

Ekonomi och styrning
Agneta Rönn, Olle Olsson

Delrapport från arbetsgruppen för ersättningsystem i specialiserad vård – februari 2013

1. Inledning

Vårdvals nätverket tillsatte i januari 2012 en arbetsgrupp för ersättningsystem i specialiserad vård. I gruppen ingår Britt-Louise Hansson Landstinget Kronoberg, Staffan Fors och Hans Zettergren Örebro läns landsting, Anneth Lundahl Västra Götalandsregionen, Carina Nordqvist Falk och Stefan Karlegård Region Skåne, Elisa Lindgren Norrbottens läns landsting, Lars Kolmodin Region Halland, Michael Högberg och Lena Blom Stockholms läns landsting, Kerstin Petrén och Åsa Dahmén Landstinget i Uppsala län, Jonas Almgren (fr.o.m. januari 2013) Landstinget Jönköping, Tobias Dahlström (fr.o.m. januari 2013) Landstinget Dalarna samt Olle Olsson och Agneta Rönn Sveriges Kommuner och Landsting.

Arbetsgruppens uppdrag är att ta fram ett material som kan bistå landstingen i deras arbete med att belysa för- och nackdelar samt utveckla ersättningsmodeller inom olika områden och utifrån olika syften. Arbetsgruppen har haft tio möten under 2012 (varav ett telefonmöte) samt ett ytterligare möte i februari 2013. Gruppen avrapporterar löpande sitt arbete till vårdvals nätverket och olika externa intressenter. Denna rapport är en andra delredovisning av arbetsläget i februari 2013.

I juni 2012 bestämde sig gruppen för att i lärandesyfte arbeta vidare med tre ”pilotprojekt” i tre enskilda landsting, där man bestämt sig för att gå vidare med någon form av vårdval och ersättningsystem i specialiserad vård. Med det menas här all sådan vård som ligger utanför det som respektive landsting idag definierar som primärvård. Vid varje arbetsgruppsmöte har gruppen fått lägesrapporter från och haft diskussioner kring olika frågeställningar i de tre pilotprojekten.

I oktober 2012 gavs ett uppdrag till professor Anders Anell vid Lunds universitet att kartlägga och följa utvecklingen av vårdvals- och ersättningsystem i specialiserad vård.

Under hösten och vintern har arbetsgruppen också bjudit in företrädare för olika intressentorganisationer för att få ta del av deras tankar kring utformning av vårdval och ersättningsystem. Företrädare för vårdföretagens branschorganisationer, fackliga organisationer samt patient/brukarorganisationer har medverkat vid arbetsgruppens möten.

En kontinuerlig kontakt hålls också mellan arbetsgruppen och Socialdepartementet kring de olika arbeten som bedrivs när det gäller vårdvalssamordning och

ersättningsmodeller. Det är delvis samma personer i landstingen som både deltar i dessa olika arbeten och som även ingår i vårdvals nätverket respektive i arbetsgruppen.

2. Arbetsgruppens pilotprojekt

I början av hösten 2012 bestämde gruppen att man ska arbeta vidare med några pilotprojekt i några av de deltagande landstingen. Tanken var att detta skulle bidra till ett gemensamt lärande och att arbetsgruppen också skulle kunna agera bollplank för pilotlandstingen och bidra med förslag och idéer kring frågeställningar i projekten. Projekten skulle främst uppfylla kriterierna att de skulle ligga i eller nära ”beslutsfas” och att de skulle vara intressanta för flera landsting. En konsekvens av detta blev att pilotprojekten inte rakt igenom avser specialiserad vård utan snarare ligger i gränsområdet mellan specialiserad vård och primärvård. Följande pilotprojekt valdes ut:

- Vårdval för rehabiliteringsinsatser på primärvårdsnivå (sjukgymnastik och arbetsterapi samlat). (Västra Götalandsregionen)
- Vårdval för vuxenpsykiatri/hudsjukvård (Region Halland)
- Vårdkedjemodell där valet av vårdcentral också kan innebära val av viss specialistvård (Region Skåne)

Arbetsgruppen skulle även ges möjlighet att medverka lokalt vid möten med olika grupperingar i pilotprojekten.

Nedan sammanfattas hur arbetet framskridit i de tre pilotprojekten fram till februari 2013. Redovisningen beskriver kort och snarast rapsodiskt några av de frågeställningar som varit uppe till diskussion - vilket förhoppningsvis kan tjäna som illustration av de konkreta problem som måste lösas vid införande av vårdval.

Pilotprojektet i Västra Götalandsregionen avseende vårdval i primärvårdsrehabilitering

Bakgrund och arbetsläge

Detta projekt, som avser vårdval och ersättningssystem inom rehabilitering på primärvårdsnivå, var det projekt som kommit längst i planeringen och där det fanns en tydlig politisk beställning i form av ett beslut i HSU i juni 2012. Den tänkta tidpunkten för beslut om införande av en vårdvalsmodell för sjukgymnastik och arbetsterapi är vid halvårsskiftet 2013, då ett förslag till system ska finnas färdigt, och genomförande snarast därefter. Frågan om ersättningssystem är en del i det större projektet om vårdval.

I februari 2013 finns ett förslag till modell för beskrivning och viktning av patienterna för att kunna differentiera ersättning, samt några förslag till hur man skulle kunna hantera kostnadskontrollen. Därtill finns ett antal särskilda frågor som ska utredas, vilket ska bli klart i juni.

Aktuella frågor i projektet och frågor som tagits upp för diskussion i arbetsgruppen.

- Frågan om enhetsstorlek och upptagningsområde

- Måste sjukgymnast och arbetsterapeut finnas på samma fysiska plats om man tillhör samma mottagning? I vilken omfattning ska man kunna ha underleverantörer? I Skåne vill man ha kontroll på utbudet och kräver att de ska finnas på en och samma adress.
- Uppdraget ska genomföras ”inom närområdet” men man har inte slutligt definierat vad det ska vara. Vilket befolkningsunderlag krävs? Måste det finnas en särskild enhet i varje kommun eller räcker det att ha ”filialverksamhet”?
- Beskrivningssystem och metod för vårdtyngdsmätning för att kunna utforma en ersättning efter vårdtyngd och socioekonomi.
 - Inledningsvis diskuterade VGR att använda KVÅ-diagnoser och ICF¹ men det kräver en hel del tid att bygga upp detta och det fanns inte utrymmet i den politiskt beslutade tidsramen. ACG/KPP² finns inte heller i primärvården. Den lokala projektgruppen ville därför förorda att ersättningen initialt bör vara besöksrelaterad och kapiteras först när det finns ett beskrivningssystem på plats. Man har därför utformat ett eget instrument för att mäta diagnos och funktionsförmåga i syfte att kunna vikta besök och patienter. Instrumentet har tagits fram av en grupp med lång erfarenhet av rehab och har sedan testats på ett större antal sjukgymnaster. Man har utifrån detta konstruerat en ”viktlista” för olika typer av patienter/diagnoser/åtgärder. SLL gjorde en liknande resa men ”orkade inte med” att utveckla KVÅ färdigt och har i stället valt att ersätta dels efter sjukgymnasternas utbildningsnivå, dels efter skattad tidsåtgång per besök.
- Nu liggande förslag till ersättningsmodell:
 - Ersättningen sätts efter en poängberäkning utifrån besök och viktning. Grunden för viktningen är den enkät som gjorts om hur olika behandlingar ska viktas i förhållande till varandra. Ev. görs en viktning för geografi vid hembesök.
 - Arbetsterapibesök kommer att viktas högre än sjukgymnastbesök. Ingen reglering av hur stor sjukgymnastdelen maximalt får vara.
 - Man överväger också komponenter för geografi, målrelaterad ersättning för kvalitet, ersättning för samverkan, socioekonomi samt verksamhetsförlagd utbildning.
- Utformning av ett tak som begränsar kostnaderna i ersättningssystemet.
 - VGR har övervägt tak för antalet besök per vårdgivare. SLL har valt en lösning med ett ”dubbelt” tak (både per vårdgivare och per patient). Flera landsting har haft diskussioner om eventuellt remisskrav till

¹ KVÅ=klassificering av vårdåtgärder, ICF= International Classification of Functions

² ACG_ Adjusted Clinical Groups, KPP= Kostnad per Patient

sjukgymnaster när man kommit upp i visst antal besök e dy, men det har inte vunnit politiskt gehör. Halland har valt ett ”kollektivt” tak per område och månad i sitt ersättningsssystem. Om taket överskrids så justeras nästa månads ersättning ner för alla.

- VGR har nu två alternativ för hur ett tak kan konstrueras:
 - En ersättningsnivå upp till max antal poäng per patient och vårdenhet, därutöver en lägre ersättningsnivå
 - Om den totala produktionen slår i taket så minskas ersättningen per poäng för alla.
- Vilka krav ska man ställa på data som enheterna ska leverera för att få ersättning. Vad kan landstinget kräva utifrån lagstiftning om sekretess m.m.? SLL har haft liknande diskussioner. Vilka medicinska data, t.ex. vilken typ av patienter? Hur får data användas? Det finns också andra problem som handlar om att datainsamling är resurskrävande, kräver bra system etc. Allt detta måste regleras i avtal med enheterna.
- Hur kan olika grupperingar vara representerade i arbetet, t.ex. representanter för olika professioner och externa utförare och hur kan de medverka i processen? Viktigt att göra en avvägning mellan värdet av medverkan, att lyssna av och föra dialog och samtidigt inte bli för uppbunden och styrd vid utarbetandet av de skarpa förslagen.

Pilotprojektet i Region Halland avseende vuxenpsykiatri

Bakgrund och arbetsläge

I Region Halland beslutades redan i budget 2011 och ekonomisk plan 2012-2013 att man skulle utveckla fler vårdvalsmodeller i närsjukvård och specialistvård, det s.k. Vårdval Plus. Regionstyrelsen beslutade i oktober 2012 om en modellbeskrivning samt förfrågningsunderlag för den fortsatta utvecklingen av vårdval. Förvaltningens arbetar nu med förslag om specialiteter, förfrågningsunderlag och ersättningsmodell som ska beredas och sedan tas upp på Regionfullmäktige under våren 2013 för beslut, vilket ska möjliggöra ett genomförande under hösten 2013. De specialiteter som utreds är vuxenpsykiatri och hud.

Aktuella frågor och frågor som tagits upp för diskussion i arbetsgruppen.

- Vilka specialiteter kräver inte sjukhusets resurser och är därför lämpliga för vårdval? Halland har tagit fram en bruttolista och graderat specialiteter – där egentligen de flesta är fullt tänkbara. En närliggande fråga är hur man kan tänka kring att göra avgränsningen av vårdvalet på litet olika ledder inom en specialitet? I SLL finns exempel på att utrustningsbehoven fick bestämma avgränsningen.
- Hur kan en vårdepisodersättning utformas, per diagnos, där man vill försöka täcka in samverkan mellan öppen och sluten vård och minska undvikbar slutenvård? I grunden handlar det om hur man kan identifiera och avgränsa en vårdeperiod.

- När det gäller hud har Halland, i samarbete med verksamhetsföreträdare, identifierat diagnoser och vårdprocesser (läkarbesök – behandling – uppföljning), i vissa fall kan episoden bestå av ett enda besök. T.ex. psoriasis kan ha fyra olika processer beroende på dermatologens bedömning i första skedet – en fråga är om varje behandling ska bli en egen process och om alla utförare ska kunna göra hela processen eller om vissa delar kan särskiljas och/eller läggas ut på underleverantörer.
- Ytterligare en fråga är hur en vårdepisod ska avgränsas – det måste finnas tydlig början och tydligt slut. Några exempel: i Skåne har man avgränsat stroke-processen till att upphöra i samband med ettårsuppföljningen. Bröstcancerprocessen pågår i fem år.
- I Skåne och Uppsala finns exempel på hur man definierat episoder i mödrahälsovården. Skåne har delat upp den i fyra delar.
- SLL har redan ett fungerande exempel på vårdepisodersättning inom höft- och knäoperationer. En och samma vårdgivare ansvarar för hela vårdepisoden. Man har också ett utvecklingsprojekt rörande vårdepisoder inom ryggkirurgi, samma modell som höft-knä. Initialt utgår en stor del av ersättningen för undersökning, bedömning/diagnosticering, operation, eftervård, efterkontroll etc. Resten utbetalas efter ett år. Man diskuterar att baka in en ganska stor del målrelaterad ersättning, kopplad till ”patientupplevd smärta efter ett år” och en återbetalning om det blir sämre. SLL:s modell kan uppfattas som ganska komplicerad.
- Psykiatri är betydligt svårare, både när det gäller diagnoser och behandlingar, här finns en stor potential om Halland kan ta utvecklingen ett steg framåt. Stor grupp med många svaga personer.
- När det gäller ersättning i förhållande till vårdtyngd så överväger Halland om man ska kostnadsberäkna olika processer eller om man i stället ska göra en kostnadsmässig viktning av olika processer i förhållande till varandra – något som blir betydligt enklare. Man kan, som SLL har gjort, sätta olika ersättningsnivåer och dessa får sedan justeras efter hand.
- Ersättning för samverkan är en ambition men ännu finns inget förslag till praktisk lösning.

Pilotprojektet i Region Skåne avseende en vårdkedjemodell där val av specialistvård också skulle innebära val av vårdcentral.

Bakgrund och arbetsläge

Region Skåne hade en relativt tydlig inriktning och en politisk beställning redan från början. Ambitionen var att sjösätta vissa vårdval i specialiserad vård under 2013.

Inriktningen har varit att välja viss specialistvård där man skulle kunna flytta ut delar av vården utanför sjukhus, och också koppla till primärvården.

Regionledningen har i februari 2012 fattat beslut om den fortsatta inriktningen på arbetet.

- Man ska införa fyra nya vårdval: hudsjukvård, ögonsjukvård, gynekologi och beroendevård, där det bl.a. handlat om att lyfta ut specialiserad vård från sjukhusen.
- Man öppnar för tilläggsackreditering när det gäller Hjärtsvikt och man utreder motsvarande för Barnmedicin och Flerfunktionshinder. Tilläggsackreditering definieras inom befintliga ackrediteringsvillkor för vårdcentral.
- För psykoterapi ska utredas om det ska bli tilläggsackreditering eller eget vårdval.
- Man inför möjlighet till certifiering inom områdena Astma/KOL, Äldrehälsovård och Systematiskt arbete med levnadsvanor. Med certifiering avses att vårdcentralen, efter ansökan, ska bedömas motsvara vissa högt ställda kvalitetskrav inom det angivna området. Certifiering innebär inte att man får någon särskild ersättning.

Förvaltningen har nu i uppdrag att utarbeta slutlig kravbok för de nya vårdvalen, som beräknas kunna starta hösten 2013 och våren 2014, samt att utreda vissa av de övriga områdena. Därutöver har man sedan tidigare ett uppdrag att utreda vårdval inom neurologi respektive ortopedi. Båda dessa modeller är tänkta att bidra till ett lärande som, om de är framgångsrika, skulle vara möjliga att införa inom liknande områden. De skulle därmed också kunna ses som en förberedelse till nya områden att etablera sig inom för de sjukgymnaster och läkare som idag ersätts enligt ”nationella taxan” när en fasas ut de kommande åren.

Frågor som tagits upp för diskussion i arbetsgruppen.

- Vilka specialiteter kräver inte sjukhusets resurser och är därför lämpliga för vårdval? Halland har tagit fram en bruttolista och graderat specialiteter – där egentligen de flesta är fullt tänkbara. En närliggande fråga är hur man kan tänka kring att göra avgränsningen av vårdvalet på litet olika ledder inom en specialitet? I SLL finns exempel på att utrustningsbehoven fick bestämma avgränsningen.
- Ska de egna sjukhusen få vara med i LOV-processen (t.ex. i Uppsala har man inte tillåtit det)? Skåne ser det som att sjukhusen skulle kunna öppna filialer, allt behöver inte ske inom sjukhusens väggar. För uppdragsgivaren är det egentligen egalt vem som utför, alla som kan leverera kvalitet och resultat får vara med. Men det ska vara utanför sjukhusmiljön. Doktorerna är rörliga och det är viktigt få till stånd förändringar, t.ex. att sjukhusen tänker mer i termer av utflyttning från sjukhusen.
- En del av samma fråga gäller hur specialisterna kan uppmuntras att jobba på detta sätt och hur man tillgodoser utbildnings- och forskningsintressena (man måste göra både och). I Skåne anställer man specialister utanför sjukhus. Det kan t.ex. vara erfarna, äldre läkare som är trötta på sjukhustillvaron.

3. Uppdrag till Anders Anell att göra nationell kartläggning

Som ett led i att stödja landstingen i det fortsatta arbetet med att utveckla vårdvalssystem har SKL, i samråd med arbetsgruppen för ersättningssystem i

specialiserad vård, initierat ett uppdrag som kan bidra med ytterligare kunskaper genom kartläggning och studier av förutsättningarna för olika lösningar när det gäller utvecklingen av ersättningsystem.

Uppdraget

Syftet med uppdraget är att studera förutsättningar och alternativa lösningar för fortsatt utveckling av vårdval inom specialiserad vård eller primärvård utanför hittills genomförda vårdval. Särskilt studeras utformningen av ersättningsprinciper givet förutsättningar respektive syften och mål.

Uppdraget genomförs i nära samverkan med uppdragsgivaren på SKL och i arbetsgruppen. Uppdraget avrapporteras dels löpande, dels i en sammanfattande rapport.

Uppdraget innehåller tre delar.

- Studier och dokumentation av de tre nämnda pilotfallen som fokuserar vårdval inom utvecklad primärvård/specialistvård. Studierna innefattar både de olika modellernas principiella utformning och lärandeprocessen för att ta fram lösningarna.
- Sammanfattning av kunskapsläget kring arbetet med vårdvals- och ersättningsystem i vård utanför hittills genomförda vårdval genom studie av befintlig dokumentation om strategier, utformning och analyser av vårdval inom specialistvården. I första hand studeras de erfarenheter som vunnits och de utvärderingar och studier som genomförs i Stockholm, bl.a. av forskare på Karolinska Institutet (KI).
- Nationell kartläggning av vårdvalssystem inom specialistvård och primärvård utanför hittills genomförda vårdval i alla landsting och regioner, med utgångspunkt från frågeställningarna nedan.

De tre delarna ska utgöra grunden för utveckling av en referensram som kan användas som utgångspunkt när landsting och regioner vidareutvecklar vårdvalssystem inom primärvård och specialiserad vård. Tidplanen innebär att hela kartläggningen ska vara slutförd i november och presenterad i en rapport. Under arbetets gång kommer flera workshops att hållas med arbetsgruppen. En större konferens planeras till den 28 november.

Arbetsläget i mitten av februari 2013

Anders har träffat företrädare för alla tre pilotprojekten och börjat ta fram underlag kring utgångspunkter, syften, inriktning, arbetssätt osv. För att få ytterligare underlag i denna del har Anders också träffat landstingen i Stockholm och Uppsala, som är de landsting som kommit längst i utvecklingen av vårdval i specialiserad vård. Där ingår att inventera de hittills gjorda utvärderingar och uppföljningar av vårdvalssystemen i specialiserad vård som gjorts i de två landstingen.

Vid en workshop med arbetsgruppen den 5 mars kommer Anders att presentera ett antal tvärgående teman/frågeställningar för diskussion utifrån erfarenheterna från pilotprojekten samt från landstingen i Stockholm och Uppsala.

Den planerade nationella kartläggningen kommer att göras senare under våren.

4. Intressentorganisationernas synpunkter på utformning av vårdval och ersättningssystem

För att få ytterligare input i arbetet har arbetsgruppen bjudit in företrädare för olika intressentorganisationer. Syftet har varit att få till stånd ett konstruktivt samtal kring utformningen av vårdval och ersättningssystem utifrån olika perspektiv.

Organisationernas synpunkter sammanfattas i det följande.

4.1 Vårdföretagen

Arbetsgruppen hade bjudit in företrädare för Vårdföretagarna och Famna samt Svenskt Näringsliv som samtliga medverkade.

Följande områden och synpunkter lyftes fram av företagen.

- *Klargör syftet med vårdvalet – varför?*
 - Positivt med valfrihet och ökad patientmakt – men viktigt med adekvat information som underlag för val!
 - Tillgänglighet- man behöver definiera ”till vad”?
 - Eftersträva vårdkedjetänk – men hur?

En fråga väcktes om hur vårdval kan omsättas i glesbygden, särskilt som företagen framhåller att en viktig förutsättning är att det finns flera aktörer som drivs av volym, kvalitet och kostnader. Här gavs inte några tydliga svar men man var överens om att det krävs flera aktörer och att man kan komma en bit på väg med gemensamma ackrediteringar mellan fler eller alla landsting. Vårdval innebär dock inget samlat svar på glesbygdens vårdproblem.

- *Samordna på beställarsidan*

Från företagens perspektiv skulle det innebära stora fördelar för vården om landstingen kunde samverka regionalt på beställarsidan genom att flera går ihop i upphandlingar eller kring krav för godkännande. Det frestar på leverantörerna att vara experimentverkstad, vilket blir fallet när landstingen inte är samordnade t.ex. kring beskrivningssystem. Olika modeller innebär merarbete för företagen och kan också riskera att fragmentisera vården i stuprör.

Företagen har också utifrån sina kontakter upplevt att det generellt sett finns en förbättringspotential när det gäller landstingens kompetens och kunskap om vårdval. Om det t.ex. blir aktuellt med nationella vårdval (jfr patientmaktsutredningen) så måste landstingen ha beredskap, alla måste göra sin resa. ”Det räcker inte med hörapparater”. Landstingen måste veta vad man vill och göra det ordentligt. T.ex. inom psykiatri bör man börja med upphandling för att få koll på priserna, därefter kan man införa vårdval.

Landstingen behöver ha en bättre dialog med utförarna och en bättre samverkan med andra landsting.

- *Tydliga kvalitetskrav*

Kvalitetskrav är en central fråga och man bör bygga in någon form av garantier för kvalitet. Man måste se till allmänintresset, kvalitetskraven måste styra - men det behövs gemensamma kvalitetsindikatorer. Vem äger frågan? Företagen lägger enormt

mycket resurser på detta. Vem bestämmer? Vad är medicinska behov, patientens behov, vilka mått? Hur ska man definiera vårdtyngd? Det skulle innebära stora fördelar om landstingen kunde enas!

- *Vårdkedjor*

Ersättningar vid komplexa vårdbehov måste se olika ut i förhållande till de vid enklare behov. För att skapa vårdkedjor behöver man processkartlägga, koppla på kvalitetsindikatorer, definiera gränssnitt och skapa incitament för samverkan.

Ryggskadevården i Stockholm är ett bra exempel på hur en vårdkedja kan se ut, men detta är upphandlat enligt LOU och inte enligt LOV. Finns säkert fler områden där man skulle kunna göra något liknande.

Enligt företagen skulle man kunna låta aktörerna själva skapa vårdkedjor mellan enskilda LOV-enheter i stället för att beställaren ersätter hela kedjor. Vårdkedjor kräver emellertid vissa volymer för att företagen ska kunna hantera dem. Det kanske finns förutsättningar i Stockholm om ett par år när det är mer utbyggt. ”Vi vet tio företag som tänker i vårdkedjor, men det måste finnas en marknad”.

Om man har s.k. kvalitetserättning som utgår i efterhand vid uppnått resultat är det viktigt att noga överväga hur lång tid det ska ha gått till utvärdering.

- *Utvärdera*

Man framhåller vikten av att avsätta resurser för utvärdering, inte minst av den medicinska kvaliteten. SLL har visat att det går att uppnå effektivisering och kvalitetsutveckling (men det behövs mer tid och fler utvärderingar). Till dess behöver man lära av dem som redan infört vårdval och deras erfarenheter.

Det blir lättare att utvärdera verksamheten om landstingen är samordnade i sina beställningar.

4.2 Fackliga organisationer

Arbetsgruppen hade bjudit in Vårdförbundet, Sveriges Läkarförbund, Kommunal och Sveriges sjukgymnasters riksförbund (SGR). Kommunal hade inte möjlighet att medverka. Läkarförbundet framförde sina synpunkter vid ett möte med SKL:s representanter.

Följande områden och synpunkter lyftes fram av organisationerna

Sammanfattning av synpunkter från Vårdförbundet och Sjukgymnasternas riksförbund

- Viktigt att ersättningssystemen stödjer rätt kompetens vid rätt tillfälle, vilket bl.a. handlar om vilka yrkesgrupper i hälso- och sjukvården som ska bidra respektive genererar ersättning. Ersättningssystemen behöver utformas för att gagna en bra kompetenssammansättning och balansera mellan olika principer.
- Det finns risker med en allt för stor andel besöksbaserad ersättning – det kan stimulera ”onödiga” åtgärder. Det finns också en risk för stort fokus på läkarna, vilket kan motverka en effektiv användning av olika kompetenser. Om

man i stället utformar mindre omfattande/smälare vårdval för olika specialiteter eller yrkesgrupper så finns det risk för ”snuttifiering” av vården.

- Det vore önskvärt med vårdkedjor där flera kompetenser hänger ihop och patienten kan välja – bra för både patient och personal – men man har inte något förslag om hur det ska lösas. Detta styrs inte bara av ersättningssystemen, även om dessa sätter en viktig ram.
- Primärvårdsuppdraget är brett och det kan vara svårt för små utförare att komma in. Hur små enheter kan och bör man eftersträva och vad är kompetensmässigt och ekonomiskt möjligt? Samtidigt finns önskemål om en god lokal täckning i alla kommuner. Kompetensmässigt ”mixade” enheter kan vara en bra lösning, men då måste ersättningssystemet medge det och det kräver ett större befolkningsunderlag.
- En särskild utmaning är att utforma ersättningssystem som gagnar vårdkedjor - t.ex. stroke som har stor andel omvårdnad och rehab och som går över huvudmannagränser. Det finns inte några enkla lösningar och det kräver stort ”mod” både hos beställare och leverantörer.

Sammanfattning av synpunkter från Läkarförbundet

- *Allmänt om vårdvalen*

Fritt val för patienter måste kombineras med vård på lika villkor.

Det finns risk för att vårdvalen drar läkarna till storstadsregionerna (och dränerar övriga landet). En lösning kan vara ”ordnat stafett-läkeri”.

Om taxeläkarna ska fasas ut bör det ske i LOV. Positivt med utveckling mot större mottagningar men det bör inte tvingas fram

Sjukhusen är viktiga men man kan flytta ut delar av specialiserad vård, t.ex. en del enklare/avgränsbara operationer. Viktigt är dock att dessa operationer också behövs både för utbildning och forskning – kan uppnås genom att öka sjukhusläkarnas rörlighet eller behålla vissa volymer av operationerna på sjukhusen. Viktigt att läkarna inte flyttas tvångsmässigt.

- *Forskning och utbildning*

Forskning behövs både vid universitetssjukhusen och i övriga vården.

Forskningspengar måste följa med verksamhet som flyttar ut från universitetsklinikerna.

Utbildning. En grundläggande fråga är hur enheter ska ersättas. Idag får man inte kostnadstäckning.

- *Jour och anställningsvillkor*

Jourtäckning. ”Journurran”: de vill ha ökad rörlighet mellan olika delar av vården.

Luckra upp reglerna kring bisysslor för att minska köer, underlätta jourkedjor genom ökad rörlighet för läkarna. Viktigt med transparens, öppna jämförelser etc. som kan motverka att systemet missbrukas. Lika regler över landet.

Pensionerna. Delade anställningar innebär stor nackdelar i pensionshänseende och innebär inlåsnings effekter. Denna fråga är central för att möjliggöra en ökad flexibilitet för läkarna. Diskuteras i samband med nya pensionsavtalet.

- *Ersättningsystem*

Bra ersättningsformel:

- Taxan som grund/ersättning per åtgärd
- Vårdepisoder utifrån vårdtyngd och risk

Remisstvång kan vara ett sätt att få kostnadskontroll, men förordas inte av SLF. Ett annat sätt är att välja Hallandsmodellen, där man sätter ett kollektivt tak och därefter får alla mindre ersättning. Detta kan dock bli problematiskt för utförare som har höga fasta kostnader. Takmodellen kan vara ok men måste vara transparent.

Man bör inte hänga upp ersättningar på diagnoser. Det finns risk för att man börjar ”leta” efter diagnoser som ger hög ersättning och tvärtom.

- *Kompetens i beställningar*

Beställarna måste bli bättre på att analysera kostnaderna när de sätter priser, man måste t.ex. beakta sjukhusens kostnader för utbildning och forskning när man prissätter tjänster som ska ut i öppen specialiserad vård.

Kommunikationen mellan landstingen och utförarna/professionen behöver bli bättre när det gäller bl.a. ersättningsystem.

4.3 Patient/brukarorganisationer

Arbetsgruppen hade bjudit in företrädare för Strokförbundet, Diabetesförbundet, Reumatikerförbundet, Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) och Hjärt- och lungsjukas riksförbund. Alla hade möjlighet att medverka utom den sistnämnda.

Följande områden och synpunkter lyftes fram av organisationerna.

- *Övergripande synpunkter*

Generellt kan man säga att patientorganisationernas starkaste drivkraft är att verka för att vården för deras patienter ska vara god och lika över landet. Frågor om vårdval och ersättningsystemens utformning kommer i andra hand.

- *Behovet av samverkan och helhetssyn*

Organisationerna framhåller att man särskilt måste beakta de behov som finns hos patientgrupper som har kontakt med många delar av vården (psykiskt sjuka, reumatiker, strokepatienter, diabetiker); både primärvård och specialistvård (behövs bättre samverkan mellan dessa t.ex. genom konsultinsatser från specialister i PV). Kontinuiteten viktig. Besöksersättning kan slå fel – den kan motverka samverkan och kan ge undanträngningseffekter för kostsamma patienter.

- *Ersättningsystem m.m.*

Någon måste ta helhetsansvaret och ersättningsystemet måste stödja för att undvika ”stuprör” och att patienten känner sig som en belastning/kostnad. Ett område som man

särskilt lyfter fram där samarbete mellan olika delar av vården är särskilt viktigt är rehabilitering.

Om vårdgivaren har kostnadsansvar t.ex. för läkemedel kan det bli problem för patientgrupper som behöver dyrbara läkemedel.

Man måste tänka i processer för att säkra kontinuiteten (olika processer för olika typer av patienter). Ersättningssystemen måste stämma överens med sjukvårdens strukturer, t.ex. när det gäller remissförfarande.

Vansktigt att knyta ersättningen till diagnos eller vårdtyngd – samma diagnos kan ha väldigt olika vårdtyngd.

Organisationerna kan inte tänka sig att ha en roll som ”rankare” av olika vårdgivare.

- *Förebyggande vård och egenvård*

Alla organisationerna framhåller vikten av förebyggande insatser – både primär- och sekundärprevention – och att detta behöver fångas upp i ett ersättningssystem. Primärvården har viktig roll i detta. Men det får inte bli ”one fits all” utan strategiska insatser för rätt grupper.

Större tonvikt bör läggas vid egenvård, dvs att patienterna själva kan bidra mer i sin vård för att få bättre effekt av behandlingar. Förutsätter bra samarbete läkare-patient. Utveckling av e-tjänster kan vara en del i detta.