



School of Economics
and Commercial Law
GÖTEBORG UNIVERSITY

Integrerad civilekonomutbildning
Bachelor Thesis, ICU2004:74

Ersättningsystemet för primärvården i Västra Götalandsregionen

Kandidatuppsats / Bachelor Thesis
Beatrice Karlsson, 781125
Almina Krijestorac, 821223

Handledare:
Thomas Braun

Företagsekonomi/ Ekonomistyrning
VT2004

FÖRORD

Innan vi började skriva vår uppsats visste vi väldigt lite om ersättningsystemet inom Västra Götalandsregionen, men under arbetets gång har vi lärt oss väldigt mycket. Vi har nu en större kunskap och nya insikter om ämnet, vilka vi kommer att bära med oss i framtiden.

Vi vill därför rikta ett stort tack till all de personer utan vars hjälp vårt uppsatsarbete inte hade kunnat genomföras. Först och främst vill vi tacka våra handledare Thomas Braun och Kari Aartojärvi vilka har bidragit med värdefulla åsikter, inspiration och kunskap under uppsatsens gång. Vidare vill vi tacka alla personer som vi har fått möjlighet att intervjua och som har tagit sig tid att diskutera och inspirera oss trots sina hårt pressade schema.

Slutligen vill vi tacka alla som har på något vis och varit delaktiga och bidragit under uppsatsens gång.

Vi hoppas att denna uppsats skall vara intressant läsning och ge en värdefull information och inspiration för vidare forskning inom ämnet.

Göteborg, 19 maj 2004

Beatrice Karlsson och Almina Krijestorac

Sammanfattning

Examensarbete i företagsekonomi, Handelshögskolan vid Göteborgsuniversitet, Redovisning. Kandidatuppsats, Vt-04

Författare: Beatrice Karlsson och Almina Krijestorac

Handledare: Thomas Braun

Titel: Ersättningssystemet för primärvården i Västra Götalandsregionen.

Bakgrund och Problem: Genom tiderna har man valt att finansiera primärvården på olika sätt. Två exempel är anslagsfinansiering och prestationsfinansiering. I dagsläget använder man främst den prestationsfinansierade ersättningen inom Västra Götalandsregionen. Den finansiella situationen för hälso- och sjukvården präglas fortfarande av ekonomiska kriser och nedläggning av vårdcentraler diskuteras för tillfället intensivt i Göteborg.

Utifrån ovanstående resonemang skapades intresset att empiriskt studera primärvårdens ersättningssystem och dess uppbyggnad inom primärvården i Västra Götalandsregionen och med det som grund försöka finna lämpliga prestationsmått. I samband med det vill vi även undersöka hur ersättningssystemet uppfattas av anställda och politiker inom organisationen och se om ersättningssystemets utformning har någon påverkan på effektiviteten och produktiviteten inom hälso- och sjukvården.

Syfte: Syftet med vår uppsats är att undersöka hur betalning för utförda tjänster inom Västra Götalandsregionen sker och se hur de anställda och politiker inom regionen ser på systemet. Med utgångspunkt från de teoretiska och empiriska kunskaperna om ersättningssystemets utformning, kommer vi att titta efter effekter på effektiviteten och produktiviteten samt ta fram förslag på lämpliga prestationsmått.

Avgränsningar: Vi kommer endast att koncentrera oss på den del av ersättningssystemet, som handlar om "betalningsflöden". Det innebär att vi till exempel inte kommer att ta med diverse befordringsmöjligheter och liknande. Vidare så kommer vi endast att fokusera på ersättningssystemet för delområdet vårdcentraler inom primärvården för Västra Götalandsregionen.

Metod: En kvalitativ studie har genomförts inom hela Västra Götalandsregionen, genom huvudsakligen personliga intervjuer samt en del telefonintervjuer med 15 respondenter med olika akademiska bakgrund.

Resultat & Slutsats: Vår studie har visat att hela ersättningssystemet inom regionen är komplext och de olika ersättningsformerna grundar sig på en hel del olika faktorer. Uppfattningen hos politiker och anställda varierar. För en del har ersättningssystemet fungerat bra och inom andra områden i regionen har man upplevt att det inte alls har fungerat. Om systemet har haft någon större påverkan på produktiviteten och effektiviteten, råder det delade uppfattningar om. En del menar att man har fått en bättre styrning mot högre produktivitet medan andra menar att systemet inte alls haft någon påverkan. Utifrån vår studie och teori har vi kommit fram till att lämpliga prestationsmått bör fastställas utifrån de olika perspektiven kunder, ledtid och personal.

Förslag till fortsatt forskning: En intressant studie skulle vara att följa det nya ersättningssystemet inom Västra Götalandsregionen och se vilken riktning det tar i framtiden.

| | |
|---|-----------|
| 1. INLEDNING | 3 |
| 1.1 BAKGRUND | 3 |
| 1.2 PROBLEMFÖRMULERING..... | 4 |
| 1.3 SYFTE..... | 4 |
| 1.4 METOD..... | 4 |
| 1.5 AVGRÄNSNINGAR..... | 5 |
| 1.6 FÖRFATTARNAS FÖRFÖRSTÅELSE..... | 5 |
| 1.7 CENTRALA BEGREPP..... | 5 |
| 1.8 UPPSATSENS DISPOSITION | 6 |
| 2. TEORI..... | 7 |
| 2.1 PRESTATIONSFINANSIERING | 7 |
| 2.2 STYRMEDEL | 8 |
| 2.2.1 Samordning av verksamheten..... | 8 |
| 2.2.2 Undersökning av hur verksamheten fungerar..... | 8 |
| 2.2.3 Motivation av medarbetarna | 9 |
| 2.2.4 Legitimitetsskapande | 9 |
| 2.3 EFFEKTIVITET..... | 9 |
| 2.4 PRODUKTIVITET | 9 |
| 2.5 PRESTATIONSMÄTNING | 10 |
| 2.5.1 Nyckeltal..... | 12 |
| 2.5.2 Balanced Scorecard..... | 12 |
| 2.5.3 Genomloppstid..... | 13 |
| 2.5.4 Kvalitet | 13 |
| 2.5.5 Kundtillfredsställelse..... | 15 |
| 2.5.6 Personaltillfredsställelse | 15 |
| 2.5.7 Kritik mot prestationsmätning | 15 |
| 2.6 KUNSKAPSORGANISATIONER..... | 15 |
| 2.7 VILLKOR FÖR EN EFFEKTIV MÅLSTYRNING..... | 16 |
| 3. METOD | 17 |
| 3.1 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT | 17 |
| 3.2 VETENSKAPLIGT FÖRHÅLLNINGSSÄTT..... | 17 |
| 3.3 FORSKNINGSANSATS | 18 |
| 3.4 UNDERSÖKNINGSANSATS | 18 |
| 3.5 DATAINSAMLING..... | 18 |
| 3.5.1 Primärdata | 18 |
| 3.5.2 Sekundärdata..... | 19 |
| 3.6 URVAL | 20 |
| 3.7 VALIDITET, RELIABILITET OCH RELEVANS..... | 20 |
| 3.7.1 Validitet | 20 |
| 3.7.2 Reliabilitet | 20 |
| 3.7.3 Relevans..... | 20 |
| 3.8 KÄLLGRANSKNING | 21 |
| 3.9 NOTATIONS TEKNIK..... | 21 |
| 3.10 MÅLGRUPP..... | 21 |
| 4. PRIMÄRVÅRDEN INOM VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN..... | 22 |
| 4.1 BESTÄLLAR- UTFÖRARORGANISATION | 23 |
| 4.2 DE POLITISKA MÅLEN FÖR SJUKVÅRDEN | 23 |
| 4.2.1 Primärvårdens balanserade styrkort..... | 24 |
| 4.3 ERSÄTTNINGSMODELLEN I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN | 24 |
| 4.3.1 Dagens ersättningsmodell | 24 |
| 4.3.2 Framtidens ersättningsmodell | 26 |
| 4.4 PRIMÄRVÅRDENS PRESTATIONSMÄTNING IDAG..... | 26 |
| 5. EMPIRI..... | 28 |
| 5.1 ERSÄTTNINGSSYSTEMETS UTFORMNING..... | 28 |

| | |
|---|-----------|
| 5.2 POLITIKER OCH ANSTÄLLDAS SYN PÅ ERSÄTTNINGSSYSTEMETS UTFORMNING | 28 |
| 5.3 ERSÄTTNINGSSYSTEMETS PÅVERKAN PÅ EFFEKTIVITET OCH PRODUKTIVITET | 30 |
| 5.4 ÖVERSIKT AV DEN PRESTATIONSBASERADE ERSÄTTNINGEN | 31 |
| 6. ANALYS | 32 |
| 6.1 ERSÄTTNINGSSYSTEMETS UTFORMNING SAMT POLITIKER OCH ANSTÄLLDAS SYN PÅ DESS UTFORMNING ... | 32 |
| 6.1.1 <i>Prestationsfinansiering</i> | 32 |
| 6.3 ERSÄTTNINGSSYSTEMETS PÅVERKAN PÅ EFFEKTIVITET OCH PRODUKTIVITET | 33 |
| 6.3.1 <i>Styrmedel</i> | 33 |
| 6.3.2 <i>Effektivitet</i> | 34 |
| 6.3.4 <i>Produktivitet</i> | 34 |
| 6.4 LÄMPLIGA PRESTATIONSMÅTT | 35 |
| 6.4.1 <i>Prestationsmätning</i> | 35 |
| 6.4.2 <i>Kunskapsorganisationer</i> | 36 |
| 7. SLUTSATS | 37 |
| 7.1 ERSÄTTNINGSSYSTEMETS UTFORMNING..... | 37 |
| 7.2 POLITIKER OCH ANSTÄLLDAS SYN PÅ ERSÄTTNINGSSYSTEMETS UTFORMNING | 38 |
| 7.3 ERSÄTTNINGSSYSTEMETS PÅVERKAN PÅ EFFEKTIVITET OCH PRODUKTIVITET | 39 |
| 7.4 FÖRSLAG PÅ LÄMPLIGA PRESTATIONSMÅTT | 40 |
| 7.4.1 <i>Kunder</i> | 40 |
| 7.4.2 <i>Ledtid</i> | 42 |
| 7.4.3 <i>Personal</i> | 42 |
| 7.5 AVSLUTNING | 42 |
| 7.5.1 <i>Förslag till fortsatt forskning</i> | 43 |
| KÄLLFÖRTECKNING | 44 |
| LITTERATUR..... | 44 |
| SEKUNDÄRKÄLLOR | 45 |
| PUBLIKATIONER..... | 45 |
| RAPPORTER..... | 46 |
| ELEKTRONISKA REFERENSER | 46 |
| ARTIKLAR | 46 |
| PROTOKOLL | 46 |
| PERSONLIGA INTERVJUER | 46 |
| BILAGA..... | 47 |
| <i>Frågeguide</i> | 47 |
| <i>Intervju med Jonas Thorén, läkare och chef över vårdcentralen Floda, MittenÄlvsborg</i> | 48 |
| <i>Intervju med Ingela Arvidsson, distriktssköterska och verksamhetschef för läkarmottagning, distriktssköterskemottagning, BVC och mödravårds-central i Sollebrunn, MittenÄlvsborg</i> | 49 |
| <i>Intervju med Zahid Catic, ekonomiansvarig vid primärvårdskansliet för mitten Älvsborg</i> | 51 |
| <i>Intervju med Monica Ericson-Sjöström, verksamhetschef för vårdcentralen i Mölndal, Södra Bohuslän</i> .. | 53 |
| <i>Intervju med Ingemar Wikenros, ekonomichef primärvården i Skaraborg</i> | 54 |
| <i>Intervju med Jan Aaby- Ericson, ekonomichef primärvårdskansliet i Göteborg</i> | 56 |
| <i>Intervju med Christina Malmer, Regionchef för Östra Göteborg</i> | 58 |
| <i>Intervju med Anna Aggeryd, verksamhetschef för Sandareds vårdcentral, Sjuhärad</i> | 60 |
| <i>Intervju med Berit Frändås, ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnden i Sjuhärad (beställarsidan)</i> | 61 |
| <i>Intervju med Jan Blomqvist, ekonomichef i Borås och Stefan Bengtsson ansvarig för läkemedelsersättningen (beställarsidan)</i> | 63 |
| <i>Intervju med Rita Harring, ekonomichef i Fyrbodal</i> | 64 |
| <i>Intervju med Kerstin Brunnström, ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnd 5 i Göteborg (beställarsidan)</i> | 65 |
| <i>Intervju med Per Kjellson, verksamhetschef för Herrestads vårdcentral</i> | 67 |
| <i>Intervju med Jan Carlsson, verksamhetschef för vårdcentralen i Trandared</i> | 68 |

1. Inledning

I detta kapitel kommer vi att beskriva bakgrunden till ämnesvalet, föra en kortare problemdiskussion som mynnar ut i en problemformulering, redogöra för syftet med uppsatsen, kortfattat beskriva metoden samt redogöra för författarnas förförståelse. Slutligen redovisar vi uppsatsens disposition.

1.1 Bakgrund

Inom hälso- och sjukvården sker en snabb och dynamisk utveckling som ger effekter på alla delar inom organisationen. Det handlar om att i takt med kunskapsutvecklingen ständigt anpassa sig till ett samhälle i snabb förändring. Den svenska hälso- och sjukvården finansieras med drygt 80 % av skattemedel och en viss del finansieras även genom privata sjukvårdsförsäkringar som ofta betalas av den anställdes arbetsgivare. (Hallin & Siverbo, 2003)

Ordet primärvård introducerades i Sverige under 1970- talet. Då avsågs en organisationsform inom hälso- och sjukvården i landstingen. Sedan 1995 syftar man istället på en vårdnivå. I Hälso- och sjukvårdslagen kan man läsa:

”Primärvården ska som en del av den öppna vården, utan avgränsningar vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper, svara för befolkningens behov av en sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.”

I Sverige är primärvården organiserad genom vårdcentraler med allmänläkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter med flera.

Primärvården finansierades ursprungligen med anslagsfinansiering, vilket innebär att man får en fast summa pengar med vilka man skall bedriva verksamheten under ett år. För primärvården inom Västra Götalandsregionen gällde denna form av finansieringen långt in på 1990-talet.

I slutet av 1980- talet kom en del stora besparingskrav på sjukhus och primärvård. I samband med att ekonomin blev mera instabil i många landsting började man även att fundera över hur ekonomistyrningen kunde förbättras. Man utvecklade kostandsredovisningen och man började utveckla system för att kunna beräkna exakt kostanden per patient/patientgrupp. Man utvecklade även andra styrmedel i form av avancerade system, för att kunna beskriva den vård som bedrevs. Denna utveckling lade en grund och möjlighet att kunna skapa mera avancerade ersättningssystem.

Sjukhusen har kommit längre i sin utveckling, eftersom kostnadsberäkningar och ersättningssystem utvecklades kraftigt under första halvan av 1990-talet. Primärvården fortsatte under den tiden med anslagsfinansieringen.

Under 1999 genomfördes ett stort arbete med att föröka utveckla ersättningssystem för primärvården. Man talade om att primärvården har ett befolkningsansvar och att ersättningen därför borde baseras på befolkningens storlek, men även att hänsyn skulle tas till ålder och andra faktorer. Vidare diskuterade man en mera direkt ersättning per prestation, i form av olika patientkontakter. Syftet man hade med att införa ett mera utvecklat ersättningssystem var att stimulera till en ökad produktivitet. Man kom fram till en mall, som alla delar inom regionen skulle arbeta efter från och med år 2003.

Diskussionerna omkring vårdens effektivitet har varit många. Dagligen fylls tidningarna med artiklar och insändare om brist på vårdplatser och nedskärningar. Det saknas alltid pengar inom vården och vårdköerna är oöverblickbara. Därmed har man haft många diskussioner omkring vårdens effektivitet och produktivitet. Diskussionerna har väckt tankar hos oss och en vilja att titta på utbyggnaden av ersättningssystemet inom primärvården.

Utifrån det ska vi försöka klargöra hur ersättningssystemet inom regionen är uppbyggt och med det som grund försöka att finna lämpliga prestationsmått. I samband med det vill vi även undersöka hur ersättningssystemet uppfattas av anställda och politiker inom organisationen och se om ersättningssystemets utformning har någon påverkan på effektiviteten och produktiviteten.

1.2 Problemformulering

Ovanstående diskussion resulterade i följande frågor.

- Hur är ersättningssystemet utformat inom Västra Götalands- regionen?
 - Hur ser politiker och de anställda på ersättningssystemet inom Västra Götalandsregionen?
 - Påverkar ersättningssystemets utformning effektiviteten och produktiviteten?
- Vilka prestationsmått skulle effektivast kunna sammankopplas med ersättningssystemet?

1.3 Syfte

Syftet med vår uppsats är att undersöka hur betalning för utförda tjänster inom Västra Götalandsregionen sker och se hur de anställda inom regionen ser på systemet. Med utgångspunkt från de teoretiska och empiriska kunskaperna om ersättningssystemets utformning, kommer vi att titta på om dess utformning har påverkan på sjukvårdens effektivitet och produktivitet och utifrån det ta fram förslag på lämpliga prestationsmått.

1.4 Metod

Vi har i arbetet med uppsatsen använt oss av en kvalitativ metod. Datainsamlingen har skett både genom primär- och sekundärdata. Primärdatainsamlingen har skett genom kvalitativa intervjuer. Sekundärdatainsamlingen har skett med hjälp av relevant litteratur, rapporter,

årsredovisningar och Internet. För att säkra validiteten och reliabiliteten har vi valt att genomföra intervjuer med flertalet olika yrkesgrupper inom Västra Götalandsregionen.

Analysen och slutsatsen har sin grund i det empiriska materialet och väsentliga teorier. Eftersom vår studie endast representerar ett begränsat urval kommer vi inte att dra några generella slutsatser av utfallen av studierna, utan de kommer endast att ligga till grund för en fortsatt diskussion.

För en mer utförlig metodredovisning hänvisar vi till kapitel 3.

1.5 Avgränsningar

För att få hög tillförlitlighet i uppsatsen har vi valt att gå på djupet och endast fokusera på ersättningssystemet för delområdet vårdcentraler inom primärvården i Västra Götalandsregionen. Vi har valt att undersöka ett antal vårdcentraler från olika delar inom regionen. Regionen är uppdelad i fem områden; Fyrbodals, Skaraborg, Södra Bohuslän, Göteborg och Södra Älvsborg. Totalt har vi undersökt synen hos personalen i alla fem områden och har intervjuat personal, det vill säga utförare, från tolv olika vårdcentraler och fyra beställare. Vi kommer endast att koncentrera oss på den del av ersättningssystemet, som handlar om "betalningsflöden". Det innebär att vi till exempel inte kommer att ta med diverse befordringsmöjligheter och liknande.

Begreppet effektivitet kan definieras på många olika sätt. Vi kommer använda den definition som innebär graden av måluppfyllelse.

1.6 Författarnas förförståelse

Uppsatsen är en kandidatuppsats, vilket innebär att den är skriven på C- nivå. Författarna besitter kunskaper inom ekonomi, motsvarande en kandidatexamen. Författarnas förkunskap om Västra Götalandsregionen och primärvårdens ersättningssystem var dock obefintlig, före arbetet med uppsatsen påbörjades.

1.7 Centrala begrepp

| | |
|--------------------------------------|--|
| Kapiteringsersättning | Den del av ersättningen till primärvården, som utgör en fast summa och grundar sig på antalet listade patienter och deras ålder. |
| Prestationsbaserad ersättning | Den del av ersättningen till primärvården, som utgör en rörlig del. Den baseras bland annat på olika former av patientkontakter. |
| Beställare | Politiker och tjänstemän, som beställer vård för befolkningens räkning. |
| Utförare | Vårdgivare, och till viss del politiker, som producerar den vård som beställarna beställer. |

1.8 Uppsatsens disposition

Kapitel 1: Inledning

Inledning till vår uppsats genom bakgrund, problemdiskussion, problemformulering, syfte och avgränsning, samt kortfattat om metoden. Även författarnas förförståelse och uppsatsens disposition presenteras här.

Kapitel 2: Referensram

De teorier och tidigare kunskaper som finns inom ämnet prestationsmätning och prestationsmått presenteras här.

Kapitel 3: Metod

Här redogör och motiverar vi vårt metodval. Vi klargör även hur vårt tillvägagångssätt sett ut. Det vetenskapliga synsättet klargörs. Vi för också en diskussion om datainsamlingsmetoder samt uppsatsens trovärdighet.

Kapitel 4: Västra Götalandsregionen

Vi presenterar här kort Västra Götalandsregionen, politikernas mål med primärvården och beskriver översiktligt hur ersättningssystemet för primärvården är utformat.

Kapitel 5: Empiri

I empirikapitlet sammanställer vi och behandlar det insamlade intervjumaterialet. Empirin och det teoretiska materialet kommer att bli underlag för vår analys och slutsats.

Kapitel 6: Analys

Det empiriska och teoretiska materialet analyseras här genom att vår teoretiska referensram ställs mot det empiriska materialet.

Kapitel 7: Slutsats

De slutsatser som vi har kommit fram till presenteras här och svaren på problemformuleringen presenteras.

Källförteckning

Bilaga

2. Teori

I detta kapitel redogör vi kort för prestationsfinansiering, vi tar även upp några av de teorier som finns kring ekonomiska styrmedel, samt berör effektivitet, produktivitet och en del om prestationsmätning. Avslutningsvis behandlar vi kort kunskapsorganisationer och villkor som krävs för en effektiv målstyrning.

”En teori är en uppsättning av uppfattningar eller utsagor vars inbördes sammanhang klargjorts på ett klart och explicit sätt i syfte att förklara eller ”belysa fenomen”

(Margenau 1996 sid 25)

2.1 Prestationsfinansiering

Prestationsfinansiering innebär att ersättning till hälso- och sjukvården baseras på utförda prestationer. Grundtanken är att någon finansiär betalar producenterna för vad de presterar. (Hallin & Siverbo, 2003)

Prestationsfinansiering har haft både positiva och negativa konsekvenser inom hälso- och sjukvården. Enligt Forsberg (2001) resulterade prestationsfinansiering inom den så kallade Stockholmsmodellen (en ersättningsmodell utformad i Stockholmsregionen) i att man fick en större uppmärksamhet på frågor som berörde kvalitet. Vidare påvisade en studie om upphandlad primärvård (Bjurgren & Paulsson, 1995) att ett flertal av de avtal som tecknades innehöll en del omfattande kvalitetssäkringsklausuler och i en annan rapport framgår att beställarna skulle minska ersättningarna till utförarna om man valde att inte ta hänsyn till överenskommelser om kvalitet. (Bergman & Dahlbäck, 1995).

Negativa effekter som har uppkommit i samband med prestationsfinansiering är till exempel att det vid användandet av en finansieringsmodell, som är utformad på det sättet att klinikerna lämnar rapporter om utförda prestationer via olika informationssystem finns en risk att rapporteringen inte är sanningsenlig. En studie av mödravårdcentraler visar att prestationsfinansieringen mycket väl kunde manipuleras. En viss grupp tidskrävande patienter registrerades till exempel två gånger, vilket innebar dubbel ersättning till avdelningen och en dubbelkostnad för finansiären. Barnmorskan utförde registreringen då hon ansåg att ersättningen de fick för en viss del av sina patienter inte räckte för att täcka de kostnader som mödravårdscentralen hade. Prestationsfinansieringen kan även leda till att vårdgivarna blir för intäktsfokuserade och då koncentrerar sig mindre på att ge god vård till patienterna. (Brorström, Hallin & Kastberg 2000) Enligt författarna till en rapport om primärvården medförde prestationsfinansiering att sjukhusen var mindre beredda på att lämna ifrån sig patienter till primärvården. Konsekvenserna av detta var att prestationsfinansiering bidrog till att vård tillhandahölls på fel nivå. Enligt denna rapport misslyckades man med målet att föra över så många patienter som möjligt till primärvården, eftersom det saknades incitament att föra över mer vård. (Borqvist och Krakau, 1996)

I rapporter från 1990- talet påvisas att det inte krävs prestationsfinansiering för att uppnå en ökad effektivitet och produktivitet. (Åhgren, 1999)

En följd av ersättningsystemets utformning, som vi nämnt, är överproduktion och denna kan förhindras om den kompletteras med restriktioner avseende produktionsvolym och revisioner avseende kvalitet. Man kan även välja ett annat alternativ och det är att ersättning baseras på prestationer och kombineras med en ramfinansiering. (Anell, 1991)

Tabellen nedan visar hur olika sätt att betala producenter av sjukvård har olika effekter på kvalitet och effektivitet.

| Typ av ersättning | Ger incitament för: | | | |
|--|---------------------|------------------|-----------------|-----------|
| | Kostnad/patient | Kvalitet/patient | Antal patienter | Riskurval |
| Rambudget | -- | -- | - | 0 |
| Ersättning per prestation: | | | | |
| - utan fasta priser | - | ++ | + | 0 |
| - med reglerade priser | -- | ++ | + | + |
| Capitation | -- | -- | -- | ++ |
| Ersättning baserad på diagnos (ex DRG) | -- | -- | ++ | + |

Förklaring: -- starka incitament att minska; - incitament att minska; 0 inga tydliga incitament; + incitament att öka; ++ starka incitament att öka

Figur 2.1: Ersättningsmodeller. Källa: Lundbäck (2002)

2.2 Styrmedel

Det finns flera olika hjälpmedel för att kunna styra företaget i riktning mot ekonomiska mål. Det övergripande namnet för de olika hjälpmedlen är styrmedel. Söderholm (1998) har i sina studier identifierat fyra olika syften med styrningen mot ekonomiska mål; att samordna verksamheten, att undersöka hur verksamheten fungerar, att motivera medarbetarna samt att legitimera organisationen.

2.2.1 Samordning av verksamheten

Genom att skapa en samordning av de definierade målen skapas ett gemensamt språk som underlättar förståelsen av arbetsmomentens, personalens och enheternas betydelse för verksamheten. Samordningen underlättas genom gemensamma visioner och värderingar. Samordning sker, enligt Söderholm (1998), genom att målstyrningsprocessen blir ett medel för kommunikation mellan olika delar inom organisationen.

2.2.2 Undersökning av hur verksamheten fungerar

Genom målstyrningen mäts hur väl organisationen uppfyller sina uppsatta mål och hur de tillhandahållna resurserna används. Mått och resultat som analyseras ligger sedan till grund för bedömningar av hur väl verksamheten har fungerat. Analyserna har enligt Söderholm utvecklats från att endast inneha en kontrollfunktion till att användas i ett lärande syfte, då förändringar av organisationen sker med utgångspunkt i analyserna. (Söderholm, 1998)

2.2.3 Motivation av medarbetarna

Enligt Söderholm (1998) finns det tre viktiga variabler för att skapa motivation: Individerna måste uppfatta sitt arbete som meningsfullt och lönande, individerna vill ha ett personligt ansvar för sitt arbete samt behöver en återkoppling av arbetsresultatet. Alla tre variabler uppfylls genom målstyrningen, eftersom styrningen leder till större insyn i hur individens arbete passar in i organisationen, inte minst chefer är ansvariga för att individernas uppsatta mål uppfylls och även genom att uppföljningen av måluppfyllnaden, som löpande sker i de flesta organisationer, leder till återkopplingar av resultatet.

2.2.4 Legitimitetsskapande

Oavsett hur effektiv målstyrningen är i praktiken, finns det stora fördelar med att den upplevs som funktionell och effektiv. Detta är till exempel särskilt viktigt inom den offentliga sektorn, där dess legitimitet inte återspeglar sig som en vinst i resultaträkningen. Enligt den så kallade resource- dependenceskolan kan ett styrsystem som upplevs som modernt och effektivt medföra positiva externa effekter, till exempel genom att verksamheten blir attraktiv för ny personal. (Söderholm, 1998)

2.3 Effektivitet

Effektivitet kan beskrivas som graden av måluppfyllelse och visar därmed hur väl företaget uppnår sina mål. (Ax, Johansson, Kullén, 2002) En annan definition på effektivitet avser förhållandet mellan resultat och resursinsatser, kostnaderna, och uttrycks som värde. Kostnadseffektivitet avser uppnådda effekter i relation till nedlagda kostnader. (Hallin & Siverbo, 2003)

Den totala effektiviteten kan delas upp i inre och yttre effektivitet. Den inre effektiviteten kan beskrivas som kvoten mellan prestationer och resursinsatser. Den innebär att företaget ska göra saker på rätt sätt, vilket i praktiken innebär att företaget hushåller med resurser. En hög inre effektivitet förknippas ofta med hög produktivitet. Den yttre effektiviteten handlar om att företaget producerar produkter som är efterfrågade på marknaden. (Samuelson, 2003) Den definition vi behandlar i uppsatsen är effektivitet som graden av måluppfyllelse. Effektiviteten kan mätas både i finansiella och icke- finansiella termer.

2.4 Produktivitet

En vanligt förekommande definition på produktivitet är kvoten mellan vad som producerats under en viss tidsperiod och mängden resurser som förbrukas under samma period. (Lönnqvist & Lind, 1998) Förhållandet för produktivitetsmättet uttrycks i kvantiteter.

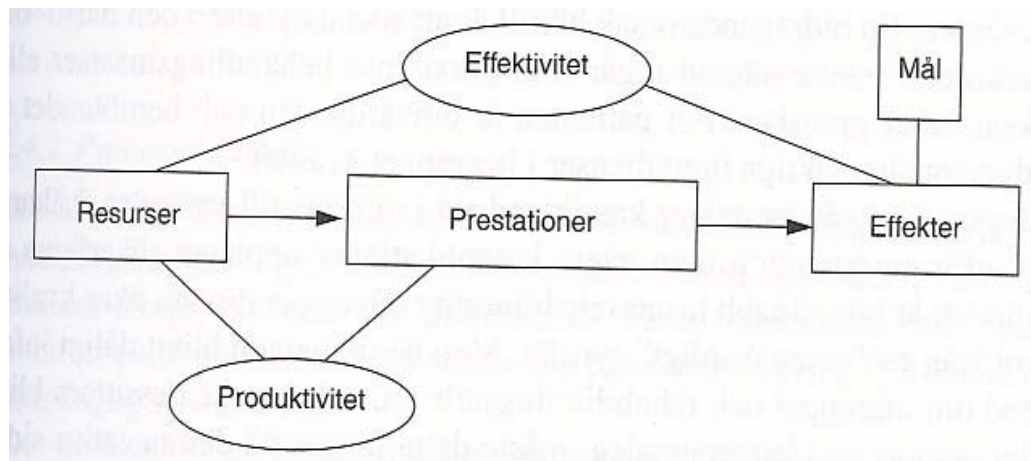
Produktivitetsmått kan delas upp i två olika typer; partiella produktivitetsmått och totala produktivitetsmått. Det partiella produktivitetsmättet följer endast upp en produktionsfaktor. Ett vanligt förekommande partiellt produktivitetsmått är arbetsproduktivitet. En nackdel med det partiella produktivitetsmättet kan vara att det endast fokuserar på en produktionsfaktor, vilket kan medföra suboptimering. Detta undviks genom att istället använda sig av totala produktivitetsmått. Måttet tar hänsyn till produktivitetsförändringar i alla produktionsfaktorer. Modellen bygger på årets och föregående års kostnadsutfall. (Ibid.)

Inom traditionell offentlig verksamhet kan det vara svårt att jämföra effektivitet och produktivitet, på grund av mätsvårigheter för värdet av produktionen. Svårigheten att mäta värdet på produktionen uppkommer eftersom tjänsten inte säljs på en marknad. (Bergström & Lund, 2003)

Över tiden kan man dock med hjälp av produktivetsmått upptäcka förbättringar och försämringar med förändringar i organisationens verksamhet. Produktivitet kan delas upp i fyra faktorer; metod, prestation, utnyttjandegrad och kvalitet. Multipliceras dessa fyra faktorer med varandra erhålls den totala produktivetsutvecklingen. En produktivetsökning innebär därmed att man tillhandahåller samma kundnytta till mindre resursinsats eller mer kundnytta till samma resursinsats. (DI 2004-04-15)

Studier av produktivetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården för perioden 1960-1980 visar att utvecklingen av produktiviteten varit kraftigt negativ. Den största produktivetsminskningen återfanns bland annat inom den öppna vården utanför sjukhusen. (Finansdepartementet, 1994)

Figur 2.2 syftar till att klargöra skillnaden mellan effektivitet och produktivitet.

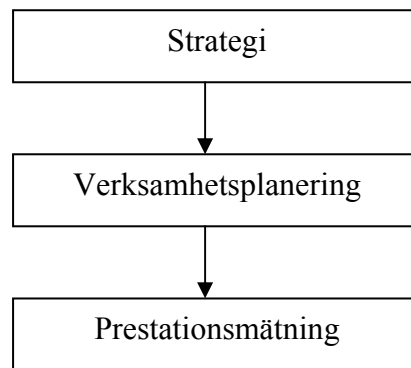


Figur 2.2: Skillnaden mellan effektivitet och produktivitet. Källa: Åhgren, 1999.

2.5 Prestationsmätning

Vanligen klassificeras de ekonomiska styrmedlen i tre grupper; organisationsstruktur, mindre formaliserad styrning och formella styrmedel. Exempel på formella styrmedel är produktkalkylering, internprissättning och målkostnadskalkylering. I gruppen återfinns även prestationsmätning. (Ax, Johansson & Kullvén, 2002)

Vanligt förekommande syften med användandet av prestationsmått är att styra, motivera och informera företagets olika avdelningar, vilket vanligen motsvarar olika ansvarsenheter, och dess anställda. Prestationsmätningen ska bidra till att företagets strategi realiseras, vilket innebär att valet av vilka prestationsmått som ska fokuseras är beroende av nyckelorden i företagets strategi, vilket visas i figur 2.3. (Ibid.)



Figur 2.3: Samband mellan strategi, verksamhetsplanering och prestationsmätning. Källa: Ax, Johansson & Kullvén, 2002

Det finns tre generella kriterier för de mått som kan användas inom prestationsmätning. De är oftast numeriska, enhetsspecifika, samt tidsbundna. (Söderholm, 1998) Prestationsmått kan vara både finansiella och icke- finansiella till sin karaktär. Exempel på finansiella prestationsmått är lönsamhet, resultat, kostnader och försäljning. De icke- finansiella prestationsmått kan exempelvis bestå av produktivitet, kundtillfredsställelse, medarbetartillfredsställelse och kvalitet. Historiskt har störst fokus legat på de finansiella prestationsmått, vilket på senare tid lett till en del kritik.

Det finns ett antal riktlinjer som bör beaktas för att ett företags prestationsmätning ska vara ändamålsenlig;

- De prestationer man väljer att mäta ska vara möjliga att relatera till företagets strategi. Det innebär att valet av prestationsmått ska ske med utgångspunkt i att mått bidrar till företagets måluppfyllelse.
- Prestationsmålen ska vara motiverande, vilket innebär att personalen dels måste vara medvetna om dess syften och dels måste förstå nyttan och betydelsen av att målen uppnås.
- Innebörden av de valda prestationsmått, som är relevanta för olika delar av personalen måste också förstås av den berörda personalen.
- Personalen ska kunna påverka de prestationer som mäts och som man ansvarar för, samt ha kunskap om hur man kan påverka ovan nämnda prestationer.
- Återrapportering till personalen om utfallet av prestationsmätningen måste ske löpande och ska vara lättförståelig.
- Antalet prestationsmått ska inte vara för stort
- Företaget måste säkerställa att nyttan av prestationerna ska överstiga kostnaderna.

(Ax, Johansson & Kullvén, 2002)

I en studie från slutet av 1990- talet ges indikationer på att målstyrningen har förändrat karaktär under de senaste åren. Enligt studien går trenden mot att organisationer använder sig av fler mål och att de icke- finansiella målen blir allt vanligare. (Söderholm, 1998)

En annan studie, från år 2000, undersöker vilka prestationsmått företag anser är viktigast i praktiken. I studien ingick främst stora börsnoterade nordiska företag, men även ett antal

mindre icke- börsnoterade företag samt ett antal statligt ägda företag. På en skala mellan 1 och 7 angavs hur viktigt man ansåg att respektive mätområde var. 7 betyder mycket viktigt och 1 inte viktigt alls, se figur 2.4. De två viktigaste mätmetoderna, lönsamhet och kostnadseffektivitet, påvisar dock att det i praktiken fortfarande är de finansiella måtten som spelar den viktigaste rollen. Det bör dock observeras att undersökningen är utförd på främst privata företag. Komplexiteten inom sjukvården är betydligt större både vad gäller prestationsmätning och att mäta input och output.(Ax, Johansson & Kullén, 2002)

| <i>Områden för prestationsmätning</i> | <i>Grad av viktighet</i> |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Lönsamhet | 6,2 |
| Kostnadseffektivitet | 5,5 |
| Försäljningens fördelning | 4,9 |
| Kvalitet | 4,9 |
| Produktivitet | 4,8 |
| Leveranssäkerhet | 4,6 |
| Marknadsposition | 4,6 |
| Kundtillfredsställelse | 4,5 |
| Medarbetartillfredsställelse | 3,6 |
| Produktutveckling | 3,5 |
| Kompetens | 3,5 |
| Miljö | 3,4 |
| Aktieägarvärde | 3,4 |
| Processutveckling, teknologisk nivå | 3,3 |

Figur 2.4: De viktigaste prestationsmått i praktiken. Källa: Ax, Johansson & Kullén, 2002

2.5.1 Nyckeltal

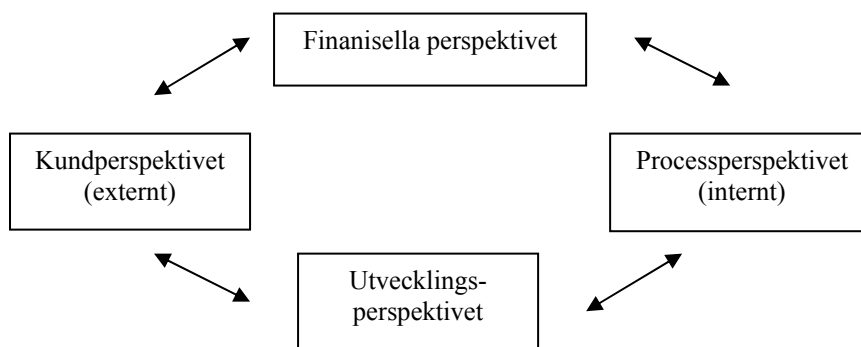
En del av prestationsmätningen kan ske i form av framtagande av relevanta nyckeltal. Statistiska Centralbyrån har i samarbete med ett antal revisorer och andra konsulter, tagit fram ett antal så kallade basnyckeltal. Dessa ska generellt vara användbara för alla företag, oavsett branschtillhörighet. Ett urval av dessa nyckeltal presenteras nedan (Bas- gruppen, 1998):

- Räntabilitet på Eget Kapital.
- Räntabilitet på Totalt Kapital.
- Rörelsemarginal.
- Nettoomsättning per anställd.
- Personalkostnader i relation till omsättningen.
- Soliditet.
- Kapitalets omsättningshastighet. .
- Rörelsekapital i relation till omsättningen.
- Kassalikviditet.
- Förändring av omsättning.

2.5.2 Balanced Scorecard

Det balanserade styrkortet kan sammanfattas som att ”det översätter ett företags strategi till ett antal mål och prestationsmått i ett antal perspektiv”. (Ax, Johansson, Kullén, 2002 s.672) Det balanserade styrkortet utvecklades av Harvardekonomerna Robert Kaplan och

David Norton. De menade att det inte räcker med att endast fokusera på en aspekt av verksamheten, utan det behövs flera olika aspekter för att med hjälp av företagets strategi leda företaget mot målen. (Lönnqvist & Lind, 1998) Andra beskriver att det balanserade styrkortet består av tre inslag; att klargöra företagets vision, att formulera företagets strategi och att ta fram mål och mått för de ingående perspektiven. (Ax, Johansson, Kullén, 2002) Kaplan och Norton anger fyra perspektiv för prestationsmätningen; det finansiella perspektivet, kundperspektivet, processperspektivet och utvecklingsperspektivet, vilka är inriktade på olika tidshorisonter, se figur 2.5. (Lönnqvist & Lind, 1998) Genom att följa upp verksamheten i flera dimensioner skapas en bättre balans mellan långsiktiga och kortsiktiga mål och även dolda tillgångar tas med. Måtten, som väljs till de balanserade styrkortet, ska fungera som indikatorer för hur verksamheten kan analyseras och utvecklas. (Samuelson, 2003)



Figur 2.5: Balanserat styrkort enligt Kaplan & Norton. Källa: Lönnqvist & Lind, 1998.

En nackdel med det balanserade styrkortet är att det kan vara komplicerat att sammanlänka mål i orsak- verkankedjor. Både samordning av arbetet och medarbetarnas olika åsikter om strategier kan orsaka svårigheter. Att bygga upp många av de nya system och rutiner som behövs för att få fram all relevant data kan vara kostsamt och resurskrävande.

2.5.3 Genomloppstid

Prestationsmättet genomloppstid avser att mäta arbetstiden för ett projekt. Det är ett av de viktigaste måtten för företag som processorienterar sin verksamhet (Lönnqvist & Lind, 1998), men skulle även kunna tillämpas vid utförandet av tjänster. En möjlighet att mäta genomloppstiden i ett tillverkande företag kan vara genom att mäta den ur kundens perspektiv. Starttidpunkten räknas från när kunden beställer varan och sluttidpunkten blir vid leverans av varan. (Ax, Johansson & Kullén, 2002) Inom sjukvården skulle motsvarande tidpunkter vara när kunden söker upp vårdcentralen för vård och när åkomman kan anses som botad alternativt när behandlingen är avslutad.

2.5.4 Kvalitet

En ökad konkurrens kräver en ökad kvalitet på produkterna/tjänsterna som levereras. Kvalitet kan mätas utifrån kundperspektivet, leverantörsperspektivet och det interna perspektivet. Sett ur kundperspektivet är det viktigt att varorna/tjänsterna som levereras motsvarar den kvalitet som kunderna förväntar sig. För varor innebär det att de är felfria och för tjänster inom vården borde det bestå av att vården man erhåller motsvarar de förväntningar patienten hade när denne sökte vård, att vårdtiderna inte är för långa samt i vilken grad patienten kan botas/behandlas. Med det interna perspektivet syftar man på de interna kvalitetsaspekterna,

vilka kan bestå av felaktigheter, spill, missnöje samt olika kvalitetskostnader. (Ax, Johansson & Kullvén, 2002)

Att bedöma kvaliteten i sjukvården kan vara förenat med svårigheter, eftersom produkten är mycket komplex. Förutom genom att bedöma den medicinska kvaliteten kan vårdkvaliteten mätas utifrån patienternas och de anställdas perspektiv. (Davidsson, 1998) Genom att studera kvaliteten utifrån hur patienterna upplever den krävs regelbundna patientundersökningar, så kallade vårdkvalitetsundersökningar. Även de anställdas perspektiv på kvaliteten mäts enklast genom diverse enkätundersökningar. (Ax, Johansson & Kullvén, 2002)

En tidigare definition på vårdkvalitet innebar att man skall tillämpa all befintlig vetenskaplig medicinsk kunskap för alla som var i behov av vård. (Lee och Jones, 1933) Flertalet har ställt sig kritiska till den definitionen, eftersom de anser att det är omöjligt att uppnå. (Vouri, 1982 och Reerink, 1990)

Kvalitetsbegreppet inom hälso- och sjukvården har utvecklats till en övergång från underförstådda bedömningar till mera utpräglade metoder för att fastställa alla komponenter som krävs för att beskriva omvårdnads-kvalitet. Även patienternas egna upplevelser av vården har under den senare tiden börjat betraktas som en allt mer viktig kvalitetsaspekt. Patientens reaktion i olika vård -sammanhang blir ett omdöme på personalens förmåga och prestationer att tillgodose patientens behov. (Davidsson, 1998)

I Hälso- och sjukvårdslagen finns kvalitetskraven för hälso- och sjukvården reglerat;

”Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven för en god vård. Det innebär att den ska

- *vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen*
- *vara lätt tillgänglig*
- *bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet*
- *främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen” (2a§, Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763)*

För att förbättra kvaliteten och kontrollen av kvaliteten utvecklar många företag olika kvalitetssystem. Även inom hälso- och sjukvården pågår utveckling av ett kvalitetssäkringssystem. Kvalitetssäkringsarbetet bör bestå av två delar; dels en normativ del, som förklarar hur det bör vara och dels en empirisk del, som visar hur det faktiskt är. (Donabedian 1992) Från och med januari 1997 finns bestämmelser om kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvårdslagen: *”Inom hälso- och sjukvården skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.” (31§, Hälso- och sjukvårdslagen SFS 1982:763).*

Målet med att utforma ett kvalitetssystem är först och främst att skapa en grundläggande ordning inom verksamheten. Varje kvalitetssystem är specifikt anpassat till verksamhetens förutsättningar. Kvalitetssystemet inom hälso- och sjukvården syftar till att förebygga skador, avvikelser och felbehandlingar. Systemet ska även tydliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och omvärld. (Spri-rapport ; 230).

2.5.5 Kundtillfredsställelse

Ett företag kan inte överleva utan nöjda kunder. För att företag ska kunna säkerställa att kunderna är helt tillfredsställda med det som de köper, gör många företag löpande kundundersökningar. Undersökningarna kan göras på många olika sätt, till exempel kan kundtillfredsställelsen mätas med hjälp av olika mätskalor som sammanställs i ett kundtillfredsställelseindex. En av de styreffekter som skapas genom att mäta kundnöjdheten är förbättrade kundrelationer, vilket i sin tur skapar ökad kundlojalitet och ett gott rykte. (Ax, Johansson & Kullén, 2002) Inom sjukvården påverkas kundtillfredsställelsen till största delen av vårdkvaliteten.

2.5.6 Personaltillfredsställelse

I en studie om sambandet mellan nöjda kunder och nöjd personal bekräftas att en nöjd anställd kan generera nöjda kunder. Detta sker genom att om personalen tycker att deras arbete är givande och tillfredsställande kommuniceras entusiasmen till kunderna. En nöjd personal kommer även att engagera sig mer för att hjälpa kunderna. (Schneider & Bowen, 1995) Personaltillfredsställelsen är viktig att mäta på alla nivåer i en organisation, då den kommer att genomsyra hela verksamheten.

2.5.7 Kritik mot prestationsmätning

Kritiken mot den ursprungliga prestationsmätningen, där störst fokus har legat på de finansiella måtten, har bland annat bestått av att finansiella mått kan leda till kortsiktigt handlande, ger för stor fokusering på redan inträffade händelser, ger lite information om vad som skapar framtida värde samt är svåra för företagets medarbetare att förstå och relatera till sitt eget arbete. (Ax, Johansson & Kullén, 2002) Enligt somliga är kritiken mot de finansiella prestationsmätningarna inte helt korrekt. De menar att det istället bör handla om att de finansiella måtten, som i många fall innehåller en del brister, kompletteras med icke-finansiella mått. (Lönqvist & Lind, 1998)

Kaplan och Johnson riktar i sin bok "Relevance Lost" kritik mot den traditionella redovisningen och prestationsmätningen, då de menar att den varken är relevant eller aktuell, eftersom det alltid kommer att finnas en skillnad mellan redovisningens mättdpunkt, sammanställning och distribution av de ekonomiska rapporterna. De menar även att prestationsmätningen lätt blir alltför aggregerad och grovt sammansatt, vilket innebär att den inte visar de olika effekter som har påverkat händelser åt olika håll. Kopplingen mellan händelser i verksamheten och informationen i rapporterna kan bli svår att uppfatta. Ett vanligt förekommande problem inom många företag, som framkommit genom diverse studier, är att redovisningen och prestationsmått är svåra att förstå för gemene man. (Lönqvist & Lind, 1998)

Nackdelar med de icke-finansiella måtten är att de ofta är väldigt lokala och därför kan vara svåra att lägga samman till ett övergripande mått. Eftersom måtten kan vara mycket lokala, kan det även vara svårt att genomföra jämförelser mellan olika delar i en organisation eller mellan olika företag. (Karén & Ljunggren, 1996)

2.6 Kunskapsorganisationer

I en kunskapsorganisation är det humankapitalet och medarbetarnas kompetens som är det väsentliga. Eftersom humankapitalet i dessa företag i de flesta fall utgör en större andel än det

finansiella kapitalet består företagets huvudsakliga värde av personalens kunskaper. I ett kunskapsföretag har de dolda tillgångarna, det vill säga de tillgångar företaget besitter men som inte syns i balansräkningen, en större betydelse än i ett traditionellt företag. För mått och styrning i ett kunskapsföretag måste en större hänsyn tas till utveckling av personalens kompetens och företagets strukturer. (Alvesson, 1992)

Kunskapsorganisationer kännetecknas bland annat av viktiga inslag av problemlösning, icke-standardiserad produktion, starkt individberoende och hög grad av självständighet hos utövaren samt hög utbildningsnivå och professionaliseringsgrad hos flertalet medarbetare. (Ibid.) Hälso- och sjukvården uppfyller dessa kriterier rent teoretiskt, vilket skulle kunna innebära att den kan klassificeras som en kunskapsorganisation.

2.7 Villkor för en effektiv målstyrning

En viktig aspekt i målstyrning är att de uppsatta målen följs upp regelbundet, att uppföljningen håller tillräckligt hög kvalitet och att den är lättförståelig. (Söderholm, 1998) En fördel med att använda sig av finansiella mått är att det är vanligt förekommande att verksamheten regelbundet följs upp enligt dem. En organisations mål ska vara hierarkiska, vilket innebär att det övergripande målet inrymmer underordnade delmål. En viktig egenskap för alla prestationsmått och övriga ekonomiska mål är att de ska kunna brytas ned till olika organisatoriska nivåer. Är det inte möjligt att bryta ned måtten till olika delnivåer erhålls inte heller målstyrningens positiva effekter. Inom ekonomistyrningen är det vanligt förekommande att mål och mått jämföras med varandra, eftersom det krävs att målen ska vara mätbara för att målstyrning ska fungera på ett bra sätt. (Ibid.)

Målstyrningsprocessen kan påbörjas från två olika håll. Top-down modellen innebär att målen sätts upp på de högre nivåerna i organisationen och bryts därefter ned till de underordnade enheterna i organisationen. En risk med modellen är att målen som fastställs av ledningen kan upplevas som omöjliga att uppfylla, samt att den övriga personalen inte känner sig delaktig i målen. Modellen kan därmed, tvärt emot dess syfte, leda till att personer på lägre nivåer blir omotiverade av målen. I Bottom-up modellen sätts målen upp i de undre organisatoriska enheterna och summeras sedan längre upp i organisationen. Nackdelar som kan uppkomma med modellen är att målen som sätts är för fegt tilltagna. Denna modell passar inte för hierarkiska organisationer. För att målen som sätts ska vara realistiska och inte för låga samt att syftet att skapa motivation ska uppfyllas använder sig många organisationer av en medelväg där över- och underordnade delar i organisationen gemensamt fastställer målen. (Söderholm, 1998)

3. Metod

I följande kapitel presenterar vi vårt tillvägagångssätt och de metoder vi har använt oss av i vår undersökning. Vi kommer även att diskutera uppsatsens validitet, reliabilitet och relevans samt kortfattat diskutera källgranskning för att slutligen redogöra för den notationsteknik vi har använt oss av och redogöra för den målgrupp som vi riktar oss till.

3.1 Tillvägagångssätt

I arbetets inledningsfas diskuterade vi uppsatsämnet och lämpliga tillvägagångssätt med vår handledare Thomas Braun, från Handelshögskolan i Göteborg och vår kontaktperson på Västra Götalandsregionen, Kari Aartojärvi. Kari arbetar som projektledare och utredare på ekonomiavdelningen på Regionens Hus i Göteborg och har arbetat på Västra Götalandsregionen sedan regionen bildades. Han har inga särskilda kunskaper om ersättningssystemet inom regionen, men har bistått oss med internt material samt förslag på lämpliga personer inom Västra Götalandsregionen att intervjua. Namn och mailadresser till respondenterna har inhämtats från Västra Götalandsregionens interna telefonkatalog.

Vi har bokat tider med respondenterna genom telefonsamtal och mail. Före varje intervju skickades frågorna till respondenterna. På det sättet fick de möjlighet att förbereda sig och tänka igenom frågorna i den mån de själva önskade. Vi har i efterhand haft möjlighet att komplettera med en del följdfrågor när det känts nödvändigt, vilket har givit arbetet substans och oss en bredare förståelse för ämnet.

En del av intervjuerna genomförde vi via telefon medan de övriga utfördes som personliga intervjuer. Huvuddelen av våra intervjuer genomfördes dock på respondentens arbetsplats, vilket innebar att vi fick åka till de olika enheter/avdelningar inom Västra Götalandsregionen. Intervjuerna pågick i 30-40 minuter. Stämningen under intervjuerna var avspänd och de flesta var engagerade och intresserade av ämnet, vilket underlättade kommunikationen.

Vid de personliga intervjuerna användes en diktafon för att minska risken för misstolkning av informationen och därmed minska antalet osäkerhetsfaktorer vid intervjuerna. Efter att intervjuerna sammanfattats av oss har de även skickats till respondenterna för ett sista godkännande. Även detta för att eliminera risken för feltolkningar. För att ytterligare reducera risken för missuppfattningar har vår kontakt person på Västra Götalandsregionen, Kari Aartojärvi, läst igenom och kontrollerat hela uppsatsen.

Utifrån det empiriskt insamlade materialet har en analys kring ersättningssystemets uppbyggnad inom regionen förts och utifrån materialet har vi även försökt att koppla förslag lämpliga prestationsmåttn.

3.2 Vetenskapligt förhållningssätt

Vi använder ett hermeneutiskt förhållningssätt, eftersom det är det förhållningssätt som ligger närmast vårt arbetssätt i denna studie. Två grundbegrepp är centrala i hermeneutiken,

nämligen förförståelse och erfarenhet. Förförståelsen bygger på att vi uppfattar omvärlden på olika sätt beroende på vilken uppfostran som vi har fått. Ju mer erfarenhet vi har fått inom vårt problemområde desto mer förståelse har vi fått för det. (Thurén, 1996) I vårt fall, har vi med hjälp av primärdata, i form av kvalitativa intervjuer, samt sekundärdata i form av litteratur och diverse rapporter skapat oss en förståelse inom området. Denna förståelse har väckt många frågor vilket i sin tur genom intervjuerna har skapat en mycket bra dialog med de anställda inom organisationen och slutligen ökat vår förståelse för ämnet.

3.3 Forskningsansats

Vi har valt att till största delen använda oss av en kvalitativ metod för uppsatsarbetet. Kvalitativa metoder ställer forskarens uppfattning eller tolkning av informationen i centrum. Det kan till exempel handla om tolkning av teori, motiv, sociala processer och sociala sammanhang. Denna metod används i första hand när resultaten inte kan eller bör omvandlas till kvantifierbara data för statistiska beslut (Holme & Solvang, 1997) Metoden passar även vår undersökning bra, eftersom de visar på en helhetsbild som möjliggör ökad förståelse. (Ibid.) Målet med uppsatsen är att skapa förståelse för hur ersättningsystemet är utformat, att försöka finna dess påverkan på effektivitet och produktivitet samt att med grund i kunskaperna försöka finna lämpliga prestationsmått, som passar Västra Götalandsregionens organisation. Genom att göra personliga intervjuer kan vi få den mest verklighetsnära bilden av den nuvarande situationen rörande ersättningsystemet och även försöka kartlägga om det finns skillnader i uppfattningen om ersättningsystemet beroende på var någonstans i organisationen som man arbetar.

3.4 Undersökningsansats

Vi har använt oss av en induktiv ansats. Den induktiva ansatsen börjar med en empirisk undersökning, då denna metod har sin utgångspunkt i verkligheten. I undersökningar görs observationer som används för att få fram en generalisering, vilket leder fram till en teori. (Holme & Solvang, 1997) Eftersom studien inleddes med insamlande av empirisk data, vilket sedan kommer att analyseras för att finna en teori, passar den induktiva ansatsen väl in i studien.

3.5 Datainsamling

Insamlingen av data kommer att ske både i form och primär- och sekundärdata.

3.5.1 Primärdata

Primärdata är information som är inhämtad för ett specifikt ändamål och som inte tidigare presenterats. (Andersen, 1998) Primärdatainsamlingen har skett i form av kvalitativa intervjuer och har kompletterats med sekundärdatainsamling.

Intervjuerna har skett med utgångspunkt från en frågeguide med relativt öppna frågor, för att vara säkra på att vi får fram intervjupersonernas egna uppfattningar på området. Målet med intervjuerna är att få information om vad personalen ute på arbetsplatserna har för uppfattning om ersättningsystemets modell och dess effekter.

Ett alternativ till de kvalitativa intervjuerna hade varit att genomföra kvantitativa intervjuer i form av enkätundersökningar. Därigenom hade vi kunnat intervjua ett större urval eftersom

enkätundersökningar inte är lika tidskrävande, men på grund av nackdelarna med denna form av intervjuer; att de är statiska, att respondenterna inte får möjlighet att vidareutveckla sina svar samt att vi inte får möjlighet att se respondenternas reaktioner under intervjuens gång anser vi inte att vi skulle erhålla en lika djup förståelse för ämnet. Vi har därför valt bort intervjuformen.

Fördelar med de kvalitativa intervjuerna är att respondenterna får möjlighet att vidareutveckla sina svar, eller att utforma hur de själva upplever situationen. Att utföra intervjun på det här sättet innebär ett samspel mellan oss och det bildas även en grund för ömsesidig förståelse. Ytterligare en fördel med öppna frågor är att det liknar ett vanligt samtal och påtvingar inte respondenten formuleringar och ord som kan upplevas som främmande. Intervjuformen gör det lättare för oss som undersöker att få den intervjuade att utveckla och förklara det svar som lämnas. En annan fördel är att intervjun enkelt kan kompletteras i efterhand. Nackdelar med intervjuformen kan vara svårigheter att kontrollera om innehållet har tolkats på ett korrekt sätt, vilket kan medföra problem för objektiviteten, dels från respondenter, dels från forskaren. (Andersen & Gamdrup, 1994).

Ytterligare nackdelar med kvalitativa intervjuer är att de är tidskrävande, vilket resulterar i att vi inte kommer att ha möjlighet att intervjua ett lika stort urval personer. För att kompensera detta och för att öka tillförlitligheten har vi valt att intervjua femton personer med olika tjänster inom regionen. Det kan även vara svårt att få respondenterna att ta sig tid att medverka i intervjun. Vi har därför valt att prioritera lite färre, men heltäckande frågor, för att försöka få med så många respondenter som möjligt i undersökningen. Eftersom uppfattningen kring systemet ska vara mycket olika i de olika delarna av regionen, har vi försökt intervjua ansvariga personer på olika positioner runt om i hela regionen. Urvalet av personer för de kvalitativa intervjuerna gjordes med hänsyn tagen till den olika akademiska bakgrund, som medarbetarna inom primärvården i regionen besitter. Vi valde att intervjua både ekonomichefer, primärvårdschefer och verksamhetschefer med olika yrkesbakgrund samt politiker för att få en så bred referensram som möjligt, för att lyfta fram så många olika infallsvinklar som möjligt samt se om vi kunde finna olika mönster beroende på var i organisationen man arbetade.

Vår kontaktperson Kari Aartojärvi hjälpte oss med information och urval av de personer som skulle vara intressanta för vår studie. Att vi inte själva har tagit fram urvalet av intervjupersoner inom respektive område kan eventuellt ses som en svaghet. Det kan ha påverkat objektiviteten, genom att de har kunnat vinkla det urval av personer som vi fått. Eftersom Västra Götalandregionen är en stor och komplex organisation tror vi dock att nyttan av rekommendationerna har övervägt den eventuella vinklingen. Med hänsyn tagen till det skilda resultat som vi har fått från de olika intervjuerna, så tror vi att intervjupersonerna representerar en bra bredd inom regionen.

3.5.2 Sekundärdata

Sekundärdata är information som samlats in för något annat ändamål än det aktuella. Fördelen med sekundärdata är att den är enklare och billigare att få fram. En nackdel kan vara att informationen inte är specifikt anpassad för det aktuella området. (Andersen, 1998) De sekundärdata som vi har använt kommer främst från relevant litteratur, artiklar, årsredovisningar samt Internet. Vi har sökt litteratur i på Ekonomiska biblioteket och Göteborgs Stadsbibliotek genom GUNDA och LIBRIS. Vi har även sökt information i databaser som Affärsdata artikelarkivet, Mediearkivet och Presstext.

3.6 Urval

Genom att intervjua personal i Västra Götalandsregionen önskade vi att få en förankring i verkligheten på hur olika personer inom organisationen upplever det nuvarande ersättningssystemet. För att få möjlighet att undersöka attityderna kring ersättningssystemet hos personal som arbetar med systemet dagligen, men ändå besitter tillräcklig kunskap om hur ersättningssystemet fungerar bestämde vi oss för att försöka intervjua personer som arbetar som verksamhetschefer på ett antal vårdcentraler. Som ett komplement till deras åsikter önskade vi även att få ett antal intervjuer med personer från beställarsidan, i form av både politiker och tjänstemän.

3.7 Validitet, reliabilitet och relevans

3.7.1 Validitet

Validitetskravet innebär en mätmetods förmåga att mäta det man avser att mäta. Informationen man insamlar måste vara giltig och korrekt. Validiteten är beroende av vad vi mäter och om detta är utklarat i frågeställningen. Problemet med att få giltig information är betydligt mindre vid kvalitativa undersökningar än i kvantitativa studier, eftersom man i de kvalitativa undersökningarna har en större närhet till objektet som studeras (Holme & Solvang, 1997) För att säkerställa validiteten och se om det fanns olika uppfattningar inom olika yrkesroller gjordes urvalet av respondenter utifrån flertalet olika tjänster. Det bör påpekas att resurserna som vi har haft till vårt förfogande har varit ”begränsade” i bemärkelsen att vi enbart haft möjlighet att intervjua en liten andel av alla berörda medarbetare inom Västra Götalandsregionen.

3.7.2 Reliabilitet

Reliabiliteten syftar till om undersökningen är tillförlitlig, eller om den innehåller mycket systematiska fel. (Andersen, 1998) Reliabiliteten bestäms av hur mätningarna utförs och noggrannheten vid bearbetningen av informationen. Reliabiliteten är hög om olika oberoende mätningar av samma fenomen ger ungefär likvärdiga resultat. (Holme & Solvang, 1997) För att få en högre reliabilitet har vi valt att intervjua femton personer, med olika tjänster inom organisationen. Vi är medvetna om att det alltid finns en risk för att intervjuarna omedvetet påverkar respondenterna vid deras svar, vilket vi har beaktat. Det finns alltid en risk att svaren omedvetet tolkas felaktigt av intervjuarna, vilket vi har försökt att minimera genom att sammanställningen av intervjuerna även har skickats till respondenterna för en slutlig kontroll. Vi har även låtit vår kontakt på Västra Götalandsregionen, Kari Aartojärvi, läsa igenom hela uppsatsen för att bekräfta att vi uppfattat organisationens verksamhet och ersättningssystemets utformning på ett korrekt sätt.

3.7.3 Relevans

Med relevans menas att utredningen medvetet ska röra sammanhang och aspekter som är betydelsefulla och väsentliga för ämnet. Vi har haft en bra hjälp av en utredare på Västra Götalandsregionens regionkontor, Kari Aartojärvi, vilket har ökat relevansen. Han har hjälpt oss både med att föreslå lämpliga intervjupersoner samt bidragit med relevant sekundärinformation i form av internt material. Vi har löpande fått göra avvägningar mellan att bedriva vårt arbete självständigt och oberoende samt få tillgång till nyckelpersoner och relevant information.

3.8 Källgranskning

Källkritik är en granskning av dokument i syfte att avgöra om källorna är relevanta för studien och om de är tillförlitliga. Kvaliteten på källorna påverkar i sin tur kvaliteten på hela uppsatsen. (Eriksson & Wiedersheim- Paul, 2001)

Både primär- och sekundärdata kan vara vinklad till en parts fördel, vilket vi har tagit i beaktande under studiens förlopp vid användandet av all information. Inte minst kan materialet som hämtats från årsredovisningar, rapporter och övriga interna källor samt primärdata från respondenter vara mycket partiskt.

3.9 Notations teknik

När vi i texten refererar till källor uppger vi författarens namn och året då materialet publicerades. Vi har även i slutet av uppsatsen angivit den fullständiga källan. Vid citat uppger vi dessutom sidnumret och var citatet är hämtat ifrån. Vi har valt att referera på två olika sätt. När vi i en mening uppger källan och därefter sätter en punkt menar vi att samma mening är hämtat från referensen som anges. Det andra sättet vi valt att referera på är en källhänvisning strax efter punkttecknet. Detta sätt används då ett helt stycke hämtats från den angivna källan. I enstaka fall refereras till Ibid. Genom att uppge (Ibid) undviks upprepningar av den fullständiga källan. Ibid syftar på den föregående referensen.

3.10 Målgrupp

Den målgrupp som vi främst riktar oss till är personal och ledning inom Västra Götalandsregionen. Övriga intressenter kan vara exempelvis studenter som har intresse inom området. Vi förutsätter att de personer som läser uppsatsen har en grundläggande kunskap inom ekonomistyrningsområdet, varför grundläggande begrepp och termer inte kommer att förklaras närmare.

4. Primärvården inom Västra Götalandsregionen

I kapitlet har vi valt att presentera Västra Götalandsregionen. Vi kommer mycket kortfattat att beskriva hela regionen för att sedan berätta djupare om hur verksamheten kring primärvården ser ut, beskriva de politiska målen som finns uppsatta för primärvården samt beskriva hur ersättningsmodellen för primärvården är uppbyggd.

Västra Götalandsregionen (VGR) bildades den 1 januari 1999. Det innebar att Älvsborgs läns lansting, Bohuslänslandstinget, Skaraborgs läns landstings och sjukvårdsverksamheten i Göteborgs kommun slogs samman till en enhet. (VGR:s årsredovisning 2003)

Västra Götalandsregionen är en politiskt och demokratiskt styrd organisation, vars främsta ansvarsområden är att ansvara för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, regional kultur och andra regionala frågor. I hälso- och sjukvården i regionen ingår 17 sjukhus, ca 160 vårdcentraler och ca 140 tandvårdsmottagningar. (Ibid.)

Regionens totala intäkter under 2003 uppgick till 33,8 miljarder kronor, varav 64,6% bestod av skatteintäkter. Av kostnaderna (33,7 miljarder kronor) utgjorde personalkostnader 52,5%. Övriga kostnader bestod av köpt vård och övriga tjänster, läkemedelskostnader, lokalkostnader, förbrukningsvaror m.m. (Ibid.)

Det är regionfullmäktige som är det högst beslutande organet. Regionfullmäktige ska se till helheten i regionen och har det yttersta ansvaret. De 149 ledamöterna väljs av invånarna i regionen i samband med de allmänna valen. Detaljfrågor inom regionen hanteras på en lokal nivå genom diverse nämnder och styrelser. (Ibid.)

Hälso- och sjukvården utgör 90% av regionens totala budget. Huvudansvaret för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen hade sjukvårdsstyrelsen fram till den 1 April 2004. I sjukvårdsstyrelsen drogs de övergripande riktlinjerna för hälso- och sjukvården upp. De ansvarade för övergripande regiongemensamma hälso- och sjukvårdsfrågor. (www.vgr.se) Sjukvårdsstyrelsen har nu ersatts med Hälso- och sjukvårdsutskottet och ligger direkt under Regionstyrelsen, som ansvarar för hälso- och sjukvårdsfrågorna. (Kari Aartojärvi)

Idag finns det tolv hälso- och sjukvårdsnämnder vars största ansvar är att tillfredsställa de behov som befolkningen efterfrågar. Utifrån sina kunskaper om sjuklighetsmönster och folkhälsa i de respektive områdena beställer de primärvård, tandvård och sjukhusvård för befolkningens räkning. Genom beställandet anger de inriktning, omfattning, kvalitetskrav och kostnadsnivå för vården. (Ibid.)

Bredvid de tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna finns primär- och tandvårdsförvaltningen. Förvaltningen har en politisk styrelse, som bland annat ska utföra det som de ovan nämnda hälso- och sjukvårdsnämnderna beställer. (Ibid.)

Primärvårdens vision:

Vår primärvård ska upplevas som det självklara förstahandsvalet vid behov av hälso- och sjukvård. (www.vgr.se)

Primärvårdens strategi:

Västra Götalandsregionen ska erbjuda alla invånare inom regionen en bra och jämlik vård genom god tillgänglighet. (www.vgr.se)

4.1 Beställar- utförarorganisation

Organisationen inom Västra Götalandsregionen är uppbyggd kring en så kallad beställare/utföraremodell, vilket är en tvåpartsorganisation bestående av beställare och utförare, se figur 4.1. Inom sjuk- och hälsovården utreder beställarna (tjänstemän och politiker) behovet av sjukvård och politikerna lämnar i uppdrag till utförarna (vårdgivarna och till viss del politiker) att producera det som krävs för att täcka behovet. Organisationen är uppbyggd enligt modellen för att politikernas roll som befolkningsföreträdare ska vara renodlad. Undantag finns i sjukhusens utförarestyrelser samt i primär- och tandvårdsstyrelsen, där politikernas roll är som arbetsgivare och ägare och inte som befolkningsföreträdare. (www.vgr.se)



Figur 4.1: Beställar/utförarmodellen inom Västra Götalandsregionen. Källa: www.vgr.se

4.2 De politiska målen för sjukvården

Den viktigaste utgångspunkten för ersättningssystemet, sett ur ett beställarperspektiv, är att verka för att de politiska målen uppnås och att vårdbehovet och tillgängligheten på bästa sätt tillgodoses, med givna resurser. (Paraplygruppen, 2002) För att kunna bedöma effektiviteten inom primärvården krävs därför att vi klargör de politiska mål som finns för primärvården i Västra Götalandsregionen.

Hälso- och sjukvårdens övergripande mål är att alla medborgare i Västra Götaland ska ha god hälsa och erbjudas god sjukvård på lika villkor. (VGR:s årsredovisning 2003), vilket det även finns lagstiftat om.

"Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet ska ges företräde till vården" (2 §, Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763)

4.2.1 Primärvårdens balanserade styrkort

I primär- och tandvårdsförvaltningens balanserade styrkort återfinns förvaltningens strategiska mål. De politiska målen i det balanserade styrkortet för Västra Götalandsregionen innebär att primärvården ska erbjuda patienterna en trygg och nära hälsovård under hela livet.

Primärvårdens strategiska mål är främst nöjda patienter, en ekonomi i balans, aktiv samverkan med en effektiv inre struktur där forskning och utveckling är en del av verksamheten samt att de ska uppfattas som en attraktiv arbetsplats.

Framgångsfaktorerna för nöjda kunder innebär bra bemötande, god tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet i vårdprocessen. Detta ska uppnås genom att använda styrtalen nöjd-patientindex, väntetider och uppfyllande av vårdgarantin, samt antalet anmälda patientärenden. För att lyckas uppnå målet med nöjda kunder ska regelbundna kundmätningar ske och de olika väntetiderna ska löpande mätas.

Genom att bland annat skapa åtgärdplaner för uppkomna underskott, ha utvecklingsgrupper för ekonomifrågor, samt uppföljning av personalresurser i förhållande till uppdrag vill man kunna skapa en ekonomi i balans. Det är en politisk uppgift att se till att de ekonomiska styrmedlen fungerar på bästa tänkbara sätt.

Aktiv samverkan ska skapas genom en gemensam strategi för samverkan och kommunikation samt genom ett enhetligt system för både informationsöverföring och remettering. Styrtalen för att uppnå målet är rutiner för samverkan med kommunerna och sjukhusen. Några av aktiviteterna för att åstadkomma en aktiv samverkan är att de aktivt ska delta i ett gemensamt arbete för hela vården. De ska även hålla en löpande dialog med beställare, det vill säga de politiker som beställer vården för medborgarnas räkning, för att därigenom åstadkomma balans mellan uppdrag och resurser. En effektiv inre struktur ska bland annat uppnås genom styrtalen produktivitetmått och avvikelserapportering.

Genom ett tydligt utvecklat ledarskap, tryggad personalförsörjning och målinriktad kompetensutveckling ska primärvården bli en attraktiv arbetsplats. Det vill de uppnå genom att mäta personalomsättningen och genom regelbundna personalenkäter.

På ett styrelsemöte den 10 mars 2004 togs beslut om att styrelsen ska fokusera sin uppföljning under år 2004 på målen om god tillgänglighet för patienterna, effektiv läkemedelsanvändning, ekonomi i balans, kostnadseffektivitet och tryggad läkarförsörjning. (Protokoll Primär- och tandvårdsstyrelsen 040310)

4.3 Ersättningsmodellen i Västra Götalandsregionen

(Paraplygruppen, 2002)

4.3.1 Dagens ersättningsmodell

Organisationen i Västra Götalandsregionen är, liksom i flertalet andra landsting, uppbyggt som en beställar- utförarorganisation. När modellen utvecklades låg en stark fokusering kring främjande av produktiviteten. Detta har bidragit till att det är landstingen med beställar-utförarmodellen, som starkast drivit utvecklingen av de ekonomiska styrsystemen framåt.

Ersättningen inom regionen ses, enligt flertalet interna rapporter, som ett bra instrument i incitamentsskapandet för ökad produktivitet. Ersättningsmodellen är ett av flera

styrinstrument för att uppnå politiska mål och därigenom styra mot en effektiv verksamhet. Andra typer av styrning är uppdragsstyrning, verksamhetsstyrning och kvalitetsstyrning, vilka hamnar utanför denna uppsats ramar, och därmed inte kommer att behandlas här.

Genom ett prestationsersättningssystem ska resurserna styras på ett sätt som maximerar den förväntade nyttan för de individer som ingår i systemet. Systemet ska även bidra till att kostnaderna minimeras utan att det ger avkall på vårdens kvalitet. En risk med ett ersättningssystem som baseras på prestationer i kombination med beställar-/utförarmodellen är att det kan verka kostnadsdrivande. Syftet både med modellen och med ersättningssystemet är, som vi nämnt tidigare, att man vill öka produktiviteten. En nackdel med systemets utformning är att det kan ge incitament för producenten att leverera mer av de tjänster som ger högst ersättningen, även om behovet inte är så stort. På det sättet kan utföraren maximera sin intäkt vilket innebär att kostnaden för beställaren ökar utan att den totala produktiviteten nödvändigtvis kommer att höjas.

Regionens mål med ersättningssystemet är att det ska stödja ett effektivt resursutnyttjande, vilket innebär att det bör svara mot flertalet kriterier. Exempel på kriterier som Västra Götalandsregionen nämner är

- Stimulera till ökad produktivitet
- Ge ökad kvalitet i vård data för analys och uppföljning
- Skapa enhetlighet och jämförbarhet
- Stimulera höjd effektivitet och kvalitet
- Stimulera samarbete mellan vårdgivare
- Fördela det ekonomiska risktagandet
- Vara rättvist och konkurrensneutralt (väga in skilda produktionsförutsättningar)
- Vara begripligt och kommunicerbart
- Präglas av långsiktighet

Dagens ersättningssystem för primärvården fastställdes under år 2001. Senast år 2003 skulle alla områden inom regionen ha infört det nya ersättningssystemet, vilket innebär att alla regioner idag får ersättning baserat på det nya systemet.

Tolv av landstingen i Sverige baserar sitt ersättningssystem på kapitering och/eller prestationsbaserad ersättning, men på olika sätt. Kapiteringsersättning innebär att en del av ersättningen är kopplad till det antal invånare som är aktivt eller passivt listade på en vårdcentral

Även ersättningarna inom primärvården i Västra Götalandsregionen bygger på kapitering. Kapiteringsersättningen grundar sig på avtal som slutits med varje vårdgivare, det vill säga vårdcentral, samt omfattningen på vårdgivarens åtagande.

I Västra Götalandsregionen har man valt att bygga upp ersättningssystemet baserat på tre olika ersättningsformer. En grundersättning erhålls för alla aktivt (patienterna har gjort aktiva val angående vilken vårdcentral de vill tillhöra) och passivt (patienter som inte gjort aktiva val blir automatiskt skrivna på den vårdcentral de tillhör geografiskt) listade patienter. Grundersättningen är åldersviktad, vilket innebär att olika ålder på patienterna ger olika poäng, poängen ligger i sin tur till grund för hur stor ersättning som erhålls. Ersättningens storlek är i vissa delar av regionen även beroende på om patienten är aktivt eller passivt listad.

En prestationsbaserad ersättning lämnas för olika typer av besök och en sista ersättning lämnas för diverse tilläggsåtaganden.

Samtliga nämnder inom regionen lämnar besöksersättning för läkarbesök och så kallade sjuksköterskeledd specialmottagning. Besöksersättningen ska vara lika stor inom hela regionen. Besöker patienten ett annat nämndområde än där den är listad lämnas en ersättning efter schablon. Den åldersviktade grundersättningen skiljer sig åt dels genom att nämnderna ger olika poäng till olika åldrar och dels genom att ersättningen per poäng skiljer sig åt mellan de olika nämnderna. Det som skiljer sig åt mellan nämnderna är att en del nämnder har valt att ge ersättning för andra typer av besök såsom hemsjukvårdsbesök av läkare, besök hos sjuksköterska/distriktssköterska, kurator, psykolog, telefonkontakt med läkare samt provtagning.

Vid fastställande av priset för en primärvårdsförvaltnings prestationer spelar dess egna kostnadsförhållanden, kostnadsförhållanden vid andra primärvårdsförvaltningar, jämförelser med andra enheter för att se hur väl man lyckats där, ägarnas krav, strukturella förändringar, förväntad utveckling av löner och andra faktorpriser en avgörande roll. Skillnader i ersättningssystemen återfinns i olika delar av regionen samt mellan privat och offentlig regi. (Dagens Medicin 031217)

För att begränsa kostnaderna finns inom vissa delar av regionen ett tak som innefattar både kapiteringsersättningen och prestationsersättningen.

4.3.2 Framtidens ersättningsmodell

Eftersom det finns möjlighet till lokala anpassningar inom systemet har utvecklingen gått mot att det finns stora olikheter i systemet mellan olika nämnder, vilket primär- och tandvårdsstyrelsen inte ser som önskvärt. Deras plan för framtiden, som de har tagit fram i samarbete med läkare från olika nämndområden, har följdaktligen blivit att arbeta mot att åldersindelning och poängsättning för kapiteringsersättningen blir lika inom regionen, samt att de besök/prestationer som ersätts och ersättningen för dessa bör vara lika. En så stor del som möjligt ska hamna inom kapiteringsersättningen, genom att idealförhållandet mellan kapiteringsersättning och prestationsersättning bör vara 80%-20%. Kapiteringsersättningen ska grunda sig på fyra olika åldersklasser där barn under sex år samt äldre personer över sjuttiofem år ger störst andel poäng. Prestationsersättningen fastställs utifrån vårdtyngd och man önskar ta bort skillnaderna mellan aktiv och passiv listning. Genom att ha ett golv och tak för ersättningen vill man uppnå ekonomisk kontroll, kvalitet, god arbetsmiljö samt en garanti för verksamheten vid eventuella tillfälliga vakanser. För att uppehålla möjligheten att tillhandahålla små vårdcentraler i glesbebyggda områden ska en speciell ersättning lämnas till dem.

4.4 Primärvårdens prestationsmätning idag

Primär- och tandvårdsstyrelsen har vid ett sammanträde den 27 November 2003 tagit beslut om att styrelsen ska mäta primär- och tandvårdsförvaltningens prestationer med utgångspunkt i perspektiven och målen i förvaltningens styrkort. De jämförelsetal man ska fokusera mest på är

- väntetider till läkarbesök.
- följsamheten mot rekommendationslistan vid förskrivning av receptläkemedel för vissa större läkemedelsgrupper

- läkarbemanningen
- utfall mot budget inklusive prognoser
- driftkostnader i relation till antalet patientkontakter
- antalet patientkontakter i relation till antalet årsarbetare
- antalet läkarbesök inklusive telefonkontakter i relation till antalet läkare (årsarbetare)
- antalet sjuksköterskebesök i relation till antalet sjuksköterskor (årsarbetare)
- antalet övriga besök i relation till antalet övriga vårdgivare (årsarbetare)

(Protokoll från primär- och tandvårdsstyrelsen 2004-02-05)

Ett arbete som pågår just nu är framtagandet av väsentliga nyckeltal för sjukvården som helhet. Det är ekonomiavdelningen och personalavdelningen vid regionstyrelsens kansli som tillsammans sammanställt ett antal nyckeltal, som ska spegla verksamheten ut flera olika perspektiv. De har valt att gruppera nyckeltalen ur medborgarperspektiv, ekonomiskt perspektiv, processperspektiv och medarbetarperspektiv. Nyckeltal har tagits fram för att ge en översiktlig bild av tillgänglighet och väntetider ur ett medborgarperspektiv, beskriva den ekonomiska utvecklingen, tillsammans med produktionsnyckeltal ge underlag för bedömning av produktivitet och effektivitet, beskriva utvecklingen av vårdkvaliteten, ge en bild av personalsituationen samt beskriva kostnader för övriga kostnadsslag av betydande storlek.

De nyckeltal som tagits fram är

- Andel patienter som fått behandling inom 3 månader inom speciellt angivna områden
- Väntetid för allmänläkarbesök
- Antal produktionspoäng
- Ackumulerat periodresultat per månad
- Ackumulerad produktionskostnad per månad
- Utvecklingen av produktiviteten (produktionskostnaden dividerat med antalet vårdkontakter)
- Antal årsarbetare
- Antal timmar utförd tid resp. övrig tid per årsarbetare
- Antal kalenderdagar sjukfrånvaro/ anställd
- Personalkostnad per utförd timme

(Nyckeltalsgruppen, 2003)

5. Empiri

Här presenterar vi en sammanställning av resultatet från våra intervjuer. Längst bak i bilagan återfinns alla intervjuer i sin helhet samt frågeguiden som har legat till grund för intervjuerna. Vi avslutar kapitlet med en tabell, som ska ge en översikt över skillnader i ersättningssystemet.

5.1 Ersättningssystemets utformning

Dagens ersättningssystem är relativt nyligen infört i alla delar av regionen, vilket innebär att erfarenheterna av hur det fungerar i vissa fall är begränsad. Ersättningssystemet inom regionen varierar kraftigt mellan de olika nämnområdena. Detta har sin grund i att politikerna i samband med införandet av det nya systemet tog beslut om att de olika nämnderna själva skulle få utforma systemen, efter sina behov. Basen som innebär att en del av systemet bygger på en grundersättning, den så kallade kapiteringsersättningen, och att en annan del av ersättningen är prestationsbaserad, finns i hela regionen. Hur stor del man valt att ha som kapiteringsersättning varierar mellan 70 % och 80 % av den totala ersättningen. Kapiteringsersättningen baserar sig på de listade personerna och deras ålder, som åsätts en viss poäng. Hur mycket ersättning som lämnas per poäng och hur många poäng de olika åldrarna ger varierar mellan de olika områdena. Likaså är valet av vilka tjänster som ska premieras med en prestationsbaserad ersättning olika i de olika delarna. Några områden har valt att endast ersätta läkarkontakter. Andra har valt att ersätta läkarkontakter och besök hos specialistsjuksköterskor. Vissa delar har valt att endast ersätta personliga besök hos läkaren och andra ersätter även telefonsamtal, och alla sjuksköterskebesök. Vissa områden har valt att ha kvar anslagsfinansiering inom de delar av verksamheten, som är svåra att mäta i prestationer och prissätta utifrån det. Anslagsfinansieringen innebär att enheten erhåller en summa ersättning per år, baserat på invånarantalet och historiska siffror, istället för antalet besök. Exempel på verksamheter som vissa områden valt att anslagsfinansiera är kris- och trauma centrum, rehabilitering och sjukvårdsupplysning. De flesta av respondenterna nämner även att det finns en takkonstruktion på ersättningssystemet, som ska förhindra att kostnaderna överstiger vad det finns ekonomiska resurser till.

5.2 Politiker och anställdas syn på ersättningssystemets utformning

Åsikterna om det nya ersättningssystemet går isär. För någon vårdcentral passar systemet väl in i deras tidigare arbetssätt, vilket innebär att de tycker att de klarar av att ta emot ett så stort antal besök att den ersättning de får räcker till för att få vårdcentralen att gå ihop. För dem har arbetssättet inte behövts förändras i samband med införandet av systemet. De vårdcentraler som får ersättning för alla sjuksköterskors arbete upplever det som positivt. Därigenom kan de behålla sitt gamla arbetssätt för att effektivisera verksamheten, som innebär att sjuksköterskorna först träffar patienten och utifrån det gör en bedömning om de även behöver träffa läkaren. Vårdcentraler i glesbygden upplever det som svårt att få verksamheten att gå ihop, eftersom de får samma ersättning som sina kollegor i staden, trots att de, enligt dem själva, har större kostnader för sin verksamhet. En av de intervjuade ekonomerna påpekar att dagens ersättningssystem inte speglar primärvårdens uppdrag på ett bra sätt. Han menar att uppdraget inte är att producera maximalt antal läkarbesök utan att ge patienterna den vård

som krävs för att de ska bli friska. Somliga framhåller att ett nytt system där kapitationsersättningen utgjorde en större andel skulle vara att föredra, eftersom fokuseringen på antal utförda besök då inte blir allt för stor. En politiker menar tvärtom att kapitationsersättningen är för stor. Hon menar att på det sättet som den är utformad klarar sig nu en del vårdcentraler utan att prestera något extra, vilket istället får till följd av att ersättningssystemet verkar som en kostnadsdrivare. Hon skulle hellre se att man sänkte andelen kapitationsersättning. Andra menar att ersättningssystemet är bra på det sättet att pengarna genom det prestationsbaserade systemet styrs till mer produktiva verksamheter och även att pengarna följer patienten på ett bra sätt. Några av respondenterna menar att de upplever en positiv nettoeffekt av det nya systemet genom att de idag får betalt för patienter som de tidigare inte fick ersättning för, då de inte tillhörde det upptagningsområde som anslagsfinansieringen baserades på. En av politikerna vi har intervjuat tycker att fokuseringen på läkarnas prestationer är för stor och säger att de därför planerar att även skapa en form av ersättning som är teambetonad, där många fler insatser än endast läkarnas prestationer spelar in. Flera av dem vi har intervjuat tycker att systemets uppbyggnad idag premierar många och korta besök. En tänkbar konsekvens, som nämns under intervjuerna, av att man inte differentierar ersättningen, utan lämnar lika ersättning till alla vårdgivare är att det skulle kunna få till följd att vårdgivarna väljer att lägga ned större resurser på att locka patienter som inte kostar så mycket att behandla och att man samtidigt försöker undvika patienter som är mer kostnadskrävande. En del av de tillfrågade medger att systemet på det sättet kan leda till att man prioriterar akutbesök, eftersom de i regel är kortare, till nackdel för de tidsbokade besöken. För vårdcentraler med många andra faktorer som påverkar tiden än de rent medicinska, till exempel vid behov av tolk, upplevs situationen som mycket frustrerande och stressande.

Några av de intervjuade personerna inom professionen, det vill säga vårdpersonalen, efterlyser en effektivare uppdelning av arbetsuppgifterna. Enligt en undersökning som SKTF har genomfört går mellan 30% och 40% av läkarnas arbetstid till administrativa uppgifter, vilket de inte alltid är så bra på (intervju med Zahid Catic). En önskan är att ett framtida ersättningssystem eliminerar så mycket som möjligt av det administrativa arbetet för läkarna och lägger det på dem som är utbildade för att genomföra det på ett effektivt och bra sätt. Därigenom skulle mycket av läkarnas tid frigöras och fler patienter skulle få möjlighet till vård.

Utvecklingen av systemet går mot att det ska bli mer enhetligt för hela regionen, men de flesta efterlyser då också att flera aktiviteter ska prestationsersättas och även att fler faktorer, exempelvis som vårdtyngd eller om det är en vårdcentral i en glesbygd eller i ett tätbebyggt område, spelar in i de olika ersättningarna. Det är också en faktor som både en av politikerna, ekonomer och sjukvårdspersonal, som vi har intervjuat är överens om. Det finns en verksamhetschef och en politiker som inte tror på ett gemensamt system, eftersom de anser att förutsättningarna i de olika delarna är för stora. De flesta efterfrågar även att flera prestationer ska ersättas och några vill att man i ersättningen även ska ta hänsyn till vårdtyngd.

En del upplever det som att mandatperioderna påverkar utvecklingsarbetet kring det dagliga arbetet och utvecklingen av ersättningssystem. Enligt dem sker en del förändringar i takt med valen, troligtvis dels beroende på de vallöften som tillkommit och dels beroende på att konstellationen i de olika nämnderna och primär- och tandvårdsstyrelsen förändras. Detta är något som en av de politiker vi pratat med inte instämmer i, då hon menar att de beslut som fattas i de olika nämnderna är så väl befästa av de flesta inom nämnden att det i slutändan inte blir ett klart ideologiskt beslut, utan ett nämndbeslut som de flesta inom nämnden kan stå för.

Åsikterna om vem som ska utforma framtidens ersättningssystem går, även de, isär. Generellt kan man säga att de som arbetar nära den praktiska delen i verksamheten, det vill säga personalen ute på vårdcentralerna och deras ekonomichefer gärna ser en blandning av personer som teoretiskt är duktiga på att utforma ersättningssystem och ”praktiker”, till exempel verksamhetschefer, som ser hur systemet fungerar i verkligheten. De beställare som vi har pratat med menar dock att det även i fortsättningen ska vara politikerna som utformar systemen och påpekar att utformningen redan idag sker i kontakt med professionen.

5.3 Ersättningssystemets påverkan på effektivitet och produktivitet

Arbetet med att sätta upp mål för den egna vårdcentralen är olika omfattande för de olika vårdcentraler vi har pratat med. En del av vårdcentralerna har specifikt uppsatta mål bland annat i form av balanserade styrkort, många av dem som arbetar med definierade mål för de egna vårdcentralerna har sitt nämndområdes balanserade styrkort som grund. För en del av de tillfrågade pågår målarbetet för fullt, medan andra inte har några särskilt uppsatta mål. Även bland dem som arbetar med uppsatta mål finns det skillnader mellan vad målen styr. En del har valt att ha en kombination av mål med flera olika perspektiv, medan någon endast har satt upp målen ur ett patientperspektiv. Någon enstaka av respondenterna känner inte till vilka mål som politikerna har satt upp för dem. De flesta som känner till att det finns politiska mål upplever att politikerna har mest fokusering på en ekonomi i balans och tillgänglighet för patienter. Att fokuseringen på tillgängligheten på patienter är så stor, har sin grund i att det är lagstiftat om att medborgarna i Västra Götalandsregionen ska erbjudas en god sjukvård på lika villkor. En av respondenterna upplever det som att politikerna gärna vill jaga på personalen ute på vårdcentralerna för att vallöftena till väljarna ska uppfyllas och en annan påpekar att det känns som att målen från politikerna är en upprabbling av mål, som låter bra, men som är svåra att genomföra i praktiken på grund av de begränsade ekonomiska resurser som finns i regionen.

Att skapa jämförelser mellan de olika delarna i regionen kan ibland te sig svårt, då utvecklingen av det nya systemet och målarbetet har kommit olika långt i de olika delarna av regionen. Det prestationsmål som i stort sett alla läkare och sjuksköterskor vi har träffat sammankopplat med målen från politikerna är produktiviteten mätt i antal patientkontakter.

De flesta av de tillfrågade är överens om att en prestationsbaserad ersättning fungerar stimulerande och motiverande och ökar därmed produktiviteten. Tanken med att införa ett prestationsbaserat ersättningssystem var just att det skulle fungera produktivitetshöjande. En verksamhetschef menar att om produktiviteten endast ska mätas i form av antal patientkontakter, så är ersättningssystemet utformat på ett riktigt sätt. Hon menar dock att hon inte känner sig övertygad om att det är den bästa måttmetoden. En politiker nämner en risk med att använda prestationsbaserad ersättning. Det kan felaktigt leda till att antalet besök prioriteras över allt annat, vilket kan få negativa effekter på vårdkvaliteten. Den definition som både politiker och vårdgivare sätter på vårdkvalitet är en kombination mellan en god medicinsk kvalitet, ett bra bemötande och en god tillgänglighet.

5.4 Översikt av den prestationsbaserade ersättningen

| Rörlig typ av ersättning | Mitten Älvsborg, Floda | Mitten Älvsborg, Sollebrunn | Mitten Älvsborg, Alingsås | Södra Bohuslän, Mölndal | Göteborg | Östra Göteborg |
|---|------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|----------|----------------|
| Ersättning för läkarbesök | A | A | A | A | A | A |
| Ersättning till annan vårdpersonal dvs. 1.Sjuksköterska 2.Spec.sjuksköterska | 1.A | 1. A | 1.A | 2.A | - | - |
| Ersättning för telefonkonsultation med läkare | A | A | A | A | A | A |
| Ersättning för telefonkonsultation för annan vårdpersonal. 1.Sjuksköterska 2.Spec.sjukskötersk. | A | A | A | - | - | - |
| Ersättning till annan vårdpersonal så som 3.Sjukgymnast 4.Kurator | - | - | - | - | - | - |

| Rörlig typ av ersättning | Sjuhärad, Sandared | Fyrbodal | Herrestad | Trandared, Södra Älvsborg | Skaraborg |
|---|--------------------|----------|-----------|---------------------------|-----------|
| Ersättning för läkarbesök | A | A | A | A | A |
| Ersättning till annan vårdpersonal dvs. 1.Sjuksköterska, 2.Spec.sjuksköterska | - | 2.A | 2.A | 1A | 1.A |
| Ersättning för telefonkonsultation med läkare | A | A | A | A | A |
| Ersättning för telefonkonsultation för annan vårdpersonal. 1.Sjuksköterska 2.Spec.sjuksköterska | - | - | - | - | A |
| Ersättning till annan vårdpersonal 3.Sjukgymnast 4.Kurator | - | - | 3.A | 3A, 4A | 3.A |

Figur: 5.1 Översikt av den prestationsbaserade ersättningen. Källa: Egen

Förklaring:

A

Använder sig av ersättningsformen

-

Använder sig inte av ersättningsformen

6. Analys

I kapitlet analyserar vi resultatet från den empiriska undersökningen. Vi kopplar samman det fakta vi fått fram genom djupintervjuerna med de teorier som vi presenterat i den teoretiska referensramen.

Västra Götalandsregionen är speciell i jämförelse med vanliga vinstdrivande företag i den bemärkelsen att det är en mycket komplex organisation med många olika aspekter som man måste ta hänsyn till. Regionen är mycket stor, vilket kan medför svårigheter i att få en enhetlig styrning, vilket vi märkt under intervjuerna. Det finns en mängd olika intressenter inom organisationen; politiker, läkare och övrig sjukvårdspersonal, patienter samt administrationen. Utöver konflikten mellan de olika yrkesperspektiven finns det en konflikt mellan beställare och utförare. Beställarna beställer sin vård endast utifrån patientperspektivet och avgör då även hur mycket vården får kosta. Utförarna ska prestera den vård som beställs, för det angivna priset samtidigt som de strategiska målen ska uppfyllas. Att det finns både en politikerorganisation och en tjänstemannaorganisation bredvid varandra kan skapa en otydlig maktsituation.

6.1 Ersättningsystemets utformning samt politiker och anställdas syn på dess utformning

6.1.1 Prestationsfinansiering

Det finns en risk att prestationsfinansiering tar uppmärksamheten från att koncentrera sig på att ge patienterna god vård för att istället ha stor fokus på intäkter. (Hallin & Siverbo, 2003) Risken framhålls av en intervjuad nämndpolitiker. Hon menar att som en följd av att man valt att, genom ersättningsystemets utformning, framförallt fokusera på antal patientkontakter, riskerar man att kvaliteten försämras. Politikerna vill därför omforma ersättningsystemet så att den prestationsbaserade ersättning även ska grundas på kvalitetsaspekter. En studie om upphandlad primärvård bekräftar att kvaliteten naturligt höjs i avtal som innehåller kvalitetssäkringsklausuler. (Bjurgren och Paulsson, 1995) Ingen av den vårdpersonal som vi har intervjuat har dock påpekat att kvaliteten på vården försämras genom att prestationskraven ökar. Däremot har någon medgett att de på vårdcentralen i vissa situationer känner sig tvingade att prioritera besök som man på förhand vet tar kortare tid, för att erhålla tillräckligt med ersättning för att ekonomin ska gå ihop.

En risk med prestationsbaserad ersättning kan vara att ersättningen resulterar i en överproduktion av tjänster, trots att behovet är mättat. För att förhindra detta bör systemet kompletteras antingen med restriktioner gällande hur många kvantiteter som får produceras, alternativt ska en prestationsbaserad modell kompletteras med en ramfinansiering. (Anell, 1991) Inom Västra Götalandsregionen har man löst det genom att, i de flesta nämndområden, sätta ett tak för prestationsersättningen. Taket innebär att prestationsbaserad ersättning betalas ut till en viss gräns. För all produktion som sker efter att taket är passerat betalas ingen ytterligare ersättning ut. Åsikterna inom regionen på om ett prestationstak är bra eller mindre bra varierar. En ekonomichef upplever det som positivt, eftersom man då aldrig kan använda

mer pengar än vad som finns avdelat för området. Han menar att om inte ett sådant tak fanns skulle resultatet bli detsamma som situationen är i Göteborgsområdet idag, där man löpande tvingas stänga vårdcentraler. En respondent från Göteborg tycker tvärtom att det inte är ett bra system med ett tak. För dem tog ersättningspotten slut väldigt tidigt under året och efter att taket har nåtts tycker hon att ersättningssystemet sätts ur spel, eftersom man inte får någon ytterligare ersättning oavsett hur mycket mer man presterar.

Ytterligare en risk med ett prestationsbaserat ersättningssystem är att det kan finnas en risk att det uppmuntrar till att inte rapportering sker sanningsenligt. (Boström, Hallin och Kastberg, 2000) Enligt de politiker vi haft kontakt med i den empiriska studien, ser de inte det som en risk utan de tror att personalen rapporterar ärligt.

6.2 Ersättningssystemets påverkan på effektivitet och produktivitet

6.2.1 Styrmedel

Fyra vanligt förekommande syften med styrningen mot ekonomiska mål är att verksamheten ska samordnas, de ska bidra till att undersöka hur verksamheten fungerar, motivera medarbetarna samt verka legitimitetsskapande. Enligt flertalet forskare fungerar målstyrning dåligt i offentlig sektor på grund av svårigheter med att formulera tydliga mål. (Söderholm, 1998) De ekonomiska mål som politikerna tagit fram för primärvården är en ekonomi i balans, nöjda patienter, aktiv samverkan samt att primärvården ska uppfattas som en attraktiv arbetsplats. Politikerna har här lyckats ta fram det som de uppfattar som kärnan i verksamheten, på pappret. Den information vi fått genom intervjuerna, tyder dock på att de inte fullständigt lyckas sprida det vidare ned i organisationen. Vid intervjuerna är det inte alla respondenter som känner till om de har några mål på sig från politikerna och vilka de i så fall är. De mål som dock nämns av en del av respondenterna är fokuseringen på nöjda patienter, där de anställda upplever det som att politikerna främst trycker på tillgängligheten. En ekonomi i balans finns även med i de flesta av respondenternas tankar, vilket för en del känns som ett ouppnåeligt mål, på grund av hur ersättningssystemet idag är uppbyggt.

Samordning genom kommunikation sker mellan olika delar inom organisationen. (Söderholm, 1998) Vår empiriska undersökning visar att det finns en del brister i kommunikationen mellan de olika delarna i organisationen, vilket inte minst märks genom att politikernas mål inte är fast förankrade hos vårdgivarna. Samordning sker även genom att målstyrningsprocessen blir ett medel för kommunikation mellan de olika delarna i organisationen. (Söderholm, 1998) Genom sina mål har politikerna lyckats skapa någon form av samordning av vissa delar av målarbetet, eftersom de flesta vårdgivare främst fokuserar på antalet patientkontakter. Att fokus till så stor del ligger på antal patientkontakter är både beroende på att det är det som mäts ovanifrån, men även beroende på att det krävs ett, enligt de anställda, relativt högt antal patientkontakter för att få tillräckligt med intäkter för att matcha kostnaderna. Intervjuerna ger även ett intryck av att kommunikation sker mellan de olika vårdcentralerna inom regionen. En brist i den dagliga kommunikationen verkar dock finnas mellan de olika nivåerna inom organisationen och mellan utförare och beställare. Ett exempel på att en viss kommunikation pågår även mellan de olika nivåer inom organisationen är den idéskiss om framtidens ersättningsmodell, vilken vi presenterat i tidigare kapitel, som tagits fram i samarbete mellan ekonomer, läkare och områdesdirektörer.

En effektiv målstyrning ska leda till att man har en bra kontroll på hur verksamheten fungerar. (Söderholm, 1998) Till viss del ger politikerna och beställarna ett intryck av att de har

kontroll på hur vissa delar av verksamheten fungerar. Bristen på uppföljning av målen måste någonstans bidra till att kontrollen inte är tillfredsställande. Var någonstans det brister har vi dock haft svårt att se utifrån de intervjuer som vi har haft. Däremot är det genomgående återkommande att kommunikationen från politikerna och ned till professionen inte fungerar ordentligt. Under intervjuerna får vi intrycket av frustration från professionen, beroende på att kommunikationen inte fungerar tillfredsställande. Många upplever det som att de på de högre nivåerna i vissa avseenden inte känner till hur det fungerar i praktiken på ett tillfredsställande sätt.

Motivationen ska skapas genom att individen ska uppfatta sitt arbete som meningsfullt, individen har ett personligt ansvar och att återkoppling av arbetsresultatet sker. (Söderholm, 1998) Att respondenterna ser sitt arbete som meningsfullt och att alla respondenter har ett personligt ansvar råder det ingen tvekan om. Återkoppling av arbetet sker dels genom de ekonomiska uppföljningar som görs regelbundet, men även i form av att antalet patientkontakter i efterhand mäts och ersätts. Den vårdpersonal som vi har pratat med är alla överens om att motivationen ökar genom att antalet patientkontakter mäts och ersätts.

6.2.2 Effektivitet

Definition på effektivitet innebär hur väl man inom organisationen lyckas uppfylla målen. (Ax, Johansson & Kullvén, 2002) En bristande uppföljning av målen innebär därmed att man har mycket svårt att följa upp hur effektiv organisationen är. En av de största bristerna inom Västra Götalandsregionen är att man är mycket dåliga på att följa upp de strategiska målen, vilket de även har fått kritik för från sina revisorer. Genom att inte följa upp de mål som de har formulerat kan de inte se om det är realistiska mål och inte heller i vilken grad de uppfylls. Även valet av prestationsmått ska ske med utgångspunkt i att måtten bidrar till organisationens måluppfyllelse. (Ax, Johansson & Kullvén, 2002). När man inte gör en korrekt måluppföljning kan man därmed heller inte upptäcka i vilken grad som de valda prestationsmåtten bidrar till organisationens måluppfyllelse.

6.2.3 Produktivitet

Produktivitet definieras som kvoten mellan output och input. (Lönnqvist & Lind, 1998) Ett problem som skiljer sig mellan Västra Götalandsregionen och andra producerande företag är svårigheter i att mäta och definiera input och output. Inom regionen har de, som vi nämnt tidigare, valt att koncentrera produktivetsmätningarna kring antalet patientkontakter i olika former. Det är ett mått som har hög jämförbarhetsgrad och som innebär samma sak för alla vårdcentraler inom regionen. Däremot har de olika områdena i regionen valt att värdera de olika formerna av produktivitet på olika sätt, vilket återspeglas i ersättningssystemets uppbyggnad. I vissa delar av regionen premieras både sjuksköterskebesök, telefonsamtal och läkarbesök, medan man i andra delar valt att endast ersätta läkare och specialistsjuksköterskor.

Rapporter som publicerades under 1990- talet visar att det inte krävs prestationsfinansiering för att produktiviteten och effektiviteten ska öka. (Åhgren, 1999) I stort sett alla respondenter, politiker som vårdgivare, är dock överens om att övergången från anslagsfinansiering till ett prestationsbaserat ersättningssystem har ökat på produktiviteten eller åtminstone viljan att prestera mer. Problemet med mätningarna är att det inte får gå så långt att man endast väljer att fokusera på antalet vårdkontakter och därigenom försämrar kvaliteten. I en artikel i dagens Industri (2004-04-15) menar två före detta verksamma inom sjukvården att produktivitet kan delas upp i fyra faktorer; metod, prestation, utnyttjandegrad och kvalitet. Sker den uppdelningen ges ett annat perspektiv på produktivetsbegreppet, vilket skulle förhindra att

man premierar snabba besök, med sämre kvalitet. Ingen av de läkare eller sjuksköterskor som vi har intervjuat har påpekat att det finns en risk att kvaliteten påverkas negativt i jakten på ersättningar. Snarare att deras arbetssituation blir mer pressad, i form av stress. En av de intervjuade politikerna lät dock påskina att det alltid finns en risk med att jakten på ett stort antal patientkontakter kan försämra kvaliteten på vården.

Ett av syftena med det nya ersättningssystemet var att det skulle fungera som produktivitetstimulerande och att resurserna skulle styras på ett sätt som maximerade den totala nyttan för individerna i systemet. (Paraplygruppen, 2002), vilket också är upplevelsen för de flesta av de intervjuade läkarna och sjuksköterskorna. Dels genom den extra ersättning som erhålls genom att de klarar av att ta emot fler patienter, men även genom att vissa områden upplever det som att de nu får betalt för patienter som de tar emot. Dessa patienter fick de tidigare inte någon ersättning för, eftersom patienterna inte bodde i det område som den dåvarande anslagsbudgeten baserade sig på. Ett fåtal av de intervjuade menar att det nya systemet inte påverkar deras sätt att arbeta, eftersom de arbetade med hög produktivitet redan innan systemet infördes. Ytterligare en del av de tillfrågade upplever snarar det nya systemet som frustrerande, eftersom de har problem med att lyckas få ihop tillräckligt med intäkter för att ekonomin ska vara i balans och därför upplever det som att de måste prioritera de besök som man vet går snabbt för att på det sättet få in lite extra ersättning.

Det riktas en del kritik från professionen mot att det man framförallt väljer att fokusera på vid produktivitetmätningar är antalet patientkontakter. Som vi nämnt tidigare anser vårdgivarna inte att *"antalet pinnar i rapporterna säger allt om hur produktiv en vårdcentral är"*. (Intervju med Jan Carlsson) Att man har valt att mäta just patientkontakterna kan bero på de mätsvårigheter som finns vid bestämmande av produktionen. (Bergström & Lund, 2003)

6.3 Lämpliga prestationsmått

6.3.1 Prestationsmätning

De riktlinjer som bör finnas i åtanke vid uppställandet av prestationsmått, för att prestationsmätningen ska vara ändamålsenlig, är bland annat att prestationerna ska gå att relatera till föregets strategi, ska vara motiverande, innebörden av prestationsmåten ska vara förståelig för personalen och ska kunna påverkas av personalen. (Ax, Johansson & Kullvén, 2002) Den form av prestationsmätning som förekommer inom primärvården i Västra Götalandsregionen är framförallt tillgängligheten för patienter, antalet patientkontakter i olika former samt ekonomiskt utfall i förhållande till budget. Strategin för Västra Götalandsregionen är att erbjuda alla invånare inom regionen en bra och jämlik hälsovård genom en god tillgänglighet.(www.vgr.se) Utifrån våra empiriska studier framhåller både vårdpersonal och politiker att hög tillgänglighet är mycket viktigt. Det är även det som premieras i ersättningssystemet. Möjligheten att påverka antalet patientkontakter är, till en viss nivå, hög för de olika vårdgivarna. Uteslutande alla vårdgivare som vi har intervjuat medger också att det nya systemet ökar deras motivation till att prestera bättre. Sett ur strategiperspektivet är måttet på tillgängligheten ett bra prestationsmått. En bra och jämlik hälsovård innebär dock inte endast att man ska ha hög tillgänglighet utan torde även syfta på kvaliteten på vården. I primärvårdens balanserade styrkort finns även kvalitetsaspekten, tillsammans med flertalet övriga mått med, men enligt resultatet från våra empiriska studier sker det inte så mycket mätningar av dessa parametrar i praktiken.

6.3.2 Kunskapsorganisationer

I ett kunskapsföretag bör man vid styrningen fokusera mindre på de värden som återfinns i företagets balansräkning, till fördel för att störst betydelse läggs vid de mjuka tillgångarna, som kunskapsföretag till stor del består av. (Alvesson, 1992) Av de mått som man har satt upp inom primär- och tandvårdsstyrelsen har man valt att rikta störst fokus mot olika mått på antalet patientkontakter och kostnader i förhållande till antalet patientkontakter. Det tyder till viss del på att man delvis fokuserar på de mjuka tillgångarna. I primärvårdens balanserade styrkort finns flertalet aspekter på organisationens mjuka tillgångar med. Genom att fokusera mer på exempelvis vårdkvaliteten och medarbetartillfredsställelsen skulle de mjuka tillgångarna få ett större utrymme inom organisationen. Att det krävs mer fokusering på vårdkvaliteten nämns av en av nämndpolitikerna och det är något som de har för avsikt att arbeta mer med framöver. Nämndpolitikerna kommer inte att arbeta med medarbetartillfredsställelsen, eftersom deras roll är som beställare utan driftsansvar. Att man även ska mäta medarbetartillfredsställelsen är efterfrågat vid våra intervjuer. En av respondenterna efterlyser någon form av åtgärdsprogram för den utslitna personalen, som inte längre klarar av att arbeta heltid. En annan berättar att det under en lång tid har varit svårt att få distriktsläkare att stanna på vårdcentralerna, som en följd av den pressade arbetsituationen. Det är endast en av respondenterna som berättat att ett av deras interna mål på deras vårdcentral även är att samverka till en god arbetsmiljö och fortbildning av personalen.

7. Slutsats

I följande kapitel presenterar vi våra slutsatser utifrån analysen. Det är även här vi svarar på frågorna i vår problemformulering samt presenterar en del egna reflektioner.

Syfte med vår uppsats har varit att undersöka hur betalning för utförda tjänster inom Västra Götalandsregionen sker, vilka effekter det har på produktivitet och effektivitet, samt vilka prestationsmått som kan sammankopplas med ersättningssystemets utformning. Diskussionen nedan har skett utifrån intervjuerna vi haft med de femton respondenterna inom organisationen. Det kan innebära att vi inte har lyckats få en heltäckande bild som är representativ för hela Västra Götalandsregionen.

7.1 Ersättningssystemets utformning

Hela systemet är oerhört komplext och ersättningarna bygger på en mängd olika faktorer och grundar sig på olika ersättningsformer

När vi påbörjade våra studier av ersättningssystemet inom Västra Götalandsregionen var vi övertygade om att ersättningssystemet såg likadant ut för hela regionen. Nu i efterhand kan vi konstatera att det var ett felaktigt antagande. Intrycket vi fått i samband med djupintervjuerna är en frustration som ligger och pyr. Troligtvis ligger en del av frustrationen i storleken på organisationer och därmed en tröghet i att få ta del av vad som sker längre upp eller att förmedla sina egna åsikter uppåt, men för tillfället kommer en stor del från det nuvarande ersättningssystemet och dess framtida utveckling. I dagsläget har man relativt nyligen infört det nya ersättningssystemet. Alla verksamheter håller fortfarande på att lära sig hur det fungerar och redan nu märker man att det inte fungerar särskilt bra. Tanken med att varje nämndområde inom regionen själva skulle få utforma sitt system verkade vid starten bra, men har alltså redan inneburit ett påbörjat arbete med en utformning av ett nytt system. En av de intervjuade, som arbetat inom primärvården under mycket lång tid berättade att hon nu för tiden var tvungen att le mot de yngre kollegorna och deras upprörda reaktioner på beslut om förändringar, som fattas längre upp i organisationen och inte känns bra. Hon menade att när hon ser dem känner hon igen sig själv när hon började. Hon menar att man med åren lär sig att inte bli upprörd över förändringar som känns fel, utan att lugnt rycka på axlarna och säga att det löser sig nog med tiden. Är det ett bra eller dåligt betyg på en organisation?

Lyckades man inom primärvården med att skapa ett enhetligt system för hela regionen skulle troligtvis missnöjet bland de olika vårdgivarna över orättvisorna med systemet att minska. Alla efterlyser ett väl anpassat och genomtänkt system som tar hänsyn till vårdtyngder och andra faktorer som är mer kostnadskrävande. Genom ett enhetligt ersättningssystem kommer jämförelser mellan olika delar i regionen vara genomförbart på ett bättre sätt.

7.2 Politiker och anställdas syn på ersättningssystemets utformning

Generellt kan man sammanfatta intervjuerna med att i stort sett ingen av respondenterna tycker att systemet fungerar på ett tillfredsställande sätt i dagsläget. Bland beställarna uppfattas dock synen på ersättningssystemets utformning som med positiv än hos professionen.

Även om uppgivenheten finns där hos en del medarbetare inom regionen är det fortfarande många som vill vara med och engagera sig. De flesta av de av oss tillfrågade respondenterna, som hade möjlighet att avvara en stund, upplevdes som mycket engagerade och hjälpsamma. Anledningen till att en del avböjde att medverka var deras redan pressade arbetsituation med för lite tid och för mycket att göra.

Synen på hur ersättningssystemet är uppbyggt och hur det fungerar varierar stort. Det mönster man kan urskilja genom intervjuerna är att de som är nöjda med arbetssättet är de som hinner med ett så stort antal besök, som krävs för att få in tillräckligt med ersättning, och som därmed kan ses som politikernas minimikrav på prestationer. Anledningen till att en del vårdcentraler hinner med det de ska och andra inte beror på en mängd olika faktorer. En del av faktorerna har inte vi som utomstående betraktare möjlighet att upptäcka. En del i det handlar troligtvis i grunden om hur vårdcentralen har valt att lägga upp sitt arbetssätt. Den slutsats som vi kan dra av intervjuerna handlar dock mycket om vårdtyngd och övrig belastning, som bland annat beror på var vårdcentralen finns belägen och vilken typ av patienter som utgör den största delen av patientunderlaget. Vi har tidigare nämnt att faktorer som kroniska sjukdomar och tolkning av besök påverkar besökstiden.

Många efterlyser även att man av påbörjar en utveckling mot ett effektivare arbetssätt. En verksamhetschef menar att en del arbetet är extraadministration för vårdcentralen, som endast tar tid i anspråk. Ett exempel hon anger är behandlingen av patientavgifter. Mottagningen får ingen prestationsersättning för distriktssköterskebesök, eftersom det redan finns inräknat i kapitationen. Patienten betalar dock en patientavgift i kassan på vårdcentralen när den kommer på besök. Hon skulle gärna se att avgiftsbetalningen löstes på ett smidigare sätt, eftersom det för vårdcentralen betyder att de behöver en anställd som tar emot avgiften från patienten för att sedan skicka den direkt tillbaka till kansliet. Även undersökningen gjord av SKTF påvisar hur stor del av läkarnas tid (30-40%) som går åt till administrativa uppgifter. De menar att med en riktig samordning av arbetsuppgifterna skulle troligtvis en effektivare primärvård kunna uppnås.

Målet i dagsläget är att man ska arbeta sig mot ett gemensamt system, som blir en sammanlänkning av de idag existerande systemen. Ersättningsgrunderna ska bli desamma, liksom poängen för de olika åldersgrupperna och ersättningssumman per poäng. Målet är att det nya systemet ska vara färdigt att tas i bruk inom några år. Vid utformningen av ett nytt system bör man ge implementeringsarbetet och inkörningsperioden gott om tid att utvecklas innan resultat uppnås, vilket en del av respondenterna upplever att man inte har gjort fram till idag. Politikerna har, som vi nämnt, upptäckt risken med hur man har valt att utforma systemet och vill därför att ytterligare ett mål med ersättningssystemets utformning är att det även ska bidra till att kvaliteten premieras i en kombination med produktivitet. Det är också väldigt viktigt att inte enbart fokusera systemet på läkarbesök utan även titta på annan

vårdpersonal. Som exempel kan nämnas att vid 1990-talets början beräknades antalet samtal till vårdcentralernas telefonsjuksköterskor vara ungefär 20 miljoner om året (Marklund 1990).

7.3 Ersättningssystemets påverkan på effektivitet och produktivitet

Politikerna har haft problem med att kommunicera målen till de underliggande nivåerna inom organisationen, vilket kan innebära svårigheter med att uppfylla målen. Alla personer som vi har intervjuat menar dock att utformningen på dagens ersättningssystem har bidragit till att produktiviteten har ökat, mätt i antal patientkontakter.

Produktivitet och effektivitet inom sjukvården har diskuterats flitigt både i tidningar och på TV. Genom ersättningssystemets utformning visar politikerna att man främst har valt att mäta produktiviteten i antal patientkontakter. Då alla vårdcentraler har olika utformade ersättningssystem, vilka i sin tur är grund för att mäta produktiviteten är det väldigt viktigt att vara försiktig med de olika beräkningar och slutsatser man drar då ersättningssystemets utformning kan påverka antalet läkarbesök i de olika delarna av regionen.

Dagens sjukvård debatteras mera som en produktionsindustri där patienter ses som antal produkter, vilka så fort som möjligt ska lämna vårdcentralen för att lämna plats åt nya patienter som redan har väntat på "lager" under en längre tid. En anledning till synsättet beror delvis på grund av det vårdtryck som finns idag, men även delvis på grund av att vårdgivarna upplever det som att det är det som politikerna sätter mest värde på, genom ersättningssystemets utformning. Att politikerna ser tillgängligheten och tryggad läkarförsörjning som några av de viktigaste målen syns i det beslut som fattades på ett sammanträde i mars i år. Frågan är om det ska ske till vilket pris som helst?

Effektiviteten kan ses som graden av måluppfyllelse och visar därmed hur väl företaget når sina mål. (Ax, Johansson, Kullvén, 2002) I den empiriska undersökningen präglades frågan om vilka mål som vårdgivarna hade på sig från politikerna av en viss osäkerhet. De flesta tillfrågade lyckades efter en stunds eftertanke nämna ett antal mål, medan någon inte kände till om det fanns några uppsatta mål och vilka de i så fall var. Det är ett tydligt tecken på att politikerna inte lyckats kommunicera målen till de underliggande enheterna på ett effektivt sätt. Lyckas man inte kommunicera målen föreligger det även svårigheter för de underliggande enheterna att dela upp målen i delmål och utan delmål kan det förekomma svårigheter i att både fylla upp målen och bedöma hur pass bra man lyckats att uppnå dem.

Alla verksamhetschefer har dock ett övergripande ekonomiskt mål, som även är lika inom hela regionen. Målet är att få en ekonomi i balans, vilket innebär att varje vårdcentral ska prestera ett nollresultat varje bokföringsår. Flertalet av respondenterna lyckas med att uppfylla målet, medan det för en del känns som en omöjlig uppgift, beroende på ersättningssystemets utformning. Utifrån vår empiriska studie är effektiviteten för en ekonomi i balans relativt hög, trots den stora andelen som angett ett visst missnöje med ersättningssystemets utformning.

Västra Götalandsregionen är en komplex och enorm organisation. Man kan säga att den styrs av tre domäner: politiker, den administrativa ledningen och den medicinska professionen. En uppdelning av regionens mål bör ske i påverkbara och icke- påverkbara mål. För alla mål som sätts upp är det viktigt att de bryts ner till delmål för de enheter som kan påverka dessa

mål. Inom regionen finns det problem med att förmedla de uppsatta målen till de underliggande enheterna, vilket även leder till en brist i nedbrytning i delmål.

7.4 Förslag på lämpliga prestationsmätt

Det är inte en lätt uppgift att ta fram lämpliga prestationsmätt för en organisation, som man egentligen endast har skummat på ytan på. Framtagandet av lämpliga prestationsmätt gör vi med utgångspunkt i de intervjuer som vi har haft, i kombination med de teorier kring prestationsmätt som finns.

Eftersom valet av prestationsmätt ska relateras till företagets strategi är det inte lämpligt att koncentrera mätningen till prestationer som inte är väsentliga ut strategisk synpunkt. (Ax, Johansson och Kullvén, 2002) Vi kommer därmed att utgå från regionens strategi om att erbjuda alla invånare inom regionen en bra och jämlik vård genom god tillgänglighet vid framtagandet av prestationsmåten.

Eftersom hela Västra Götalandsregionen är en så stor organisation med flertalet olika styrsätt och ersättningssystem är det svårt att skapa jämförbarhet mellan olika delar i organisationen för alla prestationsmätt. Ett sådant exempel är produktiviteten, där man i första hand bör titta på hur ersättningssystemets utformning ser ut i de jämförda delområdena. Finns det något incitament i hur systemet är utformat som kan påverka mängden läkarbesök? Tittar man i en region där det till exempel är stor skillnad mellan den prestationsbaserade ersättningen för ett telefonsamtal och ett läkarbesök, blir besöken hos läkaren betydligt fler än om skillnaderna inte var så stor mellan de olika prestationerna.

I kunskapsorganisationer tillhör de icke- finansiella måten några av de viktigaste prestationsmåten. Vi kommer i vår rekommendation endast att koncentrera oss på dessa mått, då syftet med vår uppsats är att försöka finna lämpliga mått, med utgångspunkt i ersättningssystemet. Det innebär dock inte att alla finansiella mått ska uteslutas, utan de bör tas fram efter djupare undersökningar av hela primärvårdens ekonomi och inte endast grundat på ersättningssystemet. Det arbetet har redan påbörjats inom Västra Götalandsregionen genom de nyckeltal, som den så kallade nyckeltalsgruppen har tagit fram. Vi har presenterat deras arbete i kapitel 4.3.

Eftersom organisationen är så stor tror vi att en målstyrningsprocess, enligt Top- down modellen kan leda till de mest enhetliga prestationsmåten.

En vanligt förekommande uppdelning av prestationsmåten är i områdena Kunder, Ledtid, Kostnader och Personal. (Efter samtal med Joakim Hillberg)

Vid framtagande av prestationsmätt är det viktigt att antalet prestationsmätt inte är för stort. (Ax, Johansson & Kullvén, 2002). Därför har vi valt att endast presentera fyra olika förslag på lämpliga prestationsmätt.

7.4.1 Kunder

7.4.1.1 Kvalitet

Att vården ska tillgodose medborgarna med god vård regleras i Sveriges Rikes Lag. Det finns dock ingen tydlig definition i lagen på vad kvalitet i vården innebär. Kvalitet borde redan idag vara en viktig framgångsfaktor för hälso- och sjukvården, och vår övertygelse är att det

kommer att bli ännu viktigare i framtiden. Att sätta en definition på ordet kvalitet, inom sjukvården är svårt, då det är ett så brett begrepp. En sammanställning av de svar vi fått från respondenterna visar dock att det kan definieras som en kombination av medicinskt bra vård i en kombination med god tillgänglighet för patienten. Utifrån en rundfrågning som vi har utfört är de viktigaste aspekterna ur ett patientperspektiv att man får möjlighet att få vård när man behöver det och att vården håller en hög medicinsk kvalitet. Detta bekräftas även av en undersökning som socialstyrelsen har gjort, där man presenterar att den viktigaste aspekten för medborgarna i dagsläget är att man kommer tillrätta med väntetider och köer i vården. (www.socialstyrelsen.se)

Eftersom kundnöjdheten är ett viktigt mått för alla konkurrensutsatta företag är det viktigt att följa upp klagomål eller reklamationer för att i framtiden förbättra kvaliteten på produkterna/tjänsterna. Kan man anse primärvården som konkurrensutsatt? Bland alla vårdcentraler finns det en andel som är privata vårdgivare. Idag är behovet av vård omättat, vilket innebär att ingen av de vi har intervjuat anser att de idag utsätts för någon kännbar konkurrens. Vi menar dock att den tilltagande andelen privatläkare, som inte har ett avtal med primärvården, utgör en form av konkurrens i den bemärkelsen att patienter går över till dem när väntetiden inom den offentliga vården är för lång. Låter man processen fortlöpa skulle konkurrensen kunna bli kännbar även för primärvården. Vi anser därför att det på samma sätt, som för de konkurrensutsatta företagen, borde det vara viktigt för primärvården att följa upp patienttillfredsställelsen för att därigenom klara den allt vanligare förekommande konkurrensen. Det finns alltid en risk att en konflikt uppstår då vårdgivaren har intresse av att patienten erhåller en hög kvalitet samtidigt som de ska försöka hålla nere kostnaderna. En hög produktivitet av sjukhus-tjänster kan påverka kvaliteten i tjänsterna negativt. (Bergström & Lund, 2003) Det är därför viktigt att hitta en lämplig balansgång mellan de två ytterligheterna.

I en lägesrapport från Hälso- och sjukvården rekommenderar de att kvalitetsarbetet i vården stärks genom att man ansluter sig till ett nationellt kvalitetsarbete. Detta tyder på att man redan påbörjat arbetet med att ge vårdkvaliteten en mer framträdande roll.

Kundernas syn på vården bör regelbundet följas upp i olika patientenkäter eller liknande för att få en fortlöpande kunskap om deras syn på den form av service som de erhåller.

7.4.1.2 Någon form av team- baserat prestationsmått

Att använda sig av team- baserade prestationsmått grundar sig på att hela vårdteamets prestationer ersätts och inte endast läkarnas och viss sjuksköterskors prestationer. Detta innebär att man lägger stor fokus på TEAMET – PATIENTEN - MÅLET. Målet skall manifesteras i att patienten blir tillfredställd med den omvårdnad han får. Genom att hela vårdteamets arbete betraktas kommer motivationen och ansvarstagandet att stiga hos hela personalstyrkan, vilket även ökar trivseln på arbetsplatsen. Ett team- baserat prestationsmått kommer därmed även att stärka kvaliteten för patienten. Genom att titta på hela vårdcentralens produktivitet kan även olika former av felhänvisningar eller dubbelarbeten komma att minska. Genom våra samtal med några patienter inom regionen har det nämnts både problem med personal som hänvisar till fel ställen och även patienter där olika sköterskor tagit samma prover flertalet gånger på grund av kommunikationsproblem mellan varandra. Det är faktorer som tar dyrbar tid i anspråk, både hos patienten och hos personalen. En tänkbar negativ konsekvens av ett prestationsbaserat mått skulle vara problematiken för dem som inte platsar i ett team. Skulle man införa ett teambaserat prestationsmått är det därför viktigt att även göra upp en handlingsplan för hur eventuellt uppkommande problem ska hanteras.

7.4.2 Ledtid

I ett producerande företag är ledtiden ett viktigt mått. (Lönqvist & Lind, 1998) Genom att mäta ledtiden från att patienten tar kontakt med primärvården tills att den fått en riktig vård får man ett bra mått på effektiviteten, i bemärkelsen förhållandet mellan resultat och insatta resurser. Ledtiden är också en viktig del i patienttillfredsställelsen och stor del av helhetsbilden kan härledas härifrån.

7.4.3 Personal

Ett vanligt förekommande del av arbete med personaltillfredsställelsen i flertalet företag är användandet av det så kallade Gröna korset. (Efter samtal med Joakim Hillberg) Det gröna korset är en modell, som löpande fylls i med gröna eller röda färger beroende på antalet arbetsskador eller sjukfrånvaro för varje tidsperiod. Det ultimata korset är helt fyllt i grönt. Genom modellen får man en översikt över hur personalen mår på arbetsplatsen och kan utifrån det ta tag i de problem som finns på arbetsplatsen. En frisk personal presterar mycket bättre än en personal som mår dåligt.

Lyckas man skapa ett styrsystem som är effektivt och modernt kan det få positiva effekter bland annat i form av att det kan locka ny personal. Blir man känd som en personalvänlig arbetsplats, genom att man arbetar mycket med personaltillfredsställelsen kommer det med all säkerhet leda till att attraktiv och kompetent personal söker sig till arbetsplatsen. Ytterligare en positiv effekt som uppnås genom en nöjd personal är, som vi har nämnt tidigare att det får positiva effekter på kunderna, vilket i det här fallet blir patienterna.

Ett vanligt förekommande problem på vårdcentralerna inom regionen har varit att få distriktsläkarna att stanna kvar under längre perioder. Den pressade situationen med ett hårt patienttryck, är enligt de intervjuade läkarna troliga orsaker till den höga personalomsättningen. Kom man till rätta med den i längden inte så hållbara arbetsituationen skulle troligtvis ett mer långsiktigt målarbete komma till stånd på vårdcentralerna.

7.5 Avslutning

En stor del av våra föreslagna prestationsmått innehåller många riktningar mot kvalitet på vården. Hur det i detalj kommer att genomföras är en fråga som återstår för politiker, den administrativa ledningen och den medicinska professionen att utforma. Därför anser vi att forskning inom nya prestationsmått är någonting att prioritera högt om vi i framtiden ska erhålla en så god och bra vård som möjligt. Idag har vi ett enormt behov av vård med en stor läkarbrist, vilket även fortsatt kommer att innebära ett krav på hög tillgänglighet. Vilken kvalitet läkarbesöket håller kan ibland bli mindre viktigt för patienten idag då väntetiderna är så långa att patienten till viss del blir tillfredsställd av att få träffa läkaren överhuvudtaget. Fokuseringen på god tillgänglighet bör dock inte överskugga kvalitetsaspekten.

Vår förhoppning är att många inom Västra Götalandregionen kommer att ha en stor användning både av sammanfattningen av skillnader i ersättningssystemet, personalen syn på systemet samt av våra förslag på prestationsmått. Vi hoppas även att våra prestationsmått kan bidra till en fortsatt diskussion och forskning inom hälso- och sjukvården.

7.5.1 Förslag till fortsatt forskning

Under uppsatsens gång har det vuxit fram nya idéer och tankar kring ersättningssystemet och de olika prestationsmåten, vilket skulle kunna vara intressant att undersöka djupare. En intressant studie skulle då vara att följa det nya ersättningssystemet inom Västra Götalandsregionen och se vilken riktning det tar i framtiden och varför. Det skulle även vara intressant att parallellt undersöka hur politiker och de anställda skulle reagera beroende på vilken riktning ersättningssystemet tar. En annan intressant studie skulle kunna vara att undersöka den framtida utvecklingen av olika kvalitetsmått för primärvården inom Västra Götalandsregionen.

Källförteckning

Litteratur

Alvesson, M. (1992). *Ledning av kunskapsföretag. Exemplet Enator. (2:a uppl.)* Stockholm: Norstedts Juridikförlag.

Andersen, I. (1998). *Den uppenbara verkligheten- val av samhällsvetenskaplig metod.* Lund: Studentlitteratur.

Andersen, I. & Gamdrup, P. (1994). *Vetenskapsteori och metodlära- Introduktion.* Lund: Studentlitteratur.

Ax, C & Johansson, C. & Kullvén, H (2002). *Den nya ekonomistyrningen.(2:a uppl.)* Malmö: Liber Ekonomi.

BAS- gruppen. (1998). *BAS- nyckeltal- för bättre analys och effektivare ekonomistyrning.* Jönköping: Industrilitteratur.

Bergman, S-E. & Dahlbäck, U. (2000). *Sjukvård. En svårstyrd verksamhet. En studie över styr- och ledningsformer i hälso- och sjukvården.* Stockholm: Landstingsförbundet.

Brorström, B., Hallin, B. & Kastberg, G. (2000). *Barnmorskan, patienten och pengan. Effekter av förändrad styrning inom mödravården.* Göteborg: Göteborgsuniversiteten.

Davidsson, J. (1998). *Primärvård en vårdnivå.* Studentlitteratur: Lund

Donabedian, A. (1992). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care.* New York: Oxford University Press.

Eriksson, L.T. & Wiedersheim-Paul, F. (2001) *Att utreda, forska och rapportera.* Malmö: Liber Ekonomi.

Forsberg, E. (2001) *Do Financial Incentives Makes a Difference?* Uppsala Universitet.

Hallin, B. & Siverbo, S. (2003). *Styrning och organisering inom hälso- sjukvården.* Lund: Studentlitteratur

Holme, IM. & Solvang, BK. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder.* Lund: Studentlitteratur.

Karén, M. & Ljunggren, S. (1996). *Ekonomiska mått och metoder i praktiken.* (avhandling för licentiatsexamen, Uppsala Universitet.)

Lundahl, U. & Skärvad P.H. (1992). *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer. (2:a uppl.)* Lund: Studentlitteratur.

Lönnqvist, R. & Lind, J. (1998). *Internredovisning och prestationsmätning.* Lund: Studentlitteratur.

Marklund, B: (1990) *Medicinsk rådgivning på vårdcentraler och apotek*. Göteborg: Allmänmedicinska Institutionen.

Merriam, S.B. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur

Samuelson, L.A. (2001) *Controllerhandboken*. (7:e uppl.) Stockholm: Sveriges verkstadsindustrier (VI) : Industrilitteratur

Schneider, B & Bowen, D.E. (1995). *Winning the service game*. Boston: Harvard Business School Press

Söderholm, J. (1998). *Målstyrning av decentraliserade organisationer. Styrning mot finansiella och icke-finansiella mål* (avhandling för doktorsexamen, Handelshögskolan i Stockholm).

Thurén, T. (1996). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Runa förlag

Vouri, H. (1982). *Quality assurance of health services*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office of Europe.

Åhgren, B. (1999). *Vårdkedjan, vårdkonsumism och patientfokusering processinriktad sjukvården*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur

Sekundärkällor

Borgqvist, L. & Krakau, I. (1996). *Lokala erfarenheter av nya styrformer i primärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Bjurgren, P-O. & Paulsson, T. (1995). *Erfarenheter av primärvård på entreprenad*. Socialstyrelsen 1995:7

Lee R.I. & Jones R.W. (1933). *The fundamentals of good medical care*. Committee on the costs of medical care, Publication 22, The University of Chicago Press.

Reerink, E. (1990). Defining quality of care: Mission Impossible? *Quality Assurance In Healthcare*2, 197-202.

Margenau, H(1966). *What is a theory?*

Publikationer

Bergström, F. & Lund, J. (2003). *Vinstdrivna sjukhus. Är fallet S:t Görans färdigbehandlat?*

Lundbäck, M. (2002). *Konkurrens och ersättningsystem - Slagkraftiga redskap för högkvalitativ och effektiv vård*.

Sveriges Rikes Lag. (1999). Stockholm: Norstedts Juridik AB

Västra Götalandsregionen Årsredovisning, 2003

Rapporter

Anell, A. (1991). *Prestationsbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Vad blir effekterna?* DS. 1991:49

Nyckeltalsgruppen. (2004). *Nyckeltal inom hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen.* (Västra Götalandsregionen, Regionens Hus, 405 44 Göteborg)

Paraplygruppen. (2002). *Översyn av ersättningsmodeller för sjukvården i Västra Götalandsregionen- Projekt för översyn av ersättningsmodeller.* (Västra Götalandsregionen, Regionens Hus, 405 44 Göteborg)

SPRI Kvalitetssäkring. (1987). *Att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet.* Stockholm: Spri- rapport 230

Elektroniska referenser

www.vgr.se, 2004-04-12

www.socialstyrelsen.se, 2004-04-20

Artiklar

Dagens Medicin 2003-12-17

Dagens Industri 2004-04-15

Protokoll

Protokoll från primär- och tandvårdsstyrelsen 2004-03-10

Protokoll från primär- och tandvårdsstyrelsen 2004-02-05

Protokoll från primär- och tandvårdsstyrelsen 2003-11-27

Personliga intervjuer

Jan Aaby- Ericson, ekonomichef primärvårdskansliet Göteborg, 2004-05-05

Anna Aggeryd, verksamhetschef Sandareds vårdcentral, 2004-05-11

Ingela Arvidsson, verksamhetschef vårdcentralen Sollebrunn, 2004-05-10

Stefan Bengtsson, ekonom Regionens Hus Borås, 2004-05-11

Jan Blomqvist, ekonomichef Regionens Hus Borås, 2004-05-11

Kerstin Brunnström, ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnden i Göteborg, 2004-05-14

Jan Carlsson, verksamhetschef vårdcentralen i Trandared, 2004-05-18

Zahid Catic, ekonomiansvarig primärvårdskansliet MittenÄlvsborg, 2004-04-28

Monica Ericson-Sjöström, verksamhetschef vårdcentralen i Mölndal, 2004-05-06

Berit Frändås, ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnden i Sjuhärad, 2004-05-11

Rita Harring, ekonomichef Fyrbodals, 2004-05-07

Per Kjellson, verksamhetschef Herrestads vårdcentral, 2004-05-14

Christina Malmer, regionchef Östra Göteborg, 2004-05-03

Jonas Thorén, verksamhetschef vårdcentralen Floda, 2004-05-04

Ingemar Wikenros, ekonomichef primärvården Skaraborg, 2004-04-27

Joakim Hillberg, konsult Revere, 2003-04-29

BILAGA

Frågeguide

Målet med intervjuerna är att få information om vad personalen ute på arbetsplatserna har för uppfattning om ersättningssystemets modell och dess effekter. I samband med intervjuerna vill vi även kontrollera hur väl målen som man arbetar mot i praktiken stämmer överens med politikernas mål. Eftersom läkarnas tid är begränsad väljer vi att prioritera lite färre, men förhoppningsvis ganska heltäckande, frågor, för att försöka få med så många respondenter som möjligt i undersökningen. Eftersom uppfattningen kring systemet ska vara mycket olika i de olika delarna av regionen, ska vi försöka intervjua läkare runt om i hela regionen.

- Vad har ni på vårdcentralen för mål?
- Vilket mål tycker du att politikerna har?
- Finns det några uttalade prestationsmål?
- Hur länge har ni arbetet på vårdcentralen?
- Kan du kortfattat beskriva dagens ersättningssystem?
- Hur tycker du att ersättningssystemet fungerar? På vilket sätt?
- Finns det positiva/negativa konsekvenser med dagens ersättningssystem?
- Skulle du vilja förändra det på något sätt, dvs. hur skulle du vilja att det såg ut?
- Vad anser du om ersättningssystemets utveckling (om man varit med länge)?
- Vem ska få bestämma utformningen av ”morgondagens” ersättningssystem? (politiker, läkare, konsulter, ekonomer osv.)
- Vad skulle hända inom vårdcentraler om man helt och hållet tog bort ersättningssystemet/inte införde ett nytt? Skulle produktiviteten minska på något sätt?

Intervju med Jonas Thorén, läkare och chef över vårdcentralen Floda, MittenÄlvsborg

Ersättningssystemet i Älvsborg:

Grundåtagandena betalas genom kapitationsersättningen, som baseras på de listade patienterna och utgör 70% av den totala ersättningen. Kapitationsersättningen baserar sig på poäng, beroende på ålder på patienterna. De övriga 30 % utgörs som besöksersättning för läkarbesök, telefonkonsultation av läkare, sjuksköterskebesök. Det finns även anslagsfinansierad verksamhet, till exempel för barnvårdcentralen.

Jonas har arbetat inom regionen sedan 1991. Han blev färdigutbildad distriktsläkare 1997 och har arbetat som chef på vårdcentralen sedan 2002.

För tillfället pågår arbetet med att sätta upp egna mål för vårdcentralen. I grunden ligger styrkortet för Södra Älvsborg, där några av de främsta målen är att få en ekonomi i balans och det nöjda patientperspektivet, att ha en god tillgänglighet genom en effektiv telefonstyrd tidsbokning och relativt hög produktivitet på läkarbesök. Listning av patienter infördes under 2002 och dagens ersättningssystem började köras skarpt i år (2004). Som grund ligger en kapitationsersättning som baseras på poäng, beroende på åldern på de listade patienterna (Ungefärliga siffror: 2 poäng för 0-64 år, 3 poäng för 65-74 år, 4 poäng för 75+). Man gör ingen skillnad på om patienterna är aktivt eller passivt listade. En rörlig ersättning lämnas för läkarbesök, sjuksköterskebesök och telefonsamtal till läkare. En fast summa, som inte är beroende av antalet patienter, lämnas varje år för provtagning på patienter som kommer från andra delar av regionen.. För den prestationsbaserade ersättningen finns en maxgräns för antal besök per listad patient på 1,2 besök per person och år. Vid högre produktivitet får de endast behålla patientavgiften på 120 kr vad gäller läkarbesök. Han menar dock att det krävs ungefär 1,2 besök per år för att få tillräckliga intäkter. De har alltså inget formellt minimiprestationskrav, men i praktiken leder nollresultatskravet till att ett antal miniprestationer krävs. Barnvårdscentralsverksamheten är anslagsfinansierad.

Före dagens ersättningssystem infördes användes anslagsfinansiering, som var en fast ersättningssumma baserad på befolkningsantalet i området. Dagens ersättningssystem passar dem bättre, eftersom de nu får ett nettotillskott i form av ersättning för patienter som de behandlar, som tidigare inte räknades med i anslagsfinansieringen, eftersom de bor utanför vårdcentralens upptagningsområde. Det kan till exempel vara patienter som väljer att stanna kvar vid vårdcentralen även om det flyttar, eller andra patienter som väljer att gå till dem istället för sin "egen" vårdcentral. En annan fördel med listningssystemet är en förändring i mottagningssystemet. De har som mål att alla patienter skall få tid inom en vecka, men i specialfallet att läkaren som patienten vill träffa är ledig ber vi patienten återkomma när läkaren kommit tillbaka istället för att boka långt i förväg.

De känner sig nöjda med dagens ersättningssystem eftersom det passar väl in på deras tidigare arbetssätt och därför innebär att vårdcentralen går runt. De har ett relativt snabbt och effektivt arbetssätt, med en grundidé om hög tillgänglighet. Vårdcentralen har ett långt perspektiv på

sitt arbete. De ser det som att lyckas de hjälpa den ”vanliga” medborgaren med sina enklare besvär några gånger per tioårsperiod, när han behöver hjälp, så kommer han även att komma till dem senare i livet när han är svårare sjuk. De ser det också som att det är deras skyldighet att försöka tillmötesgå så många patienter som möjligt, eftersom det är de som betalar vården genom skatten. Nackdelar som han kan se med systemet är att det ges olika poäng för samma ålder och olika ersättning för samma poäng i olika delar av regionen. Ersättning lämnas också för olika verksamheter i olika delar. Tex. är lab och röntgen i Göteborg helt fritt, medan det i Floda räknas in i kapiteringsersättningen och den prestationsbaserade ersättningen, vilket i praktiken innebär att det i slutändan påverkar deras resultat, tillskillnad från Göteborg. Han menar även att det är konstigt att alla läkarbesök värderas samma, oavsett om det är en akuttid på mottagningen eller ett hembesök långt bort.

Eftersom man precis har infört systemet har han svårt att se vilka förändringar som skulle kunna göras. Primärvårdens tjänstemän tycker dock att systemet är felkonstruerat, då det ger olika ersättning för olika delar i regionen. Målet skulle vara ett enhetligt system som är uppbyggt på samma sätt i hela regionen med ett rimligt och lika poängsystem.

För Thoréns vårdcentral skulle det inte göra någon skillnad i produktiviteten om man inte hade prestationsersättning, eftersom de arbetar på samma sätt nu med det nya systemet, som de gjorde när de hade det anslagsfinansierade systemet.

Intervju med Ingela Arvidsson, distriktssköterska och verksamhetschef för läkarmottagning, distriktssköterskemottagning, BVC och mödravårds-central i Sollebrunn, MittenÄlvsborg

Ersättningssystemet i Älvsborg:

Grundåtagandena betalas genom kapitationsersättningen, som baseras på de listade patienterna och utgör 70% av den totala ersättningen. Kapitationsersättningen baserar sig på poäng, beroende på ålder på patienterna. De övriga 30 % utgörs som besöksersättning för läkarbesök, telefonkonsultation av läkare, sjuksköterskebesök. Det finns även anslagsfinansierad verksamhet, till exempel till barnavårdscentralen, beteende vetenskapliga resurser och externa mottagningar.

Ingela har arbetat som distriktssköterska inom regionen sedan 1974. Hon arbetar som verksamhetschef sedan 1997.

Hon upplever det som att de inte har några klara mål uppifrån. De har sin verksamhetsidé som är väl inlärd, men känner bortsett från det att de inte har några tydliga mål. Hon känner till att det var planer på att balanserade styrkort skulle införas, men har inte hört något ytterligare, vilket innebär att vårdcentralen inte använder sig av det heller. Däremot satte hon upp ett eget mål när hon tillträdde sin tjänst 1997. Målet innebär att alla patienter ska få ett bra bemötande när de söker vård och att de ska känna sig nöjda när de lämnar vårdcentralen. Ingela har inget eget ansvar för budgetuppställande och för att bugeten uppnås, utan allt sker på en nivå högre upp. Ekonomichefen sätter upp budgeten och har också huvudansvaret för att målen uppnås.

Vårdcentralen i Sollebrunn har liksom övriga små vårdcentraler i regionen, problem med att uppnå ett positivt resultat.

Ersättningssystemet grundar sig dels på en kapitationsersättning och dels en prestationsbaserad besöksersättning. Kapitationsersättningen lämnas med grund i antalet listade personer. Ersättningen är samma, oavsett om patienterna är aktivt eller passivt listade. Besöksersättning erhålls för läkarbesök, telefonbesök och sjuksköterskebesök. För ersättningen finns även ett maxtak, vilket innebär att passerar man taket erhålls ingen ytterligare ersättningen, mer än patientavgiften, även om de tar emot fler patienter. På mottagningen har de en kurator som arbetar halvtid. För den servicen erhålls ingen extra ersättning, utan det ska täckas inom kapitationsersättningen.

Det positiva med systemet som finns idag är att det lämnas ersättning även för sjuksköterskebesök. Därigenom kan mottagningen fortsätta med sitt gamla arbetssätt, där alla akutpatienter först träffar en sjuksköterska som gör en bedömning om patienten även behöver träffa en läkare eller om sjuksköterskan kan behandla patienten själv. Arvidsson upplever också att man i samband med det nya systemet har blivit mer kostnadsmedvetna. Risken är dock att kostnadsmedvetenheten tar överhand och att patienterna därmed kommer i kläm. Det nya systemet har fört med sig att ekonomin, även på de lägre nivåerna, numera följs upp mer regelbundet. Tidigare var det verksamhetschefen som själv fick ta initiativ till hjälp med uppföljning av ekonomin, idag sker det löpande och initiativen tas då ovanifrån. Negativa effekter av systemet är att hon upplever att besluten nu för tiden kommer mer uppfifrån, vilket kan få samma effekt som det har fått i Sollebrunn; att målen och övriga beslut uppfifrån inte kommer ända ned i organisationen.

Eftersom de i Sollebrunn inte lyckas att få vårdcentralen att gå ihop, tycker Arvidsson inte att systemet fungerar tillfredsställande. Hon skulle hellre se att det fanns möjlighet att erhålla en extra ersättning för de små vårdcentralerna i glesbygden, så att även de kunde få möjlighet att erhålla en ekonomi i balans. Hon saknar även planer för andra områden än på det ekonomiska planet. Bland annat skulle hon gärna se en strategi för äldre och utarbetad personal, som inte klarar av att arbeta heltid. I dagsläget har vårdcentralen inga möjligheter att ta in extrapersonal för den tid som personalen är deltidssjukskriven, vilket i förlängningen har en effekt av att systemet urholkas.

Problemet med dagens beslutsfattande är att det sker för högt upp. Hon hade hellre sett att besluten fattades på lägre nivåer, då man där återfinner personal som är ute i verkligheten och som därmed ser hur systemet fungerar i praktiken.

På vårdcentralen i Sollebrunn arbetar man idag på samma sätt som man gjorde innan det nya systemet infördes, då man hade anslagsfinansiering. För hennes del innebär det att hon inte tror att produktiviteten skulle förändras i någon riktning om ersättningssystemet togs bort eller inte förändrades.

Intervju med Zahid Catic, ekonomiansvarig vid primärvårdskansliet för mitten Älvsborg

Ersättningssystemet i Älvsborg:

Grundåtagandena betalas genom kapitationsersättningen, som baseras på de listade patienterna och utgör 70% av den totala ersättningen. Kapitationsersättningen baserar sig på poäng och är lika stor oberoende av om patienterna är aktivt eller passivt listade. De övriga 30 % utgörs av en prestationsbaserad ersättning för läkarbesök, telefonkonsultation av läkare, sjuksköterskebesök. Det finns även anslagsfinansierad verksamhet där barnvårdscentralen, beteende vetenskapliga resurser och externa mottagningar ingår.

Zahid har arbetat som ekonomiansvarig Mitten Älvsborg, som är en del av Södra Älvsborg, i tre år.

Ekonomernas mål är att klargöra primärvårdens uppdrag och att betalning lämnas för den vård som utförs.

Han upplever att politikerna gärna vill kontrollera läkarna för att på det sättet ”jaga på” läkarna så att de presterar mera, vilket skulle medföra att köerna minskar och att deras löfte till väljarna håller. Zahid anser att de ger ett dubbelt budskap, eftersom de lovar för mycket när de träffar väljarna och när de sedan träffar utförarna så säger de att de måste utföra det de beställer för de pengar de har. Detta fungerar inte eftersom resurserna inte räcker.

I Södra Älvsborg har de introducerat ett eget ersättningssystem som skiljer sig från regionens övriga områden. Systemet har utformats tillsammans med beställarna. I år är ett försöksår och de hoppas att de kan introducera systemet på riktigt 2005. De har delat upp sitt uppdrag i tre så kallade rutor. Den första rutan avser grundåtaganden som även alla andra privata läkare har, vilket ger en jämförbarhetsmöjlighet. Den andra rutan innehåller olika moduler, barnmorskemottagningen, sjukvårdsupplysningen, sjukgymnastiken och så vidare som andra kan arrangera men inte utför idag, sådana moduler betalas separat efter anslag. Den tredje delen består av de arbetsuppgifter som den offentliga sektorn utför. Det är arbetsuppgifter som andra inte har och som de inte kan konkurrera om, men som de vill få betalt för. De vill också betona att det är de som har resurserna för just sådana moduler och inte någon annan. Grundåtaganden betalas genom kapitationsersättningen, som betyder att 70 % av deras ersättning betalas efter listade patienter. 30 % lämnas som prestationsbaserad ersättning för olika besök såsom läkarbesök, telefonsamtal för läkare och sjuksköterskebesök. I den första rutan finns även anslagsfinansierade verksamheter, till exempel till barnvårdscentralen, beteende vetenskapliga resurser och externa mottagningar. Systemet fungerar idag på så sätt att de får en fast ersättning i tolfedelar så kallad kapitationsersättning. Besöksersättningen stäms av varje månad och betalas i efterskott. Ersättningssystemet har ett tak, vilket innebär att de inte får betalt om de passerar kostnaderna. Patientavgifterna går direkt till regionen, vilket innebär att de inte har någon egen nytta av dem.

Det positiva med det nya systemet är att de tycker att de har ett mycket bättre definierat uppdrag, samt att alla tänker på att registrera rätt kontakter, köerna minskar och på så sätt marknadsförs de bra gentemot privata läkare och övriga vårdcentraler inom regionen. Man ser en positiv utveckling i detta och folk kommer lättare till primärvården och får vård. Den

negativa konsekvensen är att besöken kan överproduceras, eftersom besöksersättning utgör en så stor del av hela ekonomin. Till exempel kan en del som har en stor del äldre patienter vara intresserade av att ha korta men många besök. Och ingen är i dagsläget intresserad av att ta emot gamla, multisjuka patienter som är tidskrävande och kräver stora resurser för utredningar. För att bli av med det måste vårdtyngd premieras på något sätt. Han påpekar också att man ska komma ihåg att det inte finns någon system som inte kan manipuleras på något sätt, men det som försäkrar skattebetalarna är att de aldrig kan passera taket. Taket betyder hos dem 3,9% mer än de fick innan ersättningen introducerades, men de har olika vårdcentraler som presterar olika och vissa kan få mera och vissa mindre beroende på hur man har organiserat arbetet. Det påverkar dock inte skattebetalarna på något sätt.

I dagsläget fungerar systemet inte skarpt, utan det är som sagt ett försöksår. Varje månad förbättrar de det som inte fungerar och det som är mest aktuellt idag är att ingen ersättning lämnas för de arbetsuppgifter, som egentligen hör till sjuksköterskorna, som en del undersköterskor utför. De utför exakt samma arbete, men de kan inte registrera sig som sjuksköterskor och de får inte betalt och då tycker han att det kan bli lite problem med trovärdigheten för att det jobb man utför borde betalas och inte titeln.

Skulle Zahid få ändra på något med ersättningssystemet så skulle det vara att de vill se en utveckling i hela regionen, framförallt att grundprinciper jämnas ut för att systemen ska vara jämförbara eller att man utvecklar ett gemensamt system för hela regionen. För att kunna skapa en trygghet för patienter och för utförare oavsett vilken vårdcentral man väljer borde man betala lika mycket som patient och vårdcentralen borde få lika mycket som utförare, men så ser det inte ut idag. De ser fram emot nya idéer från regionen och från en grupp som har bildats för några månader sedan. Man vill skapa gemensamma principer och en gemensam skala för så kallad åldersviktning. Hela regionen borde ha samma viktningssystem, vilket betyder att en som har fyllt sextioått år, ger lika mycket poäng i Göteborg som i Skaraborg eller här i Södra Älvsborg.

Han tycker sig inte ha sett någon utveckling av ersättningssystemet. Kommande utveckling beror helt och hållet på den grupp som har bildats på regionens nivå. De vill helst se en jämförelse mellan det som läkarna presterar och det som övriga Europa gör. De vet att svenska läkare sysslar med någonting annat än utländska läkare.

Ekonomer och läkare vet, enligt honom, bäst vad det är som är jämförbart och är möjligt att genomföra. Han tycker därför att de ska vara med och utforma morgondagens ersättningssystem. Politiker ska beställa tjänsten, skapa principer och definiera ekonomiska ramar, men inte påverka själva ersättningssystemet. Han tycker att det är de på utförarsidan som bäst vet hur man skall mäta det som behövs.

I dag registrerar de fler besök än tidigare, vilket är bra. Å andra sidan är det, som sagt, inte bra att de gamla och multisjuka inte får/riskerar att inte få tillräckigt med vård. SKTF har genomfört en undersökning som visar att 35 % till 40 % av läkarnas tid går åt till administration. Enligt Zahid är de ineffektiva som administratörer. De vill att det framtida ersättningssystemet eliminerar så mycket som möjligt, helst hela det administrativa arbetet från läkarna och flyttar tillbaka det till de som är duktigare på det. Läkarsekreterarna, kanslier och övrig personal klarar av detta effektivare och mycket billigare. På det sättet frigörs läkarnas tid och patienter kan träffa läkare oftare samtidigt som köer skulle minska.

Intervju med Monica Ericson-Sjöström, verksamhetschef för vårdcentralen i Mölndal, Södra Bohuslän

Ersättningssystemet i Mölndal, Södra Bohuslän:

Grundåtagandena för vårdcentralerna, mödravård och barnhälsovård betalas genom kapitationsersättningen, som är en fast summa baserad på de listade patienterna. Kapitationsersättningen baseras på poäng och är lika stor oberoende av om patienterna är aktivt eller passivt listade. Den prestationsbaserade delen av ersättningen utgörs av en besöksersättning för läkarbesök, specialistsjuksköterskebesök, telefonsamtal till läkare, inskrivna barn på BVC samt läkarronder på sjukhem.

Hon har arbetat som läkare i Södra Bohuslän sedan 1987 och arbetar som chefsläkare i Mölndal sedan ett år tillbaka. Hon ansvarar för tre vårdcentraler och en barnvårdscentral.

Vårdcentralernas (i Mölndal) mål med arbetet är främst kvalitet och medarbetarperspektivet. Medarbetarperspektivet innebär kompetensutveckling och att personalen mår bra. Inom kvalitet är fokus bland annat på bra tillgänglighet (bra öppettider, att patienten har möjlighet att träffa samma läkare varje gång), kundnöjdhet, rätt vård (de som kan behandlas på VC ska vårdas rätt och andra ska remitteras vidare). Ett problem med kvalitetsaspekterna är att det regelbundet kommer nya aspekter i takt med de politiska valen. Det finns ett speciellt utformat balanserat styrkort för varje vårdcentral. Problem är att beställarsidan fokuserar mycket på tillgängligheten och vårdsnabbhet, vilket syns inte minst på ersättningssystemets utformning. Hon anser att även vårdtyngden skulle behöva mätas.

Enligt Monica påverkas läkarnas arbete av ersättningssystemets utformning. En följd av ersättningssystemets utformning är att vårdcentralen tvingas fokusera på akutbesök, eftersom de oftast går snabbast och därmed genererar de pengar in krävs för att överleva. En negativ följd blir att de bokade besöken blir färre, vilket tyvärr krävs för att vårdcentralen ska överleva.

Ersättningssystemets uppbyggnad idag innebär att pengapotten först fördelas ut på nämnderna som sedan delar vidare till de olika områdena. Som grund har man en kapitationsersättning och en prestationsbaserad del. I Mölndal är distriktssköterskemottagningen inräknad i kapitationen, vilket innebär att ingen extra ersättning lämnas för besök hos dem. Trots det ska vårdcentralen ta emot betalning från patienten, som de sedan direkt ska skicka till kansliet, vilket innebär mycket extra arbete för att ta hand om den processen. Det är ingen skillnad i grundersättning för aktivt och passivt listade patienter. Prestationsbaserad ersättning lämnas per läkarbesök, specialistsjuksköterskebesök (astma, diabetes), telefonsamtal till läkare, per timme läkarrond på sjukhem och för varje inskrivet barn på BVC.

Dagens system fungerar dock inte bra, eftersom det inte känns genomtänkt. Det gör idag ingen skillnad på privat läkarmottagning och offentlig vårdcentral. De offentliga vårdcentralerna har ett visst större ansvar att ta emot patienter. De har dock ingen ekonomisk möjlighet att ta emot icke-listade patienter.

Monica har tillsammans med distriktsläkare från samtliga primärvårdsområden och områdesdirektörerna tagit fram en idéskiss på hur ett nytt ersättningssystem skulle fungera bättre.

Ett tidigare ersättningssystem som fanns, i samband med husläkarsystemet i mitten av 1990-talet, var samma för hela Bohuslän. Det fungerade bra efter några års inkörningstid. Precis när det började fungera bra byttes det ut. Det uppstår problem när politikerna är så fokuserade på snabba förändringar. Systemen ändras ofta i takt med politikerna. Varje gång ett nytt ersättningssystem införs sker förändringar direkt på de offentliga vårdcentralerna, däremot är avtalen med de privata läkarna fasta, vilket innebär att de inte kan ändras förrän avtalstiden löper ut.

Vid utformning av nya system skulle konstellationen utgöras av en blandning av personer med olika tjänster. Vissa som är bra på hur ett ersättningssystem byggs upp på ett bra sätt skulle kombineras med ”praktiker”, exempelvis verksamhetschefer, som är medvetna om hur det fungerar ute på vårdcentralerna.

Hon tycker att en viss form av prestationsbaserad ersättning är bra, eftersom det fungerar motiverande. Systemet måste dock vara väl genomtänkt och ges tid vid införandet för att det ska fungera väl.

Intervju med Ingemar Wikenros, ekonomichef primärvården i Skaraborg

Ersättningssystemet i Skaraborg:

Grundåtagandena för vårdcentralerna betalas genom kapitationsersättningen, som är en fast summa baserad på de listade patienterna. Kapitationsersättningen utgör 80% av den totala ersättningen och baseras på poäng. Ersättningen är lika stor oberoende av om patienterna är aktivt eller passivt listade. Den prestationsbaserade delen av ersättningen, 20% av totalsumman, utgörs av en besöksersättning för läkarbesök, sjuksköterskebesök, sjukgymnastbesök samt telefonsamtal till läkare.

Ingemar har arbetat inom regionen med ekonomi inom hälso- och sjukvård i tjugosju år. Tjänsten inom primärvården har han haft i åtta år.

Målen de i Skaraborg arbetar utifrån är i botten politikernas, där grunden för ersättningen utgår ifrån vad man presterar. Beställarna vill gärna träffa överenskommelser på vårdcentralsnivå, medan ekonomiavdelningen vill att överenskommelsen träffas på en högre nivå för hela Skaraborg, eftersom områdesdirektörens ekonomiska ansvar är direkt kopplat till hela Skaraborg. Primärvården i Skaraborg vill ha ett ersättningssystem som man upplever som rättvist, där ersättning lämnas utifrån vad som utförs. Det vill säga med olika nivåer för olika prestationer och olika tyngder. Han anser att systemet som det är idag dåligt speglar det. De väljer dock att hålla en låg profil och istället lära av erfarenheten. Eftersom Skaraborg är ett delvis glesbefolkat område vill de att den totala ersättningen går i en klump till den totala primärvården, istället för till varje vårdcentral. Utifrån det delar regionen ut ersättning till respektive vårdcentral efter en mall, som ännu inte är fastställd. Det skulle innebära att hänsyn tas till varierande åtaganden och upptagningsområden. Grundkostnaderna i små kommuner är

relativt dyra, eftersom man för varje kommun behöver vissa bestämda mottagningar, även om antalet patienter i upptagningsområdet är färre än i andra områden. Vid införandet av ett nytt system vill de att man skyndar långsamt, så att systemet som införs fungerar och man kan överblicka de ekonomiska konsekvenserna av systemet.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens uppställda krav består av att systemet ska främja tillgänglighet, kontinuitet, valfrihet och vara oberoende av driftform. Systemet ska vara attraktivt för att knuta fler läkare till läkarvalssystemet. Deras mål med ersättningssystemet var att det skulle innehålla dels en åldersviktad kapiteringsersättning dels besöksersättningar samt ersättningar för särskilda tilläggsåtaganden.

Enligt Ingemar finns det uttala prestationsmål på Skaraborgsområdet, genom ersättnings-systemets uppbyggnad.

2004 var det första året som man började använda det nuvarande ersättningssystemet fullt ut. Tidigare arbetade man med anslagsfinansiering. Summan som fördelas är den samma som när man arbetade med anslagsbudgetar, vilket innebär att prestationsersättningen sätts utifrån den pott pengar som man förfogar över. 80% av den totala summan utgår i form av kapitationsersättning, baserat på de olika kapitationspoängen, som skiljer sig mellan nämnderna. Det spelar dock ingen roll om patienterna är aktivt eller passivt listade. Resterande 20% utgår i form av prestationsbaserad ersättning och lämnas för läkarbesök, besök hos sjuksköterska och sjukgymnast samt telefonkonsultationer för samma vårdgivare. Det finns ett tak och ett golv för prestationsersättningen, vilket han tycker är positivt eftersom risken för beställare och utförare då blir mycket liten. Taket innebär att ersättningen inte kan utgå med mer än 102% eller mindre än 98% av den överenskomna nivån på ersättning. Utan taket menar han att det skulle gå som det har gått för Göteborg, där man nu får lägga ned vårdcentraler för att man skrivit så många och långa kontrakt med privata vårdgivare.

Skulle samma ersättning lämnas för alla olika delar i VGR skulle det för Skaraborg bli svårt att upprätthålla den primärvård som man har idag. Han menar att utvecklingen har kommit mycket längre där än till exempel i Göteborg, eftersom man redan på 1970- talet började vidareutveckla primärvården. Idag har de förutom den ordinarie läkarkontakten även bland annat dietist, rehabilitering och fotvård på vårdcentralerna.

Det han skulle vilja ändra med dagens system är att man skulle införa fler prestationsbaser. Idag ges endast ersättning baserat på antal läkarkontakter och telefonkonsultationer. Han skulle även gärna se en ersättning för brevkontakter och notat (labsvar m.m som förs in i journaler av läkarna)

Han känner sig inte riktigt säker på vem som ska få bestämma ersättningssystemets funktion. Idag har direktören i Skaraborg det övergripande ansvaret för Skaraborg. Många beställare vill hellre se att vårdöverenskommelser träffas med varje vårdcentralchef istället. Centralt ser man dock problem i att de respektive cheferna skulle se till sin egen vårdcentral's bästa istället för att se till helheten, vilket skulle bli mycket svårorganiserat. Det skulle även uppstå problem då de flesta vårdcentral'schefer är läkare i botten och inte besitter så mycket ekonomisk kunskaper. Han känner sig osäker på vad som är bestämt och inte bestämt, eftersom olika dokument säger olika saker. Orsaken till att beställarna istället vill träffa direkta överenskommelser tror han bottnar i en maktkamp.

Med ett rätt konstruerat ersättningssystem tror han att produktiviteten kan öka. Då kan dock inte ersättningen endast grunda sig på antal besök. I en jämförelse mellan privata och offentliga läkare visade det sig att de privata läkarna träffar en genomsnittspatient 4,2 ggr/år tillskillnad från den offentliga som träffar sin genomsnittspatient 2,1 ggr/år. Ersättningen till de privata läkarna baseras endast på antal läkarbesök.

Intervju med Jan Aaby- Ericson, economichef primärvårdskansliet i Göteborg

Ersättningssystemet i Göteborg:

Grundåtagandena för närsjukvården (vårdcentraler), mödravård och barnhälsovård betalas genom kapitationsersättningen, som är en fast summa baserad på de listade patienterna. Kapitationsersättningen baseras på poäng och är olika stor beroende på om patienterna är aktivt eller passivt listade. Den prestationsbaserade delen av ersättningen utgörs av en besöksersättning för läkarbesök.

Det finns även anslagsfinansierad verksamhet, till exempel för barnmedicin, olika former av rehabilitering, administration m.m.

Jan Aaby- Ericson har arbetat som economichef på primärvårdskansliet i Göteborg, sedan i oktober 2001.

Inom regionen återfinns olika mål på olika nivåer. Det gäller att få alla målen att hänga ihop, vilket innebär att de mål som ledningen har måste vara samma mål som sedan återfinns på vårdcentralen. I det balanserade styrkortet står det till exempel vilka intressenterna är. Där återfinns även målen för hela primärvården i Göteborg. Vidare har det utarbetats ytterligare balanserade styrkort på de olika nivåerna. Det innebär till exempel att en vårdcentral har ett eget balanserat styrkort med mål och de målen hänger ihop med målen på de högre nivåerna. Efter varje verksamhetsårs slut följs målen på de olika nivåerna upp. För ekonomin finns olika perspektiv; kundperspektivet, ekonomiperspektivet, processperspektivet och medarbetarperspektivet. Inom ekonomiperspektivet finns tre stycken styrtalet. Det första är uppföljning av produktionen, sedan följer de upp ekonomin mot beställning där ersättningsmodellen ger en viss ersättning. Det tredje styrtalet är en kostnadsstruktur som matchar ersättningsmodellen. De arbetar även med att det ska finnas ett avtal för hela primärvården i Göteborg och ett hängavtal till varje vårdcentral, så att varje vårdcentral skall känna till sitt uppdrag.

Han upplever att det är svårt att arbeta med politikernas mål, eftersom de endast har ansvar ur ett invånarperspektiv. Deras ansvar är att se vilket behov av primärvård det finns inom de olika nämnderna. Alla beställningar som de gör sker ur ett medborgarperspektiv.

Primärvårdsverksamheten inom Göteborg består av närsjukvården. Prestationsbaserad ersättning lämnas till vårdcentraler, mödravårdscentral och barnvårdscentral. Ersättningsmodellen är uppbyggd genom en kapitationsersättning, som är olika stor beroende på om patienten är aktivt eller passivt listad. En rörlig ersättning lämnas baserat på läkarbesök och särskilda åtgärder. Jan menar att hela ersättningssystemet för vårdcentralerna är uppbyggt på läkarkontakter. Alla andra former av besök, som inte innebär läkarkontakt, ska täckas av kapitationsersättningen. Varje vårdcentral erhåller även ersättning för att de har ett områdesansvar. Ersättningen är då beroende på hur många invånare som bor i

upptagningsområdet samt deras ålder, som resulterar i olika poäng. Anslagsfinansierad verksamhet återfinns inom barnmedicin, kris och trauma centrum, arbetsrehab, sjukvårdsupplysningen, primärvårdsrehab, hjälpmedel, administration med mera.

Positiva effekter av ett ersättningssystem som belyser hur man vill att primärvården ska arbeta leder till att man får en verksamhet som tenderar att arbeta mot det målet. Han är lite tvetydig på om dagens ersättningssystem är bra utifrån definitionen, men menar att om målet är att det enbart är läkarbesök som är viktigt så är det antagligen ett bra system, eftersom systemet som det ser ut idag endast styr mot läkarbesök. Man måste dock ställa sig frågan om antalet läkarbesök styr om primärvården är produktiv eller inte. I området Fyrbodal har man jämfört hur många läkarbesök de offentliga respektive de privata vårdcentralerna registrerat under år 2003. De offentliga läkarna hade registrerat cirka 2100 läkarbesök och de privata hade 2050. Enligt Aaby- Ericson kan man utifrån de siffrorna påvisa att antalet läkarbesök är lägre hos de privata, eftersom de inte har samma behov av fokusering på läkarbesök, då ersättningssystemet inte är uppbyggt på samma sätt där. Siffror från en undersökning i Skaraborg visar att en patient i genomsnitt besöker en läkare inom den offentliga primärvården två gånger per år, medan en patient besöker en privat läkare i genomsnitt fyra gånger per år. De tror att skillnaden beror på att de privata läkarna är mer benägna att låta patienterna komma på besök, även om det i en del fall skulle räcka med telefonkonsultation. Ett läkarbesök ger en högre ersättning än en telefonkonsultation. De tror att många pensionärer ofta är nöjda med de privata läkarna, eftersom de fått träffa läkaren. Det som den offentliga förvaltningen frågar sig är om det verkligen är effektiv primärvård. Det är en hög produktivitet, om man endast tittar på antalet läkarbesök, men är det hög effektivitet? Han påpekar därför att det är mycket viktigt att man skiljer på produktivitet och effektivitet.

Han tycker inte att ersättningssystemet, utifrån sin horisont som ekonomichef, fungerar bra då det inte beskriver deras uppdrag på ett riktigt sätt. Uppdraget är inte att producera ett stort antal läkarbesök, utan att patienterna ska bli friska. Därför går de även in och mäter hur många gånger patienterna besökt en vårdcentral under en given tidsperiod. Han känner sig tveksam till om ersättningssystemet styr primärvården mot det man vill. Ett exempel är att beställarna vill att man även ska öppna specialmottagningar, exempelvis för astma. Men enligt ersättningssystemet lämnas ingen prestationsbaserad ersättning för ert, eftersom det är sjuksköterskor som driver en sådan form av verksamhet.

Dagens ersättningsmodell har utformats av politikerna inom Västra Götalandsregionen. Det är politikerna som har utformat ramarna för ersättningsmodellen och tjänstemän har sedan bestämt olika åldersintervall för poängen och hur stora de olika ersättningarna ska vara. Modellen som finns idag togs det beslut om i början av 2000- talet. På en del håll har man upptäckt att det finns en hel del luckor i ersättningsmodellen, bland annat genom den lite drygt dubbla ersättning som lämnas om en vårdcentral tar emot en patient utanför sitt upptagningsområde. Dessa luckor har man försökt täppa igen genom att fastställa ett ersättningstak.

Skulle Jan få ändra på ersättningsmodellen så skulle han sänka ersättning för läkarbesök och bredda basen, vilket innebär att det skulle lämnas ersättning fler besök såsom sjuksköterskebesök, distriktsjuksköterskebesök osv. Genom en sådan förändring skulle man kunna minska bristen på läkare, eftersom det i många fall räcker att en patient träffar en sjuksköterska. Även specialmottagningar skulle få extra ersättning, eftersom det är en bra form av förebyggande vård. Syftet med den förändringen är inte att man skulle erhålla mer ersättning inom området i Göteborg, utan att fördelningen mellan olika prestationer skulle bli

jämnare. Ersättningssystemet bör också bli jämnare i den bemärkelsen att du inte ska tjäna på att försöka ta patienter från andra områden, som då genererar en mycket högre ersättning. I dagsläget ger en patient från ett annat område mer än dubbelt så mycket i ersättning. Detta skulle kunna förhindras genom att det finns ett regelverk runt vissa moment. Det ger heller inte ersättningsmässigt någon skillnad på om ett besök tar fem minuter eller fyrtiofem. En hel del läkare låter patienten endast ta ett symptom i taget vid ett besök, för att på det sättet öka antalet besök. Både beställare och utförare ser positivt på att man inte enbart ska ge ersättning för läkarbesök utan att ser helst att man bredda ersättningen

Enligt Jan finns inga problem med att registrering av besök inte sker sanningsenligt. Problemet är snarare tvärtom, att de inte registrerar allt de gör.

De offentliga vårdcentralerna märker ingen nämnvärd konkurrens, då det öppnas privata vårdcentraler, eftersom patientunderlaget upplevs som oändligt.

Han anser inte att ersättningssystemet har utvecklats något sedan man införde det i början på 2000- talet, utan ersättningsnivån och andra faktorer är desamma som fanns när systemet infördes.

De som ska fatta beslutet för framtidens ersättningssystem tycker han ska vara politikerna, från regionstyrelsen och uppåt, eftersom de har ett ansvar för invånarna. Beslutens ska dock fattas i samarbete med primärvården eftersom det är de som kan verksamheten. Där talar man om hur man vill att pengarna ska användas i rangordning. Då får man ha ett ersättningssystem som återspeglar uppdraget.

Han tror inte att ersättningssystemets utformning har påverkat produktiviteten i någon riktning. De har inte fokuserat på läkarbesök på det sättet som de borde ha gjort, för att få den extra ersättningen. Han menar också att hade det varit ett privat företag så hade de fokuserat på läkarbesök på ett helt annat sätt, vilket de, enligt honom gör på de privata vårdcentralerna.

Intervju med Christina Malmer, Regionchef för Östra Göteborg

Ersättningssystemet i Göteborg:

Grundåtagandena för närsjukvården (vårdcentraler), mödravård och barnhälsovård betalas genom kapitationsersättningen, som är en fast summa baserad på de listade patienterna. Kapitationsersättningen baserar sig på poäng och är olika stor beroende på om patienten är aktivt eller passivt listad. Den prestationsbaserade delen av ersättningen utgörs av en besöksersättning för läkarbesök, telefonkonsultation av läkare, receptutskrifter m.m..

Det finns även anslagsfinansierad verksamhet, till exempel för vissa delar av äldreomsorgen.

Christina Malmer har arbetat inom primärvården sedan i augusti år 2000.

Målet med hennes arbete som regionchef för Östra Göteborg, handlar om att erbjuda befolkningen så mycket och så bra vård som möjligt för den ersättning verksamhetsområdet erhåller.

Politikernas mål med primärvården i regionen finns nedskrivet i ett så kallat måldokument. Hon upplever det som att politikerna rabblar upp en mängd mål i dokumentet utan att fundera vad det egentliga målet är. *”Man har liksom inte begränsat sig till möjligheten, men man vill gärna erbjuda allting och tror att någon kan göra allting för ingenting.”*

Dagens ersättningssystem är uppbyggt av flera olika delar. Dels ett prestationsbaserat system som vänder sig till den nya närsjukvården, vilket är det som allmänheten oftast tänker på som vårdcentral. Den delen är prestationsbaserad. Även mödrahälsovård och barnhälsovård är prestationsbaserad. Den största delen av ersättningen i det prestationsbaserade systemet är riktad till rena läkarbesök. Ringer en patient en läkare så erhålls en viss ersättning för det. Ersättningen lämnas även för enbart receptutskrifter. För samtal med sjuksköterskor lämnas ingen extra ersättning, då det är inräknat i den så kallade kapitationsersättningen. Inom mödrahälsovården är den rörliga delen av ersättningen lite mera specificerad, men även där baseras det på utförda besök. Det finns även en del som är en områdesersättning, kapitationsersättning, som bygger på hur stor befolkning som är listad på vårdcentralen. Vissa delar av verksamheten är anslagsfinansierad, bland annat en viss del av äldreomsorgen, arbetsrehabcenter med mera.

Fördelar med ett prestationsbaserat system är att ersättning lämnas för det som verkligen utförs och pengarna kan på det sättet styras till effektiva verksamheter. Problemet som kan uppstå med den formen av ersättningssystem är i de delar där mycket annan problematik finns, utöver den medicinska biten. De besöken kan ta väldigt lång tid. Även de besök som kräver tolk tar mycket lång tid. Det kan medföra att kvaliteten på den vård som utförs blir sämre på grund av att det hela tiden är prestationer som ersätts.

I hela Västra Götaland så finns det flera olika ersättningssystem. Systemet i Göteborg fungerar inte, eftersom det inte finns tillräckligt med pengar. Systemet är uppbyggt så att om man presterar mer ska man få en högre ersättning. Idag räcker pengarna bara för prestationer till en viss nivå. När de har presterat upp till det taket, så spelar det ingen roll om de presterar mera, de får ändå inte mer betalt. Christina upplever det som att systemet har satts ut spel, vilket innebär att systemet är värdelöst för dem i år.

Christina menar att man måste jobba med ersättningssystem mycket och titta på hur det ser ut i hela regionen. Det är meningen att oavsett var i regionen som man bor, så ska man få samma möjligheter som medborgare att söka och få vård. Man måste ha ett mera långsiktigt tänkande vid utformning av systemet. Beslut och förändringar följer i princip valperioderna. De upplever det som att varje politikergrupp vill manifestera sina idéer. Utvecklingen av systemet ska vara mera långsiktig. Man måste fundera på vad det är man vill lämna ersättning för. Hon vill se att det lämnas ersättning för utförda prestationer, men inte bara för läkarbesök utan även för sjuksköterskebesök, psykologer, kuratorer och alla andra former av besök som förekommer.

Enligt Christina har ersättningssystemet inte haft möjlighet att utvecklas i Göteborg, eftersom det sattes ut spel i stort sett med en gång. I Göteborgs stad kom ersättningssystemet igång så sent som år 2002 och skulle börja gälla från år 2003, men man upptäckte redan då att man inte hade tillräckligt med pengar

Hon tror att utformningen av ersättningssystemet skulle fungera bättre om det utfördes gemensamt istället för att några enstaka gör det. Man måste använda sig dels av professionen, det vill säga vårdgivarna, som kan beskriva verksamheten och hur den fungerar och vad man ska ha den till och dels av tjänstemän både från beställar- och utförarsidan som teoretiskt och tekniskt kan se konsekvenser. Hon anser också att politikerna ska ha inflytande utifrån hur mycket pengar man är beredd på att lägga på sjukvård. Politiskt har man idag inte tagit ställning till vad det är man har råd med. Idag gör sjukvården nästan vad som helst, men egentligen räcker inte skattepengarna till allt. Hon vill se att man sätter vissa gränser och säger till patienterna att det där har vi faktiskt inte råd med och betala. Man måste kanske istället be medborgarna att betala en del själv.

Inom primärvården är inte alla besök snabba besök. Det finns en hel del äldre människor där man inte har möjlighet att göra tio minuters besök, eftersom de ofta har sjukdomar som kräver längre behandling. Därför menar hon att man inte bara kan prata om produktivitet, utan istället ska fundera på vad det är för typ av sjukvård man vill ge befolkningen. Hon uppskattar att ett rimligt medeltal för en heltidsarbetande läkare på en vårdcentral är mellan 13- 15 besök per dag.

Intervju med Anna Aggeryd, verksamhetschef för Sandareds vårdcentral, Sjuhärad

Ersättningssystemet i Sjuhärad:

Grundåtagandena för primärvården betalas genom kapitationsersättningen, som är en fast summa baserad på de listade patienterna. Kapitationsersättningen baserar sig på poäng, beroende på ålder och är lika stor oberoende av om patienterna är aktivt eller passivt listade. Den utgör 70% av den totala ersättningen. Den prestationsbaserade delen av ersättningen utgörs av en besöksersättning för läkarbesök, telefonkonsultation av läkare, receptutskrift m.m..Det finns även anslagsfinansierad verksamhet, till exempel för barnvårdscentralen och sjukgymnastiken.

Anna har arbetat som läkare inom regionen sedan 1989 och har innehaft tjänsten som verksamhetschef sedan nio år tillbaka. Till vårdcentralen hör läkarmottagning, distriktssköterskemottagning, barnvårdscentral och sjukgymnastik. Vårdcentralens läkare arbetar även för två servicehus i området och är läkare för hemsjukvården.

Ett av målen med hennes arbete på vårdcentralen är att hålla budget och prestera nollresultat varje år, vilket de lyckas med. Övriga mål är att erbjuda god vård genom god tillgänglighet, respekt mot patienten, upprätthållande av god medicinsk kvalitet samt genom att samverka till en god arbetsmiljö och fortbildning av personalen. God medicinsk kvalitet innebär att man följer medicinskt beprövad vetenskap. Andra aspekter på kvalitet är tillgängligheten ur ett patientperspektiv.

Hon uppfattar det som det viktigaste målet för dem i ledet ovanför är en ekonomi i balans.

Politikerna trycker mycket på olika former av kvalitetssäkringar. Andra framstående politiska mål är främst att uppnå en budget i balans.

Det ersättningssystem som vårdcentralen har idag infördes i början av 2004, vilket innebär att effekter och erfarenheter av systemet ännu inte har hunnit upptäckas. Grunden i ersättningssystemet baserar sig på en kapitationsersättning, som utgör 70% av den totala ersättningen. Kapitationsersättningen är beroende på antal poäng, men gör ingen skillnad på aktivt och passivt listade patienter. Den prestationsbaserade ersättningen utgör resterande 30% av ersättningen och lämnas för läkarbesök och sjuksköterskebesök. Barnavårdscentralen och sjukgymnastik är fortfarande anslagsfinansierad.

Ekonomiskt kan hon inte märka någon skillnad på systemen ännu. Visserligen får de nu betalt även för patienter som inte hör till vårdcentralens upptagningsområde, vilket de inte fick med anslagsfinansieringen. Men kostnaderna som belastar vårdcentralen är fler genom det nya systemet. Nu ska de även betala läkemedel, lab, röntgen, hyra och andra kostnader, vilket tidigare inte hamnade direkt på vårdcentralen. Psykologiskt tycker hon att det nya systemet är med motiverande eftersom man nu vet vilka patienterna är, och även att man blir mer produktivt inriktad med det nya systemet. En tänkbar negativ effekt av dagens ersättningssystem skulle kunna bli att de tvingas till en så stor fokusering på att uppnå ett visst antal besök för att kunna gå runt, att andra delar av verksamheten skulle komma i kläm. Anna anser ändå att det är för tidigt att bedöma det.

Hon vet inte riktigt vem som ska vara med och utforma morgondagens ersättningssystem, men tycker att som det är idag lägger sig beställarna i för mycket hur verksamheten utförs. Exempelvis kan beställarna bestämma sig för att en fokusering ska ske på diabetiker och då är det det främsta som utförarna (vårdcentralerna) ska ha för ögonen, vilket skulle störa den övriga verksamheten.

Som nämnts ovan kan hon känna att ett prestationsbaserat system kan stimulera produktiviteten. Däremot menar hon att produktivitet i bemärkelsen antal besök, sprutor pillerförskrivningar etc. inte självklart är bra. Hon tycker även att kvalitetssäkring är ett mycket trubbigt instrument, men menar att det är den gamla vanliga sanningen att man oftast mäter det som går att mäta, men att det inte alltid är det som är det relevanta. Men hon menar att det tar tid och kraft från produktionen! Det är bland annat på det sättet som politikerna, dvs. beställarna, lägger sig i och detaljstyr hur de skall utföra vårt uppdrag.

Intervju med Berit Frändås, ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnden i Sjuhärad (beställarsidan)

Ersättningssystemet i Sjuhärad:

Grundåtagandena för primärvården betalas genom kapitationsersättningen, som är en fast summa baserad på de listade patienterna. Kapitationsersättningen baserar sig på poäng, beroende på ålder och är lika stor oberoende av om patienterna är aktivt eller passivt listade. Den utgör 70% av den totala ersättningen. Den prestationsbaserade delen av ersättningen utgörs av en besöksersättning för läkarbesök, telefonkonsultation av läkare, receptutskrifter m.m..

Det finns även anslagsfinansierad verksamhet, till exempel för barnavårdscentralen och sjukgymnastiken.

Berit har en tidigare bakgrund bland annat som lärare, studierektor, rektor, kommun-, riks- och landstingspolitiker. Hon har arbetat i Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) i femton år.

Hälso- och sjukvårdsnämnden är en beställarnämnd, som beställer hälso- och sjukvård för befolkningen, vilket innebär att de inte har något driftsansvar för vården.

Politikernas mål är att skapa en bra och jämlik vård för hela befolkningen. Med hjälp av sin administration ställs bland annat olika kravspecifikationer för de olika behovsgrupperna upp, vilket ska leda vården i riktning mot målen. Tjänstemännen och professionen bör följa upp kvaliteten i vården samt att/hur man arbetar mot de olika målen. Nämnden har dock fått kritik från sina revisorer för att de inte följer upp sina mål tillräckligt väl. Detta är något som de arbetar mot att bli bättre på, enligt Berit. Eftersom HSN:s ansvar ligger i ett patientperspektiv koncentrerar de sina mål och sin verksamhet mot patientens tillfredsställelse. De har inget personalperspektiv på sitt arbetet, eftersom de inte har driftansvaret. Detta är något som Berit upplever som bra, då perspektivet och uppdraget för HSN blir klart.

Efter varje mandatperiod görs ett patientbokslut där ett antal patienter får göra en utvärdering på den vård som de har fått. Sammanställningen av utvärderingen ordnas av administrationen och lämnas sedan till nämnden. Berit ser inge större problem i att det inte blir någon kontinuitet i verksamheten på grund av eventuella förändringar i samband med val och slut på mandatperioder. Hon menar att de beslut som tas i nämnden är så väl förankrade så att de i slutändan inte är rena partibeslut, utan beslut som hela nämnden står för.

Ersättningssystemet i Sjuhärad infördes i början av 2004, vilket innebär att systemet är relativt nytt. Kapitationsersättningen utgör 70% av den totala ersättningen. I kapitationsersättningen ska bland annat specialmottagningar för diabetes, hjärt- kärlsjukdomar och astma- allergi rymmas. Prestationsbaserad ersättning lämnas för läkarbesök. Nämnden arbetar mot att kommunikationen med varje enskild vårdcentral ska förbättras. De har bland annat som mål att få in kvalitetsvariabler från varje vårdcentral.

Anledningen till att det är så stora skillnader i ersättningssystemet inom regionen är att varje Hälso- och Sjukvårdsnämnd fick fria händer att utforma systemet utifrån vissa grunder och att alla olika nämnder gjorde sina egna avtal med de olika vårdgivarna. Alla nämnder är dock idag överens om att utvecklingen av systemet ska gå mot ett gemensamt system. En sådan ändring kräver ett beslut i regionfullmäktige, vilket innebär att förändringen ligger mellan ett och två år fram i tiden. Vidareutvecklingen av systemet kräver en ständig dialog med professionen (läkarna) vilket hon tror att de på Regionens Hus har.

Eftersom systemet är så nyinfört är det ännu inte utvärderat, och därför kan hon ännu inte se några klara för- och nackdelar med det. Det finns dock alltid en risk med prestationsersättning genom att fokuseringen på antal besök blir stor, vilket kan medföra att kvaliteten blir lidande. Därför är de, enligt Berit, noga med att följa upp kvalitetsvariablerna. Det som i nämnden täcks in i ordet kvalitet är tillgänglighet för patienten, bra bemötande samt ett gott medicinskt bemötande. Det hon tror är positivt med systemet är att vårdcentralerna får ett incitament att ta emot patienter.

Ersättningssystemet kommer även att förfinas så att kvalitet på vårdcentralen ska premieras. Här definieras kvalitet främst som god tillgänglighet och att vårdcentralen klarar av att göra mycket själva, istället för att skicka vidare patienten. Hur mätningen av dessa variabler ska gå

till, är de ännu inte på ett klara med. Det kommer i framtiden även att bli mer fokusering på teamet, istället för att endast fokusera på läkarna.

Hon tycker att det även fortsättningsvis är politikerna som ska utforma ersättningssystemen.

Hon tror sig även veta att produktiviteten har ökat sedan införandet av det nya systemet. Hon värnar dock av effektiviteten, i den bemärkelsen att den vård som produceras är bra och ger effekt. Ska man mäta produktivitet måste det hela tiden ställas mot kvalitet, menar Berit. Det är också skälet till att de vill förändra ersättningen mot ett kvalitetsersättningssystem.

Intervju med Jan Blomqvist, ekonomichef i Borås och Stefan Bengtsson ansvarig för läkemedelsersättningen (beställarsidan)

Ersättningssystemet i Sjuhärad:

Grundåtagandena för primärvården betalas genom kapitationsersättningen, som är en fast summa baserad på de listade patienterna. Kapitationsersättningen baserar sig på poäng, beroende på ålder och är lika stor oberoende av om patienterna är aktivt eller passivt listade. Den utgör 70% av den totala ersättningen. Den prestationsbaserade delen av ersättningen utgörs av en besöksersättning för läkarbesök, telefonkonsultation av läkare, receptutskrifter m.m..

Det finns även anslagsfinansierad verksamhet, till exempel för barnvårdscentralen och sjukgymnastiken.

Deras uppdrag är att försöka omsätta de olika politiska och de lokala målen i verklighet. För ersättningssystemet innebär det framförallt honnörordet tillgänglighet. De ska ha ett system som uppmuntrar god tillgänglighet, så att patienter lätt kan komma till vårdcentraler. Det andra målet att man själv skall kunna välja var man vill gå och också vilken läkare man vill träffa. Det kan dock vara lite svårt då det föreligger en bristsituation på läkare i dagsläget. Man har även som mål att det ska finnas en viss form av kontinuitet, vilket innebär att man skall få träffa samma läkare varje gång. De säger även att de har någon form av krav på effektivitet och produktivitet. Produktivitet mäter de genom att räkna antalet läkarbesök och sjuksköterskebesök. Det märks även i utformningen av dagens ersättningssystem där man i den prestationsbaserade delen både läkarbesök och sjuksköterskebesök. Inom deras nämndområde har de valt att ersätta alla sjuksköterskebesök. Viktningen mellan ersättningen för ett läkar- respektive ett sjuksköterskebesök är att ett läkarbesök motsvarar ungefär två sjuksköterskebesök.

Ersättningssystemet är uppbyggt så att 70 % av den totala ersättningen består av kapitationsersättning och 30 % lämnas som prestationsersättning. Det finns även en takkonstruktion för att förhindra att kostnaderna överstiger de ekonomiska resurser som finns. Ersättningssystemet är uppbyggt i tre olika delar. Den första delen är databaserade systemet med grundåtagande med läkarbesök och sjuksköterskebesök. I den andra delen återfinns till exempel MVC och BVC och andra åtaganden, som man kallar för organisations specifika åtagande. Den delen är anslagsfinansierad och betalas ut i tolfedelar varje månad. De

verksamheter man valt att anslagsfinansiera är de verksamheter som är svåra att prestationsersätta. Den tredje delen består av datasystem och andra opåverkbara utgifter.

De menar att de är medvetna om att det är lätt att syftet med ersättningssystemet slår fel för att man fokuserar på fel saker. De menar även att om man vill ha ut fler prestationer generellt så skulle de ha ett större inslag av prestationsersättning. De tror att utvecklingen av systemet kommer att gå åt det hållet. De är även medvetna om att man kan mjölka systemet på ersättning genom att lägga in korta återbesök gång på gång istället för att ha lite längre besök. Målet är trots allt en frisk befolkning.

Målet med dagens ersättningssystem var att det skulle öka produktiviteten, mätt i patientkontakter, vilket det anser att systemet gör idag. Utvecklingen kommer dock att gå mot att det blir ett enhetligt ersättningssystem i hela regionen.

Intervju med Rita Harring, ekonomichef i Fyrbodal

Ersättningssystemet i Fyrbodal:

Grundåtagandena för primärvården betalas genom kapitationsersättningen, som är en fast summa baserad på de listade patienterna. Kapitationsersättningen baserar sig på poäng, beroende på ålder. Den prestationsbaserade delen av ersättningen utgörs av en besöksersättning för läkarbesök, samt besök hos specialistsjuksköterskor.

Rita har arbetat i Västra Götalandsregionen sedan regionen bildades 1999.

Målet med hennes arbete är att leverera ekonomimaterial och ge ett bra underlag i organisationen, att underlätta för verksamheten, lyckas med en ekonomi i balans och sträva efter att bedriva en bra verksamhet. Samtidigt ska hon sträva efter att vara ett bollplank för andra verksamheter.

Generellt sett är politikernas mål att skapa tillgänglighet och bra vård för medborgarna. Målet för de tre nämnderna i Fyrbodal är samma i grunden, men skiljer sig lite beroende på att hänsyn måste tas till att det är olika förutsättningar i de tre områdena

Ersättningssystemet för Fyrbodal har en kapitationsersättningsom grund som kompletteras med en prestationsersättning samt ersättning för vissa tilläggs uppdrag. MVC och BVC är anslagsfinansierat. Dessutom finns en takkonstruktion på den prestationsbaserade ersättningen. Den prestationsbaserade ersättningen lämnas för läkarbesök, specialist-sjuksköterskemottagningar, såsom astma- och diabetes mottagningar, och mottagningar för hjärt- och kärlsjukdomar. Även här finns ett tak för ersättningen.

Det som upplevs som positivt med det nya ersättningssystemet är att läkare och sjuksköterskor har större intresse för ekonomin och därmed har en ökad medvetenhet skapats inom verksamheten. Det negativa är att man har skapat en hysteri då man kanske hela tiden koncentrerar sig på att prestera att man kanske inte lägger ner så mycket kvalitet i det hela.

Till stora delar så tycker hon att dagens system fungerar bra. Det finns dock en grupp som arbetar mot att systemet ska bli mera likt inom hela regionen.

De förändringar som hon gärna skulle se med dagens system är att man även skulle lämna ersättning till andra verksamhet än vårdcentraler. Dessutom skulle flera som arbetar inom verksamheten ersättas, exempelvis sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Hon tycker även att kapitationsersättning ska vara större och bero på fler faktorer än ålder. Till exempel så skulle man ha flera olika socioekonomiska variabler.

I början av införandet av det nya systemet var det väldigt grovt, medan det nu har utvecklats mot att tekniskt sett bli mera krångligt.

Utformningen av morgondagens ersättningssystem måste ske genom en dialog med alla inom Västra Götalandsregionen dvs. den medicinska professionen, ekonomer och politiker. Allas synpunkt är väsentlig i sammanhanget, enligt Rita.

Hon menar också att så länge man inte når taket i ersättningen så kommer systemet leda till att produktiviteten ökar. När sedan den optimala nivån är uppnådd så kommer produktiviteten antagligen att minska igen, enligt Rita.

Intervju med Kerstin Brunnström, ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnd 5 i Göteborg (beställarsidan)

Ersättningssystemet i Göteborg:

Grundåtagandena för närsjukvården (vårdcentraler), mödravård och barnhälsovård betalas genom kapitationsersättningen, som är en fast summa baserad på de listade patienterna. Kapitationsersättningen baserar sig på poäng och utgör 70% av den totala ersättningen. Ersättningen varierar beroende på om patienterna är aktivt eller passivt listade. Den prestationsbaserade delen av ersättningen utgörs av en besöksersättning för läkarbesök.

Kerstin Brunnström har varit politiker inom Västra Götalandsregionen i fem år, varav ett år som ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnd 5 i Göteborg.

Målen för nämnden generellt sett är att skapa en bild av hur stort behovet av sjukvård är och utifrån detta beställa sjukvård. De ska även föra en dialog med befolkningen och tillgodo se deras behov. Hon menar att de aldrig kommer att kunna tillgodose alla behov, men att deras uppgift är att föra en dialog med befolkningen och lyssna på vilka behov det finns och också hur man uppfattar den vård som ges.

Enligt Kerstin Brunnström har både den administrativa ledningen och vårdgivarna sina egna mål på lokal nivå. Men de får även uppdrag av nämnden som de ska följa. Dessutom så måste alla följa de målen som fullmäktige har satt upp. Det finns även ett vårdprogram som beskriver hur vården ska utföras för olika patientgrupper och man håller på att utveckla ett underlag för hur man kan prioritera mellan olika behov.

Dagens ersättningssystem infördes i Göteborg mellan år 2001 och 2002. Man har en kapitationsersättning som utgör 70% av den totala ersättningen och en rörlig ersättning för läkarbesök som utgör 30%. Den fasta ersättningen är olika stor för olika kategorier, baserat på poäng. Kapitationsersättningen grundar sig på antalet listade personer och är olika stor beroende på om patienterna är aktivt eller passivt listade. Ett problem uppstod när man inom primärvården gick ut med en kampanj där man uppmuntrade medborgarna att lista sig aktivt. Folket trodde att detta hade att göra med nedläggningen av vårdcentralen vilket resulterade i att en stor del av befolkningen valde att lista sig aktivt. Det innebar att i de flesta fall var man tvungen att betala vårdcentralerna den högre ersättningen, eftersom de flesta av patienterna som kom var aktivt listade. Den totala summan utbetald ersättning blev mycket större än budgeterat, vilket innebar att pengarna tog slut. Det höga trycket på vårdcentralerna ledde till att de inte klarade av att ta emot alla sina listade patienter. När patienterna i stället vände sig till en annan vårdcentral blev man inom nämnden tvungen att betala den ännu högre ersättningen, som erhålls för patienter som inte är listade på vårdcentralen där patienten får vård.

Det som hon tycker är positivt med dagens ersättningssystem är den rörliga ersättningen eftersom man har möjlighet att påverka sina egna intäkter genom den. I Göteborg finns det även en viss differentiering som beror på vårdtyngden, vilket hon tycker är bra. Det negativa med systemet är att ersättningssystemet är kostnadsdrivande. Hon menar att det inte ökar produktiviteten när 70% av den totala ersättningen utgörs av kapitationsersättningen, eftersom vissa vårdcentraler, enligt henne, får in tillräckligt med pengar genom kapitationsersättningen. Enligt Kerstin innebär den höga kapitationsersättningen till att de på vårdcentralerna inte tar in tillräckligt med läkarbesök och produktiviteten minskar istället. Hon tycker inte heller att det är bra när så stor fokus läggs på läkarbesök. Hon ser hellre att man utökar den prestationsbaserade ersättningen så att även lämnas ersättning för övrig vårdpersonal.

Hon anser inte att dagens ersättningssystem fungerar tillfredsställande, eftersom det kostar för mycket. Hon menar även, som hon sagt tidigare, att systemet inte ger tillräckligt stora incitament för att öka på produktiviteten. Skillnaden mellan aktiv och passiv listning har skapat stora kostnader, vilket man skulle kunna motverka genom att vårdcentralen som patienten är listad på skulle få betala mellanskillnaden till den vårdcentral som tog hand om patienten istället. Hon tror att det skulle innebära att den vårdcentral som patienten tillhör skulle anstränga sig mer för att ta hand om patienten och patienten skulle inte behöva gå till en annan vårdcentral. Dessutom skulle det bli färre vårdgivare som kunde ta ut onödigt stora ersättningar för att man tar emot de patienter som inte kommer till sin egen vårdcentral. Just nu är underskottet i Göteborg stort på grund av att ersättningsmodellen tidigare inte hade tak. Detta har resulterat i att de arbetar hårt med att få ekonomin i balans igen.

Om hon skulle få förändra något med dagens ersättningssystem skulle hon först och främst fundera över skillnaderna i ersättning mellan den aktiva och passiva listningen. Hon skulle även titta på om de olika poänggrupperna för kapitationsersättningen och ersättningsnivåerna för de olika poängerna. Idag lämnas en större ersättning för de patienter som är äldre. Hon tycker dock att man bör se över om de verkligen kostar så mycket som man lämnar i ersättning. Hon tycker även att man ska arbeta med att införa en bra telefonmottagning på vårdcentralen. Om patienten väljer att byta vårdcentral så tycker hon att hans tidigare vårdcentral ska betala mellanskillnaden det vill säga 345kronor ($545-200=345$). Den prestationsbaserade ersättningen ska även begränsas genom ett maxtak. Hon tycker även att man ska arbeta mot att läkarna måste ta in ett visst antal patienter. Enligt henne tar svenska

läkare in minst patienter i Europa. Hon vill heller inte att kapitationsersättningen ska utgöra en så stor del av den totala ersättningen.

Hon hoppas att det kommer att hända mycket med utvecklingen av systemet i framtiden, eftersom det inte fungerar tillfredsställande idag. Hon tror inte att de kommer att lyckas med att ha ett gemensamt system i hela regionen, eftersom förutsättningarna för de olika städerna är så olika. Men hon tycker ändå att man bör ha ett system som mer liknar varann och som inte är så komplicerade utan gör det enklare för alla att hålla reda på hur det fungerar

Hon tycker att Hälso- och sjukvårdsnämnden även fortsättningsvis ska ha mycket att säga till om vid utvecklingen av nya ersättningssystem men att det ska ske genom ett samarbete och genom att de ska ta hänsyn till andras synpunkter, eftersom det är en så viktig fråga.

Hon tror även att en förändring av ersättningssystemet kommer att öka produktiviteten och att produktiviteten kommer att minska om man behåller ersättningssystemet som det ser ut idag och inte finner några andra sätt att öka produktiviteten. Det står till exempel i deras avtal med primärvården för 2004 att man ska ha minst 11 och målet är 15 läkarbesök i genomsnitt per läkare och dag. Men eftersom ett ekonomiskt system som ersättningssystemet styr så väldigt starkt så tror hon att det är mycket effektivare att rätta till systemet än att bara sätta golv och mål för hur många patienter som ska tas emot.

Intervju med Per Kjellson, verksamhetschef för Herrestads vårdcentral

Ersättningssystemet i Trestad:

Grundåtagandena för primärvården betalas genom kapitationsersättningen, som är en fast summa baserad på de listade patienterna och utgör 80% av den totala ersättningen. Kapitationsersättningen baserar sig på poäng, beroende på ålder. Den prestationsbaserade delen av ersättningen utgörs av en besöksersättning för läkarbesök, kurator, telefonsamtal för läkare samt besök hos specialistsjuksköterskor.

Per Kjellson har arbetat inom regionen sedan 1981. Han började som AT- läkare och kom till vårdcentralen i Herrestad 1987. Sedan 1994 arbetar han som verksamhetschef.

Deras huvudsakliga mål innebär en ekonomi i balans. Han menar att politikernas mål avspeglas i avtalet. De ska prioritera grupper med stora behov, kroniskt sjuka samt barn och ungdomar. De mest tidskrävande patienterna är de som är minst sjuka, ofta är de i medelåldern. De upptar den största delen av veckoarbetstiden. Kvalitet väljer han att definiera som en kombination av den medicinska kvaliteten, ett vänligt bemötande, tillgänglighet och ordning och reda.

Dagens ersättningssystem innebär att de får en grundersättning, den så kallade kapitationsersättningen, som baseras på antalet listade patienter. Det är ingen skillnad på om patienten är aktivt eller passivt listad. Den prestationsbaserade ersättningen lämnas för besök hos specialistsjuksköterska och kurator, läkarbesök och telefonsamtal för läkare. De erhåller även en ersättning för särskilda boendebesök. Den prestationsbaserade ersättningen begränsas

av ett maxtak. Tar de emot patienter som inte är listad hos dem erhåller de en högre ersättning för patienten, eftersom de inte får någon kapitationsersättning för patienten.

Han tycker att ersättningssystemet fungerar bra. Han tycker dock inte att han har någon uppfattning om proportionerna är bra eller ej. Han tycker att systemet fungerar bättre än anslagsfinansieringen, eftersom pengarna nu följer patienten på ett bättre sätt. Anslagsfinansieringen baserade sig på tidigare års siffror. Eftersom han känner sig nöjd med systemet har han svårt att se vad som skulle förändras med det. Han tycker dock att ersättningen skulle vara lika stor för både de privata och de offentliga läkarna.

Han säger att de på vårdcentralen har lagt om sitt arbetssätt lite grann, som en följd av hur det nya systemet är uppbyggt. Tidigare försökte de att sköta så mycket som möjligt av patientarbetet brevlades eller per telefon. Eftersom ersättningen för telefonsamtal inte är särskilt hög, och det inte lämnas någon ersättning för brevkorrespondens har de tvingats lägga om arbetssättet så att patienterna istället får komma mer till vårdcentralen. Han upplever dock att patienterna tycker att det är positivt att få komma till vårdcentralen lite mer. I övrigt tycker han inte att produktiviteten har förändrats.

Intervju med Jan Carlsson, verksamhetschef för vårdcentralen i Trandared

Ersättningssystemet i Södra Älvsborg:

Grundåtagandena för vårdcentralen betalas genom kapitationsersättningen, som är en fast summa baserad på de listade patienterna. Kapitationsersättningen baserar sig på poäng och utgör 70% av den totala ersättningen. Den prestationsbaserade delen av ersättningen utgörs av en besöksersättning för läkarbesök, telefonkonsultation av läkare, och sjuksköterskebesök. För BVC, extern provtagning och beteendevetare lämnas en extra ersättning,

Jan har arbetat inom regionen sedan den bildades. Han arbetar som verksamhetschef för vårdcentralen i Trandared sedan fyra år tillbaka.

De arbetar ännu inte med några klart uppsatta mål i dokument, men han menar att målen sitter i ryggraden på personalen på vårdcentralen. Inom de närmsta åren ska de sätta upp ett eget balanserat styrkort. De arbetar dock mot politikernas mål, som är en ekonomi i balans och god tillgänglighet för patienterna. Det är något som han upplever som svårt, eftersom resurserna inte räcker till. Det krävs att de prioriterar för att hinna med. Sjuksköterskorna gör en bedömning av patienterna innan man får träffa läkaren. Det händer dagligen att man inte tar emot patienter, eftersom man anser att de inte är i behov av att träffa en läkare.

Arbetet med det nya ersättningssystemet har börjat i år. Förra året påbörjades introduktionen med en så kallad skuggbudget. Det nya ersättningssystemet består av en kapitationsersättning, som grundar sig på poäng. Kapitationsersättningen utför 70 % av den totala ersättningen. Den prestationsbaserade ersättningen lämnas för läkar- och sjuksköterskebesök. För BVC, extern provtagning och beteendevetare lämnas en extra ersättning. Det finns inget tak för ersättningen.

Han tycker inte att ersättningssystemet är rättvist, eftersom poängen som grundar sig på ålder är alldeles för låg för de högre åldersgrupperna. I deras upptagningsområde utgörs den största andelen av äldre multisjuka patienter, som kräver långa besök. Den ersättning som de erhåller för dem räcker inte till. Han tycker också att det är fel att man inte lämnar ersättning för hemsjukvårdsmöten som sker med sjuksköterskor, men däremot lämnar ersättning om man tar genomgången per telefon istället. Han tycker också att det är diskriminerande att man inte lämnar ersättning för undersköterskor. På deras vårdcentral har de ett väl utvecklat arbete med erfarna undersköterskor som tar hand om KOL- patienter och rökavvänjningskurser, vilket de då inte erhåller någon ersättning för. Han har svårt att förstå varför man över huvudtaget har valt att införa ett prestationsbaserat ersättningssystem. Han menar att det räcker att titta på Norge, Tyskland och de privata läkarna för att se hur det går. Vill man kan man ändå lura systemet. Han tycker att man istället borde lita på att de är professionella och sköter sitt arbete bra utan det nya systemet.

Skulle man gå mot ett enhetligt system i hela regionen tror han ändå att man måste ha ett speciellt system för Göteborg, eftersom det ser så annorlunda ut där med alla privatläkare och olika avtal som löper med dem.

Om man låter politikerna arbeta in sig, tror han att det på sikt är bra att de utformar systemen. Han tror dock att det krävs en lång utvecklingstid med mycket utvärdering. Från början var politikerna mycket oinsatta i ämnet, men börjar nu så smått komma in i sin roll, bland annat genom möten med vårdgivarna.

Han tror inte heller att det nya ersättningssystemet kommer att öka produktiviteten, utan tycker, som vi har nämnt tidigare att man istället borde lita på deras profession och att de arbetar så effektivt som möjligt ändå.