysera möjligheterna att tillämpa en vårdepidodersättning inom ramen för vårdval i specialistvården finns anledning att först definiera vad en vårdepidod är. En bra överblick ges i en tidigare SPRI rapport från 1997.¹⁶ Utifrån tidigare litteratur görs en skillnad mellan tre olika former av episoder:

- › Episod av ohälsa (”episode of illness”)
- › Sjukdomsepisod (”episode of disease”)
- › Vårdepidod (”episode of care”)

Dessa olika episodbegrepp hänger samman genom att episod av ohälsa är längre än episod av sjukdom som i sin tur omfattar de vårdkontakter som de-

Not 14. Se t.ex. Miller H D. (2009) From volume to value: Better ways to pay for health care. Health Affairs; 28(5): 1418-28.

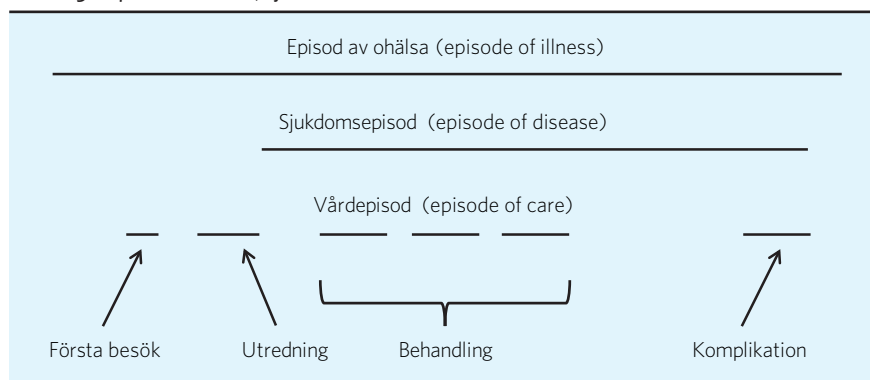
Not 15. De svenska landstingen är förhållandevis snabba på att anamma internationella trender när det gäller nya styrprinciper i vården. Svensk sjukvård var t.ex. bland de första länderna i Europa att införa DRG som beskrivningssystem och underlag för ersättning i början av 1990-talet. Fortfarande används dock DRG i svensk sjukvård i huvudsak som ett beskrivningssystem och för att justera sjukhusens budgetar.

Not 16. Spri (1997) Vårdepidoden - förstudierapport 1996. Spritryck 289. Stockholm: Spri. Definition och resonemang om vårdepidoder i rapporten utgår i stor utsträckning från Hornbrook MC, Hurtado AV, Johnson RE. (1985) Health care episodes: definition, measurement and use. Medical care review; 42(2): 163-218.

finierar en vårdepisod av behandling, se figur 5.1. Episod av ohälsa är det vidaste begreppet och startar när en individ upplever någon form av ohälsa eller besvär och slutar när ohälsan eller besvären upphör. Sjukdomsepisoden startar när problemet får en medicinsk diagnos, vilket i formell mening förutsätter kontakt med vården. För kroniska tillstånd kan sjukdomsepisoder (liksom episoder av ohälsa) vara livslånga. Andra sjukdomsepisoder kan avse tidsperioder på veckor eller dagar.

Vårdepisoden omfattar alla vårdkontakter med en eller flera vårdgivare som en patient haft för ett hälsoproblem. En vårdepisod påbörjas vanligen med någon form av vårdkontakt med sjuksköterska eller läkare. Om inte problemet kan identifieras under första vårdkontakten görs en utredning, som även kan innebära att patienten skickas till någon annan specialist. När problemet är definierat, dvs. när patienten fått en diagnos, startar behandlingen som kan pågå under en begränsad tid men även livslångt. Efter behandlingen kan finnas behov av ytterligare vårdkontakter. Nya behandlingar kan behöva initieras, t.ex. om den första diagnosens var felaktig eller för att hantera komplikationer efter en operation. Fullständig information om vårdepisoden för en enskild patient är på så sätt aldrig känd förrän i efterhand.

FIGUR 5.1. Episod av ohälsa, sjukdom och vård.



För många sjukdomar och hälsoproblem kan antalet vårdkontakter och därmed vårdepisoden vara begränsad. Ett enda besök på en mottagning eller ett telefonsamtal för rådgivning kan beskrivas som en ytterlighet. Start och slutpunkt för vårdepisoden genomförs då inom ramen för en enda vårdkontakt som rymmer både första kontakt, utredning och eventuell behandling. I andra fall är vårdepisoden precis som i figur 5.1 uppdelad på första besök, utredning, behandling och vård vid komplikation.

Vårdepisoden kan också vara mer eller mindre väl avgränsad i tiden. Bra exempel på vårdepisoder med ofta tydlig start och slutpunkt är kirurgiska ingrepp.

För kroniska sjukdomstillstånd är vårdepisoden livslång där vårdkontakter syftar till att så långt möjligt undvika komplikationer och nedsättning i individers funktioner och hälsa och hantera de besvär som ändå uppstår. Starten av vårdepisoden är ofta tidpunkten när sjukdomen diagnosticerades medan slutpunkten snarast är individens död. Vårdkontakter kan vara uppdelade i intervaller med längre avbrott eller enbart sporadiska kontakter om inga problem uppstår. Vårdkontakterna kan i de enklaste fallen genomföras av en enda vårdgivare. En annan ytterlighet är när flera olika vårdgivare är involverade, vilket ställer krav på samverkan.

Hur kan vårdepisoder användas?

Resonemang utifrån både sjukdoms- och vårdepisoder tar utgångspunkt i *vårdens perspektiv* på individers diagnoser och behov av vård. Vård- och sjukdomsepisoder passar därför bra som utgångspunkt när frågor om vårdkonsumtion, resursanvändning och ersättning till vårdgivare ska analyseras. Vårdepisoder kan i detta sammanhang, precis som andra beskrivningssystem, användas på flera olika sätt. En första användning är att följa upp och utvärdera verksamheter över tiden och mellan vårdgivare avseende skillnader i praxis, resultat samt resursanvändning. En sådan uppföljning och utvärdering görs alltid *ex post*, dvs. utifrån data som baseras på individers hela och faktiska vårdepisoder. Andra användningsområden är planering av verksamheten där vårdepisoder kan vara utgångspunkt för prioriteringar, vårdprogram och olika former av riktlinjer. Denna användning utgår då från standardiserade fall *ex ante*, dvs. målsättningar om hur vårdepisoden bör se ut för viss grupp av patienter.

Ett tredje användningsområde är ersättning av hela vårdepisoder. Syftet är då att ge berörda vårdgivare ökade frihetsgrader att utveckla arbetsformerna och ge ekonomiska incitament till en helhetssyn med förutsättningar för bättre samverkan och minskad risk för suboptimeringar av olika slag. Eftersom det genomsnittliga förloppet inte är känt förrän patienten gått igenom utredning och fått en diagnos avser vårdepisodersättningen i regel insatser för behandling och eftervård. Första besök och utredning får i så fall ersättas separat. Vid dessa typer av vårdkontakter är det ännu inte känt vilken vårdepisod i form av behandling som kan bli aktuell för patienterna.

Ersättning av komplexa respektive enkla vårdepisoder

Poängen med en vårdepisodersättning är störst för patientgrupper som har många olika vårdkontakter med flera olika vårdgivare under långa tidsförlopp och där samverkan och helhetstänk är väsentligt för resultaten. Samtidigt är det svårt att definiera vårdepisoder för sådana tillstånd, som kan kräva uppföljning av data från många olika vårdgivare under lång tid. Om vårdepi-

soden baseras på patienter med kronisk sjukdom, finns ofta en variation i resursbehoven mellan enskilda individer beroende på sjukdomens svårighetsgrad och progression. En sådan variation gör det svårare att bestämma en enhetlig vårdepisodersättning. Vårdgivare med liten volym patienter kan ha otur och få en högre andel patienter med stora besvär, vilket leder till högre förväntade kostnader än ersättningen som baseras på ett genomsnitt för patientgruppen. Med variation i resursbehoven har vårdgivare också anledning att försöka undvika patienter med stora besvär eftersom dessa leder till högre kostnader och sämre ekonomiskt utfall. Ersättningen måste därför riskjusteras.

Det förmodligen mest svårlösta problemet vid ersättning för komplexa vårdepisoder som berör många olika vårdgivare är vem som ska ta ett övergripande ledningsansvar för verksamheten. En vårdsepisodersättning för t.ex. diabetespatienter kan baseras på att primärvården får ta ett kostnadsansvar också för den sjukhusvård som diabetespatienter konsumerar. Primärvården får då betala för de vårdbehov som uppstår i sjukhusvården. En annan möjlighet är att en ny organisation bildas med särskilt ansvar för diabetesvård på både primär- och specialistnivå. Det förutsätter att det finns en vårdgivare med övergripande ledningsansvar som kan utmana befintliga arbetssätt och omfördela resurser bland de vårdgivare som berörs. Ansvarsutkrävande från finansören kan riktas mot denna övergripande nivå, snarare än mot vårdgivare och kompetenser på verksamhetsnivån. Det kan dock finnas olika meningar om vem som är mest lämpad att ta ett övergripande ledningsansvar och om ”någon annan” kan bedöma behovet av de insatser som en viss specialitet gör för patienterna. Allmänläkare kan dessutom ha andra synpunkter än specialistläkare på vilka insatser som ska göras för patienter med många olika samtidiga sjukdomar.

Det är metodologiskt enklare att definiera vårdepisoder för tidsmässigt avgränsade sjukdomar och diagnoser med få inblandade vårdgivare, t.ex. ett kirurgiskt ingrepp. Förutom att det är enklare att definiera vårdepisoder för exempelvis höft- och knäprotesoperation finns också en högre grad av resursmässig homogenitet. En höft- eller knäprotesoperation är i hög grad standardiserad där alla patienter följer ett mer eller mindre enhetligt program med inledande bedömning, operation och eftervård. Variationen i resursbehoven kan reduceras ytterligare genom att undanta de svårare patientfallen från vårdvalssystemet. Det har stor betydelse för möjligheten att definiera ersättningsnivåer och för de krav som ställs på vårdgivare att kunna hantera finansiell osäkerhet till följd av kostnadsvariationer. Med denna utgångspunkt kan hävdas att vårdepisodersättning i Sverige hittills införts på områden där det är förhållandevis enkelt, snarare än där det är allra mest motiverat.

Vårdepisodersättning och vårdens kvalitet

För att återknyta till diskussionen om principaler och agenter i kapitel två ger en fast ersättning vårdgivare stora frihetsgrader att själva utforma verksamheten. En vårdepisodersättning passar därför väl in i varje professions målsättning att uppnå autonomi. Möjligheten att utforma arbetssätt och kontakter med patienter utan hänsyn till vilka enskilda insatser som ger betalt har också lyfts fram som en stor fördel med vårdepisodersättning sett utifrån patienternas och landstingens perspektiv. Samtidigt får man inte glömma bort att frihetsgraderna också kan medföra problem i den utsträckning mål och intressen mellan parterna skiljer sig.

Ett väl dokumenterat och generellt problem med alla former av fasta ersättningar är att det finns ekonomiska incitament för vårdgivare att reducera vårdens kvalitet i den mån det inte drabbar de egna kostnaderna eller intäkterna, s.k. ”skimping”.¹⁷ Med fasta ersättningar är det främst genom åtgärder på kostnadssidan som vårdgivare kan generera ytterligare ekonomiska överskott per behandling eller patient. En annan åtgärd för att förbättra den egna ekonomin är att överföra kostnader på andra, t.ex. genom att ”olönsamma” patienter hänvisas till någon annan vårdgivare. Det är avgörande skillnader mot ersättningssystem där intäkterna bestäms av hur mycket åtgärder som sätts in för patienterna eller av vilka resultat som uppnås.

Möjligheterna att agera opportunistiskt varierar naturligtvis mellan områden och patientgrupper och beror även på styrningen i övrigt. Vid vårdepisodersättning för standardiserade kirurgiska ingrepp kan problemen sannolikt undvikas helt. Det kan också vara enklare att bedöma utfallen för patienterna, särskilt i de fall nyttan handlar om att lindra smärta och återskapa funktionsförmåga. Ett paketpris för kirurgiska ingrepp kan också kombineras med en komplikationsgaranti, som innebär ett kostnadsansvar för t.ex. infektioner och behov av ny operation som uppstår inom viss tid. Som beskrivits tidigare i rapporten används sådana principer inom vårdval för höft- och knäprotesoperationer och ryggkirurgi. I dessa fall skapas ekonomiska incitament att göra rätt från början för att undvika kostnader på sikt.

Vid mera komplexa vårdepisoder kan det vara svårare att bygga in ekonomiska incitament i vårdepisodersättningen som motverkar ”skimping”. Det är i många fall också svårare att bedöma utfall för patienterna på kort sikt. Det är långt ifrån alla åtgärder i vården som ger så tydligt utslag på patienters livskvalitet som kirurgi i syfte att reducera smärta. En dålig diabetesvård kan få allvarliga konsekvenser långt fram i tiden, när patienten kanske tas omhand av någon

Not 17. Se t.ex. Ellis RP. (1998) Creaming, skimping and dumbing: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of health economics*; 17(5): 537-555 eller Robinson JC. (2001) Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*; 79(2): 149-77.

annan vårdgivare. Kopplingen mellan framtida vårdbehov på grund av komplikationer och bristande diabetesvård är svår att bevisa. På kort sikt är man istället hänvisad till att följa upp olika kliniska mått, som åtminstone kan ge indikationer på kvaliteten i vården. Sådan uppföljning kan dock leda till att vårdgivare försummar andra kvalitetsparametrar som inte fokuseras eller mäts.

Det finns flera åtgärder för att reducera problemen till följd av ”skimping” i samband med vårdepisodersättning.¹⁸ En tänkbar åtgärd är att undanta särskilt dyra insatser från vårdgivares kostnadsansvar eller att undanta patienter med höga kostnader. I landstingens vårdvalssystem finns exempelvis undantag för biologiska läkemedel för hudsjukdomar och begränsningar i kostnadsansvar för implantat i samband med ryggkirurgi. Det finns också begränsningar i kostnadsansvaret för komplikationer efter höft- och knäprotesoperation. En annan åtgärd är att förtydliga riktlinjer för behandling och eventuella koppla samman dessa med en målrelaterad ersättning. Ytterligare åtgärder är att följa upp vilka insatser som görs hos vårdgivare inom ramen för en vårdepidod och ställa krav på viss miniminivå av insatser för att hel ersättning ska utgå. Sådan uppföljning kan också ge anledning att revidera ersättningsnivåerna eller att genomföra revision av praxis hos enskilda vårdgivare.

”En generellt sett kraftfull åtgärd för att motverka opportunistiskt beteende är införande av konkurrens. I ett vårdvalssystem är utgångspunkten att individer och patienter ska välja bort vårdgivare med dålig kvalitet.”

En generellt sett kraftfull åtgärd för att motverka opportunistiskt beteende är införande av konkurrens. I ett vårdvalssystem är utgångspunkten att individer och patienter ska välja bort vårdgivare med dålig kvalitet. Den vårdcentral som tummar på kvaliteten får förhoppningsvis dåligt rykte bland befolkningen och kan även bli föremål för medicinsk revision och utestängning från vårdvalsmarknaden genom landstingets beslut. Motsvarande lösningar kan användas inom vårdvalssystem i specialistvården. Det förutsätter att information om vårdgivares kvalitet och resultat görs tillgänglig och begriplig

Not 18. Se t.ex. Miller H D. (2009) From volume to value: Better ways to pay for health care. Health Affairs; 28(5): 1418-28.

för patienter och/eller att patienter kan diskutera val av vårdgivare i specialistvården med en allmänläkare i primärvården.

Vårdepisodersättning sammanfattat

Sammanfattningsvis kan konstateras att utformningen av en vårdepisodersättning kan vara både enkel och svår beroende på:

- Möjligheten att definiera start- och slutpunkt samt episodens längd.
- Hur många vårdgivare som berörs i en vårdepisod och betydelsen av samverkan och helhetssyn.
- Möjligheten att följa upp vårdkontakter inom vårdepisoden inom ramen för existerande beskrivnings- och uppföljningssystem.
- Graden av variation i förväntade kostnader mellan patienter, och förutsättningar för riskjustering av ersättningsnivåer.

Den allra enklaste vårdepisoden avser ett enda besök där bara en vårdgivare berörs och där insatsen är helt standardiserad. En vårdepisodersättning skiljer sig i så fall inte från en traditionell ersättning per definierat besök. Korta och väl definierade vårdepisoder med tydlig start och slutpunkt kan jämföras med paketpriser för en behandling eller serie av behandling. Skillnaden jämfört med ersättning utifrån DRG är inte så stor. Även en DRG-ersättning kan kombineras med kostnadsansvar för komplikationer.

De mest komplexa vårdepisoderna är livslånga, kräver samverkan mellan flera olika vårdgivare och har en stor variation i patienters behov och förväntade vårdkostnader. För den typen av vårdepisodersättning är det en utmaning att utveckla fungerande uppföljningssystem och definiera ersättningsnivåer som uppfattas som rättvisa. En än större utmaning är att utse ett ledarskap för vårdepisoden, som kan ta emot en vårdepisodersättning och fördela resurserna till enskilda vårdgivare. Lösningar baserade på komplexa vårdepisoder kräver också att vårdgivare har tillräcklig volym på verksamheten så att variationer i kostnader bland patienter kan hanteras. Vårdvalssystem för den typen av vårdepisoder kan därför vara svår att förena med önskemål om en mångfald bland vårdgivare.

En viktig slutsats av genomgången är att en vårdepisodersättning alltid måste kompletteras med särskild ersättning för första besök och utredning, om vårdgivare i ett vårdvalssystem möter patienter vars behov inte är definierade. Vårdgivare i ett vårdvalssystem för exempelvis höft- och knäprotesoperationer kan i hög grad baseras på vårdepisodersättning eftersom behoven i stor utsträckning är fastställda. Vårdgivare i ett vårdvalssystem för hudsjukdomar, däremot, måste i högre grad få ersättning för enskilda besök och utredningar eftersom man tar emot en mängd olika patienter där behovet av behandling inte är definierat på förhand.

Målrelaterad ersättning baserat på resultat och utfall

Särskild ersättning baserat på indikatorer som återspeglar resultat och utfall för patienterna kan ge ekonomiska incitament att förbättra kvaliteten.¹⁹ En sådan ersättning är därför särskilt intressant och motiverad i kombination med en vårdepisodersättning. En ersättning utifrån resultat och utfall utgår också ifrån att kunskaperna finns hos vårdgivarna själva, som ges förtroende att själva välja lösningar för att nå målen. Det är en stor skillnad jämfört med målrelaterad ersättning som baseras på struktur- och processmått, dvs. ersättning för vissa bestämda åtgärder och insatser. För att återknyta till diskussionen om principaler och agenter passar ersättning baserat på resultat och utfall (liksom vårdepisodersättning) väl med varje professions målsättning att uppnå autonomi. Det förutsätter dock att professionen själv fått vara med och definiera vilka resultat och utfall som ska vara föremål för ersättning.

För- och nackdelar med ersättning utifrån resultat och utfall

Principiellt skulle kunna hävdas att det alltid är bättre att ersätta vårdgivare baserat på resultat och utfall för patienterna än t.ex. baserat på besök. Det finns dock flera praktiska invändningar som också innebär begränsningar när principen används inom vårdvalssystem. Som framgått tidigare i rapporten är ersättning utifrån resultat och utfall också en liten del av den totala ersättningen i de få vårdvalssystem där principen använts hittills. Mera generellt har ersättning utifrån resultat och utfall för patienterna både för- och nackdelar precis som andra ersättningsprinciper, se tabell 5.2.

Ett första problem handlar om hur resultat och utfall ska definieras och mätas. Mått som kan vara bra i övergripande jämförelser kan vara direkt olämpliga som grund för ersättning till enskilda vårdgivare. Ett vanligt mått vid jämförelse av kvalitet mellan sjukhus är exempelvis dödlighet efter hjärtinfarkt, lunginflammation eller någon annan diagnos med hög dödlighet. Dessa grova mått mäter dock inte andra viktiga kvalitetsskillnader som handlar om förändringar i livskvalitet och patientens upplevelser. Om det är patienternas upplevelser man är ute efter kan förändringar mätas utifrån enkäter. Det finns flera generiska livskvalitetsinstrument (t.ex. SF-36, EQ-5D)²⁰ som mäter förändringar i livskvalitet generellt, men även specifika instrument som mäter funktionsförmåga, smärta och liknande. Beroende på vilket instrument som väljs och hur mätningarna sker kan de uppmätta resultaten variera.

Not 19. Se t.ex. Sutton M, et al. (2012) Reduced mortality with hospital pay for performance in England. *New England Journal of Medicine*; 367(19): 1821-8.

Not 20. För ytterligare information om val av instrument för att mäta hälsorelaterad livskvalitet, se www.promcenter.se.

Även om patientnyttan mäts på ett invändningsfritt sätt kan resultat och utfall för patienterna uppkomma på olika lång sikt. I samband med rygckirurgi eller höft- och knäprotesoperation uppnås smärtlindring på kort sikt. En sådan effekt kan fångas upp genom en enkät som mäter generell förändring i livskvalitet eller förändring i smärta och funktionsförmåga efter exempelvis tre, sex och tolv månader. För många andra patientgrupper uppkommer den egentliga patientnyttan på längre sikt, vilket gör det svårt att koppla effekterna till ett ersättningssystem. Det kan handla om att undvika att en kronisk sjukdom utvecklas och förvärras eller att undvika komplikationer av olika slag. På kort sikt kan t.o.m. den upplevda patientnyttan försämrans i form av de uppoffringar som patienten måste göra för att få bättre hälsa på längre sikt. Alternativa mått för att mäta resultat och utfall inom ramen för ett ersättningssystem är komplikationer, återfall och kliniska mått av olika slag. För diabetes används t.ex. målvärden för blodsocker, blodtryck och kolesterol som indikatorer på resultat inom ramen för målrelaterad ersättning. Man får då vara medveten om att kopplingen mellan dessa intermediära mått och den egentliga patientnyttan är delvis osäker.

Ett annat problem med ersättning baserat på resultat och utfall handlar om i vilken grad patientnyttan kan tillskrivas vårdgivarnas insatser. Detta problem diskuteras i engelsk litteratur under begreppet "attribution".²¹ Utifrån detta perspektiv finns alltid behov av riskjustering vid jämförelse av vårdgivares resultat, så att hänsyn tas till patienternas initiala hälsa och komplicerande omständigheter. Om riskjustering ska vara möjligt krävs i sin tur kunskap om den aktuella patientgruppen som baseras på tidigare studier där man visat på betydelsen av olika egenskaper hos patienterna för de resultat som kan uppnås.

En principiell fråga i sammanhanget är i vilken grad vårdgivare ska hållas ansvariga för resultat och utfall som man i begränsad utsträckning kan påverka. Utfall för patienterna beror inte bara på vilken behandling som ges och individers riskprofil utan kan även bero på om patienterna följer råden från sin vårdgivare. En rimlig lösning kan vara att vårdgivaren inte blir ansvarig för påverkan från faktorer som t.ex. patientens ålder eller samsjuklighet (vilket kräver riskjustering av data) men fullt ansvarig för patientens följsamhet till behandlingsrekommendationer. En sådan lösning är dock inte oproblematisk. Beroende patienters utbildningsnivå etc. kan det vara mer eller mindre svårt att uppnå bra resultat. En annan viktig aspekt är hur utfall och resultat ska värderas mellan patientgrupper med olika svåra besvär. Principiellt sett kan det vara mer värdefullt att öka hälsan lite för de som har svåra besvär, jämfört med att öka hälsan lika mycket bland dem som redan har god hälsa. En sådan prioritering av de svårast sjuka stämmer också med Riksdagens riktlinjer.

Not 21. Se exempelvis Davies H. (2006) Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. Discussion paper. NHS Quality Improvement Scotland.

Ett särskilt problem med indikatorer på resultat och utfall är att de även påverkas av slumpmässig variation. Det kan därför vara svårt att påvisa statistiskt signifikanta skillnader mellan vårdgivare även efter en riskjustering. Det är ett problem särskilt för små vårdgivare med litet patientunderlag. Om indikatorer på resultat och utfall ändå används som grund för ersättningen finns risk att man belönar delvis slumpmässigt, snarare än utifrån verkliga resultat. Med större volym på verksamheten innebär ”de stora talens lag” att variationer uppåt och nedåt tar ut varandra. På samma sätt som en vårdepidemiologisk ersättning så främjar en ersättning baserat på resultat och utfall därför snarast en koncentration av verksamheten.

TABELL 5.2. För- och nackdelar med ersättning utifrån resultat och utfall.

Fördelar	Nackdelar
Resultatindikatorer bidrar till fokus på utfall för patienterna och en helhetssyn, vilket svarar mot hälso- och sjukvårdens övergripande målsättningar.	I många sammanhang är det svårt att mäta egentliga resultat och utfall för patienterna, åtminstone på kort sikt.
Resultatindikatorer är mer meningsfulla för patienter, befolkningen och sjukvårdens finansierare, jämfört med processindikatorer som ofta bara kan förstås av professionen.	Utfall och resultat påverkas av många faktorer. Flera av dessa kan inte kontrolleras av vårdgivare.
Resultatindikatorer innebär att vårdgivare uppmanas att experimentera med nya arbetsformer och främjar därför innovationer.	Slumpmässig variation innebär att det kan krävas ett stort patientunderlag för att påvisa skillnader mellan vårdgivare.
Resultatindikatorer främjar framtagande av långsiktiga strategier som bidrar till måluppfyllelse, t.ex. investeringar i förebyggande insatser.	Resultat och utfall uppkommer först på sikt, vilket innebär att man i många sammanhang måste använda kliniska (intermediära) resultatmått för att påvisa skillnader mellan vårdgivare inom rimlig tid.
Resultatindikatorer är svårare att manipulera, även om vårdgivare kan påverka utfall genom att exempelvis överdriva patienters svårighetsgrad (s.k. ”upstaging”).	Bra utfall för patienterna kan uppstå trots dålig kvalitet på vårdprocessen (och tvärtom) vilket ger osäkerhet i bedömningen av vårdgivare.

Källa: Baserad på Davies H. (2006) Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. Discussion paper. NHS Quality Improvement Scotland.

För- och nackdelar med ersättning utifrån struktur- och processmått

Ersättningsprinciper baserat på resultat och utfall utgår ifrån att vårdgivarna själva har den bästa kunskapen om vilka insatser som ska göras för patienterna. Även om detta låter sympatiskt så behöver det inte alltid vara fallet, åtminstone inte generellt. Inom områden där det finns tydlig evidens men där praxis ändå varierar är en rimlig förklaring att vårdgivare utvecklat egna tumregler som inte alltid är underbyggda med kunskap. Med sådana brister

kan det vara bättre att tydligt ange hur vården ska bedrivas (riktlinjer) och/ eller ge ersättning baserat på indikatorer som återspeglar vilka processer som är önskvärda. Det kan t.ex. avse att vårdgivare medverkar i relevanta kvalitetsregister eller följer upp utfallen för alla behandlade patienter inom viss tid. Man får då beakta de nackdelar som finns med denna användning av målrelaterad ersättning, inklusive risken för en protokollstyrd vård, se tabell 5.3.

TABELL 5.3. För- och nackdelar med ersättning utifrån processindikatorer.

Fördelar	Nackdelar
Processer är ofta enkla att mäta och kan hämtas från journaler.	I många sammanhang finns brist på evidens, som kanske enbart gäller specifik process för viss avgränsad patientgrupp.
Processer är ofta enkla att tolka genom referenser till tidigare studier om samband mellan process och resultat för patienterna.	Ny evidens kräver att tidigare indikatorer uppdateras.
Processindikatorer kan identifiera kvalitetskillnader mellan vårdgivare utifrån mindre dataurval jämfört med resultatindikatorer.	Processindikatorer kan i högre grad manipuleras av vårdgivare. Det gäller både om, hur och till vilka patientgrupper som process utförs.
Processindikatorer ger tydlig vägledning om hur kvaliteten kan förbättras. Insatser för att förbättra processer kan sättas in snabbt, medan brister i resultatindikatorer uppkommer först på sikt.	En protokolldriven vård kan skapa liten nytta för enskilda patienter. Det gäller särskilt vertikala, sjukdomsspecifika processmått för patienter med flera kroniska sjukdomar.
Processindikatorer kan fånga värden i vården som inte mäts i resultatindikatorer. Det gäller t.ex. väntetider och patientupplevelser.	Ersättning för processindikatorer kan förhindra förnyelse och innovationer i arbetssätt och erbjudanden.

Källa: Baserad på Davies H. (2006) Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. Discussion paper. NHS Quality Improvement Scotland.

Målrelaterad ersättning sammanfattat

Sammanfattningsvis kan ersättning baserat på resultat och utfall för patienterna vara ett värdefullt komplement till befintliga ersättningsprinciper. Utgångspunkten är att kunskapen finns (eller borde finnas) hos vårdgivarna själva, som ges förtroende att välja de insatser som passar olika patienter bäst och att man kan välja olika vägar för att nå målen. En ersättning baserat på resultat och utfall kan dock ge begränsade effekter bland vårdgivare som inte vet hur utfallen kan nås. En ersättning för resultat och utfall kan därför kombineras med åtgärder som sprider kunskaper respektive kompetens om lokalt förbättringsarbete. Resultat och utfall kan också förklaras av faktorer som inte vårdgivarna själva kan påverka, liksom av slumpen. Ersättningsprinciper är därför svårare att tillämpa på små vårdgivare med liten patient-

volym. Ibland kan en målrelaterad ersättning utifrån struktur- och processindikatorer vara att föredra, trots brister, eller att man använder en kombination av indikatorer.

Ersättningsnivåer

Medan förhållandevis mycket fokus ägnas åt val av ersättningsprinciper diskuteras i mindre utsträckning hur själva prissättningen av de tjänster som definierats ska gå till. I ett vårdgivarperspektiv är ersättningsnivån sannolikt av större betydelse än principerna, som man alltid kan anpassa sig till. Det finns också en koppling mellan principer och nivåer. En fast ersättning innebär allt annat lika en större finansiell osäkerhet för vårdgivaren.²² Ersättningsnivån måste då ge vårdgivare en premie som motsvarar denna osäkerhet, dvs. ersättningen måste vara lite högre för att vårdvalsmarknaden ska uppfattas som lika attraktiv jämfört med om ersättningen baserats på faktiska insatser och åtgärder. Det kan också förklara varför många privata vårdgivare tycks föredra ersättning per prestation, trots att frihetsgraderna blir mindre.

Om det tidigare finns upphandlade avtal med privata vårdgivare kan dessa priser användas som en referens när ersättningsnivån inom vårdvalssystem enligt LOV ska bestämmas. Man får då beakta att vårdvalssystem innebär en annan form av konkurrens med högre osäkerhet för vårdgivare, vilket kan kräva en högre ersättningsnivå jämfört med upphandlade avtal enligt LOU. I de fall ersättningen baseras helt på kostnader i egen regi finns risk för att tidigare ineffektiviteter byggs in i ersättningen, alternativt att ersättningsnivån avser en verksamhet med större (eller mindre) ansvar än det som ska gälla inom vårdvalet.

En annan utgångspunkt är helt enkelt vilka prioriteringar man vill se hos vårdgivare. Om ersättningen för hembesök eller andra önskvärda handlingar sätts högre än kostnaderna skapas ökat ekonomiskt intresse av att utföra handlingarna. I landstingen finns vanligen också en önskan att ersättningsnivåerna ska vara tillräckligt attraktiva så att vårdgivare på nationell taxa väljer att gå över i vårdvalet. Ersättningsnivåer som används i nationella taxan blir då en viktig referens. Ofta innebär fastställda ersättningsnivåer krav på ökad produktivitet i egen regi, jämfört med historiska data om verksamhetsvolym och kostnader.

Vid vårdepisodersättningar för helt nya uppdrag där många vårdgivare är inblandade är initiala beslut om rimliga ersättningsnivåer förknippade med stor osäkerhet. Det kan finnas goda möjligheter för vårdgivare att reducera kostna-

Not 22. Jegers M, et al (2002): A typology for provider payment systems in health care. Health Policy; 60: 255-73.

derna när man inför nya sätt att arbeta. Ersättningsnivån bör då i princip justeras nedåt för att förhindra en orimligt hög långsiktig lönsamhet. Detta är dock problematiskt sett ur vårdgivares perspektiv, som fattat beslut om etablering utifrån viss ersättningsnivå. Ersättningsnivån kan också vara för låg och behöva justeras uppåt, vilket naturligtvis är enklare för vårdgivare att acceptera.

”Vid vårdepisodersättningar för helt nya uppdrag där många vårdgivare är inblandade är initiala beslut om rimliga ersättningsnivåer förknippade med stor osäkerhet. Det kan finnas goda möjligheter för vårdgivare att reducera kostnaderna när man inför nya sätt att arbeta.”

För att undvika problem med kostnadsbaserade priser kan man som tidigare diskuterats genomföra upphandlingen i två steg; först upphandling enligt LOU i nya innovativa former som övergår i ny upphandling enligt LOV utifrån erfarenheter under den första avtalsperioden. Särskilt om den tjänst som avses är definierad på ett helt nytt sätt kan det finnas anledning att pröva en sådan tvåstegsprocess.

Vid alla former av fasta ersättningar är det viktigt att ersättningsnivån successivt revideras för att beakta ny medicinsk teknologi. Om inte nivåer justeras kan en fast ersättning för visst uppdrag hämma införandet av exempelvis nya läkemedel. Ett alternativ på kort sikt är att ny medicinsk teknologi ersätts separat och införs i kontrollerade former utan inblandning av ekonomiska incitament. Efterhand som kunskaper om användning och konsekvenser ökar kan den nya teknologin omfattas av vårdgivares kostnadsansvar och ersättningar. Motsvarande principer används i flera länder för att justera DRG-ersättningar.

Alternativ för kostnadskontroll

Alternativ för kostnadskontroll påverkas i hög grad av hur uppdragen för vårdgivare inom vårdvalssystem definieras och hur ersättningsprinciperna är utformade. Inom vårdvalssystem där vårdgivare har i uppdrag att tillhandahålla viss behandling eller ett helhetsansvar för patientgrupp med viss diagnos är behovet av kostnadskontroll relativt sett lägre. Exempel är vårdvals-

system för kirurgiskt ingrepp (höft/knäprotesoperation, rygg), ljusbehandling till patienter med psoriasis eller helhetsansvar för patienter med neurologisk sjukdom. Ersättningen kan i dessa fall i hög grad baseras på paketpriser, vårdepisodersättning eller t.o.m. kapitering. Sådana ersättningsprinciper ger kostnadskontroll över de insatser som görs inom ramen för en behandling eller vårdepisod, men de ger ingen kontroll över volymen patienter som får en diagnos och uppfattas ha behov av viss behandling. Kompletterande åtgärder för att skapa god kostnadskontroll kan därför fokusera indikationsgränser för behandling.

I andra vårdvalssystem där vårdgivare möter patienter med många möjliga diagnoser kommer ersättningsprinciperna i högre grad att baseras på enskilda besök. Det finns då en rad alternativ som kan bidra till kostnadskontroll var för sig eller i kombination. En åtgärd för att skapa begränsningar i verksamhetens volym är att införa patientavgifter. Med höga avgifter blir efterfrågan på ett första besök begränsad, eftersom det i första hand är patienterna själva som initierar första vårdkontakten. Ett uppenbart problem är dock att den avskräckande effekten kan bli alltför hög och att den alltid är högre för individer med lägre inkomster. Ett alternativ om man vill dämpa efterfrågan generellt är därför att införa krav på remiss för verksamheten så att de enkla fallen i större utsträckning tas omhand i primärvården. Om ett sådant krav kombineras med kostnadsansvar för den vårdgivare som utfärdar remissen blir den ransonerande effekten än högre. Det är dock ovanligt att kombinera nya vårdvalssystem i specialistvården med krav på remiss. Sådana krav begränsar också individers valmöjligheter.

När ersättningsprinciperna baseras på antal enskilda besök och åtgärder utan krav på remiss finns störst anledning att vara bekymrad över kostnadskontrollen. I princip kan man tänka sig att formulera ett fast tak för ersättningen per patient, t.ex. max antal besök, alternativt att ersättningen minskar efter viss volym.²³ Taket eller den avtagande ersättningen kan gälla för patienter enskilt eller i genomsnitt för en grupp patienter. En ytterligare variant av kostnadskontroll som utvecklats i Region Halland är ett delat kostnadsansvar mellan landsting och vårdgivare i den händelse volymen vård överstiger den planerade (se kapitel fyra). Varje vårdgivares ersättning påverkas då av hur andra vårdgivare agerar, vilket gör ersättningsformen mindre transparent. Sett ur landstingets perspektiv ger dock principen varje vårdgivare ekonomiska incitament att producera så mycket som möjligt, samtidigt som det finns kontroll över totalkostnaderna.

Not 23. I princip finns också möjligheter att införa volymtak för vårdgivare eller enskild yrkesutövare, vilket görs exempelvis för upphandlade verksamheter eller yrkesutövare som finansieras genom nationell taxa. Sådana villkor som begränsar godkända vårdgivares volym svarar dock inte mot formella krav och regler för vårdvalssystem.

Ett annat alternativ för att åstadkomma kostnadskontroll är att följa upp vårdgivare och genomföra revisioner i de fall verksamheten inte svarar mot kraven. Det är exempelvis möjligt att följa upp antalet egenremisser per vårdgivare och hur många patienter som hänvisas till primärvården. Det kan ge åtminstone vissa grova indikationer på om vårdgivare ägnar sig åt verksamhet som egentligen borde tillhöra primärvården.

Olika strategier och deras konsekvenser

De viktigaste strategiska besluten i samband med utformning av vårdval är naturligtvis om vårdvalssystem ska införas eller inte och i så fall inom vilka verksamhetsområden och utifrån vilka målsättningar. Det resonemang som redovisats i kapitel två och särskilt fördelarna med upphandling enligt LOV kan vara stöd inför sådana beslut. Men det finns också strategier och vägval som handlar om hur vårdvalssystemen kan utformas. Detta är den typen av strategier som detta kapitel handlar om.

I praktiken finns en mängd olika sätt att utforma vårdvalssystem i specialistvården, vilket också framgår av utvecklingen i landstingen. På ett principiellt plan är det ändå möjligt att identifiera två olika strategier för hur vårdgivares uppdrag kan definieras. Den första strategin är att uppdragen till vårdgivare inom vårdvalssystem är att ta hand om ”osorterade behov” inom viss specialitet, dvs. en strategi som tar utgångspunkt i en kompetens som kan erbjudas patienter med olika sjukdomar och behov. Exempel på sådana vårdvalssystem är vårdval för hudsjukdomar, öron-, näsa- halssjukdomar, gynekologi, ögonsjukvård eller vuxenpsykiatri. Den andra strategin är att uppdragen till vårdgivare är att tillhandahålla viss bestämd behandling, dvs. en strategi som tar utgångspunkt i viss patientgrupp med ”sorterade behov”. Exempel på sådana vårdvalssystem är ljusbehandling av psoriasispatienter eller ögonbottenfotografering för diabetespatienter. Andra exempel som involverar fler kompetenser men som ändå följer samma strategi är vårdval för höft- och knäprotesoperation. Ett ytterligare alternativ som följer samma strategi är uppdrag till vårdgivare är att tillhandahålla ett helhetsansvar för vården till patientgruppen med viss diagnos, snarare än utifrån viss behandling. Ett exempel är vårdval inom neurologi för patienter med MS eller Parkinson, som inkluderar kommunens insatser, habilitering samt specialiserad rehabilitering.

Beroende på hur uppdragen definieras kan olika aspekter av vårdvalssystemens utformning diskuteras. Som kommer att visas i detta kapitel påverkar valet att basera vårdvalet på osorterade eller sorterade behov en rad frågor om styrningen. Det gäller hur gränssnitt gentemot primärvård och sjukhus hanteras, hur patienter och remitterer informeras samt alternativ för ersättningsprinciper inklusive kostnadskontroll. Avslutningsvis diskuteras även vilka konsekvenser de två olika strategierna kan ha för möjligheterna att uppnå målen med vårdval i specialistvården.

Gränssnitt samt hantering av ST, jour och forskning

Oavsett hur uppdragen för vårdgivare i ett vårdvalssystem definieras ställs krav på att gränssnitt mot primärvård och berörda närliggande specialiteter definieras. Det finns en stor skillnad i detta avseende mellan vårdvalssystem där vårdgivare möter osorterade eller sorterade behov, se tabell 6.1.

För vårdvalssystem som baseras på osorterade behov finns behov av att tydliggöra i vilken utsträckning vårdgivare är en del av första linjens vård, dvs. hur avgränsningen gentemot primärvården ska utformas. Det kan ställa krav på tydliga riktlinjer för remisser och återremisser samt även få konsekvenser för ersättningssystemens utformning så att specialiserade vårdgivare inte får ekonomiska incitament att utföra primärvårdens uppdrag. I Halland finns exempelvis dokument som utvecklats inom vårdval hud som anger vilken vård som primärvården ska ansvara för och som inte ersätts inom vårdvalssystemet för specialistvården. Det finns också behov av att besluta om gränssnitt gentemot den vård som enbart ska utföras på sjukhusen. Genom tilläggsuppdrag kan önskemål om låga hinder för nya etableringar kombineras med att viss verksamhet ställer högre krav på utrustning och kompetens. I Stockholm är t.ex. dagkirurgisk verksamhet inom öron-, näsa- och halssjukdomar tilläggsuppdrag, som kräver särskild utrustning och lokaler.

För vårdvalssystem som baseras på sorterade behov gäller i första hand att fatta beslut om patienter med svårare behov ska exkluderas från vårdvalet. Vårdval höft- och knäproteser i Stockholm och Uppsala omfattar exempelvis enbart okomplicerade operationer (ASA I och II).²⁴ Vissa insatser för patienterna kan också exkluderas, t.ex. för att de är dyra eller kräver särskild utrustning som det inte är rimligt att varje vårdgivare investerar i. Eftersom vårdvalen baseras på en bestämd behandling eller diagnos finns mindre generella gränssnittsproblem. I vårdvalssystem som utgår från viss behandling eller diagnos behöver vårdgivare inte vara beredda på att möta patienter med en rad olika problem och sjukdomar.

Not 24. ASA är ett klassificeringssystem i sex kategorier för bedömning av patienters kondition före kirurgi.

Oavsett vårdvalets utformning kan det vara svårt att definiera gränssnitten entydigt i praktiken. Även om dokumenten är tydliga kan det finnas gråzoner, som möjliggör olika prioriteringar bland vårdgivare.

TABELL 6.1. Hantering av gränssnitt samt utbildning, jour och forskning.

Utgångspunkt	Osorterade behov	Sorterade behov
Exempel	Hudsjukdomar, Öron-, näs- och halssjukdomar	Behandling: ljusbehandling psoriasis, höft-/knäledsoperation Sjukdom/diagnos: neurologi (MS, parkinson)
Gränssnitt	I vilken grad har vårdgivare "första linjen ansvar" (avgränsning gentemot primärvård)? Avgränsning mot sjukhusvård? - tilläggsuppdrag för vårdgivare med särskild utrustning och /eller kompetens	Vilka patienter och åtgärder är exkluderade från vårdgivares uppdrag (avgränsning mot sjukhusvård)?
Utbildning, jour, forskning	Vårdval ställer nya krav på koordinering/samverkan oavsett strategi. ST hos flera vårdgivare, gemensamt ansvar för jour, samlat patientunderlag för klinisk forskning. Förutsättningar för forskning kan underlättas vid vårdval utifrån patientgrupper (samlar patienter, bättre möjligheter till uppföljning).	

Vårdval inom specialistområden innebär att gemensamma frågor som berör jour, utbildning och forskning måste hanteras. Krav på att vårdgivare tar hand om ST-läkare och annan vårdpersonal under utbildning kan formuleras i avtalen. Motsvarande krav kan avse medverkan i forskning med ersättning för de kostnader som uppstår. Jourfrågan måste anpassas till respektive landstings förutsättningar. I den utsträckning jourer inte kan hanteras av den kompetens som finns kvar på sjukhusen kan gemensamma jourlinjer definieras och bemannas (eller finansieras) av godkända vårdgivare inom vårdvalet utifrån andel av verksamhetsvolymen.

Oavsett om vårdvalet baseras på osorterade eller sorterade behov ställs nya krav på samverkan och koordinering för att hantera utbildning, jour och forskning. I detta avseende finns ingen skillnad i konsekvenser mellan de två strategierna, även om de mera specifika kraven på samverkan och koordinering skiljer sig beroende på hur vårdvalet utformas. En möjlig skillnad mellan de båda strategierna är att vårdval utifrån patientgrupper skulle kunna ge bättre förutsättningar för klinisk forskning, jämfört med de andra formerna

av vårdval. Denna bedömning baseras då på att sådana vårdval kan bidra till ökat fokus och bättre möjligheter att följa upp viss patientgrupp.

”Oavsett om vårdvalet baseras på osorterade eller sorterade behov ställs nya krav på samverkan och koordinering för att hantera utbildning, jour och forskning.”

Information

Eftersom vårdval som baseras på osorterade behov inte har någon specifik patientgrupp i fokus ställs generellt sett större krav på information till olika berörda parter, se tabell 6.2. Det största problemet avser information till potentiella patienter så att dessa vet vart man ska vända sig, främst om det finns möjligheter att gå direkt till specialiserade vårdgivare utan remiss. Med vårdvalssystem inom både hudsjukdomar, ögonsjukdomar, öron- näsa- och hals-sjukdomar, barnmedicin, invärtesmedicin, ortopedi, urologi, sjukgymnastik, gynekologi m.fl. specialiteter kan finnas begränsade skäl – i många patienters perspektiv – att uppsöka primärvården om det inte ställs krav på remiss. Oavsett krav på remiss ställs också krav på information utifrån överenskommelser mellan primärvården och specialiserade vårdgivare om vem som ska göra vad och när specialiserade vårdgivare ska hänvisa patienter till primärvård och omvänt.

TABELL 6.2. Information till berörda parter.

Utgångspunkt	Osorterade behov	Sorterade behov
Information till berörda parter	Information till ”potentiella patienter” (dvs. befolkningen) om vart man ska vända sig (till primärvård eller vårdgivare inom vårdval i specialistvården).	Information till remittenter (vanligen allmänläkare) om när man ska skicka remiss till vårdgivare i vårdvalssystem respektive till sjukhus.
	Information till berörda vårdgivare om gränssnitt.	Information till berörda vårdgivare om gränssnitt.
	Information till patienter och remittenter (vanligen allmänläkare) om vårdgivares kvalitet.	Information till patienter och remittenter (vanligen allmänläkare) om vårdgivares kvalitet.

I vårdvalssystem med sorterade behov finns inte samma krav på bred information till befolkningen eftersom vårdvalssystemen inte är en del av första linjens vård. Vårdvalssystem utifrån sorterade behov baseras antingen på viss behandling, eller på vård till patientgrupp med viss diagnos. Informationsproblemet kan därför avgränsas till de läkare som skickar remiss till specialiserade vårdgivare, inte sällan allmänläkare i primärvården. Dessa läkare måste veta under vilka förutsättningar man kan skicka remiss till vårdgivare inom vårdvalet och när patienter ska remitteras till sjukhus. Detta ställer högre krav jämfört med de principer som vanligen använts tidigare och även högre krav jämfört med vårdvalssystem som baseras på osorterade behov där man kan remittera patienter för allmän bedömning hos specialist. För höft- och knäprotesoperationer behövs exempelvis kunskaper som gör att remitterande läkare kan bedöma svårighetsgraden och i första hand skicka de okomplicerade fallen till vårdgivare i vårdvalssystem. Vårdgivare som tar emot patienterna får sedan vid behov ompröva remisserna mot de gränssnitt som gäller gentemot sjukhusvård.

Information om vårdgivares kvalitet

Oavsett strategi finns i varje vårdvalssystem behov av information om vilka vårdgivare som finns att välja mellan och skillnader i vårdgivares kvalitet. Det gäller dels sådan information som kan spridas till patienter och befolkningen som stöd inför val av vårdgivare, dels information som kan användas i landstingens styrning och uppföljning. Individer kan välja godkända vårdgivare utifrån de kvalitetsaspekter man är bäst på att bedöma, såsom tillgänglighet, bemötande och uppnådda resultat för andra patienter. Landstingen kan i sina beslut om godkännande och i sin uppföljning fokusera på sådana aspekter som är svåra för patienter att bedöma, t.ex. medicinsk kvalitet, kostnadseffektivitet och rättvis fördelning mellan patienter utifrån behov. Samma principer med ”dubbel ansvarsutkrävning” gäller för vårdval i primärvården.²⁵

En skillnad jämfört med vårdval i primärvården är att beslut om specialistvård fattas mera sällan och ibland under tidspress. Beslut om att lista sig hos vårdgivare i primärvården kan göras av individer när som helst, även när man inte har direkt behov av att uppsöka vården. För att ge ökat stöd till individers val av vårdgivare i specialistvården kan primärvården och allmänläkarna fungera som rådgivare i de fall patienterna så önskar. Det är t.ex. visat i studier från Nederländerna, Danmark och brittiska NHS att patienterna vanligen frågar sin allmänläkare om råd när de ska välja sjukhus och läkare

Not 25. Glenngård AH. (2013) Objectives, actors and accountability in quasi-markets. Studies in Swedish primary care. Lund university.

i specialistvården.²⁶ På motsvarande sätt skulle svenska allmänläkare kunna ge patienter råd om vilka vårdgivare i vårdvalssystem man har störst förtroende för. En fördel sett ur patientens perspektiv är att allmänläkare har bättre förutsättningar än de själva att bygga upp en kunskap om olika vårdgivare. En möjlig invändning, kanske inte minst från specialiserade vårdgivare, är att allmänläkare inte har tillräcklig kompetens att bedöma skillnader i specialiserade vårdgivares kvalitet. Ett rimligt motargument är i så fall att man inte heller bör utveckla vårdvalssystem som utgår från att enskilda patienter, med än sämre kompetens, ska välja.

Det finns också andra argument mot att allmänläkare kan fungera som patienternas objektiva rådgivare inför val i specialistvården. Privata vårdcentraler och specialiserade vårdgivare inom samma koncern skulle föredra remisser till varandra, på samma sätt som offentligt anställda allmänläkare skulle kunna premiera sjukhus i egen regi. En sådan samverkan är inte ett problem i sig eftersom den kan bidra till en mera integrerad vård. Problem uppstår dock om råden påverkas av lojaliteter som inte har med förbättrad kvalitet att göra. Det går att ställa krav på transparens i detta avseende och regler som innebär att allmänläkare alltid måste rekommendera flera vårdgivare och redovisa sina egna bindningar till dessa. Sådana krav kan dock vara enkla att kringgå varför effekten är osäker.

Ersättningsprinciper och kostnadskontroll

Oavsett om vårdvalssystem baseras på sorterade eller osorterade behov finns möjligheter att ersätta vårdgivare utifrån viktade vårdkontakter och åtgärder, dvs. baserat på de enskilda prestationer som utförs. En stor skillnad är att denna typ av ersättning blir ett mera nödvändigt inslag om vårdgivare har i uppdrag att möta osorterade behov, eftersom vårdkontakter för första besök och utredning får större betydelse för verksamheten, se tabell 6.3. Det gäller i synnerhet om patienter har möjlighet att uppsöka vårdgivare utan krav på remiss, då relativt sett fler fall kan hanteras genom ett besök eller hänvisas till primärvården. För behandlingar eller serier av behandlingar finns möjligheter att utveckla paketpriser och vårdepisodersättningar inom båda typerna av vårdvalssystem. I vårdvalssystem utifrån sorterade behov kan denna form av ersättning få större betydelse. I de fall vårdgivare har i uppdrag att ta hand om vården för patientgrupp med viss diagnos finns möjlighet att ersätta utifrån ett fast riskjusterat belopp per registrerad patient; kapitering.

Not 26. Vårdanalys (2012:2) Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvården – en kartläggning av kunskapsläget. Vårdanalys: Stockholm.

TABELL 6.3. Ersättningsprinciper och kostnadskontroll.

	Osorterade behov	Sorterade behov
Ersättningsprinciper	<p>Krav på ersättning för första besök och utredning.</p> <p>Möjlighet att utveckla paketpriser eller vårdepisodersättning för fördjupad utredning respektive behandling.</p> <p>Målrelaterad ersättning som komplement.</p>	<p>Goda möjligheter att utveckla paketpriser eller vårdepisodersättning för behandling alternativt kapiteringsersättning om vårdval baseras på sjukdom/diagnos.</p> <p>Krav på ersättning för första besök/bedömning som inte leder till fortsatt behandling.</p> <p>Målrelaterad ersättning som komplement.</p>
Kostnadskontroll	<p>Behov av kostnadskontroll påverkas av möjligheter till egenremiss respektive grad av ersättning utifrån vårdkontakter och åtgärder.</p> <p>Kontrollera efterfrågan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - remisskrav, kostnadsansvar för remittenter - differentierade patientavgifter <p>Kontrollera utbud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - låg ersättning för "primärvårdsbesök" - vårdepisod/paketpris för behandling - max insatser per patient - reducerat pris retroaktivt - riktlinjer och uppföljning 	<p>Kontrollera efterfrågan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - indikationer för behandling <p>Kontrollera utbud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vårdepisod/paketpris/kapitering - max insatser per patient - reducerat pris retroaktivt - riktlinjer och uppföljning

Vårdvalssystem som baseras på bestämd behandling lämpar sig väl för olika former av vårdepisodersättningar och paketpriser, även om det också måste finnas möjlighet till ersättning för första vårdkontakt som inte leder till behandling. Med korta och väl definierade vårdepisoder vad gäller start- och slutpunkt, exempelvis kataraktoperation och höft- och knäprotesoperation, blir vårdepisodersättningen ett "paketpris" som ger en fast standardiserad ersättning för en insats och ett ansvar som är väl definierad sett till innehållet. Kostnadsansvaret kan inkludera framtida eventuella komplikationer, vilket ökar variationen i kostnader men ger vårdgivare ekonomiska incitament att göra rätt från början. För mera komplexa vårdepisoder, som avser patienter som får stöd av flera olika vårdgivare under lång tid, blir ersättningsnivån i högre grad ett förväntat genomsnitt av vårdkostnaderna. Vårdgivare får räkna med större variation i de faktiska vårdkostnaderna för enskilda patienter,

även om ersättningen riskjusteras. En sådan riskjustering kräver kunskaper om hur svårighetsgrad och behov påverkar de genomsnittliga vårdkostnaderna. Om sådan kunskap inte finns tillgänglig måste vårdgivare till en början ersättas utifrån andra principer.

Fast ersättning ger ökad finansiell osäkerhet hos vårdgivare

Det kan finnas skäl att ersätta vårdgivare utifrån viktade vårdkontakter och åtgärder, även om en vårdepisodersättning är möjlig. Skäl till att välja en sådan strategi kan vara att man vill undvika problem med undervård (se kapitel fem) eller att man vill minska kraven på vårdgivare. Med fasta ersättningar måste vårdgivare kunna hantera att kostnaderna under en period kan vara högre än ersättningen på grund av slumpmässig variation i patienternas behov. Ett enkelt sätt för vårdgivare att hantera denna osäkerhet är att öka verksamhetens volym, eftersom "gungor och karuseller" då i större utsträckning tar ut varandra. En ersättning baserat på viktade vårdkontakter och åtgärder är därför till fördel för små vårdgivare och den främjar nya etableringar.

En annan möjlig åtgärd för att minska den finansiella osäkerheten är att reducera vårdgivares kostnadsansvar. Man kan t.ex. undanta dyra läkemedel eller implantat, införa tak i vårdgivares kostnadsansvar för enskilda patienter eller undanta kostnadsansvar för komplikationer efter viss tid. Som redovisats i tidigare kapitel finns också exempel på alla dessa åtgärder i landstingens olika vårdvalsystem. Åtgärder som främjar låga inträdesbarriärer och nya etableringar måste samtidigt vägas mot de fördelar som vårdepisodersättning och kostnadsansvar ger. Beroende på förutsättningarna kan en koncentration av vården till färre vårdgivare med större volym vara en lösning snarare än ett problem.

Utformning av målrelaterad ersättning

Målrelaterad ersättning i olika former kan användas som komplement till alla andra ersättningsprinciper. Det finns dock skäl att anta att betydelsen sett ut vårdgivares perspektiv ökar i ett system där ersättningen i övrigt är fast. Med ersättning utifrån viktade vårdkontakter, åtgärder eller andra prestationer kan vårdgivare välja mellan att öka volymen vård eller att försöka uppnå målen i den målrelaterade ersättningen för att generera mer intäkter. Om målen i den målrelaterade ersättningen är svåra att nå, eller om andelen målrelaterade ersättning är blygsam, kan det ligga närmare tillhands att öka volymen vård. Med fasta ersättningsprinciper får den målrelaterade ersättningen större relativ betydelse eftersom det är det enda sättet att generera mer intäkter givet viss patientvolym.

Det finns också anledning att välja indikatorer utifrån de ekonomiska incitament som följer av ersättningen i övrigt. Med stor andel fast ersättning kan

finnas skäl att använda målrelaterad ersättning för att i första hand motverka undervård, ”skimping”. Med hög andel prestationsbaserad ersättning kan tvärtom finnas anledning att använda målrelaterad ersättning för att motverka en överdriven användning av olika insatser och åtgärder. Som tidigare redovisats i rapporten finns principiella fördelar med indikatorer som återspeglar resultat och utfall för patienterna. I praktiken finns dock hinder och begränsningar som innebär att processindikatorer, eller en kombination av indikatorer, kan vara mer ändamålsenligt (se kapitel fem).

Kostnadskontroll

När det gäller alternativ för kostnadskontroll är kraven generellt sett högre i vårdvalssystem som baseras på osorterade behov. Det förklaras dels av möjligheten för patienter att besöka specialiserade vårdgivare direkt (där sådana möjligheter finns), dels av att ersättningsprinciperna i högre grad måste baseras på ersättning för enskilda prestationer i form av första besök och utredning. Ett kraftfullt sätt att kontrollera kostnaderna i vårdvalssystem med osorterade behov är att ställa krav på remiss, vanligen från allmänläkare. Effekten av att enbart införa remisskrav är dock sannolikt osäker eftersom primärvården får en fast ersättning per registrerad individ. Primärvården kan då tycka att remisser till vårdgivare i specialiserad vård, som i högre grad får ersättning per prestation, är ett bra sätt att överföra kostnader på någon annan. Det mest effektiva sättet att begränsa kostnaderna är därför krav på remiss från allmänläkare i kombination med kostnadsansvar för primärvården för den specialiserade vården. En sådan lösning får dock negativa effekter på individens valmöjligheter. Lösningen kan också ge primärvården ekonomiska incitament att skicka remisser alltför sällan, vilket är en annan form av ”skimping” som leder till undervård och sämre kvalitet.

Om remisskrav och kostnadsansvar inte accepteras kvarstår möjligheten att kontrollera kostnaderna på utbudssidan, dvs. genom insatser riktade mot godkända vårdgivare. I vårdvalssystem med osorterade behov kan t.ex. en låg ersättning för vårdkontakter som bör tas omhand av primärvården införas. Andra åtgärder kan införas oavsett strategi. Det kan gälla utveckling av paketpriser eller vårdepisodersättningar där det är möjligt, riktlinjer för insatser som kan respektive ska ingå i behandlingen och eventuella ”takkonstruktioner” som maximerar ersättningen per patient eller inom vårdvalssystemet (se kapitel fem).

Eftersom vårdvalssystem utifrån viss behandling eller diagnos baseras på ett selekterat behov av insatser, finns mindre behov av särskilda insatser för att skapa kostnadskontroll. Kostnaderna begränsas av mängden vårdepisoder eller antalet kroniskt sjuka. De patienter som hänvisas till vårdgivare har ofta fått sin diagnos på annat håll och är därmed ”sorterade” avseende behov.

Även om möjligheterna att kontrollera antalet vårdepisoder och behandlingar kan vara ett problem är det största problemet snarast risken att vårdgivare ger för lite vård om de ersätts utifrån vårdepisoder, paketpriser eller kapitering. Om en begränsning i de insatser som görs för patienter drabbar vårdgivarna själv genom högre kostnader längre fram kan problemet hanteras genom bättre information om vikten av tidiga insatser för att minska kostnaderna på sikt. Vårdgivare har ekonomiska incitament att investera i god vård från början. I de fall en ransonering av vården inte har betydelse för de långsiktiga vårdkostnaderna utan ”bara” leder till sämre kvalitet för patienterna, är problemet allvarligare och måste hanteras på andra sätt. Ett kraftfullt sätt att motverka de ekonomiska incitamenten till undervård är att införa konkurrens utifrån skillnader i kvalitet, vilket också är själva utgångspunkten med vårdval. Om vårdgivare i ett vårdvalssystem ersätts utifrån vårdepisoder blir det med andra ord viktigare att konkurrensen fungerar väl, dvs. att patienter och remitterter har information om vårdgivares kvalitet. Andra lösningar är stärkt uppföljning av praxis och tydligare riktlinjer om vilka insatser från vårdgivare som förväntas från landstingens sida.

Möjligheter att uppnå målsättningarna

Med utgångspunkt i de strategier för vårdval i specialistvården som identifierats kan konsekvenser för verksamhetens utveckling, graden av förnyelse samt vilka avtalsformer som är mest lämpliga diskuteras. Denna diskussion blir naturligtvis mer spekulativ. Erfarenheterna från landstingen är ännu så länge begränsade och det finns få utvärderingar. Trots osäkerheten är det dock angeläget att försöka analysera sambanden. Beroende på målen kan olika strategier för vårdval och olika avtalsformer vara mer eller mindre lämpliga.

Vårdval utifrån hela eller delar av specialistområde (”osorterade behov”)

Med vårdval som utgår från osorterade behov, dvs. hela eller delar av visst specialistområde, kan man inte förvänta sig någon omfattande strukturell förnyelse, utöver att verksamheten flyttas ut från sjukhusen till nya vårdgivare. De förändringar som genomförs sker inom specialiteten eller inom ”skräet”. Det blir därför viktigt att eventuella behov av ytterligare strukturella förändringar genomförs före eller i samband med införandet av vårdval. Vårdval enligt LOV medger förvisso att kraven och uppföljningen förändras efterhand, vilket är en fördel jämfört med upphandling enligt LOU. Att sådana förändringar är formellt möjliga innebär dock inte att de är enkla att genomföra. Specialiserade vårdgivare som är godkända inom visst vårdvalssystem kommer att agera utifrån sina egna intressen och har ett kunskapsmässigt övertag gentemot landstinget. En parallell kan dras till förutsättningarna för

att genomföra förändringar i egen regi. I princip har landstingen alla möjligheter att genomföra de förändringar man önskar. Men erfarenheterna visar att det ändå kan vara svårt att genomföra t.o.m. blygsamma förändringar.

Vårdval baserat på specialistområden behöver trots risken för förstärkt skråtänkande inte alls vara en underlägsen strategi. Om det inte finns något behov av strukturförändringar och om behovet av att integrera verksamheten med andra vårdgivare är begränsat kan lösningen vara fullt ändamålsenlig. Syftet blir då i första hand att öka individens valmöjligheter samt tillgänglighet, kvalitet och kostnadseffektivitet inom givna ramar.

”Om volymen vård är liten kan vårdvalssystem utgå från en regional eller t.o.m. nationell samverkan mellan landstingen. Med större upptagningsområde och volym på verksamheten är sannolikheten högre att privata vårdgivare ska visa intresse för verksamheten.”

För mindre landsting där det är osäkert vilket intresse som finns från privata vårdgivare kan upphandling enligt LOU vara ett alternativ för att få fler vårdgivare att etablera sig. Utfallet i form av att privata aktörer faktiskt intresserar sig för verksamheten kan då bli större eftersom den eller de vårdgivare som vinner upphandlingen garanteras en volym på verksamheten. Ett alternativ är att mindre landsting öppnar upp sina egna vårdvalssystem för vårdgivare som etablerar sig i andra närliggande landsting. Om volymen vård är liten kan vårdvalssystem utgå från en regional eller t.o.m. nationell samverkan mellan landstingen. Med större upptagningsområde och volym på verksamheten är sannolikheten högre att privata vårdgivare ska visa intresse för verksamheten. Sådana lösningar bidrar dock sannolikt inte till nya etableringar i det egna landstinget. I patienternas perspektiv kan det dock i många fall vara mindre betydelsefullt om en specialiserad behandling som man behöver en eller ett fåtal gånger erbjuds inom eller utanför det egna landstingets gränser.

En viktig fråga är vilken inriktning som vårdgivare i osorterade vårdval kommer att ha på sin verksamhet. Om det inte finns krav på att vårdgivare ska ta hand om alla patienter inom uppdraget, dvs. om vårdgivare kan avstå från viss verksamhet, finns risk för att vårdgivare väljer bort sådan verksamhet som man anser är olönsam eller som kräver särskilda investeringar. Tillgänglighe-

ten kan i så fall förbättras för vissa tjänster samtidigt som den kan försämrats för andra tjänster, t.ex. för att ersättningen är sämre eller att det ställs krav på viss investering. I Stockholm finns ett generellt krav på att godkända vårdgivare ska erbjuda alla tjänster inom basuppdraget. I de osorterade vårdval som införs i andra landsting är principerna ibland mera oklara. Möjligheten att vårdgivare kan nischa in sig på viss del av uppdraget kan innebära att sjukhus i egen regi får ta emot patienter som inte får sin vård inom vårdvalet. Det måste därför finnas en beredskap att ändra på exempelvis ersättningen så att vårdgivare blir motiverade att starta upp sådan verksamhet som prioriterats bort. En annan möjlighet är att ställa krav på att vårdgivare ska kunna utföra hela det basuppdrag som omfattas av vårdvalet, vilket också görs generellt i Stockholm. För att underlätta för små vårdgivare att etablera sig kan uppdraget delas in i basuppdrag, som alla måste utföra, respektive tilläggsuppdrag som kräver särskild utrustning och kompetens, som vårdgivare kan avstå ifrån.

Vårdval utifrån behandling eller helhetsansvar för viss diagnos ("sorterade behov")

Ett vårdvalssystem utifrån sorterade behov tar utgångspunkt i viss bestämd behandling eller helhetsansvar för patientgrupp med viss diagnos. Beroende på uppdraget kan en eller flera olika vårdgivare beröras. Behandlingen kan ha en tydlig start och slutpunkt och vara avgränsat i tiden, men kan också vara livslång. Patientgruppen kan vara stor eller liten och ansvaret för vårdgivare mer eller mindre heltäckande. Oavsett dessa skillnader är det patientgruppens storlek som avgör verksamhetens totala volym. Inom ett landsting kan finnas utrymme för enbart några få eller många vårdgivare. För mycket små patientgrupper kan finnas anledning att koncentrera verksamheten över flera landsting, dvs. att utveckla regionala eller nationella vårdvalsystem. Utifrån dessa skillnader kan konstateras att vårdvalssystem utifrån behandlingar eller diagnoser kan få väldigt olika karaktär. Det är dock möjligt att identifiera några generella skillnader jämfört med vårdval baserade på osorterade behov. Det finns också skillnader mellan vårdval baserade på viss behandling respektive helhetsansvar för viss diagnos.

Vårdval utifrån behandling

Vårdval som baseras på viss behandling utgår ofta från en standardiserad tjänst där vårdgivare i första hand konkurrerar utifrån tillgänglighet och kvalitet snarare än att erbjuda mångfald när det gäller arbetssätt. Även om man kan utföra en höft- eller knäprotesoperation olika bra så finns förväntningar från både landsting och patienter att alla vårdgivare följer vad som kan betraktas som "best practice". Det finns sannolikt ekonomiska fördelar med att ha en stor verksamhetsvolym, särskilt med en vårdepisodersättning som om-

fattar kostnadsansvar för komplikationer och extra ersättning baserat på utfall för patienterna.

Både volymfördelarna och att det handlar om i hög grad standardiserade tjänster talar emot att det skulle uppstå en mångfald av olika vårdgivare. På sikt kan det tvärtom finnas anledning för vårdgivare att gå samman i större enheter. Vårdvalssystem som baseras på viss behandling skulle därför på sikt kunna leda till en strukturell förnyelse i form en koncentration av verksamheten. Det förutsätter då att den geografiska närheten till patienterna inte är betydelsefull för den behandling som avses. För exempelvis höft- och knä protesoperationer respektive ryggkirurgi är det därför inte orimligt med en utveckling mot regionala respektive nationella vårdvalssystem. I de fall det finns önskemål om att verksamheten ska koncentreras till ett fåtal vårdgivare kan även upphandling enligt LOU, där individers val tillåts avgöra resursfördelningen mellan de alternativ som väljs ut, vara ett alternativ.

Om patientgrupperna är begränsade sett till volymen kan det finnas problem att skapa intresse hos privata vårdgivare. Erfarenheter från landstingen visar att vårdvalssystem som utgår från små patientgrupper som ljusbehandling för patienter med psoriasis eller ögonbottenfotografering för diabetespatienter förefaller ointressanta för privata vårdgivare även i tätt befolkade områden. Med denna typ av uppdrag kan upphandling enligt LOU vara ett möjligt alternativ för att överhuvudtaget skapa intresse för etableringar bland privata vårdgivare.

Vårdval utifrån helhetsansvar

Vårdvalssystem som utgår från ett helhetsansvar för viss diagnos är än så länge ovanliga bland landstingen. För många vanliga kroniska tillstånd förefaller det mest lämpligt att utforma eventuella nya vårdval av denna typ som tilläggsuppdrag till primärvården. Tillägget svarar då mot att ansvaret är fördjupat jämfört med det grundläggande ansvar som primärvården redan har för vård till patienter med vanliga kroniska sjukdomar. För diagnoser som inte tas omhand av primärvården kan nya fristående vårdval utformas. Ett exempel är vårdval inom neurologi, t.ex. MS och Parkinson, som även skulle kunna omfatta kommunens insatser, habilitering och specialiserad rehabilitering. Även för dessa vårdval finns sannolikt fördelar med en stor verksamhetsvolym, vilket innebär att antalet alternativ för patienterna att välja mellan förmodligen kommer att vara begränsade. En sådan brist på mångfald kan uppfattas som negativ i ett konkurrensperspektiv, men ska ställas mot möjligheterna att skapa en bättre kvalitet i vården genom helhetsansvar och integration mellan berörda vårdgivare.

Vårdvalssystem som utgår från ett helhetsansvar för patientgrupper kan få stora konsekvenser för både patienterna och för hälso- och sjukvården. Uti-

från ett helhetsansvar kan finnas bättre möjligheter att t.ex. betrakta insatser på kort sikt som en investering för att få bättre hälsoutfall på lång sikt. Konsekvenserna för hälso- och sjukvården på systemnivå beror dock på hur många vårdgivare som är berörda och hur ansvar och befogenheter för godkända vårdgivare definieras. Den stora utmaningen är vem som kan ta ett legitimt ledningsansvar för verksamheten och driva en förnyelse av sättet att arbeta och samverka mellan olika aktörer.

Ett helhetsansvar för viss diagnos rymmer stor initial osäkerhet avseende vilka kostnader som kommer att uppstå samt vilka åtgärder som behövs för att nå målen. Eftersom den tjänst som efterfrågas i ett sådant nytt vårdvalssystem baseras på ett helhetsansvar som inte finns i dagens hälso- och sjukvård är det svårt att definiera en lämplig ersättningsnivå. Det kan då vara lämpligt att kombinera existerande avtalsformer. Med en initial upphandling enligt LOU i nya innovativa former finns möjligheter att överlåta utformningen av tjänsten inklusive ersättningsnivåer till några få konkurrerande vårdgivare. De vårdgivare som bedöms ha lämnat de bästa anbuden kan under viss tid få utveckla sina tjänster, där krav på dialog med landstinget och medverkan i uppföljning av effekter och erfarenheter görs till en viktig del av avtalen. Baserat på erfarenheter under de första åren med den nya tjänsten kan sedan en ny upphandling enligt LOV genomföras där fler aktörer bjuds in att konkurrera utifrån patienters val.

En nackdel med upphandling enligt LOU är naturligtvis att villkoren blir mer låsta under avtalstiden. Osäkerheten om förväntade kostnader är stor och det är rimligt att vårdgivare i sina anbud vill ha en premie för att man utvecklar något nytt. Dessa nackdelar ska dock ställas mot att landstinget annars under stor osäkerhet måste definiera tjänsten, formulera krav på vårdgivare och fastställa rimliga ersättningsnivåer om verksamheten upphandlas enligt LOV.

Avslutande diskussion

Utvecklingen av vårdval i specialistvården har hittills gått långsamt utanför Stockholm. I ytterligare en handfull landsting finns en vilja hos nuvarande politiska ledningar att införa sådana system. De flesta landsting förefaller dock tveksamma eller åtminstone osäkra på fördelarna med en sådan utveckling. Det finns därför stort behov av kunskap om hur vårdvalssystem i specialistvården kan utvecklas och, inte minst, vilka effekter för patienter, berörda vårdgivare och hälso- och sjukvården i övrigt som uppstår.

Vårdvalssystem i specialistvården kan utformas på många olika sätt och utifrån olika målsättningar. Sett till de vårdval som införts är i första hand målsättningar om förbättrad tillgänglighet men även bättre kostnadseffektivitet i fokus. Det finns också en vilja att samla alla privata vårdgivare i ett visst verksamhetsområde under en och samma avtalsform så att de behandlas lika. När vårdval infördes i primärvården var ett viktigt argument att individer skulle få bättre möjligheter att välja mellan olika vårdcentraler. Detta argument finns med även när vårdval införs i specialistvården, men förefaller mindre betydelsefullt. I flera landstings utvecklingsarbete fokuseras i större utsträckning fördelarna med upphandling enligt LOV som avtalsform och att vårdvalssystem behövs för att flytta ut verksamheter från sjukhusen.

”När vårdval infördes i primärvården var ett viktigt argument att individer skulle få bättre möjligheter att välja mellan olika vårdcentraler. Detta argument finns med även när vårdval införs i specialistvården, men förefaller mindre betydelsefullt.”

Som visats i rapporten har utformningen av vårdval i specialistvården stora konsekvenser för styrningen. Resonemanget i denna rapport har utgått från två övergripande strategier där vårdgivare möter antingen sorterade eller osorterade behov. Krav på information till patienter och vårdgivare påverkas av om vårdval i specialistvården baseras på vårdgivare som har i uppdrag att möta många olika sjukdomar och behov ("osorterade behov") eller i uppdrag att leverera viss behandling alternativt helhetsansvar för patienter med viss diagnos ("sorterade behov"). Sett i ett bredare perspektiv förefaller vårdval baserat på viss behandling mest okomplicerat eftersom det kan kombineras med många olika övergripande strategier. Vårdval utifrån osorterade behov ställer högre krav på samordning med primärvårdens ansvar för första linjens vård. Vårdval utifrån helhetsansvar för viss diagnos kan innebära stora förändringar på systemnivån, som även berör andra huvudmän utöver landstinget.

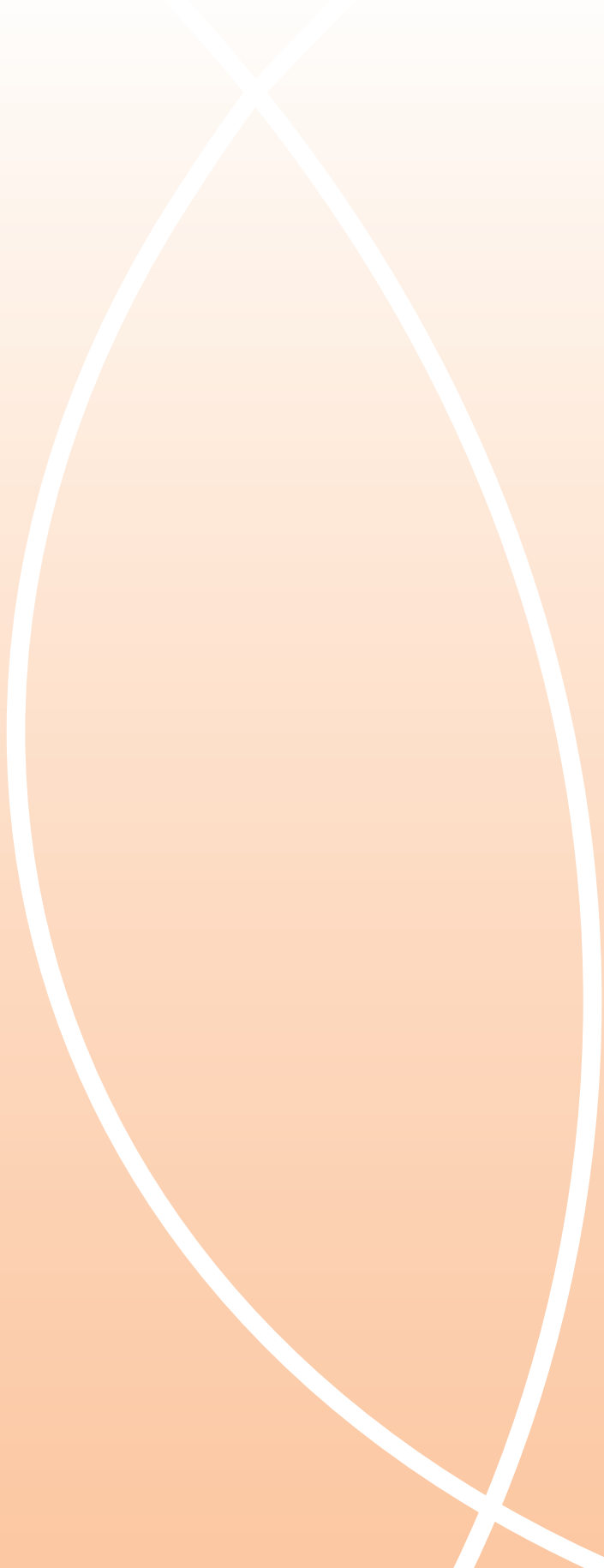
Beroende på strategi finns olika förutsättningar för val av ersättningsprinciper. Det finns en generell önskan i flera landsting att utveckla ersättnings-system som baseras på vårdepisoder och uppnådda resultat för patienterna. Samtidigt finns begränsningar när det gäller möjligheten att förlita sig på den typen av ersättningssystem i vårdvalssystem som baseras på osorterade behov. I sådana vårdval får ersättning för enskilda besök och utredningar som inte leder till längre behandlingsinsatser större betydelse. Vårdepisodersättning och ersättning baserat på utfall passar bättre med vårdval utifrån viss behandling. För vårdval som baseras på helhetsansvar för patienter med viss diagnos finns t.o.m. möjlighet att ersätta vårdgivare utifrån ett fast belopp per registrerad individ, dvs. samma principer som i primärvården. Både vårdepisodersättning och ersättning utifrån resultat och hälsoutfall ställer stora och nya krav på beskrivnings- och uppföljningssystem. I detta avseende finns all anledning för intresserade landsting att samarbeta.

Det är svårt att inom ramen för ett och samma vårdvalssystem utforma ersättningssystem som främjar valfrihet och mångfald med god kvalitet och tillgänglighet, samtidigt som man uppmuntrar förnyelse utifrån ett "vårdepisodtänk" och har kostnaderna under kontroll. Som visats i denna rapport är det inte heller rimligt att utgå från hur ersättningssystemet ska utformas. En viktigare fråga är hur uppdraget till vårdgivare ska utformas, eftersom detta strategiska val i mångt och mycket anger vilka alternativ som finns för styrningen och hur väl olika mål kan uppnås. Valet av uppdrag för vårdgivare kan i sin tur inte beslutas isolerat utan måste sättas in i ett större sammanhang. En rimlig utgångspunkt är på vilka områden det finns störst motiv att införa ökade valmöjligheter för individer. Upphandling enligt LOV kan vara en möjlighet att öka valfriheten och införa en konkurrens som kan förbättra tillgänglighet, erbjudanden och kvalitet sett ur patienters per-

spektiv. Beroende på förutsättningarna kan dock upphandling enligt LOU i nya innovativa former svara bättre mot de mål man vill uppnå. För helt nya tjänster är en stegvis kombination av de båda avtalsformerna ett alternativ. Genom en innovativ upphandling enligt LOU kan den nya tjänsten utvecklas och sedan spridas i ett andra steg genom upphandling enligt LOV.

*”Det är svårt att inom ramen för ett och samma vårdvalssystem utforma ersättningssystem som främjar valfrihet och mångfald med god kvalitet och tillgänglighet, samtidigt som man uppmunt-
rar förnyelse utifrån ett ’värdepisodtänk’ och har kostnaderna under kontroll.”*

Ett landstings val att införa vårdval i specialistvården eller inte bör också bedömas utifrån vad andra landsting gör. Patientmaktsutredningens förslag att individer ska ha rätt att välja öppen specialistvård nationellt, över landstingsgränserna, och då prioriteras på samma sätt som andra vård sökande, ger nya förutsättningar för utveckling av vårdval i specialiserad vård. I den mån det inte finns vårdvalssystem i det egna landstinget kan individer åka till ett annat landsting och uppsöka de vårdgivare inom vårdvalssystem som finns där. Hemlandstinget får betala enligt de villkor som formulerats i det andra landstinget. Samma möjligheter att välja i andra landsting finns om man tycker erbjudandena i andra landstings vårdvalssystem är bättre, bara det egna landstingets remissregler följs. Med en sådan förändring finns ökad anledning för landstingen att samverka kring regionala eller nationella vårdvalssystem. Det gäller inte minst vårdval utifrån viss behandling där avståndet till vårdgivare har mindre betydelse för patienterna.



Vårdval i specialistvården

Utveckling och utmaningar

Inom den specialiserade hälso- och sjukvården sker nu en utveckling av vårdval – i vissa landsting mer omfattande och i flertalet landsting i mer blygsam skala.

I denna rapport studeras förutsättningar och alternativa lösningar för att utveckla vårdval i specialiserad vård. Särskilt studeras utformningen av ersättningsprinciperna. Tonvikten i rapporten ligger på att beskriva hur fem landsting har arbetat med utveckling av vårdval i specialistvården på olika sätt. Utifrån dessa fem exempel förs resonemang om olika strategier för utformningen av vårdval och deras konsekvenser bl.a. när det gäller utformningen av ersättningssystem.

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se

ISBN 978-91-7585-007-8



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Post: 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00
www.skl.se