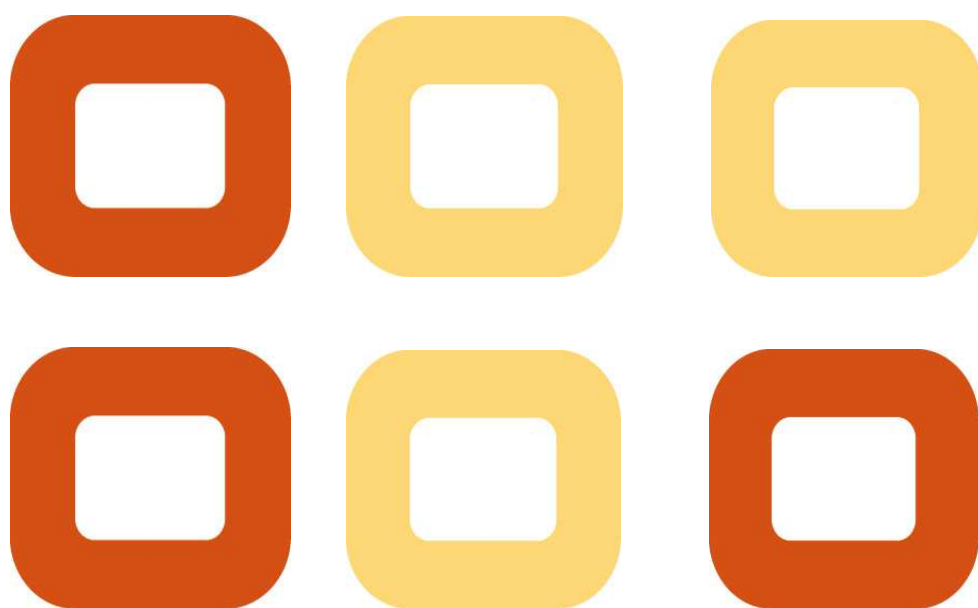




VÅRD VAL

PRO granskar vårdval i
landsting och regioner och
föreslår riktlinjer

Rapporten har skrivits av Ola Johansson,
Hälso- och sjukvårdssakkunnig, PRO

Välkommen med synpunkter, kommentarer
och frågor till ola.johansson@pro.se

Rapporten finns för nerladdning på www.pro.se
eller kan beställas från
PRO, Pensionärernas riksorganisation
Box 3274
103 65 Stockholm
Tel 08 701 67 00

FÖRORD

PRO följer och bevakar hälso- och sjukvården genom sitt intressepolitiska agerande och genom företrädare i landstingens och regionernas pensionärsråd.

Grundvärden är vård efter behov och på lika villkor och kontinuitet i vården för kvalitet och trygghet. Det innefattar också behovet av politisk stabilitet för hälso- och sjukvårdens organisation, dvs kloka och långsiktiga uppgörelser med brett politiskt stöd.

Hälso- och sjukvårdens grundprinciper får inte sättas ur spel när vårdorganisationen ger rum för fler aktörer och ökade valmöjligheter.

Flera landsting inför eller planerar att införa en ny organisation för primärvård under beteckningen "Vårdval". Kort kan sägas att vårdval innebär att patienten kan välja sin vårdgivare och att de ekonomiska resurserna följer hans eller hennes val. Vårdval innebär även att landstingens egna vårdenheter och privata vårdgivare kommer att arbeta under mer likartade villkor. Men utformningen av systemen för "Vårdval" varierar stort mellan Sveriges landsting och regioner.

Syftet med denna rapport är att ge underlag för PRO att granska och påverka vad som sker inom hälso- och sjukvården när vårdval införs. Metoden är att:

- med exempel redovisa vilka förändringar som genomförts eller planeras i landstingen och regionerna
- belysa skillnader mellan de system för vårdval som startats eller planeras
- analysera för- och nackdelar i systemen
- föreslå riktlinjer/policy för PRO:s arbete i frågor om vårdval.

Stockholm 26 februari 2008

Lars Wettergren
Ordförande, PRO

Införande av system för vårdval i landsting/regioner:

Från 1 januari 2007 införde Landstinget i Halland "Vårdval Halland" och från 1 januari 2008 har Stockholms och Västmanlands läns landsting börjat introduktionen av "Vårdval Stockholm" resp. "Vårdval Västmanland". I flera landsting och regioner pågår utredningar och diskussioner om införande. Andra landsting avvaktar resultaten från införda vårdval för att senare ta ställning för vad man själva skall göra.

Många landsting har redan en primärvårdsorganisation som utan att benämnas "Vårdval" kan ses som en vårdvalsmodell, dvs. rätt att välja vårdcentral, listning av patienter och ersättningsmodeller som i huvudsak utgår från en med olika variabler viktad ersättning för vårdtyngd.

Kortfattat gäller i februari 2008 följande i respektive landsting/region:

LANDSTING/ REGION	
Stockholms län	"Vårdval Stockholm" startades 1 jan 2008 - fler vårdgivare och olika specialister införs efter hand.
Uppsala län	Hittills endast "vårdval" för mödravård
Sörmland	Hittills inga planer om vårdval, men fri listning
Östergötland	Förberedelser för "Vårdval Östergötland" pågår
Jönköpings län	En primärvårdsutredning tillsatt – klar till sommaren.
Kronoberg	"Vårdval Kronoberg" skall införas 1 januari 2009
Kalmar län	Begreppet vårdval används inte men medborgarna väljer var de vill lista sig.
Blekinge	"Vårdval Blekinge" Landstinget har redan listade patienter till vårdcentralerna och ersättning per kapita med viktning efter ålder och vårdtyngd.
Skåne	Förslag för "Vårdval Skåne" presenterades jan. 2008 - mer likt Hallands modell än Stockholms. Införs 1/1 2009 ?
Halland	"Vårdval Halland" har varit igång sedan 1 jan 2007
Västra Götaland	"Vårdval Västra Götaland" Förslag från arbetsgrupp skall lämnas i slutet av mars 2008. Införs från 1 jan 2009 ?
Värmland	Har haft parallella olika system med husläkare resp. närsjukvård. Ambition - att skapa nya och lika villkor
Örebro län	Uppdrag har getts för att förbättra tillgänglighet. Vårdval?
Västmanland	"Vårdval Västmanland" gäller från 1 jan 2008
Dalarna	Inga planer på vårdval

Gävleborg	Inga planer på vårdval – men oppositionen har lagt motion
Västernorrland	Inga planer på vårdval – har listning och kapitationsersättning
Jämtland	Inga planer på vårdval – politisk genomlysning av primärvården pågår
Västerbotten	Politikerna har beställt en rapport som skall belysa andras erfarenheter av vårdval
Norrbotten	Inga planer på vårdval – en vårdcentral Vittangi drivs privat
Gotlands kommun	"Vårdval Gotland" Förslag klart, men skall efter anmälan prövas av Länsrätten, innan inbjudan till auktorisation ges.

Den snabba översikten visar att vårdval i första hand införs eller övervägs i landsting/regioner med tätare befolkning. För landsting med liten befolkning och stora geografiska avstånd är förutsättningarna för att skapa valmöjlighet mellan vårdgivare små eller obefintliga. Förutsättningarna varierar förstås också inom landsting och regioner. För Stockholms läns landsting gäller t. ex. att Norrtälje kommun tills vidare inte ingår i "Vårdval Stockholm".

Vårdval kommer att påverka resursfördelning inom vården och därmed också äldres möjligheter till vård. Om det blir till det bättre eller till det sämre beror på hur modellerna utformas. Syftet med PRO:s sammanställning och analys är att ge underlag för tidigt agerande i landsting och regioner och i den allmänna debatten under det att förändringarna planeras och genomförs.

Det är stora skillnader mellan de system för vårdval som startats eller planeras

När landstingen tidigare sökte skapa interna marknadslösningar genom egen uppdelning mellan beställare och utförare utvecklades en provkarta av modeller. På liknande sätt utvecklas nu vårdvalsmodeller med olika uppbyggnad.

Vad är likheter och skillnader mellan modellerna? För att klargöra detta ställer t. ex. Sveriges kommuner och landsting för sin jämförelse c:a 40 olika frågor. Det gäller omfattningen av vårduppdraget, kvalitetsmått för auktorisation, regler för etablering, avtalstider och för överlåtelse av verksamhet. Andra frågor gäller formerna för ersättning, regler för byte av vårdgivare och vad som händer med det fria valet om en vårdgivare har "fullt". Ytterligare andra frågor gäller bl. a. jour- och beredskapsansvar, IT-system och patientjournaler och förutsättningar för handledning/utbildning och för forskning mm.

I PRO:s granskning har vi begränsat jämförelsen till några punkter, som särskilt kan komma att påverka prioriteringar och fördelning av vård. Punkterna som granskas är:

1. Vårduppdragens omfattning
2. Kontinuitet – vårdval eller upphandling
3. Regler för ersättning och kostnadsansvar för vidare vård
4. Regler för etablering
5. Regler för patienters val
6. Patienters ansvar för kontinuitet i vården
7. Politisk hantering – konflikt eller samarbete

För varje punkt granskar vi skillnaderna i första hand genom jämförelse mellan "Vårdval Halland" och "Vårdval Stockholm". I några fall kompletteras beskrivningen med exempel och erfarenheter från andra landsting och regioner eller från andra länder.

Även om vårdvalsmodellerna är mycket olika så finns ett gemensamt syfte. Avsikten är att organisera primärvården – ibland kallad "den första linjens sjukvård" – så att medborgaren/ patienten får ett större inflytande över resursfördelningen.

Primärvårdens omfattning och uppdrag summeras i hälso- och sjukvårdslagen, § 5.

"Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupp svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin." Lag (1995:835)

Men primärvården organiseras på många sätt. Där finns allt från enskilt verksamma sjuksköterskor, sjukgymnaster, terapeuter, privatpraktiserande allmänläkare till samlade enheter i form av vård- och hälsocentraler.

1. Vårduppdragens omfattning

En första viktig skillnad är vad vårdvalet omfattar.

Vårdval Halland bygger på vårdenheter, som i sin egen verksamhet eller genom avtalade samarbeten, kan erbjuda all primärvård inkl. barnhälsovård, rehabilitering, jour- och beredskapstjänst samt hemsjukvård enligt avtal med kommunerna.

Dessutom har vårdenheterna kostnadsansvar för annan öppen specialistvård och knyter därför till sig specialister genom anställningar eller avtal.

Mödravård, ungdomsmottagning, läkarinsatser vid kommunernas korttidsboenden samt stöd och handledning av personal vid särskilda boenden är särskilda uppdrag som avtalas och finansieras separat. Från vårdenheternas avtalade ansvar undantas egentligen endast akuta tillstånd som kräver sjukhusvård.

För **Vårdval Stockholm** gäller däremot auktorisation och val mer avgränsade uppdrag. I en första omgång har auktorisation gjorts för separata vårdval till husläkare, barnavårdscentraler, logopeder och fotsjukvård. Enligt planerna skall vårdval efter hand också gälla mottagningar med olika specialiteter. Varje vårdgivare ansvarar ekonomiskt endast för den vård man där ger.

Övriga landsting. De flesta av övriga landsting som förbereder "vårdvalsmodeller" tycks planera för auktorisation av enheter mer enligt Hallands modell dvs. enheter med brett ansvar för primärvårdstjänster. Men landstinget i Västmanland har gått i motsatt riktning. Ansvaret för sjukgymnastik, som tidigare var direkt kopplat till husläkarna, är i "Vårdval Västmanland" frikopplat från listningen till läkare.

Internationellt går trenden mot större samordning av uppgifter i primärvården. I Storbritannien söker man t. ex. att styra utvecklingen från huvudsakligen enskilda allmänläkare (GPs) mot större enheter mer lika vård- och hälsocentraler i svensk primärvård.

I Danmark, som länge haft ett uppskattat system med listning till enskilda familje- eller husläkare, samarbetar ofta flera läkare och annan personal i en form av vårdcentraler.

I Finland, som till skillnad från andra norddiska länder inte har några landsting, svarar kommunerna förutom för socialtjänst även den primära hälso- och sjukvården. Mer än hälften av kommunerna har fört samman primärvården med den sociala omsorgen, dvs i ytterligare ett avseende breddat samordningen.

Norge har genomfört en primärvårdsreform med etablerandet av husläkare eller fasteläkare. Här knöts reglerna för auktorisation till de enskilda läkarna – inte till vårdenheter - och ett motiv var att få läkare till mindre orter.

Varför anges uppdragen så olika i Sverige? Två aspekter lyfts särskilt fram som förklaring till skillnaderna. Stockholms läns landsting har redan många enskilt verksamma privatläkare. Läkarna har privat mottagning och garanteras ersättning från landstinget per redovisat besök enligt en nationell taxa med ett högt och generöst tak för årlig ersättning. "Vårdval Stockholm" ger möjlighet till dessa s. k. "taxeläkare" att ansluta sig. Det har hittills skett endast i några enstaka fall och regeringen har också nationellt genom andra initiativ ytterligare förbättrat villkoren för denna läkargrupp.

I andra delar av landet kan personalbrist, och i synnerhet brist på läkare, ge skäl för auktorisation av enskilda läkare eller andra vårdgivare.

2. Kontinuitet – vårdval eller upphandling

Ett skäl för vårdval är önskan om bättre kontinuitet i patientens kontakt med vården. Problem har funnits och finns i många landsting, där brist på läkare och annan personal har tvingat fram tillfälliga och korta lösningar med bemanningsföretag och

stafettläkare. Andra problem har uppstått när vården öppnats för privata entreprenader. Korta avtalstider, nya upphandlingar och skiften av entreprenörer har ofta inneburit omorganisation, brott i kontinuitet och osäkerhet för såväl personal som patienter.

Flera statliga utredningar har pekat på problem som upphandling av vård- och omsorgstjänster skapar. Vårdval med auktorisation eller ackreditering ersätter entreprenadupphandling. Istället för priskonkurrens genom upphandling fastställs ersättningarna av landstingen och regionerna och fördelas till vårdgivarna genom patienternas val. Fokus riktas på kvalitet och nöjda patienter istället för på pris. De privata vårdgivare kan jämfört med entreprenadupphandling också se uppdraget på längre sikt. Det finns ingen tidsgräns till nästa upphandling.

Tekniskt och juridiskt finns emellertid även här skillnader mellan de modeller landstingen och regionerna väljer.

I **Vårdval Halland** ackrediterar landstinget vårdgivarna mot ställda krav, men därefter är uppdraget och ersättningen direkt kopplat till medborgarens/ patientens val. Därmed sker inte någon formell offentlig upphandling från de privata vårdföretagen varför inte heller upphandlingslagstiftningen är tillämplig.

Vårdval Stockholm innebär motsvarande auktorisation hos landstinget, men till skillnad mot Halland sker också en formell upphandling och ett upphandlat ramavtal tecknas med de privata vårdgivarna. Förfarandet i Västmanland är likartat.

Skillnaderna med upphandling eller ej är mer juridiskt principiell än praktisk. I båda fallen fastställs ersättningarna därefter av landsting eller region. Frågan om vårdval är förenligt med upphandlingslagstiftningen diskuteras emellertid bland jurister och andra grupper. En statlig utredning arbetar också med att ta fram förslag till ny lagstiftning, som ger vårdval ett tydligare lagstöd. (Dir. 2007:04 med tilläggsdirektiv för hälso- och sjukvård)

Genom vårdvalsmodellerna får privata vårdgivare samma möjlighet till kontinuitet som landstingens egen verksamhet haft och har. "Kontraktet" är mellan patient och vårdgivare. Så länge tillräckligt många väljer vårdgivaren kan verksamheten fortsätta. Villkoren blir mer lika de som gäller för offentlig regi.

Nationella åtgärder drar emellertid i motsatt riktning och skapar nya skillnader mellan offentliga och privata vårdgivare. Anställda i offentlig vård erbjuds särskilt stöd för att genom s.k. "avknoppning" ta över offentlig verksamhet. En särskild "utmaningsrätt" gör det möjligt för privata vårdföretag att föreslå upphandling för att pröva om de med egna anbud kan ta över en offentlig verksamhet.

Någon motsvarande möjlighet att utmana de privata företagen finns inte. Privatisering av offentlig verksamhet genom "utmaning" och "avknoppning" påverkar också konkurrensvillkoren mellan privata vårdgivare. Privata vårdföretag

som själva byggt upp sin verksamhet tvingas konkurrera med företag som ofta till lågt pris tagit över verksamheter där landstinget eller regionen gjort investeringarna, byggt upp patientkontakter och skapat good-will. (Samma problem som upptäckts inom skolan är på väg in i vården).

De ojämlika villkoren mellan privata och privatiserade vårdföretag kan få särskild betydelse när det gäller vård som finansieras privat genom direkt betalning eller genom privata sjukvårdsförsäkringar.

Den privat finansierade vården

Den privatfinansierade vården är i Sverige fortfarande av mycket liten omfattning. År 2006 betalade de privata vårdförsäkringarna ut c:a 650 miljoner kronor för olika vårdkostnader. Det motsvarade endast några få tusendelar (c:a 0,3 procent) jämfört med den gemensamt, offentligt finansierade vården. Till övervägande del (c:a 75 procent) gällde det öppenvård.

Läkare och kliniker som själva etablerat privata vårdverksamheter har sedan länge svarat för denna relativt begränsade vård. När offentliga vårdverksamheter privatiseras genom avknoppning eller på annat sätt blir det, med nuvarande lagstiftning, fritt fram för att även där ge privatfinansierad vård. De genuint privata vårdföretagen får ny konkurrens från företag som kan utnyttja all kapacitet som landsting och regioner byggt upp.

Ju mer offentligt driven vård som privatiseras desto större blir med nuvarande lagregler utrymmet för privat finansierad vård. Men landstingen och regionerna skall trots det, enligt hälso- och sjukvårdslagen, se till att alla medborgare får vård efter behov och på lika villkor

För landsting och regioner, anger kommunallagen, att de i sin egen verksamhet inte får erbjuda privatfinansierad vård. Kommunallagen stöder på så sätt hälso- och sjukvårdslagens krav om vård på lika villkor. Ingen skall med privat finansiering kunna köpa förtur. (Lagen om kommunal tjänsteexport medger undantag för utländska patienter om det i en verksamhet finns tillfällig överkapacitet. I praktiken gäller det avancerad vård för små patientgrupper där offentliga investeringar gett behandlingskapacitet som ger möjlighet att behandla fler patienter än de som finns i Sverige).

Vårdsystemen i övriga EU har många likheter med vårdvalsmodellerna.

Ersättningarna är enhetliga och fastställs i regel genom förhandlingar mellan de som finansierar vården (stat, delstater eller försäkringskassorna) och vårdgivarnas organisationer. Ytterst sällan tillämpas i övriga EU-länder upphandling inriktad på priskonkurrens. Den upphandling som sker är avgränsad och gäller t. ex. Storbritannien främst olika former av planerad vård t. ex. otopediska operationer eller ögonkirurgi.

Sverige är det enda land inom EU där vård- och omsorgstjänster förts in i den nationella upphandlingslagstiftningen.

I de flesta länder i Europa finns privat finansierad vård, ofta i större omfattning än i Sverige, men man söker att hålla de olika systemen åtskilda. I Storbritannien har t ex de tidigare privata avdelningarna på de offentliga NHS-sjukhusen stängts.

3. Regler för ersättning

En avgörande fråga för hur vårdval fungerar är formerna för ersättning till de olika vårdgivarna.

Vårdval Halland ersätter vårdenheterna med en fast ersättning för varje person som är listad hos enheten (kallas ofta "kapitationsersättning" dvs ersättning per person/kapita). Ersättningen är kopplad till ålder och speglar en genomsnittlig fördelning av vårdbehov och vårdkostnad efter ålder.

För år 2008 är i Halland den årliga, åldersrelaterade ersättningen per listad patient:

0-6 år	2,0 poäng	5 440 kronor
7-64 år	0,6 poäng	1 632 kronor
65-79 år	2,0 poäng	5 440 kronor
80- år	3,0 poäng	8 160 kronor

Listningen är obligatorisk. Alla får information om samtliga alternativ, men också ett förslag till listning vid närmsta vårdenhet. Om inte personen gör ett annat val gäller det lämnade förslaget. Alla är därmed listade. Utöver den åldersrelaterade ersättningen för sina listade får vårdenheten även behålla patientavgifterna från varje besök

Vårdenheten ansvarar därefter för sina listade patienters vårdkostnad även om de söker vård på annat ställe (utom vård efter inskrivning vid sjukhus). För t. ex. ett jourbesök på annan mottagning faktureras vårdenheten där personen är listad med 600 kronor enligt en taxa.

Ett mål för Vårdval Halland är att 80 procent av den öppna sjukvården ska ske inom närsjukvården. Om en vårdenhet inte når målet skall ersättningen reduceras.

Vårdval Stockholm har ett helt annat system. Ersättningen ges främst per besök. Det finns en åldersviktad ersättning efter listning, men den är låg. Listning är inte heller obligatorisk. När vårdvalet infördes var knappt 90 procent listade – de flesta genom den listning som gjordes vid husläkarreformen i början av 1990-talet, och redan har upptäckts åtskilliga fall av fusk där vårdgivare självsvåldigt angett personer som listade.

För varje besök får vårdgivaren både patientavgiften och en ersättning från landstinget enligt fastställda taxor. Den senare ersättningen minskas stegvis om det

genomsnittliga antalet besök från listade patienter blir mycket stort. Besök av icke-listade patienter och av patienter som är listade hos någon annan ger alltid vårdgivarna full besöksersättning.

Till skillnad från Vårdval Halland har vårdgivare i Stockholm inget ansvar för kostnader när listade patienter söker vård på annat håll.

En uppenbar skillnad mellan de två formerna för ersättning är landstingens möjlighet att kontrollera kostnaderna. Landstinget i Halland har nästan total kontroll över kostnaderna för året. I Stockholm är kostnaden beroende av antalet besök och svårare att förutse. Normalt innebär ersättning per besök att det blir fler besök och återbesök och därför högre kostnader.

Formen för ersättning påverkar också etableringen. Med obligatorisk listning och i huvudsak fast ersättning fördelas vårdenheterna mer jämt i förhållande till befolkningen. Ersättning per besök och fri etablering, som i Stockholm, innebär att vården koncentreras till i olika avseende attraktiva områden.

Övriga landsting som diskuterar vårdval planerar ersättningssystem mer lika Hallands där vårdgivarna helt eller huvudsakligen får s. k. kapitationsersättning.

I första hand är ersättningarna åldersrelaterade och speglar de genomsnittliga vårdbehoven efter ålder. Blekinge läns landsting anpassar även ersättningarna efter de listade patienternas vårdtyngd (ACG, adjusted clinical groups). Även i Halland diskuteras redan en förändring där vårdtyngd vägs in i ersättningen.

Förslaget för "Vårdval Skåne", som presenterades i januari 2008, har viktning efter ålder och vårdtyngd men även för kön. Dessutom övervägs att ersättningen ska täcka läkemedelskostnader. Det skall inte löna sig för vårdgivare att locka patienter genom att vara generös med att skriva ut recept.

I Stockholms läns landsting kritiserar den politiska oppositionen och andra "Vårdval Stockholm" för att ersättningsmodellen helt bortser från skillnader i vårdbehov och vårdtyngd. Tidigare fick vårdcentraler i invandrartäta eller socio-ekonomiskt svaga områden med hög arbetslöshet och stor vårdtyngd särskilda sociala tillägg. De har nu tagits bort.

I flera fall ges särskilda ersättningar för tolkkostnader och på Gotland skall ersättningar anpassas för resekostnader.

Internationellt lyfts Storbritannien och Spanien fram som länder som kommit längst med att ordna system för ersättningar som styr den öppna vården rätt i förhållande till prioriteringar och vårdbehov. I Storbritannien ansvarar primärvården, som lokalt samordnas genom s. k. Primary Care Trusts, för c:a 80 % av NHS budget.

4. Regler för etablering

Regler för etablering har avgörande betydelse för hur vårdens resurser fördelas i förhållande till vårdbehov.

I **Vårdval Halland** ackrediterar landstinget vårdenheten, men det räcker inte för att starta verksamhet. För varje kommun har landsstinget en lokal nämnd för kontakt med befolkningen och kommunen. För att etablera en vårdenhet krävs förutom ackreditering en överenskommelse med landstingets lokala nämnd.

Hallands vårdenheter med brett ansvar och ersättningen helt per kapita innebär i sig att vårdenheterna i högre grad måste fördelas efter befolkningen och antal invånare. Vårdvalet har hittills inte heller inneburit några stora förändringar. Antalet vårdenheter har ökat från 40 till 47. En landstingsdriven enhet i Laholm har lagts ner och verksamheten förts samman med en annan av landstingets vårdenheter. Eventuellt kommer enheten att åter öppnas genom att tidigare personal tar över.

För **Vårdval Stockholm** gäller fri etablering. Vårdgivare som fått auktorisation kan öppna verksamhet var som helst, förutom i Norrtälje kommun. Mer än hälften av primärvården drivs redan av privata vårdgivare. Med "Vårdval Stockholm" kommer andelen att ytterligare öka. Ersättningssystemet gör dessutom kopplingen till befolkning och närmiljö svagare.

Fri etablering – inga samband mellan lokalisering och vårdbehov

Stockholms läns landsting har redan ett facit i fråga om fri etablering. Över 500 offentligt finansierade privatläkare arbetar i länet och ersätts av landstinget efter den nationella taxan eller genom vårdavtal. De flesta beslutar själva var de skall ha sin verksamhet. Mer än hälften, nära 300 läkare, har sin mottagning i innerstadsdelarna Östermalm, Kungsholmen och Norrmalm, vilket är en mycket kraftig överetablering i relation till befolkning och vårdbehov.

De nya privata husläkarmottagningar genom "Vårdval Stockholm" har samma inriktning. 15 av de 38 nya mottagningar som redan startat verksamhet, eller angett att de skall starta under år 2008, etablerar sig i innerstaden, dvs. i de redan mest välförsörjda områdena.

Sett över hela länet har 400 av de offentligt finansierade privatläkarna sin verksamhet norr om Slussen medan endast ett 100-tal (för att vara exakt 111) finns i södra länsdelen, trots att befolkningen där är ungefär lika stor, men med större vårdbehov.

För offentligt finansierade privata specialistläkare finns samma ojämlika fördelning.

I länets norra del finns:

- 8 gånger fler offentligt finansierade privata specialister på lungsjukdomar,
- 7 gånger fler som specialister i t ex kardiologi, ortopedi, urologi samt specialister på könssjukdomar,

- 6 gånger fler offentligt finansierade privata specialister som kirurger och psykiatriker,
- 4 gånger fler specialister på ögonsjukdomar, hudsjukdomar och i internmedicin,
- 3 gånger fler offentligt finansierade privata gynekologer och reumatologer.

Den fria etableringen i Stockholms län har redan skapat en extremt ojämlig fördelning av den offentligt finansierade privata öppenvården. Situationen i Stockholm är säkert en orsak till att Sverige i en OECD-studie är ett av fem länder med den mest ojämn fördelningen av läkare och läkarvård.

I Stockholms läns landsting arbetar dessutom c:a 100 privata läkare med rent privat finansiering. Nästan alla (90 %) har sin verksamhet i den norra länsdelen och med en mycket stark koncentration till de mest privilegierade områdena. Det är inget att säga om det, så länge det handlar om privat finansiering, men det antyder hur utvecklingen går om marknad och inte behov får styra vårdens lokalisering.

Hur planerar andra landsting och regioner? Även när det gäller etablering planerar de flesta för modeller mer lika Hallands. "Vårdval Skåne" kräver liksom Halland överenskommelser för etablering. Även i förslaget för "Vårdval Gotland" förutsätts överenskommelser om lokalisering.

Samtidigt har en ny utredning regeringens uppdrag att bl. a. föreslå hur "en fri etableringsrätt kan införas i primärvården" för att som det heter "stärka rätten till valfrihet". Vem skall besluta om vårdens etablering? De som betalar, dvs. medborgarna genom de demokratiskt valda, eller vårdgivarna som får betalt?

Internationellt är det normala att etablering av offentligt finansierad vård styrs av de som betalar. I Tyskland och Holland där vården finansieras via kollektiva och obligatoriska försäkringar beslutar delstaterna resp. den nationella regeringen om investeringar och lokalisering. För Danmarks husläkare gäller att nya läkare kan etablera enbart om en annan slutar eller om befolkning och vårdbehov ökar. Även Norge har regler som styr etableringen. I England finns samma kontroll över etableringar. Londons mer välbärgade områden är stängda för ny lokalisering av offentligt finansierade läkare med hänvisning till att de redan är mer än väl försörjda. Resurserna behövs bättre på annat håll.

5. Regler för patienters val

Rätten till val skapar en risk att vårdgivare å sin sida försöker att välja bort "olönsamma" patienter med stort vårdbehov eller annan problematik. Med fast ersättning per listad person (kapitation) kan det vara särskilt "lönsamt" att lista personer utan hälsoproblem och "olönsamt" med mycket vårdkrävande patienter.

Omvänt kan det med ersättning per besök vara mest lönsamt att ta emot och snabbt behandla främst enkla åkommor. "Det som från början var tänkt som ett

ersättningssystem för att styra vården kan visa sig bli något annat – ett sätt att tillgodose de friskas banala sjukvårdsbehov” skrev läkarna Edgren och Stenberg för en tid sedan i Dagens Medicin.

Vårdval måste ha regler som gör att vårdgivarna inte kan välja bort patienter som önskar lista sig.

Vårdval Halland har regeln att ingen vårdenhet kan neka att ta emot den som vill lista sig där, men att vårdenheten har tre månader på sig att bygga ut sin kapacitet om man nått ”taket”.

Vårdval Stockholm kommer att ha ett kösystem, där den som inte omedelbart får plats hos önskad vårdgivare kan vänta på sin tur. Eventuella köer ska skötas av landstinget så att vårdgivarna inte själva kan plocka och välja.

Om någon inte är nöjd med sitt vårdval har man i Vårdval Halland rätt att byta högst 4 gånger per år och i Vårdval Stockholm hur många gånger som helst.

6. Patienters ansvar för kontinuitet i vården?

Gemensamt för alla vårdvalsmodeller tycks svara att den som listat sig fritt kan söka vård hos andra vårdgivare utan några restriktioner eller extra kostnader.

Vårdval Halland ger patienten rätt att när som helst söka vård hos andra vårdenheter utan att ändra sin listning. Dessutom finns rätt att ändra listning upp till fyra gånger per år.

Vårdval Stockholm ger alla rätt att söka vård var som helst oberoende av var man har sin listning. Det finns heller ingen gräns för antal byten av listning och dessutom är listningen frivillig.

Även för övriga vårdval tycks planeringen ha samma inriktning dvs. frihet för patienter att vända sig till andra än där han eller hon valt att lista sig eller är listad.

Internationellt finns många exempel på regler ger även patienten ansvar för kontinuiteten i vården. I Danmark kopplas patienten till sin husläkare dels av krav på remiss för specialistvård men också med ekonomiska incitament med 0-taxa för besök hos läkaren där man är listad. Det är möjligt att inte lista sig och fritt välja läkare, men då gäller patientavgift för varje besök. Ett par procent av danskarna har valt att vara utan husläkare.

Även i Norge finns möjlighet att avstå från listning, men besöken blir dyrare. Några tusental norrmän gör så. Den norska förordningen för de privata ”fastläkarna” anger dessutom att de alltid i första hand måste behandla sina egna listade patienter. På så sätt undviks förtur till andra, såvida det inte handlar om akut vård.

Regler för besök utanför listningen

Regler för besök utanför listningen kan ha särskild betydelse för äldre, kroniskt sjuka och andra patienter med stort vårdbehov men begränsad rörlighet.

Vårdvalsmodellerna innebär att vårdbesök vid sidan av listningen inte kostar något extra för patienten, medan besöken däremot ger extra intäkter för vårdgivarna.

Vårdgivare premieras därför att behandla patienter som inte är listade eller har sin listning på annat håll. Patienterna är troligtvis aktiva, rörliga personer med normalt enkla vårdfall. Utan styrning kan vårdresurser trängas undan för äldre, multisjuka och andra med liten rörlighet, men med stora behov av kontinuerlig vårdkontakt.

Även andra skäl talar för att även patienterna bör ha ansvar för kontinuitet i kontakt med vården. Ofta betonas behovet av vårdlotsar. Vem kan vara lots för patienten som söker vård på flera håll?

Olycklig blandning och överförskrivning av läkemedel är ett stort problem inom vården. Även det talar för regler för ömsesidigt ansvar för kontinuitet i kontakten med vården.

Vårdval ger dessutom den som är missnöjd med sin listning rätten att byta.

7. Politisk hantering – konflikt eller samarbete

Ett motiv för vårdval är bättre kontinuitet i vårdorganisation och patientkontakter. Men frågan om kontinuitet har också en politisk sida.

Vårdval Halland förbereddes under mer än 3 år i samarbete mellan majoritet och opposition. Systemet som etablerades har därför möjlighet att överleva ett politiskt maktskifte.

Vårdval Stockholm har efter valet 2006 utvecklats och snabbt sjösatts i direkt konfrontation mellan majoritet och opposition. Varje val har sedan början av 1980-talet resulterat i politiskt maktskifte. Bristen på samsyn gör att Vårdval Stockholm riskerar att bli ytterligare ett exempel i raden.

Det är glädjande att man i övriga landet, med ett par undantag, tycks eftersträva bredare politiskt enighet i planering för vårdval. Förslag till Vårdval Skåne har t. ex. tagits fram i samverkan mellan majoritet och opposition. I Östergötland avbröt 2007 den borgerliga majoriteten ett eget arbete för att istället ge möjlighet och tid till planering i bredare politiskt samarbete.

Vårdval – fördelar och nackdelar?

Som framgått finns stora skillnader mellan de olika modeller för vårdval som nu utvecklas i Sverige. Förklaringar kan vara skilda förutsättningar när det gäller andel privata vårdgivare, fördelning stad/glesbygd, personalförsörjning mm. Men det finns också ideologiska skillnader.

Skillnaderna mellan modellerna underlättar en diskussion om vad som kan innebära för- och nackdelar för att bättre klara vårdens uppdrag.

I några punkter sammanfattar vi vad som generellt kan vara för- och nackdelar med de förändringar under begreppet "Vårdval" som nu pågår.

Möjliga fördelar summeras i följande punkter:

- I jämförelse med upphandling av privata vårdentreprenader ger vårdval större förutsättningar för kontinuitet i medborgarnas/patientens kontakt med vården (Förutsättningarna för kontinuitet blir för de privata vårdgivare mer lika de som gäller för landstingens och regionernas egen verksamhet)
- Patientens/medborgarens ställning inom vården stärks. Patienten blir mer tydligt uppdragsgivare när ersättningen följer hans eller hennes val.
- Vårdval kan bidra till att mer av vården förs ut i den öppna vården.
- Tillgängligheten kan bli bättre – men en viktig fråga är hur den fördelas.

Möjliga nackdelar summeras i följande punkter:

- Förebyggande vård, kontakt med skola, socialtjänst osv., kan komma i kläm när vårdgivare genom vårdval direkt konkurrerar med individ/patientfokus.
- Riks att vårdgivare försöker att välja och välja bort "lönsamma" resp. "olönsamma" patienter.
- Konkurrens om personal kan göra det svårare att klara personalförsörjning för vården i glesbygd eller socialt utsatta områden.
- Rörliga och aktiva med information och rörlighet kan få större tillträde till vård på bekostnad av andra; multisjuka äldre, kroniskt sjuka, psykiskt sjuka.

Kommer för- eller nackdelar att överväga? Svaret beror på hur reglerna för vårdval formas och hur förändringarna genomförs.

I det följande sammanfattas riktlinjer till stöd för PRO:s agerande i de diskussioner om "vårdval" som nu pågår i Sveriges regioner och i många av landstingen.

Förslag till riktlinjer angående vårdval:

Den svenska vården har hög kvalitet och goda vårdresultat. Mycket har hänt som förbättrat vården för de äldre. Fler äldre och äldre i högre åldrar får genom bättre vård möjlighet att leva längre med bättre bevarad livskvalitet.

Många tidigare åldersgränser för t. ex. ögonkirurgi eller ortopediska operationer har tagits bort när nya metoder utvecklats, som gör att det säkert går att hantera risker som ökar med åldern.

Många äldre möter emellertid problem främst ifråga om tillgänglighet och kontinuitet. Ofta tvingas äldre att själva eller med någons hjälp att gång på gång upprepa sina problem och sin vårdhistoria till nya läkare. Brist på kontinuitet är också en av orsakerna till att äldre ofta drabbas av ohälsa genom sina mediciner.

Fördelningen av ansvar mellan landsting och kommun, mellan vård och omsorg, är på många håll ännu oklar. I vården och när det gäller att lotsa mellan vård och omsorg gäller ofta regeln "att det gäller att vara frisk om man råkar vara sjuk".

PRO vet alltså genom sina medlemmar att hälso- och sjukvården har brister. För de flesta äldre med stora vårdbehov gäller att kontinuitet och närhet till vård viktigare än just rätten att välja. Trots det, menar vi, att möjligheten till val kan stärka även äldre patienters ställning. Därför granskar vi med en positiv grundton de reformer för vårdval som nu aktualiseras.

Klokt utformade bör reformer för vårdval kunna bidra till bättre tillgänglighet och mer kontinuitet i vården. Vi ser gärna vårdgivare mer "på tå" inför sina patienter och uppdragsgivare. Om vårdval bidrar till att mer av vården kan ges i den nära sjukvården är det av särskilt värde för äldre och andra patientgrupper med stora vårdbehov.

PRO sammanfattar i följande punkter ett antal villkor som måste uppfyllas för att Vårdval skall vara till fördel för äldre och andra med stora vårdbehov:

- **Vårdvalet måste inriktas mot enheter med ett brett uppdrag. Valet bör stå mellan vårdgivare som i egen verksamhet eller genom samarbeten klarar de flesta av primärvårdens uppgifter.**
Ett uppsplittrat vårdval möter inte äldres och andras behov av bättre vårdkedjor och lotsar i vården. Vem lotsar när personal med hänsyn till "fri konkurrens" inte får ge råd hur patienten skall gå vidare i vårdkedjan?
- **Vårdval skall bidra till att mer av specialistvård förs ut i den öppna vården.**
Förutsättningarna varierar mellan landsting, men med hänvisning till åldersfördelning i befolkningen pekar PRO på behovet av geriatrisk kompetens i den öppna vården. En möjlighet kan vara kompletterande utbildning till allmänläkare och annan personal. Ytterligare ett specialistområde att om möjligt inkludera är psykiatri. Det skulle också vara i linje med psykiatrisamordnarens tidigare förslag.
(För all medicinsk specialistkunskap gäller att den är färskvara. Det sker en ständig utveckling med ny kunskap och nya metoder. Samtidigt som specialister behövs i den nära sjukvården behöver de också ha del i den utveckling som pågår.)
- **Äldre, kroniskt sjuka och andra med stora vårdbehov behöver nära vård. Etablering för vårdval måste planeras demokratiskt och styras efter vårdbehov.**

Vårdval Stockholm visar redan hur fri etablering styr vårdens lokalisering efter efterfrågan och annan attraktivitet och inte efter vårdbehov.

- **Ersättning till vårdgivarna bör helt eller till största del ges i form av fasta ersättningar viktade efter ålder och vårdtyngd.**
Ersättningar per besök gynnar rörliga och friskare, men inte multisjuka äldre. Motiven för förebyggande vård blir svaga, medan det däremot kan bli både onödiga återbesök och ovilja att vid ett besök ge tid att ta upp andra krämpor.
- **Listning till Vårdval skall omfatta alla.** De som inte gör aktiva val bör listas till närmaste vårdenhet som en form av "icke-valsalternativ".
- **Vårdgivare och patient bör båda ha ansvar för kontinuitet i vården**
Patientavgifter bör stimulera patienter att följa sin listning.
I regel tas högre patientavgifter för akutbesök på sjukhus än för besök i primärvården. En liknande skillnad bör gälla om en listad patient söker sig till en annan enhet inom primärvården än den där han eller hon är listad.
- **Villkoren mellan offentliga och privata vårdgivare måste vara lika.**
Vårdval ger privata vårdgivare möjlighet att på mer lika villkor långsiktigt verka inom den offentligt finansierade vården. Då måste också övriga villkor vara lika.
 - Samma regler för meddelarskydd och offentlighet skall gälla oberoende om verksamheten drivs privat eller offentligt.
 - Landstingens revisorer skall ha samma insyn för att granska de privata företagen som de har för landstingets eller regionens egen verksamhet.
 - Samma villkor för privat finansierad vård skall gälla för offentliga och privata vårdgivare. (Norges förordning med krav att läkarna i första hand betjäna sina listade patienter kan vara förebild - dvs ingen förtur till privat finansierad vård)
- **Förebyggande vård måste finnas med i uppdragen för vårdval.**
Det gäller kontakt med kommunala organ för förebyggande insatser. Kontinuitet i kontakt med patienten ger möjlighet att tidigt upptäcka och motverka hälsorisker.

PRO och dess medlemmar kan med ålderns rätt se vårdens och vårdpolitikens utveckling över tid. Många trender och organisatoriska "flugor" har genom åren passerat och försvunnit. Kommer "Vårdval" att om någon tid vara ytterligare en?

Några faktorer avgör om vårdval blir ytterligare en "fluga" i raden eller ej.

- **Varaktiga förändringar inom vården måste bygga på en dialog med medborgare, brukare och personal som skapar acceptans och tillit.**
- **För att överleva politiska maktskiften måste förändringar ske i samverkan mellan partierna och förankras i fakta och saksak, inte i ideologisk önskan eller tvång.**
- **Med tanke på skiftande förhållanden i ett långt och glest befolkad behovs alltid övervägandena om var en form av vårdval är möjligt eller omöjligt.**

Källor:

Intervjuer med tjänstemän och politiker i landsting och kommuner

Göran Dahlgren: Swedish primary health care reforms – for whom and for what purpose?

SvD 2008-01-07- Effekter av vårdval Stockholm –

OECD Health Equity Research Group: Inequalities in access to medical care

Norges Forskningsråd: Evaluering av fastlegereformen

Vinst för vården, SOU 2002:31

Vård med omsorg, SOU 2007:37

Dir 2007:90 Patientens rätt i vården

SLL, Vårdguiden Januari 2008

Sofi Larsson m fl; Genomlysning av familjeläkarsystemet i Värmland

SKL Konkurrensprojektet, Jämförelse Vårdval, indikatorer

Vårdguiden 4 2007; Valet är ditt

Primärvården; Landstinget i Jönköpingslän – Nuläget 2007

Gotlands kommun; Auktorisering – vårdval Gotland

Vårdval Halland – fakta om modellen mm

Nu införs Vårdval Västmanland

Landstingens hemsidor och tryckta material

www.nhs.uk