

Kandidatuppsats i offentlig förvaltning HT12

Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet

Rebecca Amiri

Lena Vartanian

Handledare: Stellan Malmer

Examinator: Björn Rombach

**Styrning genom kundval-
En fallstudie av Vårdenhet Storstad och vårdvalets
inverkan på dess verksamhet**

Abstract

Kandidatuppsats i offentlig förvaltning. Förvaltningshögskolan vid Göteborgs Universitet, Förvaltningsekonomi, Höstterminen 2012

Titel: Styrning genom kundval- En fallstudie av Vårdenhet Storstad och vårdvalets inverkan på dess verksamhet

Författare: Rebecca Amiri, Lena Vartanian

Handledare: Stellan Malmer

Examinator: Björn Rombach

Nyckelord: Vårdval, styrmodeller, prestationsfinansiering, konkurrens, primärvård, VGR

Problem och syfte: Vårdvalsreformen genomfördes nyligen. Tidigare studier har visat att införandet av vårdval, har bidragit till en ökad ekonomisk medvetenhet. Då vårdvalet fortfarande är relativt nytt, behövs ytterligare kartläggning inom området. Denna studie syftar till att kartlägga möjliga effekter av vårdvalet samt fastställa dess inverkan på den offentliga primärvårdens ekonomi och verksamhet.

Metod och avgränsningar: Detta är en fallstudie bestående av fördjupade dokument- och intervjustudier. Studien är avgränsad till en offentlig primärvårdsenhet i regionens största stad eftersom detta gav oss möjligheten att genomföra en djupare undersökning i ett område med mycket konkurrens.

Resultat och slutsatser: Handlingsutrymmet för enskilda vårdenheter har ökat, såväl som den ekonomiska medvetenheten och produktiviteten. Tillgängligheten inom primärvården har ökat efter vårdvalet. Högre krav ställs på service samt bemötande och vårdenheter tvingas lägga större fokus på att möta dessa. Att erbjuda högkvalitativ vård har blivit en utmaning i och med ökat antal drop in-tider. Omfördelning av överskott kan på sikt bli kontraproduktivt.

Förslag till fortsatt forskning: Denna studie har fokuserat på de ekonomiska effekterna av vårdvalet. Intressant vore att undersöka vårdvalet utifrån ett politiskt perspektiv. Hur vården ska bedrivas är en ideologisk fråga. Idag råder politiska motsättningar då alliansregeringen uppmuntrar mångfald bland utförare samtidigt som den rödgröna majoriteten i regionen vill ha en större kontroll på sjukvården. Vidare forskning kan också göras med hänsyn till effekterna över tid.

Förord

Sjukvård är en av välfärdssamhällets grundpelare som de flesta har någon relation till. Sjukvårdens organisation, tillgänglighet samt effektivitet har länge varit ett omdebatterat ämne. För oss har denna studie inneburit fördjupade insikter om den del av sjukvården som de flesta av oss varit i kontakt med, primärvården. När Västra Götaland 2009 beslutade att införa vårdval i primärvården, var förhoppningarna stora. Skulle valfrihet i kombination med en marknadsiserad styrmodell vara svaret på medborgarnas behov och krav?

Målet med vår studie är att belysa de för- och nackdelar som vårdvalet inneburit för primärvårdens ekonomi. Vi önskar också att vår studie bidrar till ökad kunskap och förståelse för primärvårdens verksamhet.

Med detta sagt, vill vi tacka alla som har stöttat oss under uppsatsens gång

Stort tack till samtliga respondenter för att de tog sig tid att medverka i vår forskning. Särskilt tack till chefen på vår valda vårdenhet för enormt engagemang. Vi vill även tacka våra föräldrar och syskon som motiverat och inspirerat oss. Till våra klasskamrater Emma och Madeleine, tack för all hjälp vi fick av er.

Slutligen vill vi rikta ett stort tack till vår handledare Stellan Malmer som med kort varsel tog sig an oss. Din vägledning, ditt stöd och dina synpunkter har varit ovärderliga för oss.

Göteborg, 7 januari 2013

Rebecca Amiri

Lena Vartanian

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRACT	2
1. INLEDNING	6
1:1 NPM OCH KONKURRENSUTSÄTTNING AV VÄLFÄRDSTJÄNSTER	6
1:2 VALFRIHET, BESTÄLLAR-UTFÖRARSTYRNING OCH PRESTATIONSFINANSIERING.....	6
1:3 FALLET: VÅRDENHET STORSTAD	8
1:4 PROBLEMDISKUSSION.....	9
1:5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	11
1:6 AVGRÄNSNING.....	11
2. METOD	12
2:1 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT.....	12
2:2 DATAINSAMLING	12
2:2:1 Val av dokumentstudier.....	13
2:2:2 Val av respondenter.....	13
2:3 ETISKA PRINCIPER OCH ANONYMISERING.....	14
2:4 GENERALISERBARHET OCH MÄTBARHET	14
3. MÖJLIGA EFFEKTER AV VÅRDVALET	15
3:1 PRESTATIONSBASERAD FINANSIERING	15
3:1:1 Ekonomisk medvetenhet och incitament.....	16
3:1:2 Totalkostnad och produktivitet.....	17
3:1:3 Cream skimming	18
3:2 KVALITET	18
3:2:1 Vårdkvalitet.....	19
3:2:2 Tillgänglighet.....	19
3:2:3 Service och bemötande.....	20
3:3 OPERATIONALISERING	21
4. RESULTAT	22
4:1 VG PRIMÄRVÅRD - AKTÖRER OCH UPPDRAG.....	22
4:2 KRAV- OCH KVALITETSBOKEN VÄSTRA GÖTALAND.....	23
4:3 ERSÄTTNINGSSYSTEMET FÖR VG PRIMÄRVÅRD	23
4:4 EKONOMISK MEDVETENHET – KOSTNADSANSVAR OCH INCITAMENT	25
4:5 EFFEKTER AV ERSÄTTNINGSMODELLEN	26
4:5:1 Omfördelning av överskott.....	26
4:5:2 Cream-skimming	28
4:6 VÅRDKVALITET OCH PATIENTNÖJDHET	29
4:7 MÅLRELATERAD ERSÄTTNING	30
4:8 TILLGÄNGLIGHET OCH VÅRDKONSUMTION	30
4:9 VG PRIMÄRVÅRD – UPPFÖLJNING AV TILLGÄNGLIGHET, KVALITET OCH VERKSAMHET	32
5. ANALYS OCH DISKUSSION	33
5:1 PRESTATIONSBASERAD FINANSIERING	33
5:1:1 Ekonomisk medvetenhet och incitament.....	33
5:1:2 Totalkostnad och produktivitet.....	34
5:1:3 Cream skimming	35
5:2 KVALITET	35
5:2:1 Vårdkvalitet.....	35
5:2:2 Tillgänglighet.....	36
5:2:3 Service och bemötande.....	37

6. SLUTSATSER	38
6:1 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	39
REFERENSLISTA	40
BILAGOR	42

1. Inledning

1:1 NPM och konkurrensutsättning av välfärdstjänster

Konkurrensutsättning av välfärdstjänster kan till stor del härledas till framväxten av New Public Management (NPM) i och med Thatchers tillträde vid makten 1979. Thatchers mål var att omvandla den brittiska byråkratin till en produktiv och effektiv apparat, bland annat genom att minska staten och utöka privatiseringen av den offentliga sektorn.¹ Almquist (2006) beskriver begreppet som en konstruktion idéer och tankar lånade av företagsvärlden och skapad av forskarsamhället för att erbjuda alternativ till hur man styr och förvaltar offentliga organisationer mot effektivitet. Sedan 1990-talets början och NPM-vågens utbredning i Sverige, har debatten kring den offentliga sektorns roll blivit alltmer betydande. Modellen har inneburit att medborgarnas behov och individens valfrihet fått en framträdande roll. Detta har medfört en förskjutning från politik till förvaltning och från stat till individ.²

En utveckling av dessa tankar har resulterat i att synen på välfärdstjänster och statens roll i dessa har ändrats. Medan vissa framhåller den offentliga sektorns utveckling av välfärdstjänster, vill andra kritisera den och menar att välfärdsproduktion i offentlig regi historiskt sett visat sig vara ineffektiv och lett till onödigt resursslöseri.³ På 1990-talet i samband med den borgerliga regeringens tillträde, möjliggjordes konkurrensutsättning och styrning genom kundval inom landets kommuner.⁴ Detta fick emellertid en praktisk innebörd först vid införandet av lagen (2007:1091) om offentliga upphandlingar (LOU) samt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV).⁵ Konkurrensutsättning av vård sker i huvudsak genom två olika modeller, entreprenad eller kundval.

1:2 Valfrihet, beställar-utförarstyrning och prestationsfinansiering

Hälso- och sjukvården har på senare år genomgått betydande reformer när det gäller styrning. Hallin & Siverbo (2002) gjorde en effektstudie av styrningen inom hälso- och sjukvården och identifierade tre marknadsmodeller som är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården.

¹ Osborn, D & Plastric, P, *Banishing Bureaucracy*, Policy Options, IRPP (Institute for Research on Public Policy) 1998:33

² Almquist Roland, *New Public Management*, upplaga 1:3, Liber AB, Malmö, 2006:8ff

³ SKL, *Erfarenheter av konkurrensutsättning – en forskningsöversikt*, 2011:7

⁴ Hartman, Laura, *Konkurrensens konsekvenser – Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm, SNS Förlag, 2011:9

⁵ Sveriges Riksdag

Valfrihet, beställar- utförarmodellen och prestationsfinansiering är modeller som tillämpas med avsikt att skapa ekonomisk medvetenhet och kvalitetskonkurrens vilket innebär att de lämpar sig bra för sjukvårdsverksamhet.

Valfrihet inom hälso- och sjukvården syftar främst till att stimulera vårdaktörer att anpassa sin verksamhet efter medborgarnas behov. Om man lyckas med tillämpning av valfrihet, och möjligheten nyttjas av patienten, kan det medföra incitament för effektivisering och kvalitetsökning.⁶ Ett sätt att införa valfrihet är genom kundval. Genom kundval ökar brukarens konsumentmakt, och därmed också pressen på utförarna att producera vård som tillgodoser medborgarnas behov. Tjänsten finansieras av landstinget, men ersättningen följer brukaren till den valda utföraren. Eftersom ersättningen för varje given prestation enligt denna modell är förutbestämd, ger modellen endast möjlighet till kvalitetskonkurrens.⁷ En förutsättning för att kundval ska fungera som det är tänkt, är att det ska leda till konsumtionsförändringar hos patienterna. De studier som hittills gjorts av modellen har visat att det är många andra faktorer som avgör huruvida patienten nyttjar sin konsumtionsmakt eller inte.

Beställar-utförarmodellen ger förutsättningar för ökad effektivitet och demokrati. Genom tydligare rollfördelning och större fokus på politiker som företrädare för brukarna, avser man att uppnå en mer effektiv offentlig verksamhet. Modellen ställer dock stora krav på beställarens kompetens. En viktig förutsättning är därför att behoven kartläggs på rätt sätt vid införandet inom hälso- och sjukvården. Tidigare forskningar har visat att detta hittills varit en av de största utmaningarna för vården.⁸

Anell (1991) konstaterar att det redan på 1990-talet fanns en ambition inom sjukvården att förändra den traditionellt anslagsfinansierade verksamheten till en mer ekonomiskt styrd sådan. Tanken var att med hjälp av prestationsersättning, samt ett totalt kostnadsansvar och en marknadsstyrning, skapa incitament för hög produktivitet och effektivt resursutnyttjande.⁹ Enligt studien, skulle ersättningsmodellen medföra bäst effekt om den kombinerades med konkurrens mellan vårdproducenter och valfrihet för patienter. Idag är det just denna kombination som många landsting använder sig av vid tillämpning av styrmodeller.

⁶ Hallin, B & Siverbo, S, *Jakten på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården*, Rapport 3, Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, 2002:8

⁷ Svenskt Näringsliv, *Konkurrensutsättning av offentlig sektor – Hur stor är effektiviseringspotentialen?* 2006:5

⁸ Hallin & Siverbo 2002:8f

⁹ Anell, A, *Prestationsbaserad ersättning inom hälso-sjukvården, vad blir effekterna?* Ds 1991:49, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 1991:61

Enligt Hallin & Siverbo (2002) ger prestationsmodellen upphov till både ökad och minskad produktivitet beroende på ersättnings begränsningar. En obegränsad prestationsfinansiering kan medföra ökad produktivitet och minskade kötider, men eftersom detta på sikt är en ekonomiskt ohållbar lösning för finansören, förekommer modellen endast i begränsad form. Övriga oönskade effekter som studerats i exempelvis USA är att det kan leda till vinstmaximering på bekostnad av kvalitet. Dessa effekter har dock inte kunnat fastställas i Sverige.

Hallin & Siverbo (2002) menar att det har varit svårt att fastställa huruvida dessa modeller har medfört de effekter och förändringar som de avsåg. Exempelvis har beställar- utförarmodellen inte gett upphov till förbättrad yttre effektivitet. Landstingen har genom prestationsfinansiering till viss grad lyckats uppnå högre produktivitet, men det har också visat sig medföra oönskade effekter på vårdkvaliteten och totalkostnaden. Ytterligare aspekter som forskarna framhåller är den komplicerade och svårstyrda hälso- och sjukvården, och hur detta faktum begränsar eventuella effekter av olika styrmodeller.¹⁰

1:3 Fallet: Vårdenhet Storstad

Totalt är regionen uppdelad på tio olika primärvårdsområden. Vårdenhet Storstad ingår i ett av dessa och omfattar stora delar av Göteborg. I primärvårdsområdet finns 13 utförare, offentliga och privata.¹¹ Enheten är en av de största i Göteborg som bedrivs i offentlig regi. Området där vårdenheten ligger har en demografi och socioekonomi som är snarlik regionen i helhet. De skillnader som finns är dels den stora andelen studenter, vilka medför en större andel låginkomsttagare och högutbildade samt en något högre alkoholkonsumtion än resten av regionen.

Inom ramen för vårdvalet bedriver vårdenheten, förutom en vårdcentral¹², även barnvårdscentral och en akutmottagning. Enheten bedriver även annan delverksamhet utanför vårdvalsmodellen såsom barnmorskemottagning och gynekologi. Akutmottagningen är en delverksamhet som tillkommit efter vårdvalet.

¹⁰ Hallin & Siverbo 2002:8f

¹¹ VG regionen.se/lista över valbara vårdcentraler inom VG Primärvård uppdaterad 2012-11-01

¹² Begreppet vårdcentral avser huvudverksamheten vid en vårdenhet, s.k. traditionell husläkarmottagning

Enligt en granskningsrapport som revisionsföretaget Ernst & Young gjorde på uppdrag av VGR i 2009, hade vårdenheten ungefär 26 000 listade patienter innan vårdvalet.¹³ Denna siffra bekräftas även av en rapport utgiven 2007, av VGR, där vårdenhetens upptagningsområde uppskattas omfatta ca 26 000 personer.¹⁴ Vårdenheten har idag ungefär 15 000 listade patienter och 41 000 vårdtillfällen per år räknat för 2012. Vårdenhetschefen har det främsta ansvaret för verksamheten. Över denna sitter primärvårdschefen för primärvårdsområdet samt primärvårdsdirektören för hela regionen.

Innan vårdvalet var vårdenheten anslagsfinansierad och väldigt detaljstyrd. En stor del av ersättningen utgick per utfört besök. Regionen tilldelade beställarnämnden en summa pengar som nämnden sedan fördelade bland alla vårdenheter i ansvarsområdet. Idag är enheten intäktfinansierad, i enlighet med ersättningsmodellen för VG Primärvård. Det nya ersättningssystemet har inneburit att enheten nu kan påverka en del av sina intäkter genom att arbeta aktivt med olika kvalitetsindikatorer.¹⁵ Modellen för VG Primärvård förklaras närmare i kapitel 4.

1:4 Problemdiskussion

År 2007 tillsattes en arbetsgrupp på uppdrag av Västra Götalandsregionen med avsikt att utreda hur primärvården kunde förbättras. Bakgrunden till utredningen var det stadigt låga förtroendet för primärvården som, trots ökade resurser sedan 1970-talet, fortsatte sjunka. Skälet till att just primärvården drabbats av denna förtroendekris tros vara att allmänläkare traditionellt sett haft en lägre status i jämförelse med slutenvårdens specialister. En allmän uppfattning har också varit att primärvården tillhandahåller billig vård på bekostnad av kvalitet.

På 1990-talet aktualiserades debatten om patientens ökade inflytande inom vården, vilket medförde förstärkta krav på vårdkvaliteten och vårdens effektivitet. Den ständigt åldrande befolkningen, den snabba utvecklingen inom medicin, samt de ökade kraven från medborgarna i kombination med den nya lagstiftningen om valfrihetssystem, motiverade regionen till att genomföra en reform.

¹³ Hellqvist, A, Larsson, S, Augustsson, D, Rundquist, V, *Kapacitetsstyrning och vårdlogistik vid vårdcentraler i Västra Götaland*, Dnr Rev 21-2009, Ernst & Young, 2009:8f, (räknades fram genom att multiplicera antal läkare på vårdenheten med antal listade patienter per läkare för år 2008)

¹⁴ VGR, *Beskrivning av vårdcentralerna och dess upptagningsområden per primärvårdsområde*, Göteborgs stad Fastighetskontoret, 2007

¹⁵ Enligt uppgifter som framkommit under intervjuer med respondenterna

Vårdval skulle hjälpa primärvården att återta förtroende samtidigt som det verkade legitimitet- och statushöjande.¹⁶

Den 3 februari 2009, beslutade regionfullmäktige i Västra Götaland att införa vårdval i primärvården, i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV). Syftet med reformen var att **1.stärka medborgarnas ställning och öka deras inflytande i vården, 2.förbättra medborgarnas förtroende för primärvården, 3.möta framtida utveckling samt 4.styra mot en kvalitativ vård genom att öka tillgängligheten samt förbättra servicen och bemötandet.**¹⁷

De problem som regionen upplevt förklaras till stor del av den traditionellt anslagsfinansierade vården då aktörerna saknade ekonomiska incitament för att arbeta mer resurseffektivt och kvalitativt.¹⁸ Kundvalsmodellen i kombination med en prestationsbaserad finansiering har erbjudit en lösning på nämnda problem. Genom att öka kostnadsansvaret hos vårdenheter¹⁹ och införa ett nytt kvalitetsorienterat ersättningssystem i kombination med patientens valfrihet, hoppades man kunna skapa tillräckliga incitament för en mer effektiv primärvård.²⁰

Hur man bäst styr vården för att kunna tillgodose de krav och behov som finns, har länge varit ett omdebatterat ämne. Olika styrmodeller ger upphov till olika incitamentsstrukturer och är därför av ytterst relevans för verksamhetens utformning.²¹ Kundvalsmodellen har bland annat inneburit att fokus inom primärvården har flyttats från verksamheten till ekonomin. Det nya ersättningssystemet ger vårdenheter en större frihet att påverka och utforma sin verksamhet efter eget tycke och med hänsyn till lokala anpassningar. Modellen har dock också gett upphov till en del oönskade effekter för verksamheten, som ofta kopplas till prestationsfinansieringen.

Tidigare studier av ämnet har framför allt visat ett samband mellan marknadsmodeller och ekonomiska effekter.²² Eftersom detta är en tämligen ny form av styrning i primärvården, behövs ytterligare kartläggning.

¹⁶ VGR, Olausson, Pollack, Johanson och Nyborg, *Vägen till medborgarnas primärvård- En idéskiss för VG Primärvård*, 2008:5f

¹⁷ VGR, *Krav och kvalitetsbok 2012 VG*, 2012:7

¹⁸ Berlin Johan, & Kastberg Gustaf, *Styrning av hälso- och sjukvård*, Liber AB, Malmö, 2011:57

¹⁹ Begreppet "vårdenhet" används för offentliga och privata vårdcentraler med flera delverksamheter t.ex. BVC.

²⁰ Idéskissen 2008:18

²¹ Berlin & Kastberg 2011:57

²² Hallin & Siverbo 2002:9

Förekomsten av ekonomiska effekter i kombination med behovet av ytterligare forskning motiverade oss att göra en fördjupning av modellen och dess inverkan på den offentliga primärvården.

1:5 Syfte och frågeställning

För att kunna öka förståelsen för den offentliga primärvården och vårdvalet, vill vi kartlägga modellens möjliga effekter samt förklara hur vårdvalet har förändrat verksamheten på vår valda vårdenhet. Vår forskningsfråga är därmed:

Vilka effekter kan vårdval ge upphov till och hur har modellen förändrat Vårdenhet Storstads verksamhet och ekonomi?

1:6 Avgränsning

Vår studie är, med hänsyn till vårt syfte, avgränsad till en offentlig vårdenhet i Göteborg. Ytterligare avgränsning har gjorts till vårdenhetens verksamhet och ekonomi, därför har patientperspektivet utelämnats.

2. Metod

I detta kapitel beskrivs hur vi valde att gå tillväga med vår studie.

2:1 Tillvägagångssätt

För att förstå vilka effekter införandet av vårdval kan ge upphov till inom den offentliga primärvården, valde vi att studera en offentlig vårdenhet. Valet att fokusera undersökningen på en specifik enhet kännetecknar en typisk fallstudie, enligt Bryman.²³ Alternativ forskningsdesign hade varit en jämförelse, antingen av många vårdenheter eller av två kontrasterande enheter. Syftet hade i det första fallet kunnat vara att generalisera eventuella effekter av vårdvalsreformen till hela regionen, och i det andra fallet att förklara vari skillnaderna bestod. Vid en jämförelse av många enheter hade vi troligtvis stött på problem i urvalet med anledning av de stora demografiska och socioekonomiska skillnader som existerar mellan olika vårdenheter i regionen. Det hade varit svårt att uttala sig om orsakssamband utan att ta hänsyn till yttre faktorer. Det andra fallet hade krävt en tidsomfattande kartläggning av många vårdenheter för att därefter hitta två kontrasterande fall. Med hänsyn till detta och arten av vår forskningsfråga ansåg vi därför inte att en jämförelse var aktuell.

Vi började med att undersöka urvalet och kartlägga ett antal offentliga vårdenheter i Göteborg. Att vi valde Göteborg berodde främst på stadens storlek i regionen men också för att vi bor här. Ett kriterium var att den valda enheten skulle ligga i ett område där många konkurrenter hade valt att etablera sig. Vi antog att en hårt konkurrensutsatt vårdenhet rimligen skulle uppvisa fler effekter av vårdvalet. Efter en genomgång av de tre största vårdenheterna i vårt primärvårdsområde, kom vi fram till att vår valda enhet var den som lämpade sig bäst för vår studie.

2:2 Datainsamling

Vår datainsamling bestod av en kombination av dokumentstudier och intervjuer. Vi bedömde det som nödvändigt att kombinera dessa för att skapa ett brett underlag för besvarande av vår forskningsfråga.

²³ Bryman Alan, *Samhällsvetenskapliga metoder*, uppl. 2:2, Liber AB, Malmö, 2011:73f

2:2:1 Val av dokumentstudier

De dokument som presenteras i resultatet rör i huvudsak primärvårdens och i synnerhet VG Primärvårds funktioner och uppbyggnad. Datan kommer dels från den idéskiss som vårdvalsenheten arbetat fram inför vårdvalsreformen och dels från Krav – och kvalitetsbok 2012, ett förfrågningsunderlag för VG Primärvård. Syftet var att denna del av empirin skulle ge läsaren en bättre förståelse för VG Primärvård samt ersättningssystemets uppbyggnad och därmed fungera som ett komplement till intervjuerna. Även statistik från regionen som publicerats i uppföljningsrapporten ”Ett år med VG Primärvård” (2010) presenteras.

2:2:2 Val av respondenter

Då primärvården i VGR bedrivs enligt en beställar-utförarmodell, ansåg vi det vara relevant för studien att inkludera synpunkter från så många aktörer som möjligt för att kunna besvara vår forskningsfråga. De befintliga aktörerna i regionen är politiker, primärvårdsförvaltning, vårdenhet samt patient. Vi valde att genomföra semistrukturerade intervjuer med tre av dessa fyra aktörer. Patienterna uteslöts då syftet med studien inte var att kartlägga detta perspektiv.

Respondenterna var vårdenhetschefen på Vårdenhet Storstad, två regionråd med anknytning till vårt primärvårdsområde, varav en moderat och en socialdemokrat, primärvårdschefen för området samt chef för vårdvalsenheten i Västra Götaland. Den semistrukturerade intervjumodellen tillät oss att både ställa specifika frågor om sådant som var av direkt intresse för studien, men såg även till att vi inte gick miste om kunskap som vi i förväg inte kände till, då respondenterna tilläts tala fritt till viss del.²⁴ Vidare utformades intervjuguiden med ca 25 frågor för samtliga respondenter, med hänsyn till deras kunskap i frågan samt till deras roll i sammanhanget. Politikerna fick därför samma frågor, medan frågorna till övriga tre respondenter skiljde sig något. Samtliga respondenter informerades i förväg om vårt syfte. Vårdenhetschefen och primärvårdschefen tillfrågades via telefon, medan resterande respondenter inledningsvis fick ett email där vi förutom syftet angav ungefärlig intervjulängd. Två intervjuer genomfördes med vårdenhetschefen, som vi ansåg var vår primära källa.

Den första intervjun syftade till att skapa en bakgrundskunskap om läget på vårdenheten, medan den andra avsåg att specificera den kunskap vi fick vid första intervjun. Första tillfället var en personlig intervju på respondentens arbetsplats.

²⁴ Bryman 2011:206

Den andra intervjun genomfördes över telefon. Även politikerna intervjuades över telefon. Chefen på vårdvalsenheten bad om att få våra intervjufrågor via email. Intervjun med primärvårdschefen genomfördes personligen, på dennes arbetsplats. Vi var båda närvarande vid de personliga intervjuerna, medan telefonintervjuerna hölls med en av oss. Samtliga intervjuer transkriberades genom inspelning, och alla respondenter tillfrågades och informerades om detta i förväg.

2:3 Etiska principer och anonymisering

Vi informerade samtliga respondenter att de hade möjligheten att vara anonyma och att vi i sådana fall skulle aidentifiera den information vi fick av dem. Tre av respondenterna valde att framträda med namn medan två ville vara anonyma. Detta innebar att vi fick aidentifiera delar av fallet för att inte riskera att demaskera någon respondent. Studien av en anonym enhet medförde vissa svårigheter under skrivandets gång eftersom vi fick bearbeta texten många gånger för att försäkra oss om att alla formuleringar blev korrekta. Vi fick även utelämna en del källor för inte avslöja vår anonyma vårdenhet. En fördel var dock att våra respondenter kände sig bekväma nog att tala fritt.²⁵

2:4 Generaliserbarhet och mätbarhet

Vid studier av förändringar och effekter, är det viktigt att beakta risken för påverkan av yttre faktorer. Vi kunde inte med säkerhet fastställa att de förändringar som uppstått i Vårdenhet Storstad enbart skett till följd av reformen. Eftersom VGR tillämpar valfrihet, prestationsfinansiering och beställar- utförarstyrning i kombination, kunde vi heller inte förklara förändringarna med hjälp av endast en modell, utan drog slutsatser utifrån helheten.²⁶ Med hänsyn till vårt syfte och vår frågeställning ansåg vi att en fördjupning inom en representativ vårdenhet var tillräcklig för att besvara vår fråga.

Valet av fallstudie gjorde det svårt att generalisera eventuella slutsatser till hela populationen, i detta fall regionen. Det är viktigt att beakta att vår valda vårdenhet inte är representativ för alla vårdenheter inom den offentliga primärvården i VGR. Vårt syfte med studien var inte att dra några generella slutsatser kring vårdvalets effekter, utan att exemplifiera ett fall för att visa hur kundval kan yttra sig i praktiken.

²⁵ Rombach Björn, *Den marknadslika kommunen – en effektstudie*, N&S Förlag AB, Stockholm, 1997:21

²⁶ Hallin & Siverbo 2002:33f

3. Möjliga effekter av vårdvalet

I följande kapitel redovisas ett antal förväntade effekter som enligt tidigare forskning kan ha en inverkan på sjukvårdens ekonomi och kvalitet.

3:1 Prestationsbaserad finansiering

Som nämnt i kapitel 1, ger prestationsfinansiering bäst effekt när det kombineras med konkurrens mellan producenter och patientens valfrihet. Denna kombination leder till ökad kostnadsmedvetenhet som i sin tur kan medföra ökad produktivitet. I studier av vissa landsting, har det även visat sig att produktiviteten efter några år planar ut, för att därefter återgå till utgångsläget.²⁷

Ersättningsens utformning är viktig för de incitamentsstrukturer som man avser skapa.²⁸

Vanligast inom vården är att kombinera rörlig med fast ersättning. Fast ersättning baseras på faktorer såsom socioekonomisk förutsättning samt vårdenhetens storlek. Rörlig ersättning kan exempelvis bygga på måluppfyllelse. Beroende på hur stora de olika ersättningarna är, kan man få olika effekter. Vid för stor andel fast ersättning föreligger exempelvis risk att vårdgivaren väljer de patienter vilka anses vara lönsamma. Skulle man öka andelen påverkbar ersättning föreligger risk att utföraren prioriterar kvantitet över kvalitet. Antal besök prioriteras snarare än att förse varje patient med högkvalitativ vård.²⁹

Ett sätt att minimera risken för oönskade effekter av prestationsfinansiering är genom kapitering - en halv rörlig ersättning. Detta innebär att ersättningen är kopplad till antal listade patienter men inte antal utförda besök. En fördel med kapitationsersättning är att den är oberoende av geografiskt område, men modellen skapar inga finansiella incitament för ökad produktion.³⁰

Ett exempel på rörlig ersättning, är den målbaserade. Avsikten med denna ersättning är att stimulera vårdenheterna till en högre grad av måluppfyllelse och därmed uppnå kvalitetsvinster. Den baseras på en rad kvalitetsindikatorer som mäts av vårdgivarna. För varje uppfyllt mål, belönas verksamheten med en viss summa. Tanken har varit att ersättningen ska redovisas öppet, för att sporra vårdutförarna till att vilja bli bättre.

²⁷ Hallin & Siverbo 2002:97f

²⁸ Berlin & Kastberg 2011:57

²⁹ Anell, A, *Vårdval i primärvården- Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner*. Skriftserie 2009:1. Institutet för ekonomisk forskning Lunds universitet, 2009:25f

³⁰ Berlin & Kastberg 2011:71

Ersättningen är dock blygsam och ligger i snitt på c:a 3 % av de totala intäkterna. Av en studie i Storbritannien har det framkommit att den målrelaterade ersättningen i viss mån har haft en positiv effekt på måluppfyllelsen. Det visade sig att modellen medförde förbättrade rutiner och dokumentation kring kvalitetsuppföljningarna, men kombinerades samtidigt med högre löner till läkarna. En risk med den typen av belöningar är att viktiga kvalitetsmål undanträngs till fördel för sådana som ger högre finansiell utdelning. Forskningen har dock hittills inte kunnat styrka särskilda kvalitetsvinster till följd av målrelaterad ersättning, för vården.³¹

En övergripande slutsats som forskningen pekar på, är dock att marknadsmodeller i helhet medfört en ökad ekonomisk medvetenhet. Intäktsfinansiering har även bidragit till flexibilitet och bättre förutsättningar för besparingar. Däremot har det inte skett några kvalitetsförbättringar utan snarare har de effekter som observerats, visat på att vårdkvaliteten antingen förblir oförändrad eller försämras genom tillämpning av marknadsmodeller.³²

3:1:1 Ekonomisk medvetenhet och incitament

Gemensamt för samtliga marknadsmodeller, är att de införs med avsikt att skapa en ekonomisk medvetenhet i organisationen där de tillämpas. För att denna effekt ska uppnås, krävs det emellertid att de personer som arbetar i organisationen har en förståelse för att de ekonomiska resurserna är begränsade och att de därför bör sträva efter största möjliga resurseffektivitet. Ett hinder som traditionellt sett funnits för ekonomisk medvetenhet inom vården, tros vara läkarnas ovillighet att förstå denna dynamik. Detta har dock till stor del motverkats genom införandet av intäktsfinansiering.³³

I Anells studie från 1991, framkommer att det främst var i personalplaneringen som den ekonomiska medvetenheten yttrade sig. Exempelvis genom en minskning av antalet vikarier. Ytterligare en effekt var att själva förändringsarbetet som uppstod vid införandet av prestationsersättning, medförde större insikter om de resurser som verksamheten hade till förfogande. På två av de studerade klinikerna, framkom det även att prestationsfinansiering i kombination med ett totalt kostnadsansvar för utförarna, resulterade i ökade krav på kvalitetsuppföljningar och utvärdering av verksamheten.³⁴

³¹ Anell, A, *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. 2010:7 Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2010:12f

³² Hallin & Siverbo 2002:8

³³ ibid. 120f

³⁴ Anell 1991:61f

Hallin/Siverbo (2002) konstaterar att det i studier av Bohuslandstingets införande av prestationsfinansiering framkommer att det medfört en ökad ekonomisk uppmärksamhet, ett större kostnadstänk samt besparingar. Det har dessutom visat sig att den ekonomiska medvetenheten är den effekt som i många fall varit mest långsiktig vid införandet av prestationsfinansiering.³⁵

3:1:2 Totalkostnad och produktivitet

Hallin och Siverbo (2002) lyfter fram risken med ökade totalkostnader i och med införande av ett prestationsbaserat finansieringssystem.³⁶ De poängterar att det finns exempel på när ökade totalkostnader förekommit till följd av övergång till prestationsfinansiering vilket innebär att denna risk bör finnas med i planering och beräkningar. För att undvika problem med skenande totalkostnader kan justeringar av finansieringsformen göras, delvis genom införande av "tak".³⁷ Det kan dock tyckas motsägelsefullt att införa restriktioner efter införande av valfrihet. Genom begränsning av totalkostnaderna föreligger dessutom risk att hindra en verksamhets produktivitet. Vidare poängteras vikten av incitament för att öka produktiviteten, med betoning på att det bör finnas motiv till ekonomiskt sparande.³⁸

Ekonomiska effekter av prestationsfinansiering kan bl. a ses i studier av Stockholmläns landsting. Här hade modellen på kort sikt lett till ökad produktion både inom slutenvården och inom den somatiska korttidsvården, och berodde i stor utsträckning på kostnadsminskningar. I en motsvarande studie av Dalarna ett år senare konstaterades produktivitetsvinster på närmare 6 % och några år senare uppåt 11 %. Även studier av motsvarande sort i Bohuslandstinget, visade på en ökad produktivitet närmare 16 %, både inom slutenvården och öppenvården. Detta var dock en initial effekt under modellens första tre år, men som senare kom att planas ut. I denna studie visade beräkningarna att en stor andel av produktivitetsökningarna, berodde på kostnadsreduceringar i första hand och därefter på ökad produktion.³⁹ I en senare studie av Stockholmsmodellen framkom det även, att de tidigare observerade produktivitetsvinsterna hade avstannat bara efter tre år.

³⁵ Hallin & Siverbo 2002:120f

³⁶ ibid. 9

³⁷ ibid. 100f

³⁸ ibid. 161

³⁹ ibid. 97

Anledningen till detta troddes vara att en del vårdenheter som trots prestationsersättning inte hade klarat av att öka produktionen, hade fått tilldelat extra resurser av politikerna. Detta skickade därmed signaler till alla vårdutförare, att långa köer ger extra resurser. En allmän bedömning av prestationsfinansiering är att det leder till ökad produktivitet men också ökade totalkostnader.⁴⁰

3:1:3 Cream skimming

Cream skimming är en benämning på icke-önskvärda effekter som eventuellt uppstår av prestationsfinansiering. Då varje vårdenhet får ersättning baserat på prestation, finns ett visst utrymme att själv påverka storleken på ersättningen. Oönskad effekt av detta är när patienter vilka är ekonomiskt ofördelaktiga, förbises och utföraren istället väljer de patienter vilka anses lönsamma.⁴¹ Exempelvis föreligger risk för patienter med kroniska sjukdomar att avvisas då dessa innebär en ekonomisk belastning eftersom de med stor sannolikhet nyttjar hela den summa som medföljer till vårdgivaren. Ytterligare exempel på cream-skimming kan uppstå av geografiska- och socioekonomiska skäl, t.ex. att många utförare väljer att etablera sin verksamhet i områden där de vet att det finns många "lönsamma patienter".⁴² Cream-skimming är ett avsiktligt försök att få verksamheten att verka mer lönsam än vad den faktiskt är.⁴³ Primärvårdens främsta mål är att förse befolkningen med kvalitativ vård och förekomst av cream-skimming blir därmed ett hinder för att uppnå detta mål.

3:2 Kvalitet

Utgångspunkt och grundläggande antagande vid undersökning av primärvården är att dess främsta syfte är att förse medborgare med högkvalitativ vård.⁴⁴ Att undersöka de effekter införandet av vårdval har inneburit kan vara förhållandevis enkelt eller tämligen svårt, beroende på vilka variabler man väljer att undersöka. De kvantitativa måtten såsom antal listade patienter är lätta att undersöka. Detsamma gäller exempelvis antal ställda diagnoser.⁴⁵

⁴⁰ Hallin & Siverbo 2002:98

⁴¹ Kastberg, G & Siverbo, S, *Activity-based financing of health care--experiences from Sweden*. nt J Health Plann Mgmt 2007; 22: 25-44:35

⁴² Anell 2009:26

⁴³ Thiel, S & Leuw. F.L, *The Performance Paradox in the Public Sector*, Volume 25 No 3 March 2002 Page Publications, 2002:8

⁴⁴ Bendz, A, "Västsvensk demokrati i tid och rum". *Att välja vård - västsvenskarna och vårdvalet*, red. L. Nilsson, Göteborg, SOM-institutet 2011:5

⁴⁵ Glenngård, A.H & Anell, A, *Produktivitet och patientnöjdhet i primärvården - en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen*, 2012:28

3:2:1 Vårdkvalitet

Ulf Ramberg, Rådet för Kommunalekonomisk Forskning och Utbildning (KEFU), pekar i förordet till Anell och Glenngårds studie av primärvården på vikten av att skilja på kvalitet som syftar till det medicinska samt den som behandlar service och bemötande. Det krävs kunskap och förståelse för att kunna bedöma vårdkvalitet, till skillnad från servicekvaliteten vilken är tämligen lättare att uttrycka missnöje kring. Det är därför lite mer besvärligt att mäta kvalitativa mått. I nämnda rapport motiveras införande av valfrihet inom vården, av förhoppningen om ökad kvalitet. Samtidigt har viss oro uppstått bland patienter och de anställda inom primärvården, över att vårdkvaliteten försämrats. Det har ifrågasatts huruvida det är möjligt att bibehålla hög kvalitet inom en verksamhet vars tillgänglighet ökar.⁴⁶

Enligt Hallin och Siverbo har denna oro resulterat i ett mer medvetet tänk kring kvalitet samt utvecklat kvalitetsarbete.⁴⁷ Med ökat behov av kvalitetskontroller, har Brittiska NHS⁴⁸ utvecklat ett system där ungefär 140 olika kvalitetsvariabler redovisas. Dessa delas in i fyra områden; kliniska, organisatoriska, patienterfarenheter samt tilläggstjänster. Drygt hälften av indikatorerna omfattar kliniska processer. I Storbritannien är en läkares inkomst till stor del baserad på utfallet av dessa variabler.⁴⁹ Detta är visserligen inte aktuellt i Sverige, men ovannämnda variabler är intressanta att studera då NHS kartlagt variabler som möjliggör kvalitetsmätning.

3:2:2 Tillgänglighet

Att öka tillgängligheten var ett av de främsta målen med implementering av vårdvalsreformen. Tanken är att patientens möjlighet att byta vårdcentral vid missnöje verkar som incitament för att förbättra verksamhetens tillgänglighet.⁵⁰ I Anells studie från 1991 framkom det att prestationsfinansiering bidrog med incitament för att öka tillgängligheten och därmed maximera prestationerna.⁵¹ I en debattartikel i Läkartidningen 2007 betonar läkaren Bengt Järhult, att alltför stor vikt läggs på den tidsmässiga tillgängligheten, väntetiden. Detta sker, enligt Järhult, på bekostnad av särskilt den geografiska tillgängligheten.⁵²

⁴⁶ Glenngård & Anell 2012:29

⁴⁷ Hallin & Siverbo 2002:123

⁴⁸ National Health Service – Storbritanniens sjukvårdsmyndighet

⁴⁹ Anell 2009:37

⁵⁰ Glenngård & Anell 2012:8

⁵¹ Anell 1991:61f

⁵² Järhult, B, *Ökad tillgänglighet- för vem?* Läkartidningen, volym 104, nr.47, 2007

Ökad tillgänglighet möjliggör också ökad konsumtion av vård. Att en vårdcentral har många besök tyder inte nödvändigtvis på stor vårdtyngd, utan kan spegla den ökade tillgängligheten.⁵³ I en debattartikel publicerad i Läkartidningen 2003, uppmärksammar docent Erik Björn-Rasmussen och f.d. sjukvårdspolitiker Dick Erixon "överkonsumtion av vård". De benämner denne som en myt och hävdar att vård inte är något som konsumeras i onödan. Patienter som vid upprepade tillfällen söker vård gör inte detta för nöjes skull, utan snarare med anledning av att de inte ansett sig fått rätt hjälp vid första besöket. Därför kan "överkonsumtion" till följd av ökad tillgänglighet skyllas på vårdgivarna själva, enligt Erixon och Björn-Rasmussen.⁵⁴

3:2:3 Service och bemötande

Service och bemötande är kvalitetsmått, men bör skiljas från medicinska kvaliteter. Endast patienten kan bestämma om en vårdcentralers service och bemötande är tillfredsställande. Denna aspekt har kommit att bli mer betydelsefull i och med införandet av vårdval.⁵⁵ I Svenskt Näringslivs rapport från 2008 omnämns otillfredsställande bemötande som en anledning till att patienter väljer att lista sig på en annan vårdcentral. Patientens möjlighet att ställa krav på bemötande samt service innebär ytterligare inflytande.⁵⁶ Av denna anledning bör vårdcentraler vara uppmärksamma på hur arbete kring detta bedrivs. Ökad medvetenhet förväntas. Då patienten ofta har bättre uppfattning om denna typ av kvalitetsmått snarare än vårdkvalitet, är sannolikheten stor att det oftare uttrycks missnöje kring service och bemötande. Detta innebär också att det är ett område vilket ständigt har möjlighet att förbättras.

Enligt samma rapport, är ett förbättrat patientbemötande en konstaterad effekt av vårdvalet. Ett praktiskt exempel på detta som Hallin/Siverbo (2002) belyser, är Bohusmodellen som diskuterades i tidigare avsnitt. Överläkarna som från början var skeptiska till en marknadsmodell, ansåg efter ett tag att reformen hade fått dem att inse värdet av begreppet kund, vilket hade lett till en ökad benägenhet att förbättra både service och bemötande inom landstingets sjukvård.⁵⁷

⁵³ SKL, *Att mäta produktivitet inom primärvården*, 1999:39

⁵⁴ Rasmussen E-B & Erixon, D, *Ingen söker vård i onödan- Bara konsumentmakt med ekonomiska konsekvenser kan förändra sjukvården*, Läkartidningen, volym 100, nr. 45, 2003

⁵⁵ SKL, *Modell för uppföljning och utvärdering av vårdval*, Ekonomihögskolan vid Lunds Universitet och Rådet för Kommunalekonomisk Forskning och Utbildning, 2009:23

⁵⁶ Svenskt Näringsliv, *Vårdval – att flytta makten till patienterna*, 2008:9

⁵⁷ Hallin & Siverbo 2002:121

Hallin/Siverbo lyfter fram ytterligare en aspekt, nämligen att det förväntade bemötandet skiljer sig mellan generationer. Enligt rapporten förhåller sig yngre oftast mer kritiska och ställer högre krav än de som är lite äldre. Att röster höjs och kritik lyfts fram innebär möjligheter för förbättrad verksamhet. Samtidigt tycks det föreligga en risk att missnöjet dras för långt. Hallin och Siverbo skriver också om tendenser att inte acceptera tillstånd som är aningen obekväma men fullt normala, exempelvis symptom som uppstår naturligt i och med att man åldras.⁵⁸

3:3 Operationalisering

För att kunna undersöka hur vårdvalet har förändrat Vårdenhet Storstads verksamhet, tänker vi med grund i tidigare avsnitt, undersöka följande variabler i denna studie:

Ekonomi

- Ersättningsmodell
- Ekonomisk medvetenhet och incitament
- Totalkostnad och produktivitet
- Cream skimming

Kvalitet

- Vårdkvalitet
- Tillgänglighet
- Bemötande
- Service

⁵⁸ Hallin & Siverbo 2002:19

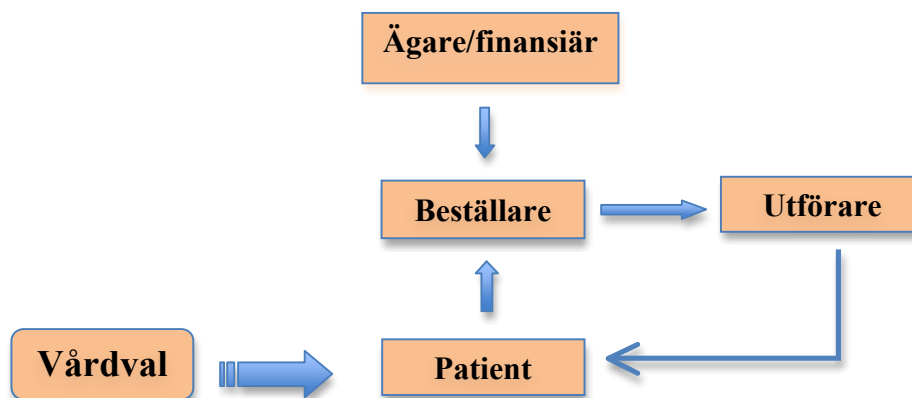
4. Resultat

Vårt resultat, som utgörs av intervjustudier och dokumentstudier, presenteras i ämnesordning. Våra respondenter, fem personer alla med anknytning till VG Primärvård, benämns som R1 till R5. R1=vårdenhetschef på Storstad, R2=chef på vårdvalsenheten R3=primärvårdschef, R4=regionråd (S) och R5=regionråd (M)

4:1 VG Primärvård - aktörer och uppdrag

Vårdvalet i VGR tillämpas enligt beställar- utförarmodellen där ägarna är regionfullmäktige- och styrelse samt hälso- och sjukvårdsutskotten. Beställare är politiker i de tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförare är samtliga vårdenheter i regionen.⁵⁹

Innan vårdvalet beställde de tolv olika beställarnämnderna i regionen, vården av de offentliga utförarna åt patienterna, på uppdrag av ägarna. Patienten hade därmed en mottagarfunktion endast. I och med vårdvalet, så utgår nu beställningen från patientens val och förändrar därmed relationsdynamiken i modellen.



Figur 1 Egen konstruktion av beställar-utförarrelationen efter VG Primärvård

I uppdraget för VG Primärvård ingår det förutom att bedriva allmänmedicinsk verksamhet bl.a. även barnhälsovård samt utvecklingsarbete och forskning. Inom ramen för det allmänmedicinska uppdraget ska vårdenheterna bl.a. se till att arbeta hälsofrämjande och förebyggande samt tillhandahålla kvälls- och helgöppna mottagningar.⁶⁰

⁵⁹ VG regionen.se/Så styrs hälso- och sjukvården

⁶⁰ KoK 2012:13f

4:2 Krav- och kvalitetsboken Västra Götaland

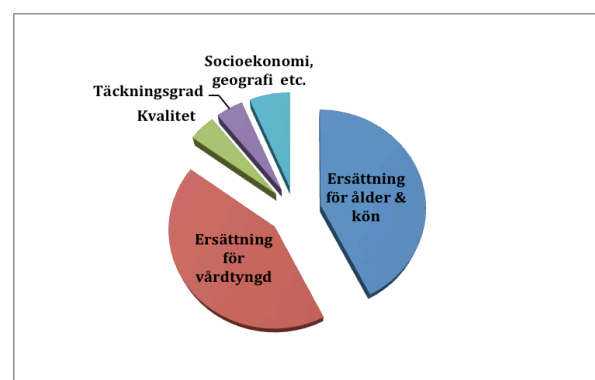
Krav- och kvalitetsboken (KoK) är ett förfrågningsunderlag som enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) anger förutsättningar för att bli godkänd och för att bedriva vårdverksamhet inom Västra Götalandsregionens Primärvård.⁶¹

4:3 Ersättningsystemet för VG Primärvård

Ersättningsmodellen före vårdvalet var till stor del prestationsbaserad, dock inte med samma krav på prestation som idag. C:a 4 % av ersättningen i regionen baserades då på kapitering och c:a 60 % baserades på antal utförda besök.⁶² Ersättningsmodellen för VG Primärvård gäller till skillnad från tidigare, samtliga utförare oavsett om de bedrivs i offentlig eller privat regi. De privata utförarna kompenseras med ett tillägg som motsvarar den moms som regionen har rätt till när de ersätter de privata vårdaktörerna.⁶³ Regionfullmäktige är det beslutande organet och har ansvaret för att utforma och årligen fastställa ersättningsmodellen och dess nivå. Ersättningsystemet för VG Primärvård består i huvudsak av tre delar, primärvårdspeng eller s.k. kapitering, målrelaterad ersättning samt särskild ersättning.

Primärvårdspeng/kapitering utgör idag, c:a 85 % av den totala ersättningen till vårdenheterna, där 50 % består av en viktning för ålder och kön, och 50 % utgörs av en viktning för vårdenheternas s.k. vårdtyngd. **Ersättning för ålder och kön** utgår beroende på det antal listningspoäng som vårdenhetens samtliga listade patienter genererar. Varje patient viktas i ett system baserat på ålder och kön. Ålder viktas i 1-års intervaller mellan 0-100 år.⁶⁴

Ersättning för vårdtyngd utgår beroende på den samlade s.k. ACG-vikten som vårdenheternas samtliga listade patienter medför. ACG⁶⁵ är en samlad bedömning av patienternas sjuklighet. Ersättningen utgår således till vårdenheterna beroende på det sammanlagda vårdbehovet hos alla deras patienter, och beräknas månadsvis.⁶⁶



Figur 2 Visar hur ersättningen i VG Primärvård fördelas

⁶¹ KoK 2012:8

⁶² R2, chef för vårdvalsensheten

⁶³ KoK 2012:13

⁶⁴ ibid. 38f

⁶⁵ Adjusted Clinical Groups- ett system för diagnosklassifikation

⁶⁶ KoK 2012:39

Modellen är utformad så att äldre och kroniskt sjuka ska gynnas genom att de får med sig en större ersättning till vårdenheterna.⁶⁷ För vårdenhet Storstad står ersättningen för ålder och kön för den största delen av intäkterna. Det är också den del av intäkterna som enheten inte kan påverka. Ersättning för vårdtyngd är den näst största delen av enhetens intäkter men vårdenhetschefen tror att den hade kunnat vara större. Det handlar mycket om att motivera läkarna som jobbat på enheten i många år, att förändra sitt arbetssätt. Vårdenhetschefen tror att de privata utförarna är duktigare på detta och vill samtidigt poängtera att det inte har inneburit att man överdiagnostiserar.⁶⁸ Politikerna har sett att ersättning för vårdtyngd har gett upphov till positiva effekter. Vårdenheterna har blivit mer noggranna med att journalföra patienternas samtliga diagnoser nu när det finns ekonomiska incitament för arbetet.⁶⁹

Den målrelaterade ersättningen utgår för täckningsgrad och kvalitet. **Målrelaterad ersättning för täckningsgrad (%)** utgår till vårdenheterna baserat på hur stor andel av deras listade patienters öppenvårdsbesök, som görs vid en verksamhet som vårdenheten har kostnadsansvaret för.⁷⁰ **Målrelaterad ersättning för kvalitet (poäng)** utgår för 2012, utifrån totalt 40 kvalitetsindikatorer, där tre av dessa utgör grund för fast belopp om målet uppnåtts oberoende av vårdenhetens storlek⁷¹. För resterande indikatorer utgår en rörlig ersättning beroende på måluppfyllelsegrad. Totalt genererar dessa indikatorer maximalt 31,5 poäng.⁷²

Särskild ersättning för socioekonomi utgår till de vårdenheter som har en hög socioekonomisk belastning. Denna beräkning görs utifrån CNI⁷³ med specifika variabler och särskild viktning framtagen för svensk primärvårdsverksamhet. De variabler som viktas högst enligt detta index är bl.a. andelen ensamboende äldre än 64 år, andelen födda utomlands (utanför västvärlden) samt andelen arbetslösa (18-64 år). Varje månad skickas den uppdaterade vårdvalsfilen till SCB för uträkning av CNI per vårdenhet och ersättning utgår till de enheter som har högst CNI per listad invånare. **Särskild ersättning för geografi** utgår dessutom till vårdenheterna baserat på deras geografiska belägenhet.⁷⁴

⁶⁷ R2, chef för vårdvals enheten

⁶⁸ R1, vårdenhetschef Storstad

⁶⁹ R5, regionråd (M)

⁷⁰ KoK 2012:40

⁷¹ Vårdenheternas storlek utgår från antal listningspoäng, dvs. antal listade patienter i relation till antal patienter i hela regionen.

⁷² KoK 2012:40

⁷³ Care Need Index – ett socioekonomiskt behovsindex utvecklad för vårdvalet.

⁷⁴ KoK 2012:42

Särskild ersättning för tolk utgår till de vårdenheter som anlitat tolk för patientrelaterat arbete. **Ersättning för särskilda uppdrag** utgår enligt ersättningsmodellen även för åtagande inom närområdesansvaret, t.ex. familjecentraler. För åtagande inom utbildningsuppdraget, t.ex. per anställd ST-läkare i allmänmedicin och för deltagande i vissa regionövergripande grupper av strategisk karaktär.⁷⁵

4:4 Ekonomisk medvetenhet – kostnadsansvar och incitament

Den samlade ersättningen som utbetalas enligt ersättningsmodellen för VG Primärvård, ska täcka alla kostnader som uppstår för driften av den egna vårdenheten. Detta innebär att vårdenheterna i regionen har ett kostnadsansvar för allt som *“beställts, förskrivs eller begärs därifrån”*⁷⁶ vilket utgår från det behandlingsansvar som varje utförare har åtagit sig i och med uppdraget. Det omfattar även ansvaret för de kostnader som kan uppstå om listade patienter besöker andra offentligt finansierade vårdenheter inom VG Primärvård.⁷⁷

Vårdvalet har framför allt medfört en större frihet att anpassa sin verksamhet efter egna förutsättningar. Rollen som vårdenhetschef har inneburit ett större ekonomiskt ansvar och R1 tillåts nu vara mer kreativ med verksamhetens resurser. Då en del av ersättningen baseras på prestationer som verksamheten kan påverka, har detta skapat incitament för att jobba mer effektivt. Detta tycker R1 är mycket positivt. Idag görs dessutom fler uppföljningar av verksamhetens budget. Budgeten bygger i grunden på det ackumulerade resultatet för året innan, men justeras och följs upp månadsvis. Budgeten justeras för patientströmmar, eventuella kostnadsökningar som hyror och löner, beräknade intäkter och index. Den noggranna månadsuppföljningen som görs idag på enheten, har bl.a. bidragit till att det nu är lättare att se eventuella avvikelser och åtgärda felbedömningar.⁷⁸

Enligt primärvårdsschefen (R3) har primärvårdsförvaltningen sett skillnader i kostnadseffektivitet hos utförarna. Även innan vårdvalet var tanken att alla enheter skulle bära sig själva med de intäkter de fick, men idag är detta faktum mer tydligt. En bidragande orsak till detta är att det nu finns ekonomiska incitament för att gå plus i verksamheten. Ett exempel på hur vårdcentralerna har lyckats kontrollera kostnaderna är att de blivit mer medvetna om att det finns pengar att spara på läkemedel, röntgen och bemanning.

⁷⁵ KoK 2012:43f

⁷⁶ ibid. 46

⁷⁷ ibid

⁷⁸ R1, vårdenhetschef Storstad

Hyrläkare som tidigare kostat vårdcentralerna mycket pengar, har de lyckats skära ner på och i vissa fall klara sig utan helt. R3 tror att den ekonomiska medvetenheten idag har bidragit till att man börjar tänka i andra banor, primärvården hade t.ex. månadsuppföljningar av budgeten även innan vårdvalet, dock genomfördes det inte lika noggrant som idag. Idag läggs större fokus på både intäkter och kostnader, men budgeten används snarare som en prognos eftersom man inte kan styra antalet listningar eller veta i förväg hur många patienter man kommer få.⁷⁹

4:5 Effekter av ersättningsmodellen

Enligt vårdenhetschefen (R1) har den nya modellen inneburit ett större fokus på ekonomi och ett större kostnadsansvar eftersom vårdenheten nu får betala för de patienter som tillfälligt besöker andra vårdenheter.

*”...man blir bestraffad om de egna patienterna väljer att gå till någon annan, och belönad om man lyckas få tillfälliga besökare”.*⁸⁰

Enhetschefen berättar också att det finns en ”mismatch” i det nuvarande ersättningssystemet. De ramar inom vilka vårdcentralerna skall verka, stämmer inte överens med hur verkligheten ser ut. Exempelvis ställs inga krav på att ha en anställd psykolog på vårdcentralen, trots att ungefär 30 % av de som söker sig dit gör det för att få hjälp med psykisk ohälsa. Vårdenheten får alltså inga öronmärkta pengar för detta då den kompetens som egentligen krävs inom primärvården blir olönsam. En annan aspekt värd att nämna är att regionen endast har en förutbestämd mängd pengar som ska räcka till all primärvård. Systemet genererar inga nya pengar. Resultatet blir därför att pengarna inte räcker om alla jobbar lika effektivt. Om det går bra för Storstad ett år, så måste det gå dåligt för någon annan. Detta anser R1, vara i strid mot uppdraget om jämlik vård för alla.⁸¹

4:5:1 Omfördelning av överskott

Chefen för vårdvalsenheten (R2) berättar att i det underlag som togs fram inför vårdvalet, fastställdes att alla utförare, privata som offentliga skulle få likvärdiga förutsättningar när det kom till eventuella överskott som verksamheten genererade. Eftersom de privata utförarna får behålla sin vinst, skulle de offentliga få samma möjlighet.

⁷⁹ R3, primärvårdschef

⁸⁰ R1, vårdenhetschef Storstad

⁸¹ ibid.

Denna fråga skulle dock avgöras av ägardirektivet och primärvårdsförvaltningen.⁸²

Vårdenhetschefen (R1) menar dock att detta inte varit en konsekvent förändring för den offentliga primärvården. Storstad har endast fått behålla sitt överskott ett år, sedan vårdvalet infördes. Då endast en liten del av denna. Det ekonomiska incitament som man ville skapa för den offentliga primärvården, existerar därför inte på det sätt som var förväntat. R1 förhåller sig kritisk till det faktum att offentliga vårdenheter med ekonomiska svårigheter, hålls flytande med hjälp av offentliga medel på en konkurrensutsatt marknad.⁸³

Enligt primärvårdschefen (R3), finns det ett ägardirektiv för hela den offentliga primärvården i VGR, primärvårdsförvaltningen. I denna vårdkoncern ingår c:a 113 vårdcentraler.

I bestämmelserna med de egna vårdcentralerna har man angett att 2 % av vinsten ska gå till ägarna i form av ett koncernbidrag. Dessa pengar används sedan för strategiska satsningar, t.ex. om ägarna vill öppna en ny vårdcentral. Resten av pengarna omfördelas inom koncernen så att de vårdcentraler som inte bär sig själva, kan få hjälp. Detta menar R3 är ett politiskt beslut som primärvårdsförvaltningen endast verkställer. Eftersom regionen har ett femårskontrakt med samtliga utförare, kallar man detta för en omställningsperiod, och ägarna har ingen avsikt att stänga ned någon enhet innan kontraktets slut. Om vårdcentralerna vid årets slut har ett överskott, får de behålla en viss procentandel av denna beroende på måluppfyllelsegrad. Resten av vinsten går därefter tillbaka till koncernen. Om en offentlig vårdcentral får konkurrens av en privat utförare som öppnar vägg i vägg, kan detta leda till att den offentliga enheten tappar patienter. Primärvårdsförvaltningen måste då skjuta till pengar för att täcka de kostnader som vårdcentralen fortfarande har i form av personal och lokalyror m.m.⁸⁴

Politiker (S), tycker att vårdcentralerna borde få behålla sitt överskott som ekonomiskt incitament. Han menar dock att det är en bedömningsfråga om man ska låta en enhet fortsätta bedriva verksamhet trots dålig ekonomi i en längre tid. I vissa fall kan det vara motiverat, t.ex. om det inte finns tillräckligt många utförare inom det området. I Göteborg där han är verksam och där utförarna är många, ser han ingen anledning att inte stänga ned de enheter som går dåligt. Det finns inget självändamål i att hålla igång en offentlig vårdcentral menar han.⁸⁵

⁸² R2, chef för vårdvalsenheten

⁸³ R1, vårdenhetschef Storstad

⁸⁴ R3, primärvårdschef

⁸⁵ R4, regionråd (S)

Politiker (M) R5, menar att tanken bakom konkurrensen och vårdvalet inte var att resurser skulle omfördelas. Han påpekar dock precis som föregående respondent, att det i vissa fall kan vara motiverat t.ex. i glesbygden där utbudet är litet. I Göteborg är omfördelning inget som kommer accepteras i längden tror han. De vårdenheter som jobbar effektivt ska inte bestraffas för att andra enheter inom koncernen går dåligt. De ineffektiva enheterna måste ställas till svars, tycker han.⁸⁶

4:5:2 Cream-skimming

När det kommer till de oönskade effekterna av vårdvalet berättar politiker (S) att det har funnits en oro för att alla privata utförare nu skulle etablera sig i centrala Göteborg och inte någon i förorterna, t.ex. i Bergsjön.⁸⁷

På primärvårdsförvaltningen har det också funnits en oro för att systemet skulle medföra en överetablering av vårdcentraler i vissa områden. Detta har till viss del också varit fallet, t.ex. i centrala Göteborg. Problemet med detta är att man får avsätta mycket resurser för lokaler och personal inom ett litet geografiskt område, och när utbudet blir för stort, är risken att varje vårdcentral inte får tillräckligt många listningar för att verksamheten ska vara lönsam.⁸⁸

R5 har sett en del andra bieffekter av vårdvalet. Det har förekommit att vissa utförare har ”fuskat” och dragit nytta av ersättningsmodellen. Regionen har därför sagt upp sitt avtal med tre vårdcentraler i Göteborg. Dessa har antingen nekat patienter som varit ”olönsamma” trots att detta är förbjudet, eller försökt locka över s.k. tillfälliga besökare från andra vårdcentraler genom riktad reklam. Detta har dock uppmärksammats av regionen som sett till att sänka den ersättning vårdcentralerna kan få för tillfälliga besökare. Det ska inte löna sig att arbeta på det sättet tycker han.⁸⁹

För R1 är konceptet med att ”plocka russin ur kakan” helt främmande. Endast på medicinska grunder skulle en patient nekas vård på Vårdenhet Storstad vilket ofta innebär att patienten då får en remiss till den vårdenhet på vilken rätt hjälp finns.⁹⁰

⁸⁶ R5, regionråd (M)

⁸⁷ R4, regionråd (S)

⁸⁸ R3, primärvårdschef

⁸⁹ R5, regionråd (M)

⁹⁰ R1, vårdenhetschef Storstad

4:6 Vårdkvalitet och patientnöjdhet

För de anställda inom vårdenhet Storstad har införandet av vårdval också inneburit vissa ändringar. Det ställs annorlunda krav på dem sedan införandet av reformen. Dessa krav gäller främst service och bemötande. Antalet klagomål har ökat avsevärt sedan vårdvalets införande. Detta är en tydlig effekt av valfriheten. R1 säger dock att klagomålen rör vårdenhetens service och bemötande, inte sjukvårdsbehandlingarna och tror att en del av missnöjet vad gäller bemötandet beror på att många besök idag är s.k. drop-in besök. Läkarna på vårdcentralen träffar idag många fler patienter och akutbesöken är c:a 15 minuter långa. Det är därför svårt och nästintill omöjligt att hålla samma kvalitet som för ett tidsbokat besök som är ungefär 30 minuter. En annan förklaring är enligt vårdenhetschefen, att patienterna idag har högre förväntningar på vården och tycker att besöken trots detta ska hålla samma kvalitet. Eftersom patienterna också är mer medvetna om vilken roll de har som kunder och att de faktiskt har möjlighet att byta utförare, uttrycker de därför missnöjet i större utsträckning idag.

R1 berättar att de gör en kvalitetsmätning av patientnöjdhet varje år. Enkäten mäter bl.a. hur lång tid det tar för patienter att komma in till doktorn från att de kommit till vårdcentralen, eller hur ofta de får träffa samma doktor som tidigare. Det frågas också om förtroendet för den specifika vårdenheten. Enkäten är kopplad till ersättningssystemet, och enheten får betalt beroende på resultatet.⁹¹

R3 säger att primärvårdsförvaltningen följer de nationella patientenkäterna och att helhetsintrycket är att vårdkvaliteten förbättrats sedan vårdvalet. Ett problem med dessa mätningar är dock att svarsfrekvensen varierar avsevärt från vårdcentral till vårdcentral. Trots att resultatet inte alltid är statistiskt säkerställt, så presenteras det som att det vore fakta. R3 säger också att det är svårt att veta säkert om kvaliteten har blivit bättre, eftersom mätningar förr inte gjordes i samma utsträckning som de görs idag. Det är svårt att uttala sig om skillnader om det saknas fullgoda uppgifter sedan tidigare säger R3. Även innan vårdvalet genomförde primärvården kvalitetsmätningar. Vårdenheterna var inte lika noga med detta tidigare. Att de nu har blivit duktigare, beror på att det finns ekonomiska incitament. Sammantaget tror R3 att primärvården idag jobbar mer aktivt med att uppfylla och följa upp vårdkvaliteten, än innan vårdvalet.⁹²

⁹¹ R1, vårdenhetschef Storstad

⁹² R3, primärvårdschef

4:7 Målrelaterad ersättning

Enligt vårdenhetschefen R1, jobbar vårdenheten med uppföljningar av totalt 40 kvalitetsindikatorer (för 2012) vilka är kopplade till den målrelaterade ersättningen i modellen. Bl.a. görs det uppföljningar av olika diagnoser såsom diabetes, hypertoni och ischemisk hjärtsjukdom och beroende på utfallet får enheten en rörlig ersättning för detta. Storstad jobbar också med läkemedelsavstämningar för äldre, förebyggande hälsoåtgärder samt mätningar av organisation och struktur som det heter i systemet. Detta innebär att de får en fast ersättning om de t.ex. har ett ackrediterat labb eller om de håller regelbundna avstämningsmöten med Försäkringskassan för att diskutera rutiner vid sjukskrivningar. Om man lyckas uppfylla alla kvalitetsindikatorer, kan man som mest få 31,5 poäng i ersättningssystemet. Intäkterna från denna del är dock väldigt blygsam på vårdenhet Storstad. De ligger en bit över medel om man ser till alla kvalitetsindikatorer sammantaget. Detta innebär några hundra tusen kronor i målrelaterad ersättning varje månad.

R1 tror att arbetet med indikatorerna handlar mycket om systematik. För att Storstad ska bli bättre måste de bli duktigare på att samla in uppgifter om alla patienter när de är på besök. Det är bl.a. uppgifter om rökning, längd, vikt och blodtryck som måste samlas in, och detta tror R1 att läkarna och personalen måste bli duktigare på. För att sporra vårdenheterna till att jobba mer aktivt med dessa indikatorer, finns ett gemensamt system som alla offentliga och privata utförare kan använda för att jämföra sina siffror med andras. Storstad gör även egna mätningar av ledtider. R1 berättar att det är stora variationer på ledtiderna beroende på vilken dag man besöker vårdcentralen. Ena dagen går man rakt in och för att nästa tvingas vänta i uppemot en timme.⁹³

4:8 Tillgänglighet och vårdkonsumtion

Nytt efter vårdvalet är den akutmottagning som öppnats inom Storstads verksamhet och har öppet kvällar och helger. Telefontillgängligheten har ökat och upptar en stor del av verksamheten på vårdenheten med drygt 4000 inkommande samtal i månaden. Detta är något som har förändrats till följd av vårdvalet och upptar alltmer vårdpersonal. Det görs mätningar av telefontillgängligheten som en del av den målrelaterade ersättningen för kvalitet. Ersättning utgår om vårdenheten ligger över 95 % i telefontillgänglighet. Vårdenhet Storstad ligger i snitt runt 98 % vilket är ett bra resultat.

⁹³ R1, vårdenhetschef Storstad

Den största effekten av den ökade tillgängligheten är att konsumtionen av vård har ökat, anser R1. Idag ägnar Storstad ungefär 40 % av verksamheten åt drop-in besök, och detta tror vårdenhetschefen beror på att människor idag överkonsumerar vård som de i många fall inte behöver. Detta är ofta på bekostnad av de patienter som verkligen behöver vård, t.ex. de äldre.⁹⁴

Att vården överkonsumeras är inget som chefen för vårdvalsenheten (R2) känner till eller förstår. R2 säger att syftet har varit att öka tillgängligheten i primärvården och att det ligger i professionens ansvar att utgå från medicinsk prioritering när de bokar in patienter.⁹⁵

Politiker (S), håller med om att vårdkonsumtionen inom primärvården har ökat, men säger att detta är en naturlig följd av att utbudet har ökat. När man numera har möjligheten att besöka vårdcentralen utanför kontorstid, är det fler som utnyttjar detta. Han säger också att det handlar om en mindre grupp människor som kräver mer vård än andra och att det egentligen är en samhällsfråga, varför en del har ett större behov av att uppsöka läkare.⁹⁶

Politiker (M) tycker att det viktigaste är att folk får vård när de behöver och uppmanar de vårdcentraler som lider av den ökade tillgängligheten att försöka hitta metoder att lösa detta internt. Även han säger att det finns en liten andel människor som förbrukar mycket vård, men i det stora hela tror han inte att folk uppsöker vården om de verkligen inte behöver. Han berättar att Axxessakuten som tidigare hade många patientbesök på nätterna, nästan fått lägga ner nattverksamheten, vilket beror på att man nu får komma till doktorn snabbare på dagtid.⁹⁷

Vi berättar för vårdenhetschefen (R1) vad våra övriga respondenter har sagt i frågan om den ökade vårdkonsumtionen. R1 vill hålla fast vid att detta är ett problem som är rätt uppenbart för professionen som faktiskt jobbar med detta. Det har blivit mindre tid till de äldre och svårt sjuka på detta sätt som det är idag. R1 menar att det är dessa patientgrupper som inte har möjlighet att göra ”spontanbesök” på vårdcentralen i dagens system, som blir lidande av att läkarna måste ägna tid till drop-in patienterna. R1 hoppas dock att detta kommer förändras med tiden, allteftersom politikerna inser vilka effekter det faktiskt ger.⁹⁸

⁹⁴ R1, vårdenhetschef Storstad

⁹⁵ R2, chef för vårdvalsenheten

⁹⁶ R4, regionråd (S)

⁹⁷ R5, regionråd (M)

⁹⁸ R1, vårdenhetschef Storstad

4:9 VG Primärvård – uppföljning av tillgänglighet, kvalitet och verksamhet

Antal utbudspunkter inom primärvården var den 30 september 2009, 143 varav 82 % i offentlig regi. Den 1 oktober 2009, började vårdvalet gälla i regionen och antalet utförare hade då ökat till 205 totalt, varav 57,6 % bedrevs i offentlig regi.⁹⁹

Tillgänglighet – Den 30 september 2010, fanns i regionen 200 vårdenheter, varav 115 i offentlig regi. Detta innebär en ökning av 57 vårdenheter på ett år. 23 av dessa etablerades inom vårt valda primärvårdsområde. I Göteborg och Bohuslän ökade även antalet jourmottagningar från 3 till 19. Telefontillgängligheten inom primärvården i regionen ökade med några procentenheter från oktober 2009 till oktober 2010, medan besökstillgängligheten endast ökade marginellt. Störst ökning skedde i Göteborgsområdet, som gick från 87 % i mars 2009 till 92 % i mars 2010.¹⁰⁰

Patientupplevd kvalitet – Från de nationella patientenkäterna som skickades ut, dels i september 2009 och i februari 2010, kan vi se en skillnad på 1,3 procentenheter. Mätning utgick från åtta kvalitetsindikatorer, bl.a. helhetsintryck, bemötande, tillgänglighet och förtroende. Den största skillnaden uppvisades i Göteborg. I SKLs mätning “Vårdbarometern” kan vi se att förtroendet för primärvården i regionen har ökat marginellt sedan tredje kvartalet 2009.¹⁰¹

Verksamhet – Antalet vårdcentraler med färre än 3000 listade patienter, var i september 2010, 22 varav 4 i offentlig regi. Vårdcentraler med fler än 10 000 listade patienter, samma tidpunkt, var 56 varav 50 i offentlig regi. Under det första året med VG Primärvård, har fem vårdenheter upphört i förtid, tre privata och två i offentlig regi.¹⁰²

⁹⁹ VGR, Nyborg, R-M, *Ett år med VG Primärvård*, primärvårdskontoret, 2011:6

¹⁰⁰ ibid. 10ff

¹⁰¹ ibid. 15

¹⁰² ibid. 16

5. Analys och diskussion

I detta kapitel analyseras våra resultat i förhållande till vår referensram.

5:1 Prestationsbaserad finansiering

Idag består ungefär 85 % av Vårdenhet Storstads ersättning av kapitering. Omkring halva andelen består av opåverkbara faktorer såsom patienters ålder och kön. Resten baseras på patienters vårdtyngd. Denna siffra kan vårdenheten påverka genom att öka noggrannheten kring diagnostisering¹⁰³. Vårdenhet Storstad får störst andel ersättning för de opåverkbara faktorerna. Näst största ersättningspost bygger på vårdtyngden. Vårdenhetschefen (R1) poängterar att ersättningen baserad på prestation bör, och kan, öka på vårdenheten. Det innebär dock en omställning för läkarna som behöver ändra sitt arbetssätt. De ekonomiska incitamenten att förbättra diagnostisering tycks ha uppfattats snabbare av de privata vårdgivarna, enligt vårdenhetschefen. Politikerna är överens om att ersättning utformad på det här sättet har medfört positiva effekter. Det är viktigt att balansera andelen fast och påverkbar ersättning. För stor andel fast ersättning kan ge upphov till cream-skimming-effekter. Dessutom föreligger inte lika starka incitament till att bedriva högkvalitativ verksamhet om ersättningen endast påverkas marginellt¹⁰⁴. R1 betonar att det finns utrymme för förbättring gällande systematiken i läkarnas arbete kring att kartlägga samtliga symptom hos patienter, oavsett vilken av dem de söker vård för.

5:1:1 Ekonomisk medvetenhet och incitament

Vårdvalet har inneburit att Vårdenhet Storstad har fått ökad frihet att anpassa verksamheten efter patienters behov samt enhetens förutsättningar. Det finns ett större utrymme för kreativitet. Vårdenhetschefen (R1) påpekar samtidigt att med ökad frihet följer ökat ansvar. Det ekonomiska ansvaret vilar i synnerhet på vårdenhetschefen. Eftersom del av ersättningen baseras på prestationer, föreligger starka incitament att öka effektiviteten gällande dessa. Detta är en mycket positiv effekt av vårdvalet, enligt R1. Det ökade ekonomiska ansvaret tycks ha medfört en större ekonomisk medvetenhet för vårdcentralerna i Göteborg som sammantaget har blivit mer kostnadseffektiva nu, berättar primärvårdschefen (R3).

¹⁰³ Berlin & Kastberg 2011:71

¹⁰⁴ Anell 2009:25f

Det finns idag motivation att låta verksamheten gå med vinst vilket har lett till ökad uppmärksamhet kring både intäkter och kostnader. Denna effekt av vårdvalet stämmer överens med förväntningarna om prestationsfinansiering som exempelvis framkommer i Anells studie från 1991. Modellen bör leda till ökad produktivitet och en effektiv resursförbrukning. Samtidigt finns i dagsläget ingen garanti att hela vinsten får behållas bland de offentliga aktörerna. Vårdenhetschefen uttrycker ett missnöje över det faktum att överskotten omfördelas till enheter som inte går runt ekonomiskt. Detta är inte något som kommer accepteras på sikt i Göteborg, menar politiker (M). Om vi ser till studien från Stockholmsmodellen, kan omfördelning i längden, bli kontraproduktivt om utförarna får uppfattningen att en resurseffektiv verksamhet inte lönar sig.¹⁰⁵

Vårdenhetschefen påtalar ytterligare brister i det nuvarande ersättningssystemet. De prestationer enheten får ersättning för innefattar inte alla som patienterna är i behov av. R1 berättar om hur olönsamt det är för dem att anställa psykologer, trots att behovet är stort. Utformningen av ersättning behöver därmed ständigt justeras för att skapa incitament att bedriva verksamhet enligt patienters behov.

5:1:2 Totalkostnad och produktivitet

Att öka vårdcentralers produktivitet var ett av vårdvalets centrala mål. Studier har visat att modellen kan medföra ökad eller minskad produktivitet, beroende på hur ersättningen är utformad. Någon form av begränsning av ersättningen är nödvändig, utifrån finansiärens perspektiv. Om produktiviteten ökar samtidigt som ersättningen är obegränsad, föreligger stor risk att totalkostnaden skenar iväg¹⁰⁶. Samtidigt innebär ekonomiska begränsningar hinder för ökad produktivitet.

Ökad produktivitet riskerar att medföra försämrad kvalitet, påstår vårdenhetschefen gällande den nuvarande situationen. Vårdenheten har ökat sin produktivitet genom att exempelvis ta emot fler patienter på drop-in, men på bekostnad av kvaliteten. För att skapa balans menar Hallin och Siverbo att det bör förekomma incitament för både sparande samt ökad produktion.¹⁰⁷

¹⁰⁵ Hallin & Siverbo 2002:98

¹⁰⁶ ibid. 44

¹⁰⁷ ibid. 161

5:1:3 Cream skimming

Cream skimming benämns som en oönskad bieffekt av ersättning baserad på prestation. I och med att vårdenheterna får visst handlingsutrymme, kan de medvetet fatta beslut för att på ett oriktigt sätt gynna deras ekonomi. Bland annat görs detta genom bortval av patienter vilka anses vara olönsamma¹⁰⁸. Enligt vårdenhetschefen är detta en sällsynt företeelse inom primärvården i VGR. Det har förekommit ett fåtal fall av cream-skimming, men dessa har upptäckts. Eftersom det är förbjudet att neka patienter vård, sades regionens kontrakt med vårdgivarna upp, berättade politikerna.

Cream-skimming kan även uppstå genom medveten geografisk etablering, exempelvis etablering i områden befolkade av ”lönsamma” patienter¹⁰⁹. Att privata aktörer skulle undvika att etablera sin verksamhet i områden med socioekonomiska problem var ett orosmoment inför vårdvalet, berättade politiker (S). Även primärvårdschefen adresserade de bekymmer eventuell överetablering inom vissa områden kunde leda till. Cream-skimming som följd av medveten geografisk etablering är dock inte aktuellt att diskutera gällande Vårdenhet Storstad då denna var väletablerad innan vårdvalets genomförande.

5:2 Kvalitet

Det är av stor vikt att skilja på kvalitet som syftar till vården samt kvalitet som syftar till den patientupplevda upplevelsen av service och bemötande.

5:2:1 Vårdkvalitet

I tidigare forskning förekommer exempel på att det uppstått viss oro kring huruvida man kan kombinera högkvalitativ vård med ökad tillgänglighet. Av denna anledning har detaljerade program för att mäta kvalitet utvecklats. Dock framkom det under intervjuerna tydliga indikationer på att det är tämligen svårt att beakta höga kvalitetsnivåer när man tar emot fler patienter på kortare tid. Ökat tillgång till vården genom s.k. ”drop in-tider” kan omöjligt hålla samma höga nivå på kvalitet som ett tidsbokad kan, enligt vårdenhetschefen. Samtidigt hävdas att vårdkvaliteten har ökat, enligt de nationella patientenkäterna.

¹⁰⁸ Kastberg & Siverbo 2005:13

¹⁰⁹ Anell 2009:26

Det är dock viktigt att förhålla sig kritiskt till likartade mätningar då dessa inte görs på samma sätt som de gjordes innan vårdvalet. Eftersom stor del av ersättningen utgår baserat på antal ställda diagnoser och vårdtyngd, läggs större fokus på uppföljning av kvalitetsindikatorer vilka omfattar dessa.

5:2:2 Tillgänglighet

Ett av de främsta målen med vårdvalet var att öka primärvårdens tillgänglighet, delvis för att avlasta akutmottagningarna. Uppfylls inte tillgängligheten har patienter rätt att välja en annan utförare. Därmed föreligger incitament till att öka tillgängligheten. För Vårdenhet Storstad resulterade detta främst i öppnande av en akutmottagning samt ökad tillgänglighet per telefon, i enlighet med förväntningar. Enligt vårdenhetschefen har den mest tydliga effekten av förändringarna varit att vården överkonsumeras. Överkonsumtion av vård till följd av ökad tillgänglighet är ett missbruk vilket resulterar i att de patienter som verkligen är i behov av vård möjligtvis går miste om den hjälp de hade behövt.

Även motsatta åsikter har lyfts fram gällande eventuell överkonsumtion av vård. Chefen på vårdvalsenheten menar att vården inte överkonsumeras. Dessutom visar tidigare studier att patienter inte söker vård i onödan. De patienter som vid upprepade tillfällen söker vård gör möjligtvis detta till följd av otillfredsställande tidigare besök. Om så är fallet, kan eventuell överkonsumtion av vård skyllas på vårdgivarna själva.

Det råder tydliga meningsskiljaktigheter mellan respondenterna gällande huruvida den ökade tillgängligheten inneburit överkonsumtion av vård eller inte. Vårdenhetschefen menar att den höga vårdkonsumtionen är tydlig för de som faktiskt möter patienterna och säger att grupper som inte har möjlighet att nyttja exempelvis drop-in tider blir lidande då bokningsbara läkartider blir mer svårtillgängliga. Tillgängligheten har ökat, men i viss mån på bekostnad av kvalitet enligt vårdenhetschefen.

Politikerna menar däremot att målet var att öka tillgänglighet och att en ökad konsumtion är en naturlig följd av detta. När vård görs mer tillgänglig kommer fler att söka sig dit då det faktiskt numera är möjligt att i högre utsträckning komma i kontakt med primärvården.

5:2:3 Service och bemötande

Sedan vårdvalet introducerades har större fokus hamnat på den service och det bemötande man får inom primärvården¹¹⁰. Dessa mäts för att avgöra verksamhetens kvalitet, men bör skiljas från medicinsk kvalitet. Patienter har lättare att uttrycka missnöje gällande hur de upplevt vårdenheten utifrån dessa faktorer då det inte kräver någon ingående kunskap såsom vårdkvalitet gör. Av naturliga skäl har detta inneburit att de klagomål som framförs alltmer kommit att handla om service samt bemötande. Vårdenhetschefen (R1) är noggrann med att poängtera att det ökade antalet klagomål inte har att göra med vårdkvaliteten. Istället ställs det högre krav på servicen då patienter idag faktiskt har möjlighet att påverka verksamheten genom att göra sin röst hörd. Detta stämmer väl överens med vad som framkommit i tidigare studier i frågan. Bättre lyhörddhet krävs från vårdgivarens sida.

Enligt tidigare forskning tycks det föreligga skillnader mellan olika grupper, på vilka krav som ställs. Hallin och Siverbos rapport från 2003 talar särskilt om skillnad mellan generationer. Yngre förhåller sig ofta mer kritiska och ifrågasättande samt ställer högre krav. Som tidigare nämnt, har antalet klagomål riktade mot Vårdenhet Storstad ökat avsevärt sedan vårdvalets införande. Genom att uttrycka missnöje, finns möjlighet för vårdenheten att förbättra sin verksamhet, vilket kan vara en positiv förändring mot tidigare. En annan aspekt av frågan som Hallin & Siverbo (2002) belyser, är patienternas villighet att förstå och acceptera att vissa tillstånd som kan upplevas som aningen obekväma inte kan undvikas oavsett vilken utförare man besöker. Dessa tendenser har chefen på vårdenhet Storstad bevittnat, och menar att det främst är kopplat till de yngre generationerna.

¹¹⁰ KoK 2012:7

6. Slutsatser

Vilka effekter kan vårdval ge upphov till och hur har modellen förändrat Vårdenhet Storstads verksamhet och ekonomi?

Den förändring som varit mest framstående i studien har varit den ökade ekonomiska medvetenheten inom den offentliga primärvården. Detta har framgått av både intervjuer med samtliga respondenter och av den forskning som gjorts kring prestationsfinansiering tidigare. Vårdenhetschefen berättar att den största förändring som vårdvalet medfört har varit det ökade handlingsutrymmet och möjligheten att påverka verksamhetens ekonomiska utfall t.ex. genom den målbaserade ersättningen.

Enligt tidigare forskning leder vårdval till ökad produktivitet till följd av en högre resurseffektivitet som främsta beror på de kostnadsreduceringar som görs i verksamheten. Detta har även varit fallet för vår undersökta vårdenhet. Prestationsfinansiering brukar dock tillskrivas högre totalkostnader som uppstår i samband med skiftet från anslag- till prestationsfinansiering, främst med anledning av ökade administrativa utgifter som tillkommer t.ex. på grund av den förstärkta tillsynen. Detta är dock något som primärvårdschefen inte höll med om, istället var uppfattningen att regionens totala kostnader hade sjunkit, då man nu lyckats skära ned på både personal och andra utgifter som läkemedel.

Oönskade effekter i form av strategiska val, av antingen patienter eller geografi är något som har förekommit bland vårdproducenterna i regionen, dock inte i särskilt stor utsträckning. Modellen har visat sig kunna förebygga en del av dessa effekter och regionen har lyckats upptäcka eventuella missbruk och åtgärdat dessa.

Vårdkvaliteten har varit ett svårtytt område. Studier om huruvida man kan koppla kvalitetsvinster till ersättningsmodellen har visat stor variation. Uppfattningen bland våra respondenter reflekterar denna osäkerhet. Tillgängligheten är däremot en aspekt där vårdvalet visat sig vara effektfullt, så pass att den nästintill överskuggat övriga kvalitetsmått. På vårdenhet Storstad upplevs den ökade tillgängligheten som något negativt. Till viss del har vårdvalsmodellen lyckats förbättra graden av service och bemötandet inom primärvården.

Det har framför allt medfört en annan syn på patienter och kundbegreppet innehar idag en central roll i verksamheten.

Tidigare studier visade att en viktig förutsättning för att prestationsfinansiering skall fungera som det är avsett, är att det finns tillräckliga ekonomiska incitament för vårdheterna att arbeta resurseffektivt. Omfördelning av resurser inom den offentliga primärvården kan därför på sikt medföra oönskade effekter och istället bli kontraproduktivt om utförarna inte får en tydlig signal om att det faktiskt lönar sig att arbeta effektivt. Exempel på detta återfinns i studier av bl.a. Stockholmsmodellen som visade att de fördelaktiga effekterna av prestationsfinansieringen avtog, bara några år efter införandet.

6:1 Förslag till fortsatt forskning

Sjukvårdens utformning bygger på politisk ideologi. Alliansregeringen beslutade att införa vårdvalet för att öka antalet utförare och främja mångfalden på marknaden. Göteborg styrs av en rödgrön majoritet som istället vill ha mer inflytande och kontroll över vården. Det vore därmed intressant att studera hur dessa ideologiska motsättningar ter sig i praktiken och i frågan om den ökade konkurrensen. Vårdvalet i VGR är fortfarande relativt nytt, det hade med anledning av vad tidigare studier visat, därför varit intressant att även undersöka utvecklingen av effekterna över en längre tid. Det finns även ett behov av ytterligare forskning med fokus på patientperspektivet.

Referenslista

Böcker

- Almqvist Roland, *New Public Management*, upplaga 1:3, Liber AB, Malmö, 2006
- Berlin Johan & Kastberg Gustaf, *Styrning av hälso- och sjukvård*, Liber AB, Malmö, 2011
- Bryman Alan, *Samhällsvetenskapliga metoder*, uppl. 2:2, Liber AB, Malmö, 2011
- Rombach Björn, *Den marknadslika kommunen – en effektstudie*, N&S Förlag AB, Stockholm, 1997

Studier/rapporter

- Anell, A, *Prestationsbaserad ersättning inom hälso-sjukvården, vad blir effekterna?* Ds 1991:49, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 1994 ESO, 1991
- Anell, A, *Vårdval i primärvården- Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner*. Skriftserie 2009:1. Institutet för ekonomisk forskning Lunds universitet, 2009
- Anell, A, *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7, 2010
- Bendz, A, ”Västsvensk demokrati i tid och rum”, *Att välja vård – västsvenskarna och vårddalet*, red. L. Nilsson, Göteborg, SOM-institutet 2011
- Glenngård, A.H & Anell, A, *Produktivitet och patientnöjdhet i primärvården – en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen*, 2012
- Hallin, B & Siverbo, S, *Jakten på den goda styrningen– En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården*, Rapport 3, Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, 2002
- Hartman, Laura, *Konkurrensens konsekvenser – Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag, 2011
- Hellqvist. A, Larsson. S, Augustsson. D, Rundquist. V, *Kapacitetsstyrning och vårdlogistik vid vårdcentraler i Västra Götaland*, Dnr Rev 21-2009, Ernst & Young, 2009
- SKL, *Att mäta produktivitet inom primärvården*, 1999
- SKL, *Modell för uppföljning och utvärdering av vårdval*, Ekonomihögskolan vid Lunds Universitet och Rådet för Kommunalekonomisk Forskning och Utbildning, 2009
- SKL, *Erfarenheter av konkurrensutsättning – en forskningsöversikt*, 2011
- Svenskt Näringsliv, *Konkurrensutsättning av offentlig sektor – Hur stor är effektiviseringspotentialen?* 2006

Svenskt Näringsliv, *Vårdval – att flytta makten till patienterna*, 2008

VGR, Beskrivning av vårdcentralerna och dess upptagningsområden per primärvårdsområde, Göteborgs stad Fastighetskontoret, 2007

VGR, Olausson, Pollack, Johanson och Nyborg, *Vägen till medborgarnas primärvård- En idéskiss för VG Primärvård*, 2008

VGR, Nyborg, R-M, *Ett år med VG Primärvård*, primärvårdskontoret, 2011

VGR, *Krav och kvalitetsbok 2012 VG*, 2012

Vetenskapliga artiklar

Järhult, B, *Ökad tillgänglighet- för vem?* Läkartidningen, volym 104, nr.47, 2007

Kastberg, G & Siverbo, S, *Activity-based financing of health care—experiences from Sweden.* J Health Plann Mgmt 2007; 22: 25–44. Published online 22 January 2007 in Wiley InterScience, 2005

Osborn, D & Plastric, P, *Banishing Bureaucracy*, Policy Options, IRPP (Institute for Research on Public Policy) 1998

Rasmussen E-B & Erixson, D, *Ingen söker vård i onödan-Bara konsumentmakt med ekonomiska konsekvenser kan förändra sjukvården*, Läkartidningen, volym 100, nr. 45, 2003

Thiel, S & Leeuw, F.L, *The Performance Paradox in the Public Sector*, Volume 25 No 3 March 2002 Page Publications, 2002

Internetkällor

VG regionen ”Ersättningsmodellen”

<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Forvardgivare/VG-Primarvard1/For-vardgivare1/Ersattningsmodellen/>

VG regionen.se ”Så styrs vården”

<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Sa-styrs-varden/>

Respondenter

R1 – Vårdenhetschef på Storstad

R2 – Rose-Marie Nyborg, chef vårdvalsenheten VGR

R3 – Primärvårdschef, VGR

R4 – Frank Andersson (S) regionråd VGR

R5 – Johan Fält (M) regionråd VGR

Bilagor

Intervjuguide 1: intervju med vårdenhetschef på ”Vårdenhet Storstad” (R1)

Vilka är dina nuvarande ansvarsområden? Hur länge har du haft den tjänsten?

Har du haft andra tjänster inom regionen? Vilka?

Hur har ditt jobb som enhetschef påverkats efter vårdvalet?

Vad tycker du om konkurrensutsättning av välfärdstjänster?

Vilka förväntningar hade du inför införandet av vårdvalet?

Hur jobbar ni med ekonomi och planering av verksamheten efter införandet av vårdvalet?

Anser du att det har blivit lättare eller svårare/oföränderligt att planera verksamheten utifrån intäktsfinansiering?

Tycker du att nuvarande ersättningssystem fungerar bra? Anser du att det ger dig förutsättningarna för att bedriva en bra verksamhet? Kan du ge några exempel på hur verksamheten har påverkats av införandet?

Använder ni er av några mål som ni skall nå för verksamheten? Vilka och hur arbetar ni med dessa?

Upplever du att den interna styrningen blivit bättre/sämre/oförändrad?

Upplever du att effektivitet/produktivitet inom verksamheten blivit bättre/sämre/oförändrad?

Finns det krav på att ni skall rapportera vissa mått som ”mäter” verksamheten? Har detta medfört en ökad arbetsbelastning?

Har vårdvalet påverkat personalsituationen? (fler tjänster, löner, ökat ansvar etc.)

Har ni märkt av ändrade patientförhållanden? (typ av patienter, antal) Om förändring har skett, vad tror du att det beror på?

Varför tror du att ”kunderna/patienterna” väljer att gå till er och inte till någon annan?

Hur bemöter ni kunder idag? Är det någon skillnad från förr?

Hur ser det ut med innovationsmöjligheter och utveckling för verksamheten?

I vilken utsträckning upplever du att du själv har möjlighet att påverka utfallet av verksamheten?

Får ni neka patienter om ni känner att ni inte har kapacitet för att ge god vård? Om ja, vart hänvisar ni dem? Om inte, hur hanterar ni det?

Vad skulle du säga, har varit den största förändringen efter vårdvalet?

Nämn några styrkor och svagheter med vårdvalsmodellen, motivera.

Om du fick förändra något med det nuvarande systemet, vad skulle det vara?

Intervju nr 2:

- Vilka verksamheter ligger inom ditt ansvar och inom ramen för vårdvalssystemet?
- Har ni valt att specialisera er på något särskilt område efter vårdvalet?
- Har ni integrerade mottagningar för att öka resurseffektiviteten?
- Hur budgeterar ni? Hur budgeterade ni innan vårdvalet? Är det någon skillnad?
- Budgeterar du för hela verksamheten tillsammans eller varje delverksamhet separat?
- Hur många patienter har ni totalt sett och hur många vårdbesök per år?
- Har ni förändrat några rutiner vad gäller att följa upp patientnöjdhet och vårdkvalitet sedan vårdvalet? Kan du ge exempel på några kvalitetsindikatorer?
- Hur mäter ni detta med telefontillgänglighet?
- Har ni förändrat era öppettider något sedan vårdvalet infördes?
- Gör ni uppföljningar av ledtider hos er? T.ex. hur lång tid det tar för en patient från att de kommer dit till att de får träffa doktorn?
- Upplever du att det har blivit någon förbättring i kvalitet när det gäller patientbesöken?

Intervjuguide 2: intervju med regionråd VGR från (S) och (M) (R4, R5)

- Vilka är dina nuvarande förtroendeuppdrag inom Västra Götalandsregionen?
- Hur länge har du suttit i regionfullmäktige?
- Har du haft andra förtroendeuppdrag tidigare inom Västra Götalandsregionen?
- Satt du i regionfullmäktige inför beslutet om VG primärvård?
- Om ja, vilken var din roll i beslutsprocessen?
- Hur ställer du dig till konkurrens rent generellt?
- Hur ställer du dig till konkurrens av välfärdstjänster?
- Vilka förväntningar hade du inför vårdvalsreformen?
- Vilka var problemen med primärvården innan vårdvalet infördes?
- Vilka var de främsta anledningarna till att regionfullmäktige vill konkurrensutsätta primärvården?
- Vilka partier var de mest drivande av den här frågan?
- Anser du att man genom kundval lyckats lösa de problem man tidigare upplevt?
- Känner du till ersättningssystemet för VG Primärvård väl?
- Anser du att nuvarande ersättningssystem fungerar bra? Tycker du att det ger vårdcentralerna bättre förutsättningar än innan när det var anslagsfinansierat?

Har det rapporterats fel och brister med exempelvis ersättningssystemet som du känner till?

Om ja kan du ge ex. på några?

Vad anser du om att låta varje vårdenhet behålla ev. överskott som ett incitament för att arbeta mer kostnads- och resurseffektivt?

Om en offentlig vårdcentral går med förlust under en längre tid, hur tycker du att man ska hantera det?

Känner du till hur det har gått för vårdcentralerna i regionen sen införandet? Om ja, vet du om de har gått bättre/sämre/oförändrat sen innan vårdvalet? Vilken är helhetsbedömningen?

Vilken/vilka är de största effekterna/bieffekterna av reformen som har kunnat observeras hittills?

Vi har fått uppgifter om att den ökade tillgängligheten har skapat en del problem med överkonsumtion av vård, vårdcentralerna ägnar en stor del av sin tid till drop-in patienter och detta tar resurser från ”mer behövande patienter”. Hur ser du som ansvarig politiker på detta?

Intervjuguide 3: intervju med chef på vårdvalsenheten VG(R2) samt primärvårdschef (R3)

Frågor markerade med * ställdes endast till R2. Frågor med ** ställdes endast till R3

Vilka är dina nuvarande ansvarsområden?

**Hur många vårdenheter ingår i ditt ansvarsområde?

Hur länge har du haft den tjänsten?

Vilka andra tjänster har du haft inom regionen?

Hur har ditt arbete förändrats sedan vårdvalets införande?

Vad tänker du på när vi säger “konkurrens”?

Vilka var de främsta anledningarna till att man ville konkurrensutsätta primärvården?

*Vilka var de konkreta målen?

Nu med facit i hand, kan du säga att man lyckats uppnå målen för reformen? Om nej, vilka mål har inte uppnåtts och varför tror du?

Känner du till det tidigare ersättningssystemet?

Tycker du att nuvarande ersättningssystem fungerar bra? Anser du att det ger vårdcentralerna bättre förutsättningar än innan när det var anslagsfinansierat?

*Har det rapporterats olika fel och brister med exempelvis ersättningssystemet som du känner till? Om ja kan du ge ex. på några?

En aspekt som framförts av primärvården är att det saknas incitament för effektiv resursförbrukning eftersom allt ev. överskott går tillbaka till koncernen för att kompensera för de vårdcentraler som går mindre bra. Hur ser du på detta?

Om en offentlig vårdcentral går med förlust under en längre tid, hur tycker du att man ska hantera det?

Kan det komma att ändras så att varje vårdenhet får behålla sin vinst som en belöning för att det går bra?

Känner du till hur det har gått för vårdcentralerna sen införandet? Har de gått bättre/sämre/oförändrat sen innan vårdvalet?

*Har ni på vårdvalsenheten gjort regelbundna uppföljningar?

Om ja, vilken är helhetsbedömningen?

Vilka är de största effekterna/bieffekterna av reformen som du har kunnat observera?

Den ökade tillgängligheten har tydligen skapat problem med överkonsumtion av vård, vilket tar resurser från de verkligt sjuka patienterna. Hur ser du på det?

Om du fick ändra något med den nuvarande vårdvalsmodellen, vad skulle det vara?

**Vet du vilka verksamheter Vårdenhet Storstad bedrev före vårdvalet?

**Vet du hur många patienter enheten hade före vårdvalet?

**Vilka verksamhetsförändringar har vårdvalet medfört? (Personal, ekonomi, patientkvalitet)

**Har du någon uppfattning om hur ekonomin har förändrats för vårdenheten?

**Vet du hur enheten budgeterade före vårdvalet?

**Har du någon uppfattning om hur ekonomistyrningen fungerade före vårdvalet?

**Kan du ge exempel på hur primärvården blivit mer effektiv och produktiv?

**Har vårdvalet inneburit en ökad administrativ belastning för primärvården? Kan du ge exempel på hur i sådana fall?

**Har vårdvalet förändrat vårdkvaliteten/patientnöjdheten?