



**Handelshögskolan**  
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

# **Hur påverkar Vårdvalet ekonomistyrningen?**

**- En studie från Västra Götalandsregionen**

Kandidat-/Magisteruppsats i företagsekonomi  
Ekonomistyrning  
Höstterminen 2011  
Handledare: Mikael Cäker  
Författare: Ulla-Christel Götherström  
Kathrine Vineberg  
Kristina Wilhelmsson

# Sammanfattning

**Examensarbete i företagsekonomi, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, Ekonomistyrning, Kandidat-/Magisteruppsats, HT 11**

**Författare:** Ulla-Christel Götherström, Kathrine Vineberg, Kristina Wilhelmsson

**Handledare:** Mikael Cäker

**Titel:** Hur påverkar Vårdvalet ekonomistyrningen? - En studie från Västra Götalandsregionen

**Bakgrund och problem:** Senast den 1 januari 2010 ska regioner och landsting ha infört vårdvals-system som ger patienten rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Målet med detta är att öka patienternas inflytande och även att öka antalet vårdgivare inom primärvården. Kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården är en central fråga och verksamhetens situation och utveckling följs av många intressenter. För att nå mål finns det olika sätt att styra, nämligen genom resultatstyrning, handlingsstyrning och social styrning. Hälso- och sjukvården involverar flera roller, nämligen finansär/ägare, beställare, utförare och invånare/patient. Problemfrågan är: Hur stödjer eller hindrar vårdvalsmodellen ekonomistyrningen med avseende på måluppfyllelse?

**Syfte:** Syftet är att förstå hur en vårdvalsreform påverkar ekonomistyrningen inom en offentlig organisation som organiserar vård.

**Avgränsningar:** Studien avser Västra Götalandsregionen. De personliga intervjuerna avser beställare och utförare.

**Metod:** Studien är en fallstudie av Västra Götalandsregionens nyligen implementerade vårdvalsmodell VG Primärvård. Studiedesignen innebär en dokumentstudie av styrdokument och andra relevanta dokument, samt kvalitativa intervjuer av nyckelpersoner som arbetar och har arbetat med att utveckla och förvalta VG Primärvård.

**Resultat och slutsatser:** I praktiken sammanfaller resultatstyrning och handlingsstyrning i VG Primärvård, vilket leder till styrformen ansvarstagande för handlingar. Den sociala styrningen har visat sig få en stor roll i modellen, i form av att bygga långsiktiga relationer. Reformen innebär fri etablering för vårdgivare och fler vårdgivare har tillkommit i regionen. Invånare/patienter väljer sin vårdgivare i det fria valet och ersättningssystemet medför att pengarna följer invånaren/patienten. Bemötande och agerande hos utförarna blir då avgörande för om invånare/patienter väljer att lista sig hos utföraren och stanna kvar där. Krav- och kvalitetsboken samt den sociala styrningen utgör stöd för ekonomistyrningen och måluppfyllelse. Hinder kan vara diagnosregistreringen som kan innebära avsevärda administrationskostnader samt höga IT-kostnader som kan utgöra inträdesbarriär.

**Förslag till fortsatt forskning:** Studier kan ske för att undersöka om ytterligare faktorer inom ekonomistyrningen framträder om till exempel fem år. Förändrad andel mellan ersättningssystemets fasta primärvårdspeng och målrelaterade delar bör undersökas samt fokus på olika åldersgrupper, till exempel äldre personer och barn/ungdomar. Även studier över effekt- och processmått bör göras.

**Nyckelord:** Vårdval, Västra Götalandsregionen, kundval, ekonomistyrning, målbaserad ersättning.

# Innehållsförteckning

<b>1 INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUND OCH PROBLEMBESKRIVNING.....	1
1.2 SYFTE.....	3
1.3 AVGRÄNSNINGAR.....	3
<b>2 METOD</b> .....	<b>4</b>
2.1 VAL AV FALL.....	5
2.2 DOKUMENTSTUDIE OCH INTERVJUSTUDIE.....	5
2.3 VALIDITET OCH RELIABILITET .....	8
2.4 ETISKA ASPEKTER.....	8
<b>3 REFERENSRAM</b> .....	<b>9</b>
3.1 RESULTAT-, HANDLINGS- OCH SOCIAL STYRNING .....	9
3.2 ERSÄTTNINGSSYSTEMET .....	10
3.3 KUNDVALSMODELLER .....	11
3.4 BESTÄLLAR-/UTFÖRARMODELLEN .....	12
<b>4 EMPIRI</b> .....	<b>14</b>
4.1 DOKUMENTSTUDIE .....	14
4.1.1 <i>Inför framtagandet av vårdvalsmodellen</i> .....	15
4.1.2 <i>VG Primärvård</i> .....	15
4.2 PERSONLIGA INTERVJUER .....	20
4.2.1 <i>Intervjusammanfattning med Respondent 1 (R1) - Controller</i> .....	20
4.2.2 <i>Intervjusammanfattning med Respondent 2 (R2) - Chef VG Primärvårdskontor</i> .....	22
<b>5 ANALYS</b> .....	<b>25</b>
5.1 RESULTATSTYRNING.....	25
5.2 HANDLINGSSTYRNING.....	26
5.2.1 <i>Ansvarstagande för handlingar</i> .....	27
5.3 SOCIAL STYRNING .....	28
5.4 MÅL OCH STYRNING.....	30
<b>6 SLUTSATS</b> .....	<b>31</b>
6.1 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING .....	31
<b>KÄLLFÖRTECKNING</b> .....	<b>33</b>
<b>BILAGA 1</b> .....	<b>36</b>
FRÅGEFORMULÄR - CONTROLLER .....	36
FRÅGEFORMULÄR - CHEF VG PRIMÄRVÅRDSKONTOR .....	37

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund och problembeskrivning

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) definieras vad som avses med hälso- och sjukvård, nämligen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (1§). Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (2§). Även vårdens kvalitet samt patientens behov nämns i lagen. Ansvaret för hälso- och sjukvården delas mellan stat, landsting och kommun (SOU 2008:15). I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår landstingens och kommunernas ansvar och lagen ger stor frihet avseende hur hälso- och sjukvården ska organiseras. Landstingen och kommunerna ska främst ordna med att patienter får vård vid sjukhus, vårdcentraler, i särskilda boenden eller i hemmet (SOU 2008:15). Landstingen/regionerna och kommunerna är sjukvårdshuvudmän. I Sverige finns ungefär 1000 vårdcentraler. Via primärvården, som utgör basen för hälso- och sjukvården, ska de flesta invånares behov av vård kunna tillgodoses. Det är till exempel medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering. Kostnaderna för hälso- och sjukvården uppgick till 223 miljarder kronor år 2005 och det motsvarar cirka 8,4 procent av bruttonationalprodukten. Av sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2005 utgjorde primärvårdens andel 16 procent (Socialdepartementet, 2007).

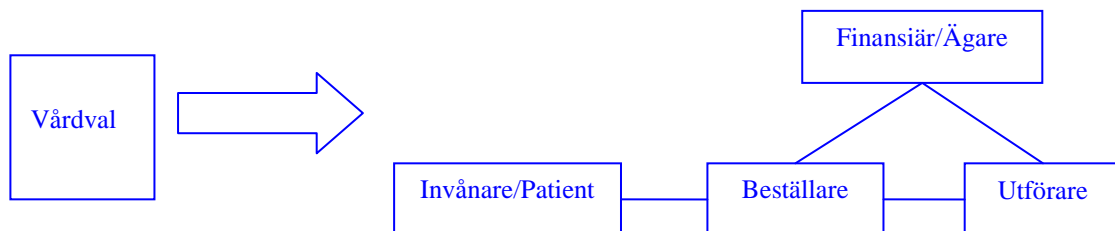
Den 25 februari 2009 antog riksdagen propositionen 2008/09:74 - Vårdval i primärvården. Propositionen säger att senast den 1 januari 2010 ska regioner och landsting ha infört vårdvals-system som ger patienten rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de krav som landstingen ställer har rätt att etablera sig i primärvården och ska få offentlig ersättning. Målet med detta är att öka patienternas inflytande och även att öka antalet vårdgivare inom primärvården (Socialstyrelsen, 2010). Tidigare har befolkningen varit listade på den vårdcentral som de bor närmast, men i och med vårdvalsreformen har befolkningen möjlighet att göra ett aktivt val och välja den vårdenhet man önskar tillhöra.

I delbetänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) beskrivs att grunduppdraget för primärvården fastställs på nationell nivå. Landstingen kan sedan komplettera grunduppdraget utifrån sina lokala förutsättningar och med hänsyn till bestämmelser i lagen om valfrihetssystem (2008:962) och på så sätt forma sitt vårdvals-system. I vårdvalssystemet ingår också ett ersättnings-system och grunderna i detta är att resurserna fördelas efter patientens val och att privata och offentliga vårdgivare ska behandlas lika. Det är sedan upp till varje landsting att besluta om ersättnings-närmare utformning.

Kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården är en central fråga och verksamhetens situation och utveckling följs av många intressenter. För att nå sina mål finns det olika sätt att styra, nämligen genom resultat-, handlings- och social styrning. Under 1980-talet gjordes försök till att förbättra styrningen och öka kostnadskontrollen genom att införa fasta rambudgetar. På 1990-talet infördes ersättningar baserade på volymen prestationer för att förbättra produktiviteten och kostnadskontrollen. Under 2000-talet har det blivit vanligt att komplettera de traditionella styrmodellerna med rörliga, så kallade målbaserade ersättningar (Anell, 2010). Vid olika tidsperioder har det alltså varit olika stort fokus på de olika styrformerna.

Att utvärdera och följa upp vårdvalet genom jämförelse av olika regioner har visat sig svårt beroende på att vårdvalet är olika utformat i olika landsting (Sveriges Kommuner och Landsting, 2009). Studier om vårdvalet i Sverige har gjorts till exempel ur patientens perspektiv när det gäller att välja vårdgivare (Glenngård et al, 2011). Hur begreppet vouchers (i betydelsen hälso-voucher, pengar som följer patientens val) har vuxit fram och spridit sig inom hälso- och sjukvården samt påverkat hur policys formuleras har analyserats (Nordgren, 2010). Studie har gjorts där det undersökts hur användning av relativ prestationsutvärdering sker i kommuner och i vilken utsträckning internredovisningsmodeller används (Johansson & Siverbo, 2009).

Vårdvalsreformen innebär en stor förändring mot hur det tidigare sett ut. Större fokus läggs på intäktssidan och inte bara kostnadssidan. Styrningen inom hälso- och sjukvård är komplex. Det finns många olika parter att ta hänsyn till och flera olika kombinationer av alternativ att styra. En styrningsmodell som ofta används av regioner och landsting är beställar-/utförarmodellen som inkluderar flera aktörer, nämligen finansiär/ägare, beställare, utförare och invånare/patient (Hallin & Siverbo, 2011; Siverbo 2004), se figur 1.



Figur 1: Översikt av vårdval och beställar-/utförarmodellen

Finansiärerna/ägarna är de förtroendevalda politikerna, beställarna är den administrativa ledningen och utförarna består av den medicinska professionen. Beställaren har relationer med samtliga tre övriga aktörer. Beställaren representerar invånare/patienter och ska upphandla den vård som de behöver. Genom kontraktskrivning med utföraren upphandlas vård som sedan utvärderas för att undersöka att rätt vård ges till allmänheten. Finansiären/ägaren bidrar med resurser så att beställaren kan upphandla vård. Finansiären/ägaren kan även ta beslut om investeringar för utföraren. Ibland sammanfaller rollerna, till exempel för invånare/patienter som både möter utföraren vid kontakt med sjukvården samt finansierar vården via skattesedel. Vi fann det intressant att undersöka vårdvalet och ekonomistyrningen, i form av resultat-, handlings- och social styrning, i den komplexa hälso- och sjukvårdorganisationen.

Frågeställningen är:

- Hur stödjer eller hindrar vårdvalsmodellen ekonomistyrningen med avseende på målpåfyllelse?

## **1.2 Syfte**

Syftet är att förstå hur en vårdvalsreform påverkar ekonomistyrningen inom en offentlig organisation som organiserar vård.

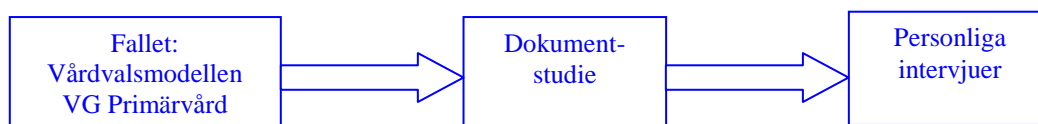
Detta syfte uppfylls genom en fallstudie av Västra Götalandsregionens nyligen implementerade vårdvalsmodell.

## **1.3 Avgränsningar**

Studien avser Västra Götalandsregionen. De personliga intervjuerna avser beställare och utförare.

## 2 Metod

Denna uppsats är en fallstudie av vårdvalsmodellen VG Primärvård i Västra Götalandsregionen. Vi har valt att göra en fallstudie eftersom studiens syfte är att undersöka en nyligen genomförd reform, nämligen vårdvalet, i kontexten ekonomistyrning. Fallstudiemetoden gör det möjligt att bevara helheten och det meningsfulla i en verklig händelse och är därför lämplig när man vill skapa en ökad förståelse och kunskap kring en viss händelse. Fallstudien anses dessutom vara speciellt bra att använda då studieobjekten är mycket komplexa, såsom vårdvalsmodellen är (Backman, 2008; Yin, 2009). Varje region/landsting har möjlighet att utforma sin vårdvalsmodell. De olika regionerna/landstingen bör stöta på liknande utmaningar och frågeställningar och kunna lära sig av varandra. Det gör att studera en mångfacetterad region som Västra Götaland kan leda till ny kunskap som är användbar för regioner/landsting i såväl storstadsområden som på landsbygden, även om fallstudien kan innebära viss begränsad generaliserbarhet (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2006). Studien baseras på både primär och sekundär data som inhämtas genom personliga intervjuer och studier av dokument, litteratur, vetenskapliga artiklar, utredningar med mera. För att kunna besvara vår frågeställning och uppnå vårt syfte har vi valt att göra en kvalitativ studie. Vi lägger relativt stort fokus på dokumentstudier och kompletterar detta med två intervjuer. I figur 2 visas studiens design.



Figur 2: Studiens design

För att söka fram vetenskapliga artiklar, relevant litteratur och utredningar med mera till referensramen har vi använt oss av följande databaser "Business Source Premier", "PubMed", "ScienceDirect" och även av "Google Scholar". Vi har använt oss av följande svenska sökord: ekonomistyrning, vårdval, målbaserad ersättning och följande engelska sökord: management, pay-for-performance, primary health care, choice. Relevant material har vi också hittat via böckernas och artiklarnas referenslistor. Databaserna var lämpliga ingångar för att söka teorier och modeller inom området till referensramen och tidigare gjord forskning till inledningen. För att få kunskap om vad som gjorts nationellt gjorde vi sökning med svenska sökord.

Referensramen består av litteratur som bygger på genomförd forskning. En av böckerna är en avhandling (Kastberg, 2005) och en bok bygger på en avhandling (Almqvist, 2006). En av publikationerna är en Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (Anell, 2010) och är inte referee-granskad. Den bedömdes dock ha stor relevans för denna uppsats och författaren till rapporten är verksam forskare. Tre av böckerna är skrivna av verksamma forskare (Hallin & Siverbo, 2011; Norén, 2003; och Söderström et.al., 2001) och från en av dessa författare ingår en vetenskaplig publicerad artikel (Siverbo, 2004) i referensramen. Två av böckerna bygger på internationella forskares vetenskapliga produktion (Merchant & Van der Stede, 2007, samt Le Grand, 2007).

## 2.1 Val av fall

Vi har valt att studera vårdvalsmodellen VG Primärvård i Västra Götalandsregionen. Vi tyckte att det var spännande att Västra Götalandsregionen var en av de regioner som började med vårdval innan lagkrav fanns. Västra Götalandsregionen är dessutom en av Sveriges största regioner och antalet besök i primärvården var cirka 5,9 miljoner år 2007. Regionen karaktäriseras av såväl storstadsområde, som mellanstora städer och landsbygd vilket ger olika förutsättningar för vårdgivare att bedriva verksamhet med avseende på befolkningsunderlag. När vårdvalet infördes i Västra Götalandsregionen stod samtliga partier, förutom vänsterpartiet, bakom reformen. Den 1 oktober 2009 införde Västra Götalandsregionen sin vårdvalsmodell VG Primärvård. Denna reform finns presenterad i en Krav- och kvalitetsbok vilken togs fram inför starten. Där finns också förutsättningarna för de enheter som vill verka inom VG Primärvård. Syftet beskrivs i fyra punkter: stärka medborgarnas ställning och inflytande över vården, öka medborgarnas förtroende för primärvården, möta framtidens utveckling, styra på kvalitet såväl i de medicinska insatserna som i tillgänglighet, service och bemötande (Västra Götalandsregionen, 2011b). Sammantaget fanns det flera faktorer som gjorde att Västra Götalandsregionens vårdvalsmodell blev intressant att studera.

## 2.2 Dokumentstudie och intervjustudie

Vald teknik för insamling av empiriskt material är dokumentstudie och intervjuer. För att sätta oss in i modellen genomförde vi en grundlig dokumentstudie av de dokument som berör modellen. Dokumenten ger uttryck för Västra Götalandsregionens intentioner med modellen. För att få en konkret uppfattning av hur modellen används genomförde vi två intervjuer inom Västra Götalandsregionen. Denna kombination av tekniker kompletterar varandra väl, eftersom vi förutom att ta del av Västra Götalandsregionens ståndpunkt via dokument, även har tillfälle att undersöka hur arbetet med vårdvalet och ekonomistyrning sker dagligdags i regionen. Vi har använt en deduktiv ansats som analysmodell (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2006). Det innebär att den inledande frågan bestämdes, därefter sökte vi material till den teoretiska referensramen. Fallet valdes och det empiriska materialet samlades. Vi har därefter analyserat det empiriska materialet med hjälp av teori och drar slutsatser utifrån det. Fallet VG Primärvård, resultatet av dokumentstudien och de personliga intervjuerna beskrivs under empirin.

### Dokument

Genom att genomföra en dokumentstudie granskar vi hur modellen är uppbyggd. De dokument vi studerat är styrdokument samt övriga dokument, se tabell 1. Vi har tagit fram styrdokument via Västra Götalandsregionens hemsida. Vi har också fått information om dokument när vi kontaktade Västra Götalandsregionen och bokade tider för intervjuer. Västra Götalandsregionens styrdokument för vårdvalsmodellen är Krav- och kvalitetsboken. I den framgår reglerna i dagsläget för vårdvalsmodellen. Vägen till medborgarnas primärvård – En idéskiss för VG Primärvård innebär hur regionen arbetade med att ta fram en vårdvalsmodell, det vill säga perspektivet före införandet. Dokumentet Ett år med VG Primärvård avser, som namnet antyder, uppföljning ett år efter att vårdvalsmodellen införts. Givet ramarna för denna uppsats var det relevant att fokusera på dessa dokument. Andra relevanta dokument som behandlar vårdvalsmodellen är Sammanfattning rev Krav- och kvalitetsbok 2012, Årsredovisning 2010 samt Västra Götalandsregionens Budget 2012.



Tabell 1: Dokumentstudiens omfattning

<b>Avsändare material</b>	<b>Titel</b>	<b>Omfattning</b>
Västra Götalandsregionen 2011	Krav- och kvalitetsbok: Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård.	Är styrdokument för VG Primärvård. Behandlar följande områden: värdegrund och begrepp, godkännande, uppdraget, allmänna villkor, regler för val av vårdenhet, uppföljning, ersättning och kostnadsansvar, IT, kontrakt. I dokumentet återfinns bilagor som behandlar jourområden, regelverk för invånarnas val av vårdenhet i VG Primärvård, uppföljningsindikatorer samt viktlista för VG Primärvård.
Västra Götalandsregionen 2008	Vägen till medborgarnas primärvård – en Idéskiss för VG Primärvård.	Dokumentet är en översiktlig beskrivning av en möjlig väg för att uppnå VG Primärvård. Även vad den kan komma att betyda för medborgaren, verksamheten, medarbetaren och styrningen/ledningen. Bakgrund och utgångspunkter går igenom och likaså en kort beskrivning av primärvårdens nuvarande och kommande uppdrag. Därefter sätts primärvården in i ett omvärldsperspektiv. Dokumentet avslutas med en fördjupad beskrivning av tio fokusområden som bedöms ha störst betydelse för ett framgångsrikt genomförande av VG Primärvård.
Västra Götalandsregionen 2011	Ett år med VG Primärvård	Framtagen av VG Primärvårdskontor som har till uppgift att svara för genomförande och fortsatt utveckling av VG Primärvård. Redovisar de erfarenheter och fakta som finns efter de första tolv månaderna med VG Primärvård. Rapporten omfattar Patientperspektiv; tillgänglighet och patientupplevd kvalitet. Verksamhetsperspektiv; Utbud av vårdenheter, patientbesök, kvalitet/stöd för verksamhetsutveckling. Kompetensförsörjning; Uppföljning, Ekonomi och Ersättningssystemet.
Västra Götalandsregionen 2011	Sammanfattning rev Krav- och Kvalitetsbok 2012.	Varje år justeras Krav- och kvalitetsboken för att vidareutveckla VG Primärvård enligt beslutade mål och hittills gjorda erfarenheter. Dokumentet är en sammanfattning av de justeringar som kommer att göras i Krav- och kvalitetsboken inför 2012. Dokumentet innehåller även förslag på fortsatt utveckling.
Västra Götalandsregionen 2010	Årsredovisning 2010	Avser Förvaltningsberättelsen: Verksamhetsperspektiv; Hälso- och sjukvård. Ekonomiperspektiv; Hälso- och sjukvård: Nyckeltal.
Västra Götalandsregionen 2012	Budget 2012.	Är styrdokument för Västra Götalandsregionen. Avser de delar som handlar om Hälso- och sjukvård, under "Regionens verksamheter" samt under "Ekonomiska förutsättningar".

## Intervjuer

Eftersom uppsatsämnet avser ekonomistyrning på regionnivå har vi valt att intervjua personer som arbetar på denna nivå. Vi intervjuade Glenn Sandvik som arbetar som economiccontroller på primärvårdskansliet i Borås den 6 december 2011. Glenn valdes ut för att han arbetar aktivt med de ekonomiska frågorna efter införandet av vårdvalet. Genom att göra djupintervjuer med en person med controllerbakgrund ser vi hur modellen fungerar i det dagliga arbetet på primärvårdskansliet och på vårdcentralen, sett ur utförarens perspektiv. Vi intervjuade Rose-Marie Nyborg som är chef för Hälso- och sjukvårdsavdelningen på VG Primärvårdskontor i Göteborg den 9 december 2011. Rose-Marie valdes ut då hon har arbetat aktivt med införandet av vårdvalsmodellen i Västra Götalandsregionen. Hon har varit med i processen att utveckla modellen och har även ansvar för att följa upp och vidareutveckla modellen. Vi får därmed kunskap om hur arbetet med att framtä och implementera modellen har skett och även information om modellens framtida utveckling.

Vi har genomfört besöksintervjuer och båda intervjuerna har skett i konferensrum hos respektive respondent. I den här studien var det lämpligt med besöksintervjuer eftersom respondenterna var få och vi ville kunna ställa mer komplicerade frågor än vad som varit möjligt i en skriftlig enkät, samt att vi ville ha möjlighet att diskutera svaren och ställa följdfrågor (se t.ex. Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2006; Svensson & Starrin, 1996). Frågorna är till stor del identiska till respondenterna. Eftersom de har olika roller i organisationen skiljer dock vissa frågor mellan respondenterna (se bilaga 1).

Intervjuerna är semi-strukturerade, vilket innebär att vi formulerar frågor i ett frågeformulär. Det finns även utrymme för följdfrågor samt diskussioner under intervjuens gång (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2006). Alla tre i uppsatsgruppen var närvarande vid intervjuerna. En av oss ställde intervjufrågorna och den andre lyssnade och inflikade följdfrågor vid behov. Den tredje av oss förde anteckningar under intervjuens gång. Efter varje intervju avsatte vi tid för att tillsammans diskutera det som har framkommit under intervjun. Vi jämförde svaren respondenterna gett mellan oss för att säkerställa att vi tolkat svaren på samma sätt. Den som hade till uppgift att föra anteckningar skrev ut dessa och övriga gruppmedlemmar fyllde därefter på med sina anteckningar. Som tredje steg att behandla intervjuerna lyssnade vi av inspelningarna och fyllde återigen på våra anteckningar efter denna extra avlyssning. Intervjuerna, utskrifterna från intervjuerna samt det inspelade materialet ligger till grund för vår empiri och analys.

Ett alternativ upplägg av studien hade kunnat vara att göra ett större enkätutskick riktat mot till exempel vårdcentraler. Den kunskapen vi då erhållit hade varit hur det fungerar ute på större och mindre vårdcentraler inom offentlig och privat regi. Eftersom vi ville undersöka kvalitativa aspekter på modellens fungerande lämpade sig personliga intervjuer. Givet syftet och problemställningen bedömde vi att dokumentstudie av relevanta dokument och personliga intervjuer av noga utvalda respondenter var den metod som bäst lämpar sig för att besvara problemställningen och uppfylla syftet i denna studie. Vårdvalsmodellen är komplex och består av flera delar och berör invånare/patienter, beställare, utförare och finansiärer/ägare. Ur finansiärens/ägarens perspektiv rådde politisk enighet eftersom samtliga partier (utom vänsterpartiet) stod bakom beslutet att införa VG Primärvård. Det kunde varit intressant att intervjua finansiären/ägaren för att få med även detta perspektiv, men då finansiärerna/ägarna står för olika politiska inriktningar hade vi behövt intervjua en representant för varje parti för att partitillhörigheten inte skulle färga undersökningen och med begränsad tid har detta inte varit möjligt.

## Val av begrepp

I den teoretiska litteraturen samt i styrdokument och under intervjuerna förekommer flera olika begrepp för samma roller inom beställar-/utförarmodellen. Vi redovisar i tabell 2 de begrepp vi valt att använda oss av och även de synonymer som förekommer hos bland annat Hallin & Siverbo, 2011.

Tabell 2: Översikt av begrepp

Valda begrepp	Synonymer
Finansiär/Ägare	Politiker
Beställare	Ingen synonym används
Utförare	Leverantör, Producent, Vårdgivare, Vårdenhet, Vårdcentral, Sjukhus
Invånare/Patient	Medborgare, Brukare, Kund

Vi har inte ändrat på begreppen som respondenterna använde under intervjun (se Intervjusammanfattning av respondent R1 och R2).

## 2.3 Validitet och reliabilitet

Den centrala punkten i varje undersökning är att kunna lita på de resultat som kommer fram och detta leder in på frågor kring validitet och reliabilitet. Validitet innebär att undersöka det som avses att undersökas, det vill säga undersökningens giltighet. Vårt mätinstrument är de framtagna intervjufrågorna (se bilaga 1). Inre validitet avser överensstämmelse mellan begrepp och de mätbara definitionerna av dem (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2006). Respondenterna kan betraktas som experter på området. Vi frågade intervjupersonerna efter intervjun om de uppfattade att intervjufrågorna var relevanta och fick jakande svar. De ansåg att vi täckt vårdvalets områden och inte utelämnat att fråga om någon del. Vi bad att få återkomma till respondenterna om det skulle uppkomma eventuella ytterligare frågor. Vi kontaktade en av respondenterna efter intervjun för att klargöra en frågeställning och fick svar via e-post. Därmed kan den inre validiteten, det vill säga att överensstämmelse avseende innehållet i frågorna och det område som ska mätas, vara uppfyllt.

Reliabilitet syftar på om undersökningen är tillförlitlig och inte innehåller några systematiska fel (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2006). Vi jämförde respondenternas svar mellan oss efter intervjuerna för att se om några skillnader förelåg i våra tolkningar. Vi hade tolkat svaren samstämmigt. Därmed kan inter-bedömar reliabiliteten anses vara uppfyllt (Patel & Tebelius, 1987). Genom att vi har utgått från styrdokument och andra relevanta dokument och dessa är lättåtkomliga genom Västra Götalandsregionens hemsida, kan studien utan större svårigheter upprepas av en annan undersökare. Detta ökar reliabiliteten. Genom att komplettera våra dokumentstudier med intervjuer vill vi öka trovärdigheten och därmed även tillförlitligheten i vårt resultat.

## 2.4 Etiska aspekter

När telefonkontakt togs med respondenterna för att bestämma tid för intervjun, ställde vi frågan om det gick bra att vi är tre som intervjuar. Svaret var positivt av båda respondenterna. Vi frågade respondenterna om deras medgivande att spela in intervjuerna, vilket medgavs av respondenterna. Efter intervjuerna har respondenterna fått möjlighet att läsa igenom intervjusammanfattningar och kommentera för att undvika eventuella missuppfattningar. Vi har försökt att så långt som möjligt eftersöka den officiella ståndpunkten från Västra Götalandsregionen och särskilja den från eventuella privata uppfattningar under intervjuerna.

### 3 Referensram

Vi ska undersöka hur vårdvalsmodellen stödjer eller hindrar ekonomistyrningen med avseende på måluppfyllelse och i detta avsnitt presenterar vi de teorier som vi kopplar till i vår analys. Avseende området ekonomistyrning inleder vi kapitlet med teorier om resultat-, handlings- och social styrning och dessa utgör den övergripande ramen för tillämpade begrepp inom sammanhanget. Målrelaterad ersättning är en form av resultatstyrning och detta område berör vi lite djupare. Då vårdvalet är ett kundval där invånaren/patienten väljer den vårdenhet de önskar tillhöra så har det varit av vikt att även redogöra för teorier kring kundvalsmodeller. Kundvalsmodeller samt beställar-/utförarmodeller har uppkommit som en följd av de förändringar av organisering och styrning som har skett under de senaste årtiondena. De flesta av dessa förändringar kan samlas under betäckningen "new public management" och gemensamt för dem är att marknadens styrmekanismer såsom pris, konkurrens och valfrihet fått större betydelse.

#### 3.1 Resultat-, handlings- och social styrning

Målet med all sorts styrning är att få medarbetarna att agera i linje med det som är bäst för organisationen. Det finns olika alternativ att styra en organisation, nämligen genom resultatstyrning, handlingsstyrning och social styrning (Merchant & Van der Stede, 2007).

Under de senaste årtiondena har flera förändringar skett inom den offentliga sektorn med påverkan från det privata näringslivet och dess olika management idéer. Ursprunget är en kritik mot det traditionella sättet att utöva styrning och förvaltning i den offentliga sektorn. Förändringarna kallas "new public management" (NPM) och handlar inte om en konkret idé utan om ett antal idéer vilket gör att NPM kan ses som ett paraplybegrepp. NPM ska hjälpa till att uppnå till exempel bättre effektivitet, mer värde för (skatte)pengarna, bättre styrning och uppföljning (Almqvist, 2006).

*Resultatstyrning* handlar om att formulerar mål och att följa upp målen. Det är ledningen som formulerar målen men medarbetarna som ser till att målen uppfylls. Resultatstyrning är bra att använda när det inte är helt klart vilken handling som är den mest önskvärda. För att resultatstyrning ska vara effektiv måste tre villkor vara uppfyllda; medarbetaren måste kunna påverka processen, ha kännedom om vilka mål som ska uppnås samt att dessa mål ska vara mätbara. Då medarbetarna själva får bestämma hur de ska arbeta för att nå de uppsatta målen, så främjas ofta motivations- och innovationsförmågan. "Pay for performance" (prestationsersättning) är ett typiskt exempel av resultatstyrning. Medarbetaren vet vad han/hon ska utföra och kan också välja på vilket sätt utförandet ska ske. Måluppfyllelsen mäts genom att medarbetaren får betalt för prestation. Om inte alla tre villkoren är uppfyllda kan dock resultatstyrning leda till negativa sidoeffekter. Om medarbetaren i "pay for performance" fallet inte kan välja att utföra arbetet på det ena eller andra sättet eller inte vet vilka mål som förväntas uppnås så blir resultatstyrningen snarare en källa till irritation och missnöje. Resultatstyrningen kompletteras ofta med handlingsstyrning och social styrning (Merchant & Van der Stede, 2007).

*Handlingsstyrning* är den mest direkta formen av styrning. Trots att handlingsstyrning är vanlig i många organisationer, är det inte en effektiv styrform i alla situationer. Den är användbar när ledningen själv har detaljerad kunskap om vilka handlingar som ska utföras och förmågan att se till att medarbetaren agerar på sådant sätt att de önskvärda handlingarna verkligen sker. Styrformen innebär att ledningen styr medarbetarens arbete. Genom att införa tydliga regler och riktlinjer för hur arbetet ska utföras får ledningen medarbetaren att agera på

ett visst sätt. Det kan vara en bra styrform då medarbetaren inte har tillräcklig kunskap själv eller när det är av yttersta vikt att utförandet sker på ett speciellt sätt. Styrformen leder till att medarbetaren vet precis på vilket sätt arbetsuppgiften ska lösas och ger en enhetlighet i organisationen då alla arbetar på samma sätt. Nackdelen med denna form av styrning är att den kan hämma kreativiteten och motivationen hos medarbetaren. Nära handlingsstyrning befinner sig begreppet "action accountability", vilket motsvarar *individens ansvarstagande för handlingar/aktiviteter*. Det innebär att definiera accepterade och oaccepterade handlingar och kommunicerar detta till de anställda. Vidare att övervaka handlingarna samt belöna accepterade handlingar eller sanktionera handlingar som ses som oacceptabla. Kommunikerandet avseende vilka handlingar som är accepterade kan ske administrativt, till exempel genom policy eller styrdokument. Styrningsformen ansvarstagande för handlingar kan följas av negativa sanktioner. Det kan vara att ersättning inte betalas ut om mål inte är uppfyllda. För att se om måloppfyllelse skett så ska handlingarna kunna spåras. Alltid kan man inte se samtliga handlingar de anställda utfört, men några brukar gå att spåra. I vissa fall liknar skarp resultatstyrning skarp styrning avseende ansvarstagande för handlingar och det beror på hur handlingarna definieras. Överensstämmelse innebär att handlingarna direkt ska leda till att nå verksamhetens mål. Även hur specifikt de regler konstrueras som framgår i policies och styrdokument. De anställda måste även förstå och acceptera reglerna samt att alla viktiga och handlingar är väl definierade (Merchant & Van der Stede, 2007).

*Social styrning* är en individriktad styrning där målet är att skapa förutsättningar för att medarbetaren ska få kontroll och motivera sig själv. Den bygger på att människor innerst inne har en benägenhet, ett samvete, att vilja göra ett bra arbete och på de positiva känslor och ökat självförtroende som kommer av ett lyckat genomförande. Förutsättningarna är att medarbetaren har relevant utbildning, att arbetsplatsen är rätt utformad och att resurserna är tillräckliga. Rätt relationer och att vara på rätt plats spelar stor roll. Kulturen, som är viktig i den sociala styrningen, handlar om att skapa normer och värderingar som styr medarbetaren i rätt riktning. Medarbetarna kontrollerar varandra genom socialt tryck och de normer som gruppen står för. Det resultat som nås beror på hur man når ut med sin information (Merchant & Van der Stede, 2007).

Alla organisationer har inslag av alla styrprinciper och idag kan man se en ökning mot social styrning. Inom hälso- och sjukvården styrs verksamheten till stora delar av lagar, till exempel Hälso- och sjukvårdslagen och nationella riktlinjer, det vill säga handlingsstyrning. Vårdvalet innehåller målbaserad ersättning som kan ses som en form av styrmedel, det vill säga resultatstyrning och i nedanstående avsnitt redogörs för ersättningssystemet.

### **3.2 Ersättningssystemet**

Det finns många frågor att besvara i samband med utformning av resultatstyrning, bland annat vilka mål och indikatorer som bör väljas samt hur svåra målen ska vara att nå. Ska målen väljas på övergripande systemnivå eller på klinisk nivå? Ska målen fokusera enskilda diagnoser eller nyttan för bredare patientgrupper? Ska målen avse processer eller resultat? (Anell, 2010).

Väljs målen med fokus på övergripande systemmål så blir det i första hand ett styrintstrument för politiska prioriteringar. Ersättningen kan istället baseras på en mer vetenskaplig grund om syftet är att underlätta en spridning av fungerande metoder. Om det är osäkert vilka metoder som är bäst för att nå målen kan ersättningen utformas så att den främjar utvecklingen av nya arbetssätt och lokala innovationer, vilket stämmer överens med synen på resultatstyrning. Då medarbetaren själv får bestämma främjas ofta motivationen. Det finns inte ett generellt svar

på vilken typ av mål som är bäst, men på sikt bör utformningen av målbaserad ersättning fokusera mer på resultatmål och verklig patientnytta. Även om det finns nackdelar med resultatmålen så överväger fördelarna genom att vårdgivaren uppmuntras till utveckling av nya arbetssätt för att nå målen utifrån professionens egen kompetens. Om resultatmål kombineras med kunskapsstöd och en organisationskultur som främjar innovationer och förbättringsarbete blir det troligtvis större effekt än om enbart resultatmål införs (Anell, 2010). Kunskapsstödet kan eventuellt ses som en form av handlingsstyrning då det ska finnas policydokument, regler och riktlinjer med mera för sådant som verkligen måste regleras. Organisationskulturen är ofta uppbyggd på de normer och värderingar som finns, det vill säga den sociala styrningen. Nyttan av den målbaserade ersättningen är dock inte är självklar och frågan om resultatstyrning genom målbaserad ersättning är kostnadseffektiv eller inte kan bara besvaras genom utvärdering (Anell, 2010). Mål inom offentlig service kan innebära att den ska ha hög kvalitet, fungera och styras effektivt. Dessutom bör den vara lyhörd för behov och efterfrågan hos invånarna samt anses fördelad rättvist (Le Grand, 2007). Kvalitet kan definieras som *input*, det vill säga det som sätts in i en verksamhet. Det kan vara antal personal samt nivå av specialisering hos den professionen. Kvalitet kan också mätas som *output*, vilket till exempel är antal operationer som görs i ett sjukhus. Kvalitet kan ses som *processen* av att leverera service, det vill säga det bemötande som invånaren får samt väntetider. Det kan också vara *outcomes* (effekter) av servicen som bättre hälsa. Det som är viktigt för patienten är antagligen det som avser processer och outcomes/effekter. Det som är enkelt att mäta och oftast används är input och output (Le Grand, 2007).

Det finns en risk för icke avsedda effekter i och med användningen av målbaserad ersättning. Vården kan bli helt styrd av att dokumentera (för att visa måluppfyllelse) snarare än av ett äkta intresse för patientens individuella behov. Detta kan göra att den verkliga kvalitén för patienterna blir sämre, samtidigt som den dokumenterade kvalitén visar på förbättringar. Vården får positiv återkoppling, trots att utvecklingen snarare gått åt andra hållet (Anell, 2010). Om en reform innebär krav på ökad dokumentation leder det till ökade administrationskostnader.

Det finns också risk för att vårdgivarna väljer bort patienter med komplex sjukdomsbild och istället väljer mer lättvårdade patienter, eftersom de förra innebär högre kostnader, så kallad "cream skimming". I kundvalsmodeller med inslag av konkurrens ska möjligheter och incitament för "cream skimming" uteslutas. Det kan göras genom att vårdgivare inte själva beslutar vilka som ska få lista sig samt att fastprismekanismen riskjusteras (Le Grand, 2007). Det sistnämnda innebär att en högre ersättning ges för vårdtunga invånare/patienter. Ett annat sätt att riskjustera för att motverka socioekonomisk orättvisa på grund av "cream skimming" är att justera ersättningen med avseende på ursprung (Le Grand, 2007).

### 3.3 Kundvalsmodeller

Kundvalsmodeller är en del av det som ingår i "new public management". I kundvalsmodeller finns ofta tre agerande parter, nämligen brukare (patient/invånare), producenter (utförare) och politiker (finansiär/ägare) (Kastberg, 2005 & Söderström et al., 2001). Kundval innebär att delvis privatisera konsumtion (Söderström et al., 2001). *Brukarna* gör aktiva val baserat på sina preferenser. Resurser tilldelas brukarna istället för producenterna och genom detta kan brukarnas egenintresse styra (Norén, 2003). Alla brukare ska ha samma möjlighet att kunna välja mellan de som producerar. Detta sker främst genom att brukarna ges konsumentupplysning (Norén, 2003). Det är *producenterna* som levererar varan/tjänsten. På kundvalsmarknaden finns inte bara en producent utan flera. Det är brukarna som väljer sin producent, vilket är en viktig faktor i modellen. Genom att en producent kan tillgodose

brukarnas preferenser så erhåller producenten resurser från finansören. Prismekanismen är satt ur spel i kundvalsmodeller och istället är det ett fast pris som används och detta är fastställt politiskt. Kunden får en check och kan välja producent och på så sätt avgörs vilken producent som får resurserna. *Politiker* avgör hur mycket resurser som ska avsättas till aktuell sektor. Genom att invånaren/patienten väljer vilken utförare han/hon ska lista sig till och pengarna följer med invånaren/patienten så blir utförarna ersatta via ”pay for performance”, det vill säga resultatstyrning. Utföraren är medveten om vad som ska utföras, kan välja utförandesätt och måluppfyllelsen mäts genom att utföraren får betalt per prestation.

Genom att använda valfrihet och konkurrensutsättning som modell för offentliga tjänster uppfylls principen för autonomi (självbestämmanderätt) och lyhördhet för patientens/invånarens behov och efterfrågan. Modellen ger incitament för enheter att producera både högre kvalitet och större effektivitet, vilket ligger i linje med resultatstyrning. Det leder även till en mer rättvis fördelning än alternativt, där invånare listas till exempel till den vårdenhet som är närmast geografiskt. Är invånaren i den situationen missnöjd kan personen klaga, vilket kan gynna de med längre utbildning och större inkomster. Har invånaren möjlighet att välja en annan vårdenhet, kan personen lättare få den vårdgivare han önskar (Le Grand, 2007). Ekonomistyrningssystem inom hälso- och sjukvården kan innehålla val och konkurrensutsättning. För att systemet ska vara effektivt måste det vara rätt utformat. Det får inte finnas inträdesbarriärer, utan det ska finnas mekanismer som underlättar för nya vårdgivare att komma in på marknaden. Det ska också gå att utträda ur marknaden, det vill säga inga utträdesbarriärer. Patienten ska få information och hjälp när de ska göra val, det vill säga att minska informationsasymmetrin. Det ska finnas ersättning för transportkostnader. Om invånaren/patienten väljer en vårdgivare som ligger relativt långt bort så blir inte valet verkligt om inte personen kan ta sig dit. Om transportkostnaderna är mycket höga bör ersättning finnas för dem. De sista två faktorerna ska främst vara riktade mot patienter med låga inkomster (Le Grand, 2007).

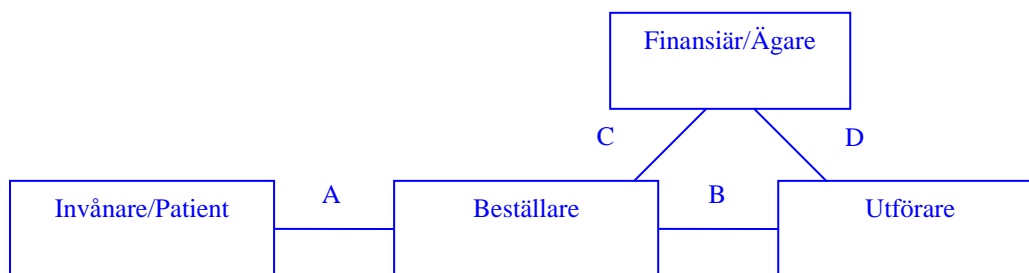
Det krävs ett aktivt förvaltande när kundvalsmodeller introduceras. Marknadsmodellen i sig levererar inte självklart efterfrågade effekter. Förvaltandet kan ske på lika sätt i olika kommuner eller regioner (Kastberg, 2005). Om modellen ska leverera effekter beror på under vilka förutsättningar de används samt vilka olika policy- eller styrdokument som används och hur de är utformade (Le Grand, 2007). Ett sätt att undersöka förvaltandet är att fokusera på hur ekonomistyrningen har påverkats av införandet av vårdval.

### **3.4 Beställar-/utförarmodellen**

De ledande aktörerna när det gäller organisering och styrning inom hälso- och sjukvården är de förtroendevalda politikerna (ägarna eller finansörerna), den administrativa ledningen (beställarna) och den medicinska professionen (utförarna). Beställar-/utförarmodellen är en av de reformer som ofta används inom hälso- och sjukvården (Hallin & Siverbo, 2011). Beställar-/utförarmodellen började användas i Sverige i slutet av 1980-talet med syftet att introducera konkurrens i offentliga sektorn och skifta den politiska kontrollen (Siverbo, 2004).

Beställaren har flera viktiga relationer (Siverbo, 2004). Relationen mellan patient/invånare och beställaren (A) avser att beställaren representerar allmänheten och ska se till att de får den vård de behöver. Det finns risk att beställaren inte är informerad om vad invånaren vill ha utan baserar beslut på underlag från utföraren. Det är inte säkert att politiker som är aktiva på lokal nivå har lyckats bättre med att skapa relationer med invånarna. Relationen mellan beställare och utförare (B) byggs på kontrakt och utvärdering. Genom att upphandlingen sker i konkurrens ökar effektiviteten i hälso- och sjukvården. Beställaren måste också genom

utvärdering och uppföljning undersöka om utföraren verkligen ger den vård som har beställts/upphandlats. Relationen mellan finansjär och beställare (C) innebär att finansjären distribuerar resurser till beställaren som i sin tur förhandlar fram hälsovård och undertecknar kontrakt med utförare. Ett sätt att minska kostnader är att få fler invånare att söka vård i primärvården istället för till exempel akutvården, vilket innebär att konsumtionsmönster måste ändras. Det har dock inte genom beställar-/utförarmodellen underlättat att ändra vart hälsovård konsumeras (Siverbo, 2004). Relationen mellan utförare och finansjär/ägare (D) innebär att finansjären/ägarna till exempel kan ta beslut om investeringar. Finansjären/ägarna har sällan avkastningskrav på utförarna. Genom att införa målrelaterad ersättning kan det ses som krav på prestation.



Figur 3: Översikt av aktörer i beställar-/utförarmodellen (Hallin & Siverbo, 2011; Siverbo, 2004)

Ett utmärkande drag för hälso- sjukvårdssystemet är den så kallade tredjepartsfinansieringen, det vill säga konsumtion och finansiering är separerade i offentlig sektor. Invånaren/patienten betalar vården genom sin skatt och endast en mindre del (patientavgiften) direkt till utföraren. Utföraren ställer i sin tur ekonomiska krav på finansjären/ägaren på att få betalt för de hälso- och sjukvårdstjänster som de levererar. För att finansiera detta använder finansjären/ägaren den skatt som betalats in. Det innebär att invånarna/patienterna inte direkt betalar för de tjänster som vårdgivarna (utförarna) utför, utan den huvudsakliga betalningen sker via en tredje part, en finansjär. Hälso- och sjukvården i Sverige finansieras till mer än 80 procent av skattemedel (Hallin & Siverbo, 2011), vilket innebär att det är politiker som har rollen som finansjär och förmedlar skattemedel till vårdgivarna.

Delegeringsproblem är vanliga och i offentlig sektor omfattar de ofta flera parter. Beställare är uppdragsgivare och delegerar. Utföraren är uppdragstagare. Beställare kan även kallas principal och utförare agent, det vill säga principal-agent problem (Jensen & Meckling, 1976). Vissa parter spelar flera roller. Invånarna, i sin egenskap av väljare, är finansjärens och producenternas uppdragsgivare. Invånarna/patienterna är också i slutändan finansjärer (Söderström, 2001).

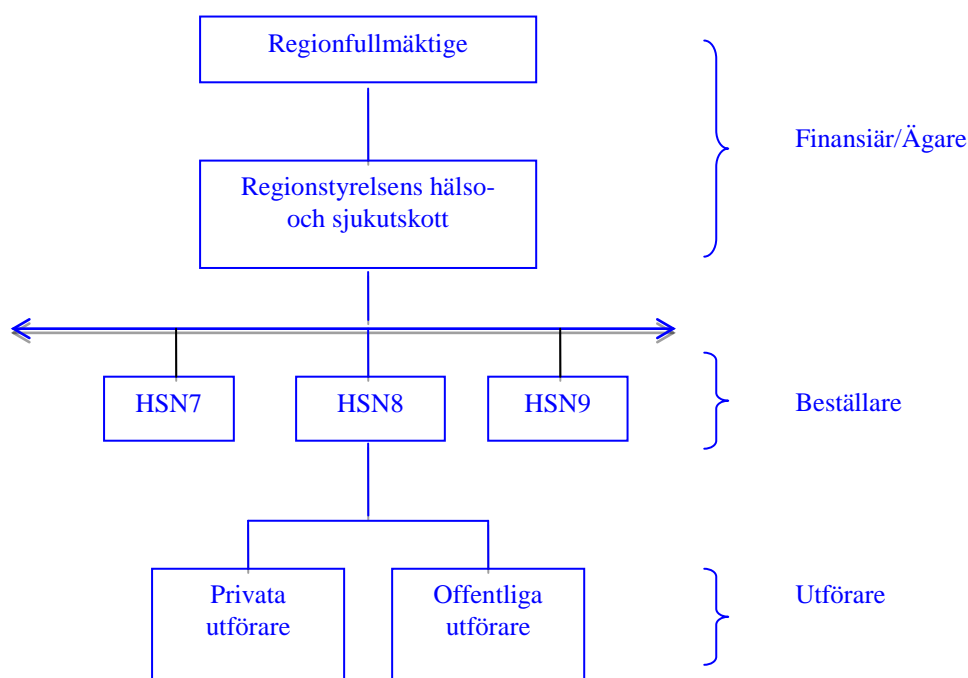


## 4 Empiri

Under empirin beskrivs fallet VG Primärvård. Detta görs genom en grundlig dokumentstudie av de för vårdvalet tre viktigaste dokumenten, nämligen Krav och kvalitetsboken, som är styrdokument, Vägen till medborgarnas primärvård – En idéskiss för VG Primärvård, samt Ett år med VG Primärvård. Vi har funnit information om vårdvalet även i dokumentet Sammanfattning rev Krav- och kvalitetsbok 2012, Västra Götalandsregionens budget och årsredovisning. Dokumentstudien baseras främst på Krav- och kvalitetsboken. I de fall källan är övriga dokument anges det. Kapitlet avslutas med redovisning av resultaten av de personliga intervjuerna.

### 4.1 Dokumentstudie

Västra Götalandsregionens vårdvalsmodell heter VG Primärvård och regionfullmäktige tog beslut om att införa vårdvalsmodellen från och med den 1 oktober 2009. Det infördes som en konsekvens av riksdagens beslut om lagen om valfrihetssystem (LOV). Syftet är att stärka patientens ställning och förbättra kvaliteten och tillgängligheten i vården. I figur 4 framgår vilka olika roller som finns i regionen samt hur man styr till exempel ersättningen i vårdvalet. Regionstyrelsen tar fram ett förslag på hur ersättningen för vårdvalet ska utformas och detta skickas till Regionfullmäktige för beslut. När beslutet är taget går det vidare till regionstyrelsens Hälso- och Sjukhusutskott som ansvarar för utveckling av systemet. De arbetar igenom beslutet och skickar ut en budget till de olika Hälso- och Sjukvårdsnämnderna (HSN). Dessa ger sedan ersättningar till offentliga och privata utförare i enlighet med resultat och måluppfyllelse. Information om resultat och måluppfyllelse ska ges dels till vårdgivare som stöd för verksamhetsutveckling och nyetablering, dels för invånare/patienter som stöd för deras vårdval (Västra Götalandsregionen, 2011d).



Figur 4: Beställar-/utförarmodell i Västra Götalandsregionen (egen konstruktion)

#### **4.1.1 Inför framtagandet av vårdvalsmodellen**

Inför framtagandet av vårdvalsmodellen utvecklades målbilder uppdelat på fyra perspektiv. Dessa målbilder är nu beslutade **mål** (Västra Götalandsregionen, 2011c).

##### *Medborgar-/Patientperspektiv*

- Medborgaren och Patienten ska ha en stark ställning
- Medborgaren och Patienten ska vara trygg med primärvården

##### *Verksamhetsperspektiv*

- Primärvården ska bedrivas med hög kvalitet
- Primärvårdens uppdrag ska utföras på lika villkor i varierande regi

##### *Medarbetarperspektiv*

- Primärvården ska vara en tilltalande arbetsplats
- Primärvården ska vara en lärande organisation

##### *Styrning/Ledning*

- Primärvårdens och patientens resurser ska nyttjas effektivt
- Primärvårdens enheter ska ha eget handlingsutrymme

Vårduppdraget ska ha sin bas i den allmänmedicinska verksamheten. För beställaren betyder detta att tyngdpunkten förflyttas från upphandling, förhandling och avtalsarbete till behovsanalyser, kvalitetssäkring, prioriteringsfrågor, vårdprogram, auktorisation och avtalsuppföljning (Västra Götalandsregionen, 2008).

#### **4.1.2 VG Primärvård**

Krav- och kvalitetsboken är ett förfrågningsunderlag där förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård anges. Krav- och kvalitetsboken för år 2011 behandlar följande områden: värdegrund och begrepp, godkännande, uppdraget, allmänna villkor, regler för val av vårdenhet, uppföljning, ersättning och kostnadsansvar, IT, kontrakt. Dessutom finns bilagor som behandlar jourområden, regelverk för invånarnas val av vårdenhet i VG Primärvård, uppföljningsindikatorer samt viktlista för VG Primärvård.

##### **Godkännande**

Förfrågningsunderlag innebär att om en utförare uppger intresse för att driva vårdverksamhet så uppmanar Västra Götalandsregionen vårdgivaren att besvara förfrågningsunderlaget. Regionen har svaren som underlag för att avgöra om utföraren ska godkännas och få starta verksamhet. Leverantören måste ha ekonomiska förutsättningar för att klara av att genomföra uppdraget samt redovisa för hur de ska bemanna och bedriva verksamheten så att kraven i Krav- och kvalitetsboken uppfylls. Leverantören ska även visa och säkerställa att de har rätt IT-stöd samt möjligheter att vidareutveckla IT-stödet enligt förfrågningsunderlaget.

##### **Värdegrund**

VG Primärvårds värdegrund innebär att vården ska finnas nära människorna och genomföras utifrån medborgarnas medicinska behov. Primärvården ska vara välkomnande, lätt tillgänglig, erbjuda delaktighet och ha en helhetssyn på den enskildes behov. VG primärvård ska av befolkningen upplevas som det naturliga förstahandsvalet.

## Uppdraget

I uppdraget ingår:

- Hälsöfrämjande och förebyggande insatser
- Allmänmedicin inklusive
  - åtaganden om psykisk och somatisk ohälsa och sjukdomar
  - medicinsk fotvård
  - läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård
  - samverkan
  - närområdesansvar
  - jourverksamhet inklusive läkare i beredskap
- Barnhälsovård
- Utbildningsplatser och handledning
- Utvecklingsarbete och FoU

## Kontrakt

Verksamheten ska organiseras så att behov av hälso- och sjukvård hos äldre, patienter med sammansatta vårdbehov, kroniskt sjuka samt personer med funktionsnedsättning särskilt kan tillgodose. I kontraktet står det att leverantören ska tillhandahålla en god och säker vård på lika villkor oavsett patientens kön, ålder, funktionsnedsättning, social position, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Vården ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskildes värdighet. Leverantören åtar sig att bedriva verksamhet enligt innehållet i Krav- och kvalitetsboken.

## Val av vårdenhet

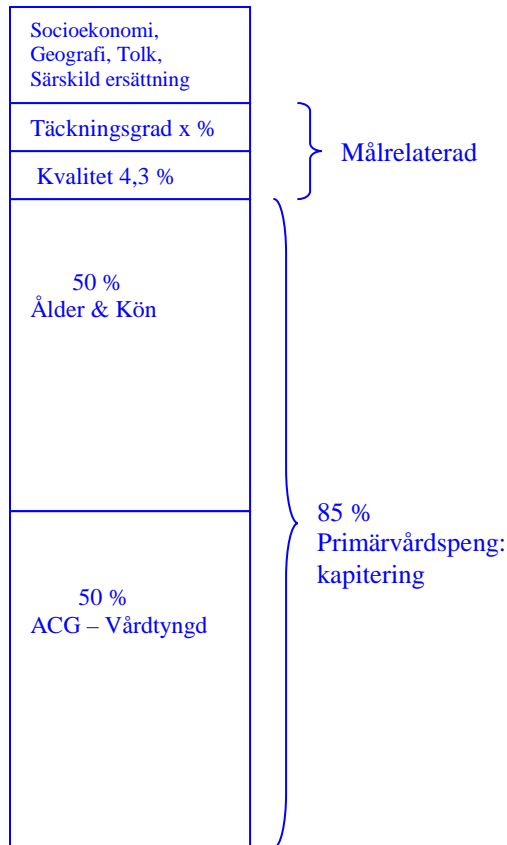
Invånarnas fria val av vårdenhet innebär att de väljer den vårdenhet de vill tillhöra främst genom ett eget aktivt val. De invånare som inte själva gör ett aktivt val ansluts till den geografiskt närmaste vårdenheten och det blir då ett så kallat ickesvarsalternativ. Vårdenheten får inte neka någon invånare i Västra Götaland att välja vårdenhet, inte heller sätta upp en maxgräns för hur många som får lista sig hos vårdenheten. En invånare får göra hur många val de vill per år, det finns alltså ingen begränsning i detta.

## Ersättning och kostnadsansvar

I VG Primärvård tillämpas samma ersättningsmodell för samtliga vårdenheter, oavsett om det är en privat eller offentlig vårdcentral. All ersättning som betalas ut till en vårdenhet ska täcka samtliga kostnader som uppkommer genom uppdraget. I vissa fall kan det förekomma särskilda riktade statsbidrag och regionala speciella satsningar.

Ersättningsmodellen för VG Primärvård består av följande delar:

1. primärvårdspengen, vilken följer invånarens val av vårdenhet och baseras på antal vårdvals-poäng, vilka beräknas utifrån *ålder* och *kön* respektive *vårdtyngd*
2. målrelaterad ersättning för vårdenhetens *täckningsgrad* och uppfyllelse av angivna *kvalitetsindikatorer*
3. särskild ersättning för vårdenhetens *geografiska* och *socioekonomiska* förutsättningar
4. särskild ersättning när *tolk* använts
5. ersättning för eventuella *särskilda* uppdrag



I figur 5 till vänster, illustreras hur ersättningsmodellen är uppbyggd.

Primärvårdspengen innebär kapitering, det vill säga att pengarna är kopplade till invånare/patient. Primärvårdspengen består av vårdtyngd och ålder & kön.

De absoluta delarna i modellen är ersättning för ålder och kön, målrelaterad ersättning för täckningsgrad, målrelaterad ersättning för kvalitet och tolkersättning (Västra Götalandsregionen, 2011a).

De relativa delarna i modellen är ersättning för vårdtyngd, särskild ersättning för socioekonomi och särskild ersättning för geografi (Västra Götalandsregionen, 2011a).

Figur 5: Ersättningsmodellens olika delar (avser år 2011)

### 1. Primärvårdspengens viktning, ålder och kön samt vårdtyngd

Ungefär 85 % av den totala ersättningen för uppdraget utgår genom en primärvårdspeng som följer invånarens val av vårdenhet och baseras på antalet vårdvals-poäng, vilka beräknas utifrån ålder och kön (50 %) respektive vårdtyngd (50 %).

Ersättning baserad på *ålder* och *kön* utgår från det antal listpoäng, enligt aktuell viktlista, som de invånare som har valt vårdenhet genererar. Till exempel har en 25-årig kvinna vikten 0,22672 och en 25-årig man 0,11834. En 75-årig kvinna har vikten 0,67152 och en 75-årig man 0,57644.

Ersättningen för *vårdtyngd* baseras på ACG-vikter. ACG betyder Adjusted Clinical Groups och visar sjukdomsbördan. Flera landsting har infört ACG-systemet vid ersättningen till primärvårdsenheter som ingår i vårdvalsreformen. ACG-instrumentet avser gruppering av diagnoser som inkluderar till exempel svårighetsgrad och behov av specialiserad vård. Det innebär att patienterna delas in i olika ACG grupper. De patienter som har samma ACG har ett lika stort behov av hälso- och sjukvårdsresurser (Borgkvist et al, 2010).

### 2. Målrelaterad ersättning för täckningsgrad och kvalitet

Målrelaterad ersättning för *täckningsgrad* innebär att vårdenhetens ersättning blir högre om de personer som valt vårdenheten gör fler av sina besök inom den verksamhet som vårdenheten har kostnadsansvar för. Vid beräkning av täckningsgrad ingår idag endast besök. Eventuellt kan det framöver även ingå vårdkontakter via telefon och e-post. Hälsoundersökningar (med

undantag av BVC), intyg, provtagning och vaccinationer som inte betecknas som sjukvård ingår inte i beräkning av täckningsgrad.

Målrelaterad ersättning för *kvalitet* utgår från 41 kvalitetsindikatorer som totalt kan ge 35 kvalitetspoäng. Flera indikatorer har en lägstanivå under vilken ingen ersättning utfaller och en högstanivå över vilken ingen ersättning ges. För flera indikatorer kopplas ersättningen till vårdenhets storlek genom antalet listningspoäng. Vid full måluppfyllelse för samtliga indikatorer kan den målrelaterade ersättningen för kvalitet år 2011 uppgå till 35 kronor per listningspoäng och månad, vilket motsvarar 4,3 procent av den totala ersättningen för VG Primärvård. Andelen förväntas öka genom att lämpliga indikatorer och datainsamling utvecklas. Kvalitetsindikatorerna revideras årligen. Många av indikatorerna har betoning på registrering för att stödja utvecklingen mot ökad andel tillförlitliga resultatmått. Ett exempel på indikator är: Grupp: Diabetes, Kortnamn: Registrering blodtryck, Ersättningsgränser (lägsta/högsta nivå): 80-95, poäng: 0,5.

### 3. Särskild ersättning för geografi och socioekonomi

Särskild ersättning för *geografi* utgår från varje vårdenhets geografiska läge. Läget värderas utifrån avstånd till närmaste större ort, avstånd till närmaste sjukhus med medicinsk akutmottagning och befolkningstätheten i den kommun där vårdenheten finns.

Särskild ersättning för *socioekonomi* fördelas till vårdcentraler med högt Care Need Index (CNI). Detta index är framtaget för att tillämpas för primärvårdsverksamhet och innehåller följande variabler; andelen ensamboende äldre (över 64 år), andelen arbetslösa (18-64 år), andelen födda utomlands (utanför västvärlden), andelen ensamstående föräldrar (barn 0-15 år), andelen lågutbildad arbetskraft, andelen barn under 5 år, andelen flyttningar senaste året. Varje månad skickas aktuell vårdvalsfil till Statistiska Centralbyrån (SCB) för beräkning av CNI per invånare.

### 4. Tolkersättning

Ersättning betalas ut när *tolk* har använts för att kompensera vårdenheten för tolkkostnad samt för den extratid som detta tar.

### 5. Ersättning för särskilda uppdrag

Det finns uppdrag som är unika och ersättning av dem kräver oftast någon form av manuell hantering. Det kan till exempel röra sig om familjecentraler och samordningsansvar i kommunala boendeenheter.

## Uppföljning

VG Primärvård fokuserar på kvalitet och det som ger mervärde för invånarna. Uppföljningen syftar till att bidra till utvecklingen av primärvården i Västra Götaland och indikatorer har tagits fram för att visa om vårdenheten uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget och graden av måluppfyllelse. Indikatorerna ska återkopplas till vårdheterna som stöd i verksamheternas eget förbättringsarbete. Framtagna indikatorer och övrig uppföljningsdata belyser fem perspektiv; behov, prestationer, kvalitet, kostnad och effekt. Socialstyrelsens föreskrift God Vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, är ledande i arbetet med att säkerställa vårdens kvalitet och patientsäkerhet och de perspektiv som ingår i denna skrift har tagits hänsyn till vid framtagandet av uppföljningsindikatorerna. I handlingsprogrammet för God Vård utgör kunskapsbaserad vård en viktig del (Västra Götalandsregionen, 2010).

Uppföljningsindikatorerna är 141, varav 41 är kvalitetsindikatorer och har måltal för ersättning. Indikatorerna avser beskrivning av den listade populationen, uppföljande produktionsstatistik och övrig uppföljning av avtal. Kvalitetsindikatorer avser kroniska sjukdomar (till exempel diabetes, hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom), barnhälsovård, förebyggande/hälsofrämjande vård, läkemedel, tillgänglighet, patienterfarenheter, organisation/struktur med mera. Samtliga indikatorer återfinns i bilaga 5.1 i Krav- och kvalitetsboken (Västra Götalandsregionen, 2011b; Västra Götalandsregionen 2011d).

Förutom till uppföljning kan indikatorerna användas som del i uppföljning av avtal, underlag för målrelaterad ersättning, mäta prestation för medborgarna, som underlag för internt utvecklingsarbete och för fortbildning för vårdcentralerna. Data för uppföljning hämtas från nationella och regionala register, från filer som levererats till Västra Götalandsregionen och från inmatning som vårdenheterna gör i ett webbformulär.

Varje år justeras Krav- och kvalitetsboken. Synpunkter inhämtas då från berörda parter och syftet är att utveckla modellen enligt de beslutade målen för primärvården som anges i "Vägen till medborgarnas primärvård – En idéskiss för VG Primärvård". Dokumentet "Sammanfattning rev Krav- och kvalitetsbok 2012" finns på Västra Götalandsregionens hemsida (Västra Götalandsregionen, 2011c).

### **Ökad kostnadsmedvetenhet och genomförd uppföljning**

Det viktigaste styrdokumentet för hela Västra Götalandsregionen är budgeten. Skatten utgör två tredjedelar av Västra Götalandsregionens totala intäkter. Prioriterade mål i budgeten för 2012 är att alla verksamheter ska ha kostnadskontroll (Västra Götalandsregionen, 2012) och den tillämpade ersättningsmodellen i VG Primärvård bedöms också ge regionen en relativt god kostnadskontroll enligt deras uppföljning (Västra Götalandsregionen, 2011a). Införandet av VG primärvård innebär att fler vårdgivare har kostnadsansvar för läkemedel och en medvetenhet om läkemedelskostnaderna (Västra Götalandsregionen, 2010). Det kan konstateras att införandet av VG Primärvård inte har ökat kostnaderna för primärvård ur ett regionalt perspektiv. De riskfaktorer som finns för regionens kostnadskontroll är framför allt befolkningsökning och täckningsgrad (Västra Götalandsregionen, 2011a).

Ett av målen med VG Primärvård är att primärvårdens andel av vårdkontaktarna ska öka, vilket visas i täckningsgraden. Täckningsgraden har endast ökat marginellt (0,5 procent) under det första året. Den målrelaterade ersättningen för kvalitet utgör ca tre procent av den totala ersättningen i VG Primärvård. Detta innebär en ökning jämfört med ett tidigare genomsnitt på ca 1,5 procent i regionen. (Västra Götalandsregionen, 2011a).

Den 1 oktober 2009 efter att befolkningen hade gjort sitt val av vårdcentral var 70 procent listade vid offentliga vårdcentraler och 30 procent vid privata vårdcentraler. Tillgängligheten bedöms totalt sett har förbättrats i regionen genom bland annat ökade öppettider på kvällar och helger. (Västra Götalandsregionen, 2011a). Ungefär 60 nya vårdgivare har tillkommit och det innebär att invånarna fått större valfrihet och fler valmöjligheter. I den privata primärvården ökade antalet besök bland annat till följd av införandet av VG. Införandet av VG Primärvård har resulterat i färre antal listande patienter hos de offentliga vårdgivarna. Det har lett till att ersättningen har minskat mellan åren jämfört med den privata primärvården, där listningen har ökat (Västra Götalandsregionen, 2010).

Den nationella patientenkäten mäter bland annat om patienter känner sig respektfullt bemötta som individer i patientupplevd kvalitet (PUK). Våren 2010 blev resultatet 90, vilket innebär

en förbättring av resultatet från vårens mätning samma år. I de tre mätningarna som gjorts i primärvården på vårdcentralerna kan en liten förbättring ses när det gäller bemötande, men variationen på vårdcentralnivå är stor. Även förtroendet för primärvården ökar genom kontinuerliga undersökningar (Västra Götalandsregionen, 2010).

## 4.2 Personliga intervjuer

Nedan ges en summering av intervjuresultatet och de personer vi har intervjuat benämner vi i intervjusammanfattningarna som respondent 1 (R1) som är på utförarsidan och respondent 2 (R2) som är på beställarsidan. *Beställarna (R2)* ger förutsättningarna för att styra verksamheterna utifrån medborgarnas behov och önskemål. R2 är chef för VG Primärvårdskontor och har ansvar för vårdvalsmodellen VG Primärvård. R2 arbetar med uppföljning och utveckling av modellen på regional nivå samt justering av styrdokumentet Krav- och kvalitetsboken. *Utföraren (R1)* arbetar med genomförandet och uppföljningen av vårdvalet och ansvarar för verksamheterna inom ramen för beställningarna. R1 är controller inom förvaltningen på primärvårdskansliet i Borås.

### 4.2.1 Intervjusammanfattning med Respondent 1 (R1) - Controller

Respondent 1 (R1) var controller vid primärvårdskansliet i Borås, där totalt fyra controllers arbetar. R1 var på utförarsidan. R1 berättade att en omorganisation är på gång vilket kommer att innebära att det blir en primärvårdsförvaltning istället för dagens fem och därmed färre förvaltningschefer totalt. Beställaren påverkar via sina beställningar primärvården, men de bestämmer inte alls hur strukturerna ska se ut på vårdcentralerna. R1 poängterade att vårdvalet har inneburit mycket mer fokus på ekonomi och pengar. Även att beteende och agerande på vårdcentralen påverkar ekonomin har blivit tydligt och R1 återkom till detta flera gånger under intervjun.

R1 menade att det är ett ”paradigmskifte” som har skett inom regionen med vårdvalet. Det är de listade patienterna och vårdtyngden som påverkar och hur läkarna sätter diagnoser är en faktor som avgör ekonomin. Nu är det också fokus på intäkter och inte bara kostnader.

*”Ekonomin styr och det har blivit väldigt tydligt.” (R1)*

Tillgängligheten har ökat för invånarna, till exempel ökade öppettider, möjligheter att boka tider på webben, drop-in mottagning, dit patienter kan komma utan tidsbokning.

Just nu finns det fler vårdcentraler än det finns resurser, vilket kommer att leda till att några vårdcentraler framöver kommer att tvingas lägga ner. Det har totalt sett inte blivit mer pengar till vårdcentralerna, utan det är samma mängd pengar som finns i systemet som innan. De vårdcentraler som når sina mål erhåller mer pengar. När det gäller den målrelaterade ersättningens nivåer förklarade R1:

*”Om alla når målet 100 % går systemet med förlust eftersom det är beräknat att alla inte når målet. Inför 2012 finns det pengar upp till 75 % måluppfyllelse för alla, men med dagens tuffa mål kommer inte vårdcentralerna att nå detta, enligt mig.” (R1)*

De kostnadsposter som är stora är personal, läkare (varav inhyrda läkare är dyrare än anställda), läkemedel, laboration/röntgen och lokaler. Det dras aldrig ner på läkarsidan, där vill man alltid ha fullbemannat. R1 menade att vårdcentraler inte kan fokusera på allt, utan de måste välja vad de vill satsa på. Även kvalitet är en faktor som vårdcentralerna bör satsa på och även det genererar ersättning, vilket kommer att öka framöver. I stort ansåg R1 att

modellen VG Primärvård fungerar bra, men att det har slagit olika mot olika vårdcentraler och vissa tjänar i dagsläget mer på vissa parametrar. Enligt R1 så sker ingen "cream skimming", det vill säga att mer lättvårdade patienter väljs före mer svårvårdade (och därmed mer kostnadskrävande) fall, eftersom vare sig privata eller offentliga vårdcentraler väljer patienter. R1 menar dock att man på andra sätt kan styra vilka man prioriterar.

R1 menade också att om det finns faktorer som fungerar, till exempel äldresköterskor (sköterskor som har kompetens inom äldreområdet och arbetar primärt med äldre personer), så bör det läggas in i modellen, det vill säga modifiera modellen.

Krav- och kvalitetsboken är "vår bibel" enligt R1. Om vårdcentralerna lär sig Krav- och kvalitetsboken så ger det direkt resultat på ekonomin.

*"Ni får göra precis vad ni vill på vårdcentralen, men det är det här ni ska göra." (R1)*

R1 har varit ute på arbetsplatsträffar med en från personalavdelningen och en vårdutvecklare och pratat med vårdcentralerna. Det finns exempel på vårdcentraler som tidigare haft problem med ekonomin och inte haft det bra på läkarsidan, men som nu har avsevärt bättre ekonomi, tack vare ersättningssystemet inom VG Primärvård, men även för att personalen på vårdcentralen har arbetat hårt. Genom att tydliggöra vad som genererar ersättning, kan verksamhetscheferna och personalen på vårdcentralerna tillsammans välja vad de ska satsa på. R1 menar att om de lär sig Krav- och kvalitetsboken så syns det direkt på ekonomin.

Vårdvalet innebär att diagnoser ska registreras och det har till exempel läkare haft synpunkter på. En del upplever det som jobbigt att registrera så många saker. Det som syns i systemet ger ersättning, det som inte syns får man inte någon ersättning för. Genom att vårdcentraler måste ha kontroll på sina kostnader och intäkter så ger det en ökad press och kostnadskontroll. Vårdcentralerna måste också arbeta med interna processer, de måste jobba smart. En logistiker har anställts i regionen för att hjälpa cheferna, vilket R1 menade är väldigt bra. Även en apotekare har anställts för att titta på föreskrivningsmönster, inte bara för att sänka kostnaderna utan för att allt ska bli rätt.

Ur patientens synpunkt så innebär det att deras ställning har stärkts genom att de kan byta vårdcentral. Även att bli väl bemötta är viktigt, vilket R1 nämnde flera gånger under intervjun. De privata vårdcentralerna är framme på bemötandefrågor. Uppkomsten av de privata vårdcentralerna har satt press på de offentliga vårdcentralerna.

*"Första intrycket har förändrats genom press från våra privata, de är duktiga på det och vi<sup>1</sup> har blivit bättre på det. Bemötandefrågor är oerhört viktiga." (R1)*

R1 menade också att verkligheten nu ser annorlunda ut för vårdcentralerna i och med att det är samma förutsättningar för de privata och de offentliga. De offentliga vårdgivarna konkurrerar ute på öppna marknaden på samma villkor som de privata vårdgivarna. Man kan inte tvinga på de offentliga saker som de privata slipper göra och det glömmar man ibland av längre upp i regionen.

*"Vi kan få stänga vårdcentraler, så var det inte förr." (R1)*

---

<sup>1</sup> Med vi menas de offentliga vårdgivarna. Förf. anm.



Det innebär att regionen inte kan lägga på verksamheterna alla möjliga saker längre. Det har inte satt sig med vårdvalet – det tar tid. Nu är det fokus på målutveckling och vårdcentralerna måste anpassa sig till det nya ersättningsystemet.

Det ligger mycket egenansvar i vårdvalet, till exempel att boka tid själv, även för äldre personer. De äldre har inte fått det sämre och förlorar inte på systemet, men det är inte heller de som är vinnarna. Inför framtiden är det fortsatt viktigt med kvalitet inom vårdvalet och att mäta kvalitetsfaktorer. Dock måste valida och reliabla mått först konstrueras för kvalitetsmätning. Till exempel vart går gränsen för god kvalitet.

R1 avrundande med att det är en del faktorer som bör justeras med modellen, det är mycket fokus på ekonomi och detaljer. De främsta styrkorna är att alla partier (utom vänsterpartiet) var överens om vårdvalet, att det är positivt med valfrihet, konkurrensen leder till snabbare utveckling och att grundtanken med modellen är bra.

#### **4.2.2 Intervjusammanfattning med Respondent 2 (R2) - Chef VG Primärvårdskontor**

Respondent 2 (R2) är chef för VG Primärvårdskontor och ansvarar för vårdvalsmodellen VG Primärvård. R2 arbetar på uppdragsgivarsidan och innehar alltså beställarrollen. Framtagandet av VG Primärvård föregicks av arbetet med idéskissen ”Vägen till medborgarnas primärvård”. Det var en grupp på fyra personer som arbetade med idéskissen och redan här fanns det med referensgrupper från både offentliga och privata aktörer. Införandet av vårdvalsmodellen påverkade inte regionens ekonomi utan det var den budget som redan var lagd för primärvården för 2008 som gällde vid införandet. Senare har hänsyn tagits till vårdvalsrelaterade kostnader som befolkningsökning.

Fördelningen av resurser till primärvården sker enligt den ersättningsmodell som beskrivs i Krav- och kvalitetsboken. Huvuddelen av ersättningen är kapitering, det vill säga ”peng kopplad till patient”. Care Need Index (CNI) är ett socioekonomiskt index som många landsting använder. De med de högsta talen får ersättning och detta har lett till nyetableringar i invandrartäta områden. Ersättning för tolk finns också med i modellen, detta för att man ska få betalt för den mertid som det tar. I ersättningen för geografi tas hänsyn till glesbygd och avstånd. Täckningsgrad är ett ekonomiskt incitament, som avser att styra om patienter till primärvården. Både akuten och primärvården har ökat sina besök sedan införandet av vårdvalsmodellen för två år sedan. Primärvården med över 15 procent, vilket är mer än 300 000 besök.

*”Täckningsgraden kan förändras för regionen, men har legat still, det har inte blivit den utveckling som de<sup>2</sup> förväntat sig.” (R2)*

En orsak kan vara registreringsrutiner på sjukhusen. Nu pågår det en utredning för att se över täckningsgraden. Allt som gäller primärvård är inbakat i ersättningsmodellen och fördelas varje månad. Vårdcentralerna har ett så kallat kostnadsansvar vilket innebär att om den individen som är listad på en vårdcentral väljer att besöka en annan vårdcentral, så görs ett avdrag som tillfaller den vårdcentral där besöket skett. Detta gör att ersättningen varierar och bygger på det faktiska, det som skett. R2 säger att det är stor skillnad mot hur det såg ut tidigare. Då var en ganska stor del prestationsbaserad ersättning och bara en viss del

---

<sup>2</sup> Med de menas Västra Götalandsregionen. Förf. anm.

kapitering. Innan fick vårdgivaren betalt per besök oavsett vilken tid besöket tog. Ålder togs inte heller någon hänsyn till. R2 uttryckt det som:

*”Innan vårdvalet fick man betalt per besök, det kunde vara gammal eller ung, det kunde vara två timmars besök eller en halvtimmas besök, det var samma för alla.” (R2)*

R2 ansåg att nuvarande ersättningssystem fungerar bra med tanke på den stora förändring som införandet av vårdvalet inneburit. Det är dock ett komplext system och till exempel täckningsgraden skulle vårdgivarna vilja veta mer om, det vill säga vad det är för besök och vad de kan göra för att patienterna ska komma till dem istället. Önskemål finns också om att ACG vårdtyngd ska öka på sikt för att ännu mer spegla den faktiska sjukligheten. I dag bygger ACG på kostnadssiffror från andra landsting, nämligen Östergötland och Blekinge. När Västra Götalandsregionen får egna KPP (kostnad per patient) kan beräkningar utföras helt utifrån Västra Götalandsregionens egna förutsättningar. R2 anger att:

*”Tanken med ersättningsmodellen är att det inte ska finnas några patienter som inte är lönsamma.” (R2) samt att*

*”Från vår del ser vi hellre att det är attraktivt att ta hand om vårdtunga än tvärtom.” (R2)*

Konkurrensen med privata aktörer har medfört en stor förändring och det är att bemötandet gentemot patienten har förändrats, varje invånare har blivit viktig. Detta märks i patientenkäter. Avseende uppföljning har fokus nu blivit på kvalitet och inte bara på antal besök. Det viktiga är att vårdgivarna får nöjda patienter och har bra relationer. R2 sa:

*”...det är en personfråga, det är relationer som ska byggas om man till exempel är långvarigt, kroniskt sjuk och man har möjlighet att byta om man känner att det inte passar.” (R2)*

R2 efterfrågade mer mätning av processer för att fånga patienters upplevelse. Vårdvalsmodellen försöker skapa så lika förutsättningar som möjligt för privata och offentliga vårdgivare men lagrummet gör att de inte alltid har riktigt lika förutsättningar. Det kan slå åt båda hållen och de privata anses ha en fördel i att de kan välja att arbeta med underleverantörer utan att gå via lagen om offentlig upphandling. De offentliga anses ha en fördel då det gäller IT-system och IT-support eftersom de bland annat har tillgång till information via intranätet. Risk är att till slut finns enbart de största aktörerna kvar.

*”...både små och stora företag ska vara verksamma, men det kan vara svårt för små aktörer bland annat på grund av höga kostnader för IT mm.” (R2)*

Målet är nöjda patienter och bra relationer. Att modellen generellt är bra visar sig genom att många har sökt och vill etablera sig. Krav- och kvalitetsboken används i det dagliga arbetet, den ger ramarna för uppdraget. Tillämpningsanvisningar, beslutsunderlag samt nyhetsbrev finns på hemsidan som komplement till Krav- och kvalitetsboken. R2 poängterade utvecklingsarbete:

*”Det optimala ersättningssystemet tror jag aldrig vi hittar men däremot kan vi jobba mot ständig förbättring...” (R2)*

Tanken finns att utveckla Krav- och kvalitetsboken för att förbättra förutsättningarna för de äldre. I varje justering av Krav- och kvalitetsboken har de redan nu försökt bli tydligare i de avsnitt som handlar om vilket ansvar man har för de äldre. R2 säger att:

*”I och med införandet av vårdvalsmodellen har det blivit en maktförskjutning - vårdgivarna har fått frihet att själva välja hur de arbetar med sina patienter och fokus ligger på kvalitet.” (R2)*

R2 påtalade vikten av att vården är flexibel, att man är öppen för nya arbetssätt och medicinsk teknisk utveckling. Det är viktigt att arbeta med utvecklingsarbete och att möta invånarna i det samhälle som de lever i. Det är även viktigt att följa upp. Invånarnas åsikter fångas in via patientenkäten som genomförs varje år. Kvalitet mäts genom 141 indikatorer och vårdcentralerna kan via dessa indikatorer följa sig själva månad för månad och även jämföra sig med varandra. Invånarnas ställning har stärkts genom att de nu kan välja vilken vårdgivare de önskar. Vårdvalssystemets kraftiga uppföljningssystem har fångat brister som gjort att tre stycken vårdcentraler har blivit avstängda.

R2 upplevde att den professionella yrkeskårens åsikt om införandet av vårdvalsmodellen är att de tycker att uppdraget har blivit tydligare och att det är en bättre fokusering på patienter och arbetsätt idag än var det var tidigare. En del upplever dock att det har blivit en försämring och det gäller framförallt de som har fått mindre i ersättning mot vad de hade tidigare. Nu när alla får ersättning enligt samma principer så har några fått mindre än vad de hade tidigare och några har fått mer.

Den största utmaning inför framtiden var enligt R2, att primärvården verkligen ska bli patientens lots. Det är viktigt framförallt för de patienter som behöver hjälp från många olika håll samtidigt. Innebär att primärvården måste föra en dialog och samverka med andra vårdenheter och även arbeta mer utanför sin mottagning.

## 5 Analys

Västra Götalandsregionens mål för primärvården avser patientens ställning och upplevelse av trygghet, kvalitet, lika villkor för vårdgivare, kunskapsorienterad organisation, effektivt utnyttjande av resurser och möjlighet till egna val även för vårdgivarna. Det finns olika vägar att gå för att nå sina mål. Resultat- handlings och social styrning är tre olika alternativ att använda sig av för att nå måluppfyllelse. Beroende på vilken roll man har, det vill säga om man är finansiär/ägare, beställare, utförare eller invånare/patient, så kan val av styrningsform se olika ut. Relevant är att ställa sig frågan om vem som styr vem och vilken styrning det handlar om.

### 5.1 Resultatstyrning

I Krav- och kvalitetsboken regleras uppdraget, ersättning och kostnadsansvar, uppföljning med mera. Detta kan ses som en form av resultatstyrning från beställarens sida. De ger ramarna för uppdraget, medan utförarna själva får bestämma på vilket sätt de vill utforma sin arbetssituation för att nå upp till kraven i Krav- och kvalitetsboken. Controllern sa att *"tanken med vårdvalsmodellen är att det inte ska finnas några patienter som inte är lönsamma"* och genom ersättningsmodellen i Krav- och kvalitetsboken regleras detta. *"Pay for performance"*, som är ett typiskt exempel på resultatstyrning, visar sig i den målrelaterade ersättningen som är inbyggd i ersättningsmodellen i form av täckningsgrad och kvalitet. En viktig del i vårdvalet är den målbaserade ersättningen, då den påverkar incitamenten och prioriteringarna i vården (Anell, 2010). I Krav- och kvalitetsboken anges måltal för täckningsgrad och kvalitet och på detta sätt vet utförarna exakt vad de måste uppnå för att ta del av den målrelaterade ersättningen, de får betalt för sin prestation. Den målrelaterade ersättningen är relativt sätt ganska blygsam, endast 4,3 procent för kvalitet. VG Primärvård har byggt upp sin ersättningsmodell med en hög andel kapitering (primärvårdspeng) och en mindre andel målrelaterad ersättning. Primärvårdspengen, som utgör hela 85 procent av ersättningen, ger medborgaren makt och medborgarens val av vårdenhet påverkar direkt vårdenhetens ekonomiska förutsättningar för att bedriva verksamhet. Controllern pratar till och med om att det har skett ett *"paradigmskifte"*, och att *"ekonomin styr och det har blivit väldigt tydligt"*. Det är de listade patienterna och vårdtyngden som avgör ekonomin. Chefen för VG Primärvårdskontor sa att *"innan vårdvalet fick man betalt per besök, det kunde vara gammal eller ung, det kunde vara två timmars besök eller en halvtimmas besök, det var samma för alla"*. Patienten/invånaren har via den fasta primärvårdspengen givits möjlighet att styra. Förutom att ta del av vårdens utbud, så är invånaren/patienten en viktig faktor för vårdgivarnas existens. Även om Västra Götalandsregionen har godkänt en utförare krävs också att tillräckligt antal invånare/patienter väljer att lista sig hos vårdgivaren för att de ska kunna bedriva verksamhet. De utförare som inte lever upp till invånarens/patientens krav kommer inte att bli valda och därmed sker en naturlig utsällning av vårdcentraler. Controllern säger att *"vi kan få stänga vårdcentraler, så var det inte förr"*. Patienter är i fokus i VG Primärvård.

Nuvarande ersättningsmodell reglerar även för geografiska olikheter samt socioekonomiska förutsättningar, vilket ger bättre förutsättningar för en rättvis vård. Enligt Controllern så väljer inte vare sig offentliga eller privata vårdcentraler patienter, men *"man kan på andra sätt styra vilka man prioriterar"*. Chefen för VG Primärvårdskontor menar att från beställarperspektivet vill man sträva mot att det ska vara *"mer attraktivt att ta hand om vårdtunga än tvärtom"*. Genom att ersättningsmodellen tar hänsyn till dessa faktorer förhindras *"cream skimming"*

(Le Grand, 2007). Vi kan se att vårdvalets ersättningsmodell ger en bättre kontroll på vad pengarna går till och att beställarna kan styra genom utformningen av ersättningsmodellen.

Controllern arbetar inom förvaltningen som utför på uppdrag av beställaren. Controllern hjälper verksamhetscheferna att undersöka vad cheferna kan arbeta med för att generera pengar, det vill säga klargöra områden att arbeta med, till exempel läkemedelskostnader. Kvalitet är viktigt och kommer in i uppföljningsdelen. Vårdvalsmodellen sätter press och vårdcentralerna måste ha kontroll på kostnader och intäkter. Enligt kontrollern ska styrning mot kvalitet öka. Dock är det svårt att mäta kvalitetsaspekter (Le Grand, 2007). Det är svårt att kvantifiera och då får inte vårdcentralerna ersättning. Det är viktigt att utveckla måtten vidare för att mäta kvalitet och kontrollern framför till vårdcentralerna att det är bra om de arbetar med kvalitet eftersom det antagligen blir än mer ökat fokus på kvalitet framöver.

## 5.2 Handlingsstyrning

Handlingsstyrning är den mest direkta formen av styrning och Krav- och kvalitetsboken kan ses som en form av handlingsstyrning. Den anger de regler och riktlinjer som utförarna måste uppnå för att överhuvudtaget bli godkända som leverantörer av vård inom VG Primärvård. Handlingsstyrning är användbar när ledningen själv har detaljerad kunskap om vilka handlingar som ska utföras och möjlighet att se till att medarbetaren agerar på ett sådant sätt att de önskvärda handlingarna verkligen sker (Merchant & Van der Stede, 2007). Chefen för VG Primärvårdskontor anger att *"i och med införandet av vårdvalsmodellen har det blivit en maktförskjutning och vårdgivarna har fått möjlighet att själv välja hur de ska arbeta med sina patienter"*. Detta motsäger handlingsstyrning. Handlingsstyrning kan vara bra då medarbetarna inte själva har tillräcklig kunskap. I hälso- och sjukvården är sjukvårdspersonal välutbildad. Det innebär att ledningen ska styra en kunskapsintensiv verksamhet, med avseende på medicinska kunskaper och det talar emot handlingsstyrning. Däremot kan man anta att den medicinska professionen inte i lika hög grad har kunskaper om ledning och styrning och det är ett argument för handlingsstyrning. Tillämpningsanvisningar och beslutsunderlag som publiceras på Västra Götalandsregionens hemsida kan ses som en form av handlingsstyrning, men hela tiden har vårdgivaren möjlighet att utforma sitt arbete på eget sätt så länge de uppfyller kraven i alla styrande dokument. Modellen försöker skapa så lika förutsättningar som möjligt för privata och offentliga aktörer, men lagrummet ger begränsningar. Offentliga vårdgivare måste till exempel gå via lagen om offentlig upphandling innan de kan samarbeta med en underleverantör, men det behöver inte de privata vårdgivarna göra. Lagen får utföraren att agera på ett visst sätt och är därmed en tydlig form av handlingsstyrning. Handlingsstyrning kan hämma kreativitet och motivation hos medarbetaren (Merchant & Van der Stede, 2007). Målet hos beställarna har snarare varit att ge vårdgivarna frihet att själv välja hur de arbetar med sina patienter, detta för att främja motivations- och innovationsförmågan. Redan i arbetet med framtagandet av vårdvalsmodellen fanns referensgrupper med från både offentliga och privata vårdgivare. Det har alltså varit viktigt att få alla aktörer delaktiga och engagerade i vårdvalsprocessen.

Relationen mellan beställare och utförare bygger på kontrakt och uppföljning och på ett sätt har det blivit enklare nu när alla arbetar efter en regiongemensam modell. Både privata och offentliga aktörer är välkomna som leverantörer av vård och denna konkurrenssituation ihop med valfrihet ökar effektiviteten i hälso- och sjukvården (Siverbo, 2004; Le Grand, 2007). Villkoren i Krav- och kvalitetsboken måste dock vara uppfyllda för att utföraren ska bli en auktoriserad leverantör av vård i Västra Götalandsregionen. Enligt chefen för VG Primärvårdskontor som är på beställarsidan ger Krav- och kvalitetsboken ramarna till uppdraget och enligt kontrollern som är på utförarsidan är den deras *"bibel"*. Om vårdgivarna

lär sig Krav- och kvalitetsboken ger det resultat på ekonomin. I Krav- och kvalitetsboken regleras vårdgivarnas, det vill säga utförarnas, rättigheter och skyldigheter, till exempel IT-relaterade krav. Chefen för VG Primärvårdskontor påpekade att de höga IT-kostnaderna kan göra det svårt för små aktörer att vara verksamma. IT-system och relaterade kostnader till dessa kan utgöra en inträdesbarriär på marknaden. Detta är alltså en faktor som kan motverka att systemet fungerar effektivt (Le Grand, 2007). För att erhålla ersättning krävs att diagnoser registreras och det kan i sin tur innebära ökad administration och det har vårdpersonal haft synpunkter på enligt kontrollern. Det finns en viss risk med den målbaserade ersättningen och det är att utförarna kan bli fixerade vid att dokumentera för att visa måluppfyllelse istället för att se till patientens bästa (Anell, 2010). Det behövs effektiva processer så att inte administrationskostnaderna blir för höga för utföraren, vilket kan kräva översyn av processer för att undersöka om rutinerna behöver förändras.

Relationen beställare- utförare framgår också i uppföljningsavsnittet som beskrivs i Krav- och kvalitetsboken. För att fokusera på kvalitet har indikatorer tagits fram som ska användas i verksamheten och ge återkoppling till vårdgivaren. Valen av indikatorer blir en form av handlingsstyrning i och med att de är bestämda av beställaren. Totalt finns 141 indikatorer och de enskilda vårdgivarna väljer ut och följer indikatorer som är relevanta för sin verksamhet. Uppföljningen ger också återkoppling till beställaren och säkerställer att upphandlad vård verkligen ges (Siverbo, 2004). Enligt Krav- och kvalitetsboken ska primärvården *”upplevas som det naturliga förstahandsvalet”*. Önskvärt är att styra över konsumtionen från till exempel sjukhus och akutvård till primärvården, främst för att primärvården är förknippat med lägre kostnader (Siverbo, 2004). Via täckningsgraden som i och för sig är en form av resultatstyrning försöker Västra Götalandsregionen förändra konsumtionsmönstret hos invånaren/patienten. Enligt chefen för VG Primärvårdskontor har dock inte täckningsgraden fått en förväntad utveckling, utan den har legat still. Här finns utrymme att arbeta med denna del i ersättningssystemet och kanske måste Västra Götalandsregionen tydligare handlingsstyra reglerna för täckningsgraden för att uppnå önskvärt resultat. Regionen har startat en utredning för att undersöka detta.

### 5.2.1 Ansvarstagande för handlingar

Under handlingsstyrning finns styrformen ansvarstagande för handlingar. Denna styrform ligger också väldigt nära resultatstyrning. Krav- och kvalitetsboken innebär resultatstyrning, det vill säga att styra mot mål. Genom att arbeta med några eller alla de ingående faktorerna i modellen kan en vårdcentral få ersättning. Det är resultatstyrning men blir i praktiken handlingsstyrning, alltså ansvarstagande för handlingar. Krav- och kvalitetsboken innebär vad vårdcentralerna måste göra. Sen får de göra mycket mer inom alla eller vissa områden de själva väljer. Kontrollern uttryckte det som *”ni får göra precis vad ni vill på vårdcentralen, men det är det här ni ska göra”*. Genom att vårdcentralerna själva får bestämma så kan det främja motivationsförmågan. Även innovationsförmågan kan påverkas positivt.

De anställda är ansvariga för sina handlingar och konsekvenser av personalens beteende avspeglas snabbt i verksamhetens resultat. Det är viktigt att vårdcentralerna behåller sina listade invånare/patienter, då den fasta primärvårdspengen står för 85 procent av ersättningen. Uppföljningen i VG Primärvård möjliggör att spåra vårdgivarnas handlingar. Om vårdgivarna når uppsatta mål betalas ersättning ut, vilket kan ses som en belöning för accepterade handlingar (Merchant & Van der Stede, 2007). Utföraren kan upptäcka delar inom vårdvalet som bör utvecklas och återkopplar till beställaren. Utföraren behöver få patienter att lista sig för att kunna bedriva verksamhet och ett sätt att få och behålla patienter är att arbeta med bemötande och agerande hos personalen. Invånaren/patienten märker bemötandet hos

utföraren och det kan vara en avgörande faktor om invånaren/patienten väljer att stanna eller byta vårdgivare. Beställaren ska fånga upp vad invånare/patienter har för behov och efterfrågan och vara invånarens/patientens företrädare (Siverbo, 2004).

Beställaren har utvecklat Krav- och kvalitetsboken och i den operationaliseras beställarens mål, bland annat i ersättningssystemet, men även i avsnitt om det fria valet med mera. Utförare kan sätta mål som är på en högre nivå än de i ersättningsmodellen. Krav- och kvalitetsboken är den kravnivå som ska uppfyllas. Ersättningssystemet ger dock endast ersättning för det som framgår i Krav- och kvalitetsboken. Prestationer över det i Krav- och kvalitetsboken ger inte ersättning vilket tyder på en handlingsstyrning i resultatstyrningen, det vill säga ansvarstagande för handlingar. Målens svårighetsgrad har också betydelse i ersättningssystemet (Anell, 2010). Om målen är för lågt satta kan det finnas risk för att utförarna arbetar mot målet och når dit och sedan inte arbetar vidare för att utvecklas. Enligt kontrollern så är målen så högt satta att vårdcentralerna inte kommer att nå dem. Det finns alltså inte risk för att de når taknivån. Pengar i budgeten bör räcka till uppnådda mål enligt kontrollern. I nedanstående figur 6 framgår sambandet mellan de olika styrningarna.



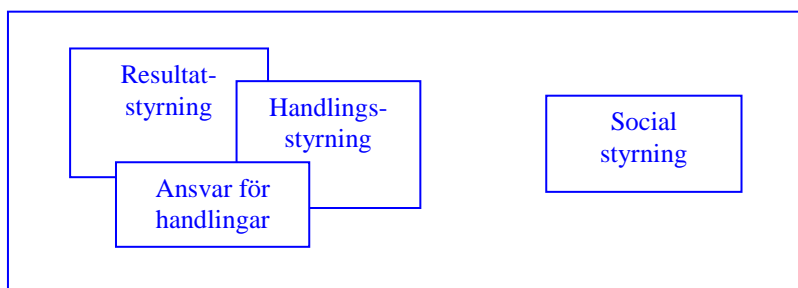
Figur 6: Sambandet mellan de aktuella styrningarna

Krav- och kvalitetsboken innebär att resultatstyrning och handlingsstyrning sammanfaller och leder till styrformen ansvarstagande för handlingar.

### 5.3 Social styrning

Det står inte explicit i Krav- och kvalitetsboken att verksamheterna ska arbeta med kultur och värderingar. Den sociala styrningen kan däremot ses indirekt i Krav- och kvalitetsbokens värdegrund som säger att "vården ska finnas nära människor" och att primärvården ska vara "välkomnande" och "erbjuda delaktighet". Vi tolkar det som social styrning. Genom resultatstyrningen, via ersättningsmodellens fasta primärvårdspeng, läggs makten hos invånare/patienter som nu är i fokus. Chefen för VG Primärvårdskontor uttryckte det som "det är en personfråga, det är relationer som ska byggas om man till exempel är långvarigt, kroniskt sjuk och man har möjlighet att byta om man känner att det inte passar". Båda respondenterna återkom till att bemötande, beteende och agerande nu har blivit viktigare. De privata vårdcentralerna har varit bättre på detta och de offentliga vårdcentralerna följer med sa kontrollern "Första intrycket har förändrats genom press från våra privata, de är duktiga på det och vi har blivit bättre på det. Bemötandefrågor är oerhört viktiga". De privata vårdgivarna är de som har fått flest listade patienter (Västra Götalandsregionen, 2010). Om invånaren/patienten har möjlighet att välja vilken vårdenhet han/hon vill gå till, kan läkaren eller vårdcentralen riskera att patienten väljer en annan vårdgivare. Genom att ha ett tilltalande bemötande ökar sannolikheten att invånaren/patienten stannar kvar hos vårdgivaren. Nöjda invånare/patienter kan leda till att fler patienter kommer till vårdcentralen och därmed erhåller vårdcentralen högre ersättning. Det bör leda till bättre relationer med invånare/patienter och att vårdgivaren också försöker fortsätta förbättra sitt bemötande.

Konsekvensen blir därmed en ökad social styrning som stödjer långsiktigheten i styrningen, se figur 7 nedan. Kulturen, som är viktig i den sociala styrningen, syftar till att styra de anställda i rätt riktning. Ledningen måste förstå vad det är som genererar intäkter till verksamheten och kommunicera detta till medarbetarna (Merchant & Van der Stede, 2007). Den komplexa vårdvalsmodellen måste förstås av de anställda på alla nivåer i organisationen för att de ska få incitament att agera i den önskvärda riktningen för verksamheten. Det är viktigt att ha system och processer som fångar upp initiativ från personalen, det vill säga de som arbetar närmast patienterna och föra vidare idéerna till ledningen, till exempel tips på förändringar. Annars finns risk att innovativa förbättringsförslag från personalen inte lyfts fram och eventuellt implementeras om möjligt. Det kan leda till att dämpa intresset från personalen att förbättra verksamheten.



Figur 7: De aktuella styrningarnas relationer

Figur 7 ovan illustrerar relationen mellan styrningsformerna. Av all tillgänglig styrning så har resultat- och handlingsstyrning samt ansvarstagande för handlingar ett nära samband. Relationen mellan dessa tre styrningsformer har fått konsekvensen att den sociala styrningen, nämligen att bygga långsiktiga relationer med invånare/patienter, har inneburit ökat stöd för styrningen.

Patienter märker av den sociala styrningen i form av bemötande. Chefen för VG Primärvårdskontor, som representerar beställarsidan, anser att det behövs mätas mer av vårdprocesserna för att fånga patientens upplevelser och göra det så bra som möjligt för patienten. Chefen för VG Primärvårdskontor träffar vårdgivarrepresentanter regelbundet där modellen och utvecklingsfrågor diskuteras. Enligt Chefen för VG Primärvårdskontor anser vårdgivare att det har blivit ett större patientfokus. Uppföljning och utvärdering syftar till att mäta att den vård som ges motsvarar behoven hos invånaren/patienten. Det som är av vikt för invånaren/patienten bör vara mätning av processer och effekter (Le Grand, 2007). Denna typ av problem beaktar Västra Götalandsregionen i den årliga revideringen av Krav- och kvalitetsboken (Västra Götalandsregionen, 2011c).

I hälso- och sjukvården är konsumtion och finansiering separerade, den så kallade tredjepartsfinansieringen. Patienten betalar inte direkt för de tjänster som vårdgivaren utför, förutom patientavgiften, utan den huvudsakliga betalningen sker via finansiären/ägaren (Hallin & Siverbo, 2011). Finansiärens/ägarens pengar kommer till största del från skattemedel som invånaren/patienten betalat och på detta sätt kan man säga att invånaren/patienten i slutändan även är finansiär och utförarnas uppdragsgivare och därmed spelar flera roller. Eftersom invånaren/patienten kan inneha rollen som finansiär är det rimligt att de ska ha en stark ställning och det får de i och med att resurserna följer invånaren/patienten i det fria valet.



## 5.4 Mål och styrning

VG Primärvård är en kundvalsmodell och för att en kundvalsmodell ska fungera krävs aktivt förvaltande och policydokument som används frekvent (Kastberg 2005, Le Grand, 2007). VG Primärvård har flera delar som överensstämmer med vad teorier säger om vad kundvalsmodeller ska innehålla. Det är till exempel fritt val för invånare/patient att välja vårdgivare, ersättningssystem där fastprissystemet är riskjusterat (det vill säga högre ersättning för vårdtunga personer), samt ersättning för socioekonomi och geografi som ska motverka ”cream skimming”. Det kan finnas risk att man trots detta försöker prioritera vissa patientgrupper. En noga uppföljning och strävan mot att utveckla systemet är ett sätt att motverka ”cream skimming” tendenser.

Beställaren styr utföraren genom Krav- och kvalitetsboken. Beställaren blir dock i sin tur styrd av sin uppdragsgivare finansören/ägaren. Lagen om valfrihet (LOV) styr även den, i och med att den reglerar systemformen att agera inom. Det finns fler exempel på handlingsstyrning, till exempel lagar och nationella riktlinjer. Dessa behandlar vi inte i någon större utsträckning i denna uppsats.

För att styra verksamheten mot målen återfinns regler i Krav- och kvalitetsboken, som används dagligen i primärvården. Reglernas funktion innebär att genom primärvårdspenningen som utgör 85 procent av ersättningen, så blir invånaren/patientens val en avgörande faktor för vårdens ekonomi. Chefen för VG Primärvårdskontor sa ” *Det optimala ersättningssystemet tror jag aldrig vi hittar med däremot kan vi jobba mot ständig förbättring...* ”. Ett trevligt bemötande blir ett konkurrensmedel hos utförarna. Den sociala styrningen märker patienter/invånarna genom det förändrade agerandet och beteendet hos utförarna. Det förändrade agerandet hos utförarna betonas dessutom av både kontrollern och chefen för VG Primärvårdskontor. Om patienten är nöjd stannar patienten hos den valda vårdcentralen. Om patienten är missnöjd, kan patienten genom vårdvalet välja en annan vårdcentral. Om möjligheten till ett val inte funnits, hade patienten endast kunnat framföra klagomål, vilket bör vara lättare för välutbildade och höginkomsttagare. Vårdvalet stödjer invånarens autonomi, det vill säga självbestämmanderätt, och innebär lyhördhet för invånarens behov. Genom detta stärks invånare/patienter, särskilt de med låga inkomster (Le Grand, 2007). Resultatstyrning, handlingsstyrning och ansvarstagande för handlingar sammanfaller och tillsammans med invånarens/patientens fria val har bemötande och agerande, det vill säga social styrning, blivit viktiga aspekter.

För att undersöka att målen nås eller är på väg att nås ingår det i modellen att göra uppföljning med jämna mellanrum och det finns framtagna indikatorer i Krav och kvalitetsboken. Det framkom i intervjuerna att här finns dock ett behov av att framarbete effekt och processmått. Vi föreslår att detta till exempel kan ske i samarbete med forskare. Via indikatorer och patientenkäter undersöks måluppfyllelse för utförare och beställare och på detta sätt får också beställare och utförare återkoppling om måluppfyllelse.

## 6 Slutsats

Syftet är att förstå hur en vårdvalsreform påverkar ekonomistyrningen inom en offentlig organisation som organiserar vård. Flera aktörer ingår i Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsorganisation. Deras styrmodell består av finansiär/ägare, beställare och utförare, vilket motsvaras av regionfullmäktige, hälso- och sjukvårdsnämnder samt primärvård och sjukhus. Även invånaren/patienten är en mycket viktig aktör. De har via den fasta primärvårdspengen, som utgör 85 procent av ersättningen, fått möjlighet att styra.

Vårdvalsmodellen VG Primärvård har nu varit igång i två år i regionen och regleras i Krav- och kvalitetsboken. Vi kan se att det finns ett inslag av alla styrformer i hur ekonomistyrningen är utformad runt vårdvalsmodellen i Västra Götalandsregionen. I praktiken sammanfaller resultatstyrning och handlingsstyrning vilket leder till styrformen ansvarstagande för handlingar. Beställaren har formulerat mål, som operationaliseras i Krav- och kvalitetsboken, det vill säga resultatstyrning. Krav- och kvalitetsboken blir ett stöd i styrningen och tydliggör för utföraren hur målen ska nås via handlingsstyrning, samt indikatorer för uppföljning som ger återkoppling till verksamheten och tydliggör ansvarstagandet för de anställda. VG Primärvård har inneburit många nya faktorer, till exempel har fler vårdgivare etablerat sig och invånare/patienter kan välja vilken vårdgivare de vill lista sig hos. Ersättningssystemet medför att pengarna följer invånaren/patienten. Detta stödjer den målsättning som Västra Götalandsregionen har med VG Primärvård. Om utförarna gör ett tillfredsställande arbete och behåller redan listade invånare/patienter och får fler listade hos sig leder det till högre ersättning. Här spelar bemötandet en framträdande roll. Den sociala styrningen, som följer av att invånaren/patienten har fått så stor makt, har visat sig få stor betydelse för den långsiktiga styrningen i modellen.

Hinder för ekonomistyrningen kan i vårdvalsmodellen vara diagnosregistreringen i ersättningssystemet. För att utföraren ska få ersättning måste patienternas diagnoser registreras och risken finns att detta moment medför höga administrationskostnader. En undersökning bör genomföras för att säkerställa att processer är lämpligt utformade angående registrering. Täckningsgraden har inte lett till förväntad utveckling och regionen har en pågående utredning om denna del av ersättningssystemet. Det finns en fara för att IT-systemen innebär höga kostnader och regionen bör hålla det under uppsikt, så att inte små aktörer riskerar att slås ut.

### 6.1 Förslag till fortsatt forskning

Sedan vårdvalsmodellen VG Primärvård har startat har vissa resultat uppstått. Andra resultat kan uppstå efter längre tid. Denna uppsats kan ligga som grund för en studie som görs inom ett visst tidsintervall för att undersöka om ytterligare faktorer inom ekonomistyrningen framträder efter längre tid, till exempel om fem år.

Även delar av modellen kan undersökas. Genom att fokusera på ersättningssystemet och dess delar, kan kunskap erhållas av hur till exempel betydelsen av en förändrad andel primärvårdspeng och relationen mellan den fasta primärvårdspengen och de målrelaterade delarna skulle få för effekter.

För att få grundlig kunskap om vårdvalsmodellens resultat för olika åldersgrupper bör studier göras riktade mot äldre personer och barn/ungdomar. Det innebär ett fokus på främst invånare/patient perspektivet.

I dagsläget finns indikatorer för uppföljning men få effektmått för utvärdering. Studier bör göras för att utveckla relevanta effekt- och processmått inom vården för att få adekvat återkoppling till verksamheten och ligga till grund för utvecklingsarbete.

# Källförteckning

## Vetenskapliga artiklar

Borgqvist, L., Andersson, D., Engström, S., Magnusson, H. (2010). Primärvårdsersättning efter socioekonomi eller sjukdomsburda, *Läkartidningen*, 2010-09-14.

Glenngård, A.H., Anell, A., Beckman, A. (2011). Choice of primary care provider: Results from a population survey in three Swedish counties, *Health policy* 103, p. 31-37.

Jensen, M., & Meckling, W. (1976). Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*; 3: 305-60.

Johansson, T., Siverbo, S. (2009). Explaining the Utilization of Relative Performance Evaluation in Local Government: A Multi-theoretical Study Using Data from Sweden, *Financial Accountability & Management*, 25(2), May 2009, 0267-4424

Nordgren, L. (2010). The Healthcare Voucher: Emergence, Formation and Dissemination, *Financial Accountability & Management*; 26(4), November 2010, 0267-4424.

Siverbo, S. (2004). The Purchaser-Provider Split in Principle and Practice: Experiences from Sweden, *Financial Accountability & Management*, 20(4), November 2004, 0267-4424

## Böcker

Almqvist, R. (2006). *New public management: NPM: om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Malmö: Liber AB.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur

Eriksson, LT. & Wiedersheim-Paul, F. (2006). *Att utreda, forska och rapportera*. Malmö: Liber AB.

Hallin, B. & Siverbo, S. (2011). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Kastberg, G. (2005). *Kundvalsmodeller: En studie av marknadsskapare och skapade marknader i kommuner och landsting*. Göteborg: Förvaltningshögskolan vid Göteborgs universitet. Avhandling.

Le Grand, J. (2007). *The other invisible hand: delivering public service through choice and competition*. Princeton University Press.

Merchant, K.A. & Van der Stede, W.A. (2007). *Management Control Systems: Performance measurement, evaluation and incentives*, 2<sup>nd</sup> edition, Prentice Hall.

Norén, L. (2003). *Valfrihet till varje pris. Om design av kundvalsmarknader inom skola och omsorg*. Göteborg: Bokförlaget BAS.

Patel, R. & Tebelius, U. (1987). *Grundbok i forskningsmetodik. Kvalitativt och kvantitativt*. Lund: Studentlitteratur

Svensson, PG. & Starrin, B. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Söderström, L., Andersson, F., Edebalk, PG., Kruse, A. (2001). *Privatiseringens gränser. Perspektiv på välfärdspolitiken*. Stockholm: SNS Förlag.

Yin, R.K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods*. Fourth edition, California:Sage.

### **Rapporter**

Anell, A. (2010). Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7.

Socialstyrelsen (2010). Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning

SOU 2008:15 LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem

SOU 2008:37 Vårdval i Sverige

Sveriges Kommuner och Landsting (2009). Modell för uppföljning och utvärdering av vårdval.

Västra Götalandsregionen (2008). Vägen till medborgarnas primärvård - En idéskiss för VG primärvård. Bengt Göran Olausson, Daniel Pollack, Hans Johanson, Rose-Marie Nyborg

Västra Götalandsregionen (2010). Årsredovisning 2010

Västra Götalandsregionen (2011a). Ett år med VG Primärvård.

Västra Götalandsregionen (2011b). Krav och kvalitetsbok: Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård.

Västra Götalandsregionen (2012). Budget 2012.

### **Internet**

Socialdepartementet (2007). Hälso- och sjukvården i Sverige, faktablad nr 14 juni 2007 (<http://www.regeringen.se>) [besökt 2011-11-10]

Västra Götalandsregionen (2011c). Sammanfattning rev Krav- och kvalitetsbok 2012 (<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Forvardgivare/VG-Primarvard1/For-vardgivare1/kravochkvalitetsbok/>) [besökt 2012-01-05]

Västra Götalandsregionen (2011d). Vård och hälsa (<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/>) [besökt 2011-12-15]

**Övriga källor**

Regeringens proposition 2008/09:74

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen

SFS 2008:962 Lag om valfrihetssystem

**Intervjupersoner**

Glenn Sandvik, Controller, Primärvårdskansliet i Borås, Västra Götalandsregionen,  
2011-12-06

Rose-Marie Nyborg, Chef VG Primärvårdskontor, Hälso- och sjukvårdsavdelningen  
Västra Götalandsregionen, 2011-12-09

# Bilaga 1

## Frågeformulär - Controller

### *Intervjupersonens bakgrund*

- Vilka är dina nuvarande ansvarsområden?
- Hur länge har du haft den tjänsten?
- Vilka tidigare tjänster har ni haft såväl inom regionen som utanför?

1. Vilken är din roll i Västra Götalandsregionens beställar- utförarmodell?
2. Hur är du involverad i vårdvalsmodellen "VG Primärvård"?
3. Påverkar införandet av vårdvalsmodeller landstingens/regionernas ekonomi? Förväntade? Övriga?
4. Hur sker fördelningen av resurser till primärvården och hur har denna fördelning förändrats efter införandet av "VG Primärvård"?
5. Hur går planerings- och budgetprocessen till, vilken är din roll?
6. I budgeten anges ett effektiviseringskrav (0,7 procent för 2012), på vilket sätt påverkar det Glenns arbete?
7. Vilka mått/nyckeltal använder "VG Primärvård"?
8. Tycker du att nuvarande ersättningssystem fungerar bra?  
Om ja - varför?  
Om nej - varför inte?
9. Vad gör VGR för att förhindra problematiken med att vårdenheter kan välja bort vårdtunga patienter och istället välja mer lättvårdade fall?
10. Används styrdokumentet Krav och kvalitetsboken i det dagliga arbetet?
11. I Krav och Kvalitetsboken verkar det bara finnas en uppföljningsindikator vad gäller kostnad (s 63), räcker det?
12. Har de administrativa kostnaderna ökat/minskat efter införandet av vårdvalet?
13. Ger vårdvalssystemet möjlighet till kostnadskontroll?
14. Arbetar primärvården på något sätt med internprissättning?
15. På vilket sätt kan man se att patientens ställning/inflytande/förtroende har stärkts genom VG primärvård. (Till exempel fler privata vårdenheter har tillkommit, informationstjänst på hemsidan).
16. Hur arbetar VG Primärvård med tillgänglighet, service och bemötande för patienten?
17. Hur mäter VG Primärvård framtida utveckling?
18. Vad säger den professionella yrkeskåren om införandet av vårdvalet?
19. Hur arbetar VGR med uppföljning och utvärdering?
20. Nämn tre styrkor och svagheter med vårdvalsmodellen. Konkretisera.
21. Vilket begrepp använder VGR – kunder, patient, medborgare?
22. Är det något du skulle vilja utveckla eller lägga till innan vi avslutar intervjun?

Vi ber att få återkomma om vi har funderingar framöver, via telefon eller mail.

## Frågeformulär - Chef VG Primärvårdskontor

### *Intervjupersonens bakgrund*

- Vilka är dina nuvarande ansvarsområden?
  - Hur länge har du haft den tjänsten?
  - Vilka tidigare tjänster har ni haft såväl inom regionen som utanför?
  - 1. Vilken är din roll i Västra Götalandsregionens beställar- utförarmodell?
  - 2. Kan du beskriva hur ni tänkte inför framtagandet av vårdvalsmodellen "VG Primärvård"?
  - vilka roller (ägare, beställare, utförare) var involverade i framtagningsprocessen
  - 3. Påverkar införandet av vårdvalsmodeller landstingens/regionernas ekonomi? Förväntade? Oväntade?
  - 4. Hur sker fördelningen av resurser till primärvården och hur har denna fördelning förändrats efter införandet av "VG Primärvård"?
  - 5. Tycker du att nuvarande ersättningssystem fungerar bra?  
Om ja - varför?  
Om nej - varför inte?
  - 6. Vad gör VGR för att förhindra så kallad "cream skimming"? Det vill säga att välja bort vårdtunga patienter/bara ta lättvårdade fall.
  - 7. Ger vårdvalssystemet möjlighet till kostnadskontroll?
  - 8. Hur arbetar VGR med uppföljning och utvärdering? Det vill säga perspektiven kvalitet, behov, prestation, effekt och kostnader (se idéskiss sid 28).
  - 9. Vilka justeringar har gjorts under tiden med vårdvalsmodellen, till exempel organisationsförändringar? Varför? Det är olika förutsättningar för offentliga och privata vårdgivare. Offentlig verksamhet berörs av kommunallagen, lagen om offentlig upphandling samt arkivlagen, det vill säga andra krav än privata aktörer (se sid 29 Idéskiss). Stämmer det?
  - 10. Hur har den nya situationen med konkurrens från privata aktörer påverkat?
  - 11. Nämn tre styrkor och svagheter med vårdvalsmodellen. Konkretisera.
  - 12. Vilka är enligt dig primärvårdens största utmaningar inför framtiden?
  - 13. Används styrdokumentet Krav och kvalitetsboken i det dagliga arbetet?
  - 14. På vilket sätt kan man se att patientens ställning/inflytande/förtroende har stärkts genom VG primärvård. (Till exempel fler privata vårdenheter har tillkommit, informationstjänst på hemsidan). Anser VG att man har stärkt äldres ställning? De använder ju inte internet i lika stor utsträckning som yngre/yrkesaktiva.
  - 15. Hur arbetar VG Primärvård med tillgänglighet, service och bemötande för patienten?
  - 16. I Krav- och kvalitetsboken står att syftet bland annat är att "möta framtida utveckling". Vad avses? Hur mäter VG Primärvård framtida utveckling?
  - 17. Vilket begrepp använder VGR – kunder, patient, medborgare?
  - 18. Är det något du skulle vilja utveckla eller lägga till innan vi avslutar intervjun?
  - 19. Tycker du frågorna vi ställde var relevanta?
- Vi ber att få återkomma om vi har funderingar framöver, via telefon eller mail.  
Vi skickar gärna sammanfattning av intervjun om du vill läsa den.

\*\*

### Eventuellt extra frågor

Vilka mått/nyckeltal använder "VG Primärvård"?

I Krav och Kvalitetsboken verkar det bara finnas en uppföljningsindikator vad gäller kostnad (s 63), räcker det?

Vad säger den professionella yrkeskåren om införandet av vårdvalet?