

LANDSTINGS- REVISORERNA

Projektrapport
nr 21/2008

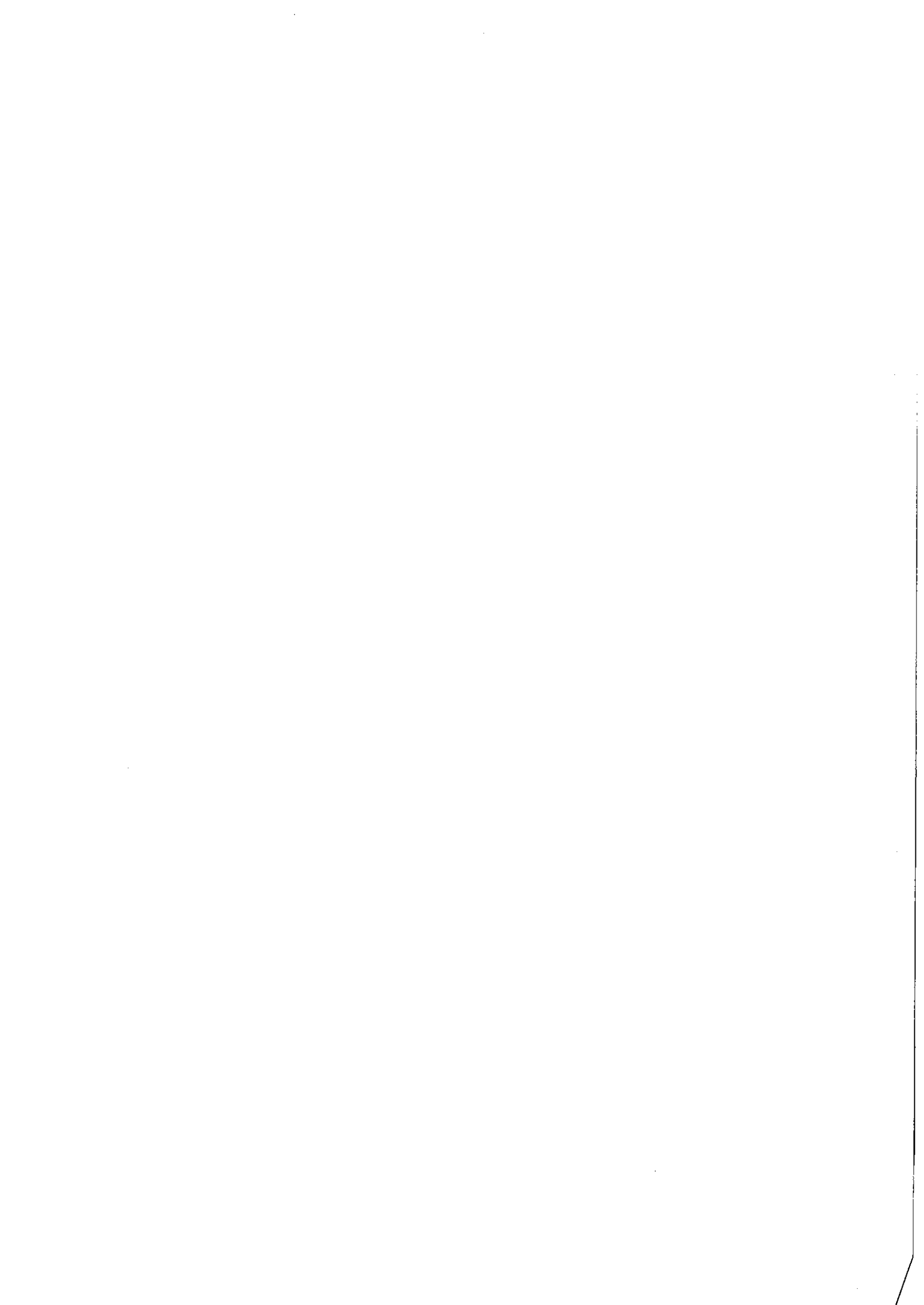
Styrningen av vårdval Stockholm - husläkarmottagningar

Revisionskontorets samlade bedömning är att styrningen av vårdval Stockholm bedrivits med kostnadskontroll och relativt tydliga ansvarsavgränsningar under 2008.

Det är viktigt att HSN följer effekter och vidtar åtgärder där det behövs, inte minst för de områden i regelboken som inte är direkt prissatta. Likaså behöver HSN framöver studera eventuella effekter på mottagningsnivå.

HSN bör i större utsträckning tillse att en mer sammanhängande rapportering med analys av vårdvalets effekter genomförs, som svarar upp mot nämndens rapporteringsansvar till landstingsfullmäktige. Revisionen rekommenderar att djupare analyser görs inom bland annat följande områden:

- eventuella övervältringseffekter av kostnader från husläkarmottagningar till andra vårdformer
- vårdvalets effekter när det gäller möjligheten att ge vård på lika villkor, exempelvis geografiskt men även utifrån sjukdomsbild
- ökad besökstillgänglighet i relation till respektive besöks vårdinnehåll
- gräzonsproblematik mellan olika utförare när det gäller den avancerade medicinska servicen
- effekter på samverkan mellan olika utförare



Revisorsgrupp II
2008 års revisorer

2009-01-27

Diarienummer:
RK200805-57


Hälso- och sjukvårdsnämnden


STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDEN
2009 -01- 29
Dnr HSN0901-0089

Rapport 21/2008 Styrningen av vårdval Stockholm - husläkarmottagningarna

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på möte 2009-01-27 att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2009-05-04.

Paragrafen justerades omedelbart.


Göran Hammarsjö
ordförande


Agneta Fohlström
sekreterare

(

(

(


(

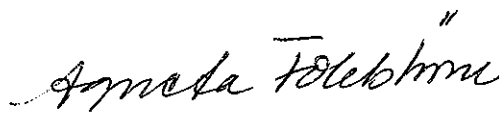
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Rapport 21/2008 Styrningen av vårdval Stockholm - husläkarmottagningarna

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på möte 2009-01-27 att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2009-05-04.

Paragrafen justerades omedelbart.


Göran Hammarsjö
ordförande


Agneta Fohlström
sekreterare



Faktaruta

Vårdvalshistorik

Landstinget i Halland var först med att införa vårdval i primärvården 2007. Västmanland lanserade sitt system under 2008 samtidigt som Stockholms läns landsting. Senare under året införde även Gotland vårdval. Under 2009 införs vårdval i ytterligare sex landsting; Skåne, Uppsala, Kronoberg, Sörmland, Östergötland och Västra Götaland.

Ingen övergripande nationell utvärdering har ännu genomförts. Professor Anders Anell vid Lunds universitet har dock gjort en jämförande studie av vårdvalsmodellerna i Halland, Västmanland och Stockholm. I studien konstateras att trots likheten i benämningen är modellerna olika från landsting till landsting.

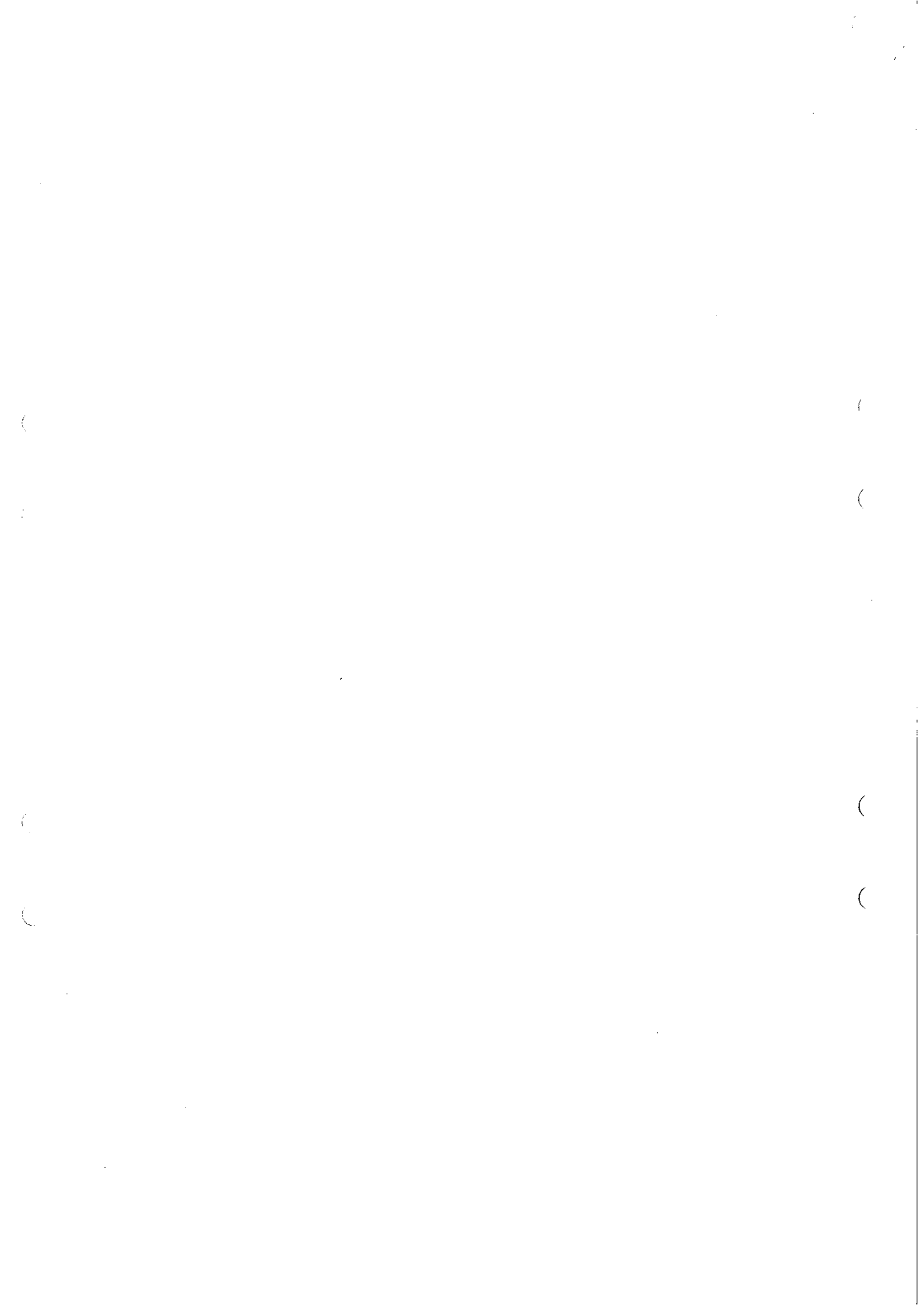
Några centrala skillnader mellan vårdvalssystemen

Etableringsfrihet - I SLL är det fritt för vårdföretagen att etablera sig var de vill i länet, vilket inte är fallet i något annat landsting med eller på väg att införa vårdval. Flera landsting avvaktar dock med etableringsfriheten, trots att detta är en del av den nya lagstiftningen kring vårdval.

Olika ersättningsmodeller - När det gäller sättet att ersätta vårdenheterna avviker SLL från Västmanland och Halland genom att ha en lägre andel fast ersättningen; 40% jämfört med 80%. En annan skillnad mellan landstingen är användningen av socioekonomiskt tillägg. Några landsting som planerar vårdval uppger att de på ett eller annat sätt kommer att använda sig av så kallat ACG (Adjusted Clinical Groups) ett system som definierar vårdbehovet för olika diagnoser utifrån sjukdomsburda, ålder och kön).

Olika uppdrag - Halland och Västmanland har valt att ge vårdenheterna ett brett uppdrag, medan Stockholm delat upp primärvårdsuppdraget i olika delar: husläkarverksamhet, barnhälsovård, mödravård och även fotvård och logopedverksamhet var för sig med olika auktorisationer och ersättnings-system. Betydelsen av att ge befolkningen en färdig helhetslösning har tonats ned. I stället påtalas att en uppdelning av verksamheten dels skapar ökade valmöjligheter för befolkningen, dels ger möjligheter för flera aktörer, att etablera nya företag.

Se bilaga för mer detaljerad jämförelser mellan olika vårdvalsmodeller.



Slutsatser och rekommendationer

Styrningen av vårdval Stockholm (husläkarmottagningar) är fortfarande under utveckling och det är för tidigt att uttala sig om styrningen är ändamålsenlig eller inte.

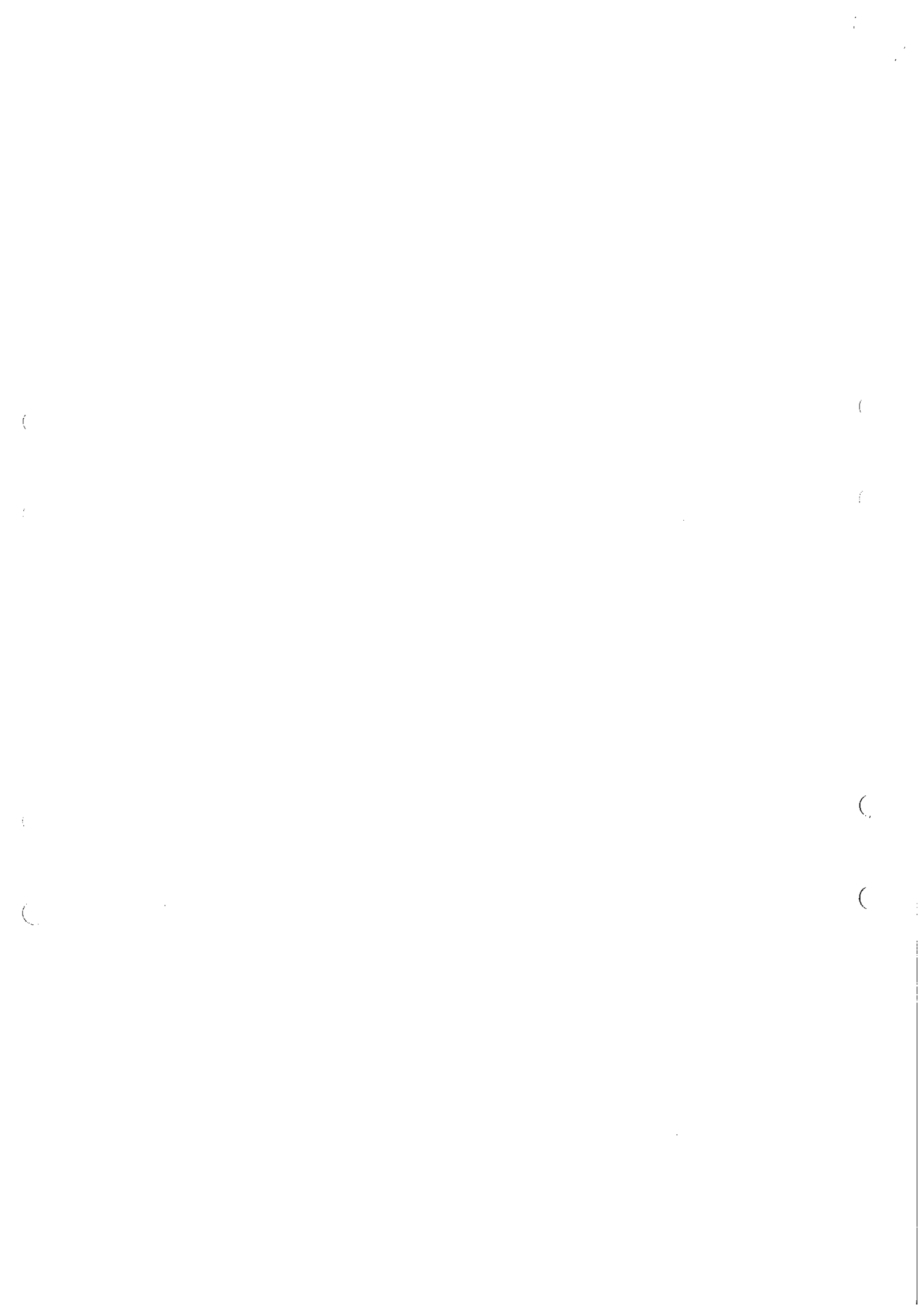
Revisionskontoret menar att ansvarsavgränsningen under året överlag varit tydlig, även om otydligheter kvarstår gällande systemmiljö och ersättningsmodellen för medicinsk service. Vidare har vårdvalet under året bedrivits med kostnadskontroll även om brister och handhavandefel i IT-systemen i viss mån innebär försämrad möjlighet till god intern kontroll. Vårdvalet har inte inneburit någon förändring så att något område i länet saknar husläkarmottagning. Beredskap och analys måste dock finnas hos förvaltningen för eventuella förändringar i utbudsstrukturen framöver. Tillgängligheten, i form av patientens möjlighet att komma i kontakt med husläkarmottagningarna, har generellt förbättrats.

Även om vårdvalet till viss del inneburit större fokus på uppföljning, pekar genomförda granskningar på ett antal områden där HSN bör utveckla och förstärka sin analys för att kunna möta eventuella negativa effekter av vårdvalssystemet. Analys behöver även ske på vårdcentralsnivå för att kunna upptäcka eventuella negativa effekter. Revisionskontoret rekommenderar ett större inslag av analys på bland annat följande områden:

- eventuella övervältringseffekter av kostnader från husläkarmottagningar till andra vårdformer
- vårdvalets effekter när det gäller möjligheten att ge vård på lika villkor, exempelvis geografiskt men även utifrån sjukdomsbild
- ökad besökstillgänglighet i relation till respektive besöks vårdinnehåll
- gråzonsproblematik mellan olika utförare när det gäller den avancerade medicinska servicen

I en modell som premierar besök finns alltid risken att annan verksamhet nedprioriteras. Ett sådant riskområde är samverkan, där revisionskontoret under året har sett exempel på upplevda försämringar. Revisionskontoret anser därför att det är angeläget att HSN följer om detta visar sig stämma och i så fall vidtar åtgärder för att motverka detta.

Revisionskontoret kommer även fortsättningsvis följa vårdvalet och dess effekter.



1. Inledning

1.1 Bakgrund

Vårdval Stockholm infördes den 1 januari 2008 för husläkarmottagningar, barnvårdscentraler, mödravårdscentraler, fotsjukvård, logopedier samt från 1 maj för läkarinsatser i särskilt boende. Revisionen har tidigare granskat förberedelsearbetet i projektrapport nr 10/2007.

Flera genomgripande förändringar av primärvården har skett; auktorisation har införts, ersättningsmodellen ändrats, etableringsfrihet införts, vissa nya uppgifter och ansvarsområden har lagts till osv. Mot bakgrund av detta aktualiserades landstingsrevisorernas granskning av styrningen av vårdvalet.

1.2 Revisionskriterier

Granskningen utgår huvudsakligen från landstingsfullmäktiges respektive hälso- och sjukvårdsnämndens skrivningar och beslut i budget för 2008. En annan viktig förutsättning är uppfyllandet av Hälso- och sjukvårdslagen.

1.3 Syfte och revisionsfrågor

Det övergripande syftet har varit att granska om styrningen av Vårdval Stockholm är ändamålsenlig. Verksamhetsåret 2008 har granskats och endast husläkarmottagningar har ingått i granskningen. Utifrån det har följande revisionsfrågor för granskningen formulerats:

1. Finns det en tydlig ansvarsavgränsning mellan landstingsstyrelsen (LS), hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och utförarna?
2. Vilka ekonomiska och strukturella konsekvenser för primärvården innebär vårdvalet?
3. Vilka konsekvenser/effekter har vårdvalet fått för patienterna?
4. Finns ändamålsenliga system för uppföljning, jämförelser och kontroll av förändringen och dess utveckling?

1.4 Granskningsmetod och avgränsning

Granskningen bygger på dokumentstudier och intervjuer med verksamhetsföreträdare från både landstinget och utförare. Som underlag har konsultrapport från Öhrlings PriceWaterHouseCoopers (PWC) använts liksom iakttagelser från Deloittes granskningar inom årlig revision av HSN.¹

En svårighet i granskningen har varit att särskilja vad som är effekter av vårdvalet och vad som har andra orsaker. Det är tydligt att vårdvalet inneburit att husläkaruppdraget blivit mer enhetligt. Det större antalet uppföljningar som genomförts till följd av vårdvalet är positivt för

¹ Årlig granskning av HSN 2008, dnr 200803-22

verksamhetens utveckling, men inkluderar svårigheter som även fanns tidigare, men som nu kommit i fokus.

2. Granskning av Vårdval Stockholm

2.1 Vårdval snart lagligt och kanske obligatoriskt

När Stockholms läns landsting införde vårdvalet 2007 var rättsläget oklart och det rådde tveksamheter om hur valfrihetsmodeller förhöll sig till lagen om offentlig upphandling. Från och med 1 januari 2009 gäller en ny lag om valfrihetssystem (LOV).² En proposition om att införa obligatoriskt vårdval inom primärvården från och med den 1 januari 2010 lämnades också till riksdagen i december 2008.³

Med den nya lagen finns goda möjligheter att bedriva vårdvalet lagenligt. Observeras ska dock att landstingets version av "indirekt vårdval" för läkarinsatser i särskilt boende inte kan sägas omfattas av den nya lagen. Till skillnad från t.ex. husläkarverksamheten är det inte patienten som väljer utförare denna gång, utan det är kommunen, stadsdelen eller ansvariga på det enskilda boendet som avgör. Varje patient har dock möjlighet att ha kvar sin husläkare. Enligt landstingets juridiska expertis är modellen för läkarinsatser i särskilt boende varken förenlig med regelverket för offentlig upphandling (LOU) eller den nya lagstiftningen kring LOV.⁴

I stort överensstämmer landstingets regelverk och förutsättningar för auktorisering av utförare med det som lagen föreskriver. HSN tog i december ställning till hur landstingets rutiner måste anpassas till den nya lagen. Det handlar till exempel om att erbjuda ett så kallat "icke-valsalternativ" för de invånare som inte önskar välja utförare och att annonsera vårdvalsområdena i en nationell webbplats.⁵

Svårast för SLL att uppfylla inledningsvis är antagligen att lämna "saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig" information till enskilda. Detta gäller dock i första hand andra vårdvalsområden, eftersom det för husläkarmottagningar finns en del information att tillgå på Vårdguiden. I budget 2008 slogs fast att även medicinska kvalitetsindikatorer ska publiceras, vilket är ovanligt inom alla vårdvalsområde.

² Lag (2008:962) om valfrihetssystem

³ Proposition 2008/09:74

⁴ Se årsrapport HSN 2007, RK 200706-48

⁵ HSN 0802-0322

2.2 Ansvarsavgränsning - revisionsfråga 1

Revisionens tidigare granskning av vårdvalsmodellen⁶ påtalade otydligheter i ansvarsfrågan mellan landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. Vi kan konstatera att denna fråga nu är löst och hela ansvaret för implementering och förvaltning av vårdval åligger HSN. Enligt Deloittes granskning kvarstår dock otydligheter när det gäller ansvarsfördelning för systemmiljön mellan HSN-förvaltningen, SLL-IT och vårdgivarna.⁷

När det gäller relationen mellan beställare och utförare har den möjligen, enligt PWCs granskning, blivit än tydligare sedan vårdvalssystemet infördes. Med ett enhetligt regelverk, inklusive ersättning, sker inte längre förhandling mellan beställare och utförare.

Både Deloittes och PWCs granskningar visar att vårdvalet i större utsträckning har synliggjort den otydlighet som även tidigare fanns gällande betalningsansvar för avancerad medicinsk service. I och med vårdvalet ensades reglerna och utförare står nu för 20 procent av kostnadsansvaret för viss avancerad medicinsk service och beställaren för resterande andel. HSN-förvaltningens andra vårdvalsrapport slår fast att kostnaden för avancerad medicinsk service har minskat, vilket inte överensstämmer med den ökning av antalet läkarbesök som har skett. Förvaltningen framför att en del av minskningen förklaras av vårdgivarens nya betalningsansvar, men inte hela minskningen. Frågan ska analyseras vidare av förvaltningen. Deloittes granskning pekar på att utförarna anser att ersättningsmodellen för avancerad medicinsk service är otydlig, vilket också påverkar utförarnas möjlighet att underhålla sina kassa- och journalsystem på ett korrekt sätt. Ett medicinskt råd har organiserats inom HSNf för att löpande se över regelverket. Granskningen betonar vikten av att rådet får resurser, stöd och möjlighet för sitt arbete.⁸

Revisionskontorets iakttagelser

Ansvarsavgränsningen är överlag tydlig. Viss otydlighet kvarstår gällande systemmiljö och ersättningsmodellen för medicinsk service. Det finns problem som framstår tydligare i och med vårdvalet, men som inte har sin grund i modellen.

⁶ Projektrapport nr 10/2007

⁷ Årlig granskning av HSN 2008, dnr 200803-22

⁸ Årlig granskning av HSN 2008, dnr 200803-22

2.3 Ekonomiska konsekvenser – revisionsfråga 2

Med Vårdval Stockholm har ersättningsmodellen för husläkarmottagningarna blivit densamma över hela länet. I korthet består modellen av tre typer av ersättningar. Den *produktionsrelaterade* ersättningen (ersättning per besök) har ökat något, till i genomsnitt cirka 60 procent, för att stimulera besök och därmed tillgänglighet. Ersättningen består av en grundersättning inklusive patientavgifter, i respektive yrkesgrupp, och extra ersättning för hembesök, särskilda åtgärder samt besök i geografiskt avlägsna områden. Den *uppdragsrelaterade* ersättningen (kapitering per listad) är i genomsnitt ca 40 procent. *Bonusersättning och viten* utgår beroende på om mottagningen uppnår ett antal kvalitetsmål (totalt 3 procent av den totala ersättning).

Det ekonomiska tillägget för mottagningar i områden med lågt socioekonomiskt index togs bort i och med vårdvalet, vilket, framförallt initialt, gav upphov till kritik. Flera andra landsting på väg in i vårdvalssystem, uppger att de kommer att använda sig av så kallat ACG⁹ för att vikta ersättningen. En utvärdering, genomförd på uppdrag av HSN-förvaltningen, visar att patienternas olika behov utgör den särskiljande faktorn mellan husläkarmottagningar i områden med högt respektive lågt socioekonomiskt index. Som ett resultat av utvärderingen förändras ersättningen från och med årsskiftet för att bättre spegla att åldersrelaterade åkommor generellt drabbar invånare i områden med lågt index tidigare i livet. Förvaltningen har dessutom fått i uppdrag att utveckla ersättningssystemet med inriktningen att kunna förändra modellen från år 2011.

HSN prognostiserade i november ett överskott för primärvården med 18 mkr.¹⁰ Då ska det noteras att nämnden inför 2008 tillförde 100 mkr för att möjliggöra en tillgänglighetsökning.

Det kan konstateras att kostnadsökningen för primärvården i SLL har pågått under ett antal år, så även 2008. Kostnadskontrollen ska främst uppnås genom takkonstruktioner i ersättningen. Centrum för Folkhälsas lägesrapport om vårdvalet¹¹ pekar på att kombinationen av prestationsersättning och fri etablering med konkurrens kan leda till ökade kostnader.

⁹ Adjusted Clinical Groups, ett system som definierar vårdbehovet för olika diagnoser utifrån sjukdomsbörda, ålder och kön

¹⁰ Prognosen för husläkarmottagningar är + 31,7 mkr

¹¹ Lägesrapport-Vårdval Stockholm: utvecklingen av kostnader, vårdutnyttjande och produktivitet under första halvåret 2008; Centrum för Folkhälsa vid Karolinska Institutet

Scenarioberäkningar på kostnadsutvecklingen för husläkarmottagningar som genomfördes innan vårdvalet startade, varnade även för kostnadspåverkan inom andra delar av sjukvården. Exempelvis togs en potentiell kostnadsökning av läkemedel upp p.g.a. ökat antal besök. HSN-förvaltningens andra vårdvalsrapport pekar på att en viss del av de ökade läkemedelskostnaderna troligen kan hänföras till vårdvalet. Samtidigt har antalet läkarbesök ökat betydligt mer än läkemedelskostnaderna, vilket tyder på att de flesta av de ökade läkarbesöken inte leder till förskrivning av läkemedel.

PWCs granskning visar att en analys över samtliga kostnader i primärvården som kan komma att påverkas ännu inte genomförts, exempelvis tekniska hjälpmedel. Likaså saknas en analys över effekter på andra vårdformer, exempelvis en tänkbar ökning av antalet remisser, pga. ökat antal besök. Enligt uppgift ska analyser för att fånga över s.k. övervältringseffekter, genomföras i den slututvärdering som Centrum för Folkhälsa ska lämna år 2010.

Centrum för Folkhälsa visar i sin delrapport att produktiviteten inom primärvården har ökat mellan 2007 och 2008, jämfört med åren 2006 och 2007. Prestationerna (främst läkarbesöken) har alltså ökat mer än kostnaderna. Rapporten pekar samtidigt på att det är osäkert hur detta har påverkat besökens längd eller svårighet.

Deloittes granskning pekar också på systembrister i vårdgivarnas kassasystem vilket kan leda till felregistreringar, brister i faktureringsflödet inom HSN-förvaltningen, avsaknaden av systembegränsningar i kombikakoder¹² och brist gällande support från HSN-förvaltningen. Sammantaget innebär detta en försämrad möjlighet till god intern kontroll.¹³

Revisionskontorets iakttagelser

Vårdvalet har under 2008 genomförts med tillräcklig kostnadskontroll. Djupare analys behövs när det gäller samtliga kostnader i primärvården och eventuell påverkan på andra vårdformer. Dock innebär brister och handhavandefel i IT-systemen försämrad möjlighet till god intern kontroll.

2.4 Strukturella konsekvenser – revisionsfråga 2

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården ges på lika villkor för hela befolkningen.¹⁴ Inför vårdvalsreformen gick diskussionerna höga kring vad den fria etableringen skulle kunna innebära i form av avsaknad av vård-

¹² **Kombination Inrättning klinik avdelning**, exempelvis 11002 841 L01. Alla utförare inom SLL har en eller flera kombikor. Även beställare utanför SLL kan ha en kombika inlagd i SLLs kodserver.

¹³ Årlig granskning av HSN 2008, dnr 200803-22

¹⁴ 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

mottagningar i vissa områden, så kallade "vita fläckar". De andra landstingen med, eller på väg att införa, vårdval avvaktar alla med etableringsfriheten, trots att detta är en del av den nya lagstiftningen kring obligatoriskt vårdval. Anledningen är svårigheten att nå bred politisk enighet i frågan.

I SLL har farhågorna om vita fläckar inte besannats under det första året. Som visas i tabellen nedan finns det mottagningar på samma ställen som före vårdvalet samt på ytterligare några platser.

Tabell. Vårdutbud över länet (Källa: Vårdvalsrapport jan-okt HSN 0806-0810)

	ANT HLM 2008	ANT HLM 2007	AND LISTADE 2008*	AND LISTADE 2007*
NORR	57	54	90	88
STHLM	76	63	88	87
SÖDER	49	45	92	91
TOTALT SLL	182	162	90	88
VARAV EJ AUKTORISERADE	18			
VARAV SLSO/SNS	78			
VARAV PRIVAT	104			

* av befolkningen

PWC:s granskning pekar på att en större beredskap för analys och åtgärder borde finnas hos HSN-förvaltningen för eventuella framtida vita fläckar. Det finns inte heller någon analys över om vårdval innebär andra former av brister i vård på lika villkor enligt hälso- och sjukvårdslagen som. att patienter med vissa sjukdomar eller särskild sjukdomsbild, exempelvis multisjuka äldre, risker att drabbas särskilt av vårdvalet.

Revisionskontorets iakttagelser

Vårdvalets införande under 2008 har inte inneburit någon försämring när det gäller spridningen av husläkarmottagningarna i länet. Beredskap och analys måste dock finnas hos HSN-förvaltningen för att kunna åtgärda eventuella negativa effekter framöver när det gäller vård på lika villkor.

2.5 Konsekvenser för patienterna – revisionsfåga 3

Eftersom ett av de övergripande målen med vårdval är att öka tillgängligheten, i form av patienters möjlighet att komma i kontakt med vården, har HSN-förvaltningen främst analyserat konsekvenser för patienten ur detta perspektiv.¹⁵

Besökstillgängligheten till husläkarmottagningarna har generellt sett ökat under året. I genomsnitt har patienterna även besökt läkare något fler gånger än förra året. Ifall detta innebär att patienter besöker läkaren flera gånger istället för att få hjälp vid ett tillfälle är oklart. Antalet besök för de tio vanligaste diagnoserna är dock desamma som för ett år sedan, med ett undantag.

Även telefontillgängligheten har ökat något sedan föregående år. Årets patientenkät visar på samma, eller något högre, positiva omdömen om primärvården. Även anmälningarna till patientnämnden, främst gällande bristande tillgänglighet, har minskat under året.

Tillgängligheten till läkare har även ökat i områden med generellt lägre socioekonomiskt index. Ifall detta innebär att resursfördelningen förändrats i motsvarande grad är oklart. Det kan också betyda att mottagningarna kompenserar för ekonomiskt bortfall genom att öka sina intäkter, dvs. besök.

I en ersättningsmodell som premierar besök finns alltid risken att övrig verksamhet nedprioriteras. PWCs granskning visar att HSN-förvaltningen inte har genomfört någon analys över vilka områden som är särskilt viktiga att följa för att tillse att dessa även fortsättningsvis håller hög kvalitet.

Ett sådant område som riskeras att nedprioriteras kan vara samverkan. I en särskild granskning av stödet för barn och unga med psykisk ohälsa i Huddinge¹⁶ har personal från kommunen lyft att de sett tendenser till att samverkan försvårats. Genom att områdesansvaret begränsats och samverkan tonats ner i uppdragen för MVC och BVC till förmån för besök har det blivit svårare att få till stånd fungerande samverkan. En konsekvens av detta är att effektiviteten i vårdkedjorna riskerar att försämrats. Liknande farhågor, utifrån begränsat områdesansvar inom hemsjukvården, framkom vid en granskning som revisionskontoret genomförde i början av 2008 samt vid en hearing om multisjuka äldre i eget boende som revisionen anordnade under hösten 2008.¹⁷

¹⁵ HSN-förvaltningen har också under året genomfört en genomgång av handikapptillgängligheten hos alla mottagningar i samarbete med Locum.

¹⁶ Projektrapport nr 18/2008

¹⁷ RK 200804-31

Revisionskontorets iakttagelser

Tillgängligheten, i form av patientens möjlighet att komma i kontakt med husläkarmottagningarna, har generellt förbättrats. Patientenkäten visar på förbättrade omdömen. HSN bör följa om Vårdval Stockholm genom begränsat områdesansvar och incitament för samverkan försvårar ändamålsenliga vårdkedjor. Revisionskontoret kan inte i detta tidiga skede uttala sig om andra eventuella konsekvenser.

2.6 System för uppföljning - revisionsfråga 4

Vårdvalet syftar till att öka tillgängligheten, i form av patienternas möjlighet att komma i kontakt med vården, samt mångfalden av utförare. Samtidigt ska hälso- och sjukvården liksom tidigare bedrivas med god kvalitet. En svårighet med att följa upp vårdvalet, som PWC framför i sin granskning, är att HSN inte brutit ner och konkretiserat målen så att uppfyllelsen direkt går att mäta genom exempelvis olika indikatorer.

Vårdval Stockholm inom primärvården har under året följts upp i HSN-förvaltningens två egna rapporter och en lägesrapport från Centrum för Folkhälsa vid Karolinska institutet¹⁸. PWCs granskning visar att HSNs rapportering baseras på statistikpresentationer och saknar analys i tillräcklig omfattning. I HSN-förvaltningens nyhetsbrev (december 2008) skrivs också att ”de presenterade resultaten är inte direkt en utvärdering eftersom analysen ännu inte är gjord. De ska därför snarare ses som en beskrivning av läget när det gäller Vårdval Stockholm.” Beskrivningarna gäller också systemet som helhet och ännu finns ingen publicerad analys över förändringar vid enskilda husläkarmottagningar. En förklaring till detta är att vårdvalet endast verkat i ett år.

Förutom de övergripande uppföljningarna samlar HSN-förvaltningen in diverse nyckeltal från respektive vårdleverantör i enlighet med uppföljningsplaner i regelboken. Själva leverantörsuppföljningen kommer huvudsakligen att ske efter årsskiftet och kan därför ännu inte bedömas. Då kommer även bonus och viten att falla ut. PWC för fram att regelböckernas uppföljningsplaner är väldigt omfattande och bör bantas ner.

I revisionens granskning av de övriga vårdvalsområdena¹⁹ noteras att det inte finns några på förhand fastställda nivåer för när det är dags för beställaren att agera gentemot utföraren. Inte heller har HSN-förvaltningen utarbetat någon plan för i vilka lägen det ska vara aktuellt med medicinsk revision eller beställarrevison. Likaså saknas tydliga kriterier för när kvaliteten ska anses som så pass bristfällig att utföraren ska avauktoriseras.

¹⁸ Slutrapport väntas 2010

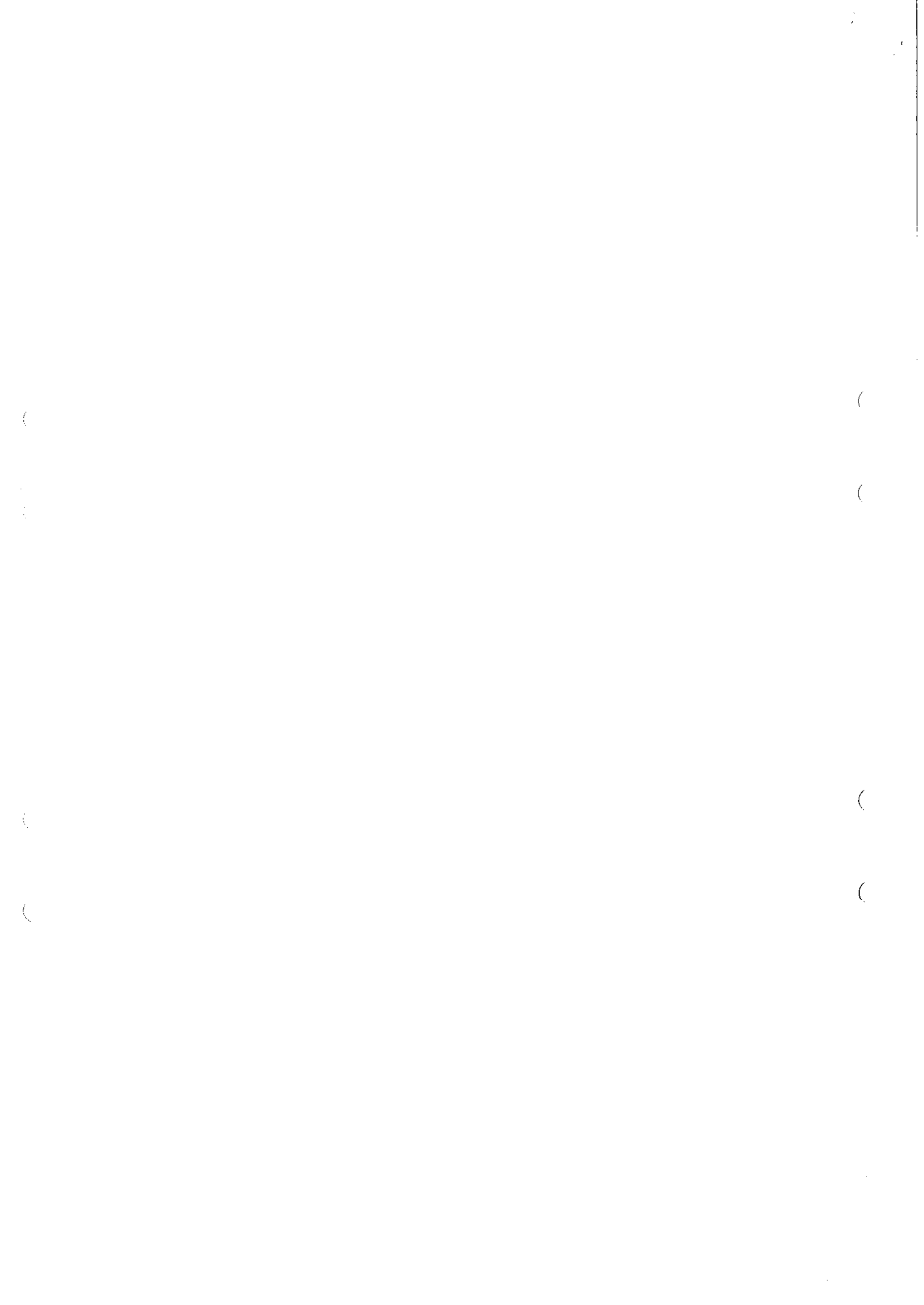
¹⁹ Arbetet för ökad mångfald av hälso- och sjukvårdsaktörer RK 200806-60

Revisionskontorets rekommendationer

Antalet uppföljningar av primärvården har ökat som en följd av vårdvalet. Hittills är uppföljningarna dock mer beskrivningar av systemet än analyser av möjliga konsekvenser. HSN bör i större utsträckning tillse att en mer sammanhängande rapportering med analys av vårdvalets effekter genomförs, som svarar upp mot nämndens rapporteringsansvar till landstingsfullmäktige.



Anette Carlstedt
Projektledare



Bilaga. Jämförelser mellan olika vårdvalsmodeller

	Stockholm	Halland	Västmanland
Mål och uppdrag	Husläkarmottagning i fokus. Separat auktorisation för t ex barn-och mödrahälso-vård. Ingen ambition att flytta ut specialister.	Närsjukvård i fokus. Brett uppdrag . Ambition att flytta ut specialister. 80% av all öppen vård ska ske i närsjukvården.	Familjeläkarverksamhet i fokus. Brett primärvårds-uppdrag. Ingen utalad ambition att flytta ut specialister.
Listning	Auktorisation. Listning på allmänläkare i första hand. Enbart aktiv listning.	Akreditering. Listning på vårdenheter. Alla listas.	Upphandling enligt LOU. Listning på enheter i första hand. Alla listas.
Ersättning	Drygt 40% vårdpeng. Besöksersättning efter yrkeskategori och åtgärd. Bonus o viten efter måluppfyllelse.	Drygt 80% vårdpeng. Patientavgifter. Avdrag för bristande måluppfyllelse (bl a täckningsgrad).	Drygt 80% vårdpeng. Patientavgifter. Bonus och viten.
Vårdpeng	0-5 år 696 kr 6-64 år 585 kr 65-74 år 1515 kr 75+ 2083 kr	0-6 år 5440 kr 7-64 år 1632 kr 65-79 år 5440 kr 80+ 8160 kr	0-5 år 4352 kr 6-64 år 1 121 kr 65-74 år 4100 kr 75+ 6083 kr
Vård hos andra enheter inom vårdval	Nej	Ja	Ja
Privata allmänläkare finansierade genom nationell taxa	Nej	Ja	Nej
Primärvårdsbesök i andra län	Nej	Ja	Ja
Medicinsk service	Ja, 20% av kostnad för vissa specialiteter	Ja, inklusive röntgen	Ja, exklusive röntgen
Tekniska hjälpmedel	Nej	Nej	Ja
Sjukgymnaster	Nej	Ja	Nej
Läkemedel	Nej	Nej	Nej

Kommentar: Ingen övergripande nationell utvärdering har ännu genomförts av vårdvalsmodeller. Professor Anders Anell vid Lunds universitet har dock gjort en jämförande studie av vårdvalsmodellerna i Halland, Västmanland och Stockholm. I studien konstateras att trots likheten i benämningen är modellerna olika från landsting till landsting. Ovan redovisas några av de faktorer som Anell jämfört mellan de tre landsting som var först ut med vårdval. Därefter har även Gotland inför vårdval och under 2009 införs vårdval i ytterligare sex landsting; Skåne, Uppsala, Kronoberg, Sörmland, Östergötland och Västra Götaland.

(

(

(

(